

LA SALUD AL FINAL DEL MILENIO*

Saúl Franco Agudelo**

INTRODUCCIÓN

Es excepcional la oportunidad de vivir una transición milenaria. Desde la aparición del Homo Sapiens, el mismo acontecimiento lo han vivido ya en otras doscientas ocasiones nuestros antepasados, y la actual es la segunda celebración milenaria en el recuento cristiano del tiempo. El paso intermilenario es una coyuntura favorable para entender mejor y observar la realidad en las tres dimensiones temporales. Una mirada de la realidad sanitaria, por ejemplo, puede ampliarse y enriquecerse significativamente al extender la temporalidad y establecer relaciones y contrastaciones entre milenios.

Más allá de la tradicional preocupación por las enfermedades y sus tratamientos, por la medicina y el quehacer social y científico-técnico de los médicos, una reflexión sobre el campo de la salud debe referirse a muchos otros aspectos. Debe considerar las condiciones del bienestar y del malestar de los individuos y de los grupos sociales en los diferentes momentos históricos; la diversidad de saberes y prácticas en salud; las percepciones y representaciones sociales sobre la vida, la muerte, la salud y la enfermedad; y debe reconocer las relaciones de poder que hacen más o menos

alcanzable el bienestar para las poblaciones. Más aún, la principal preocupación sanitaria del final del presente milenio es la vida, en particular la vida humana, su garantía en el futuro y la posibilidad de la convivencia entre personas, pueblos y naciones. De ahí que al saber, en salud, le importen tanto las concepciones como la conducta, las leyes como las creencias, las terapéuticas como las políticas y las prácticas en sus variaciones temporales, regionales, raciales y de clase. En este contexto la salud deviene también un espacio de construcción y de ejercicio de ciudadanía, sometido a los juegos del poder y es, por tanto, un campo potencial de democracia. En la perspectiva milenaria, a más de la integración de los aspectos enunciados y de la mirada en pasado y en presente, es preciso arriesgarse a formular algunas hipótesis, proyecciones o utopías hacia el futuro.

Asumiendo los riesgos de las síntesis y tratando más de provocar el estudio y el debate que las definiciones o las conclusiones, el presente material se propone desarrollar dos ideas centrales:

1. Un enunciado sobre los saldos rojos de final del milenio actual en el campo socio-sanitario, y

* La primera versión de este trabajo fue presentada como Conferencia Inaugural del VI Congreso Latinoamericano y VIII Mundial de Medicina Social llevado a cabo en Guadalajara, México, en marzo de 1994. La presente es una versión repensada y reestructurada a partir de las discusiones del material original.

** Médico, Mgr. Medicina Social, Profesor del Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales.

2. Algunas propuestas sobre los grandes retos y tareas del futuro en el campo de la vida y la salud.

LOS SALDOS ROJOS DEL FINAL DEL MILENIO

Rigurosamente es imposible hacer una contrastación de los que hoy reconocemos como indicadores de salud, entre el milenio pasado y el actual. Los eventos no se registraban ni denominaban de la misma manera, y no existían las estadísticas en la forma en que hoy las conocemos. Pero sí podemos, a partir de la información disponible, describir un panorama de los principales problemas sanitarios de finales del siglo XX, en claro contraste con lo enunciado anteriormente sobre las postrimerías del X. Los siguientes son apenas aportes preliminares para la construcción del perfil sanitario del final de este milenio.

La inequidad

No dudo en considerar la inequidad como el mayor saldo rojo en el balance socio-sanitario actual. La inequidad, no como una desigualdad simple y en ocasiones conveniente, sino como desigualdad innecesaria, injusta y evitable. No la inequidad en abstracto, sino en concreto, en cada caso, en cada condición. Y, en consecuencia, no la inequidad, sino las inequidades. Las de género y las políticas, las culturales y las tecnológicas, las del dinero y las del agua potable, las relacionadas con la edad y las alimenticias. Las inequidades que construimos hoy, más las que heredamos de ayer. Las que producimos aquí, más las que importamos de fuera, más las que nos imponen desde arriba. La inequidad como realidad y contexto en el cual entendemos y articulamos varios otros problemas que sueltos parecen insignificantes o incomprensibles.

Posiblemente el mejor indicador global de la inequidad es el del ingreso.

De un ingreso mundial total de 20.000 billones de dólares, casi las tres cuartas partes –73%– corresponden sólo al 16% de la población mundial, mientras justamente las tres cuartas partes de la humanidad reciben sólo el 15% del ingreso¹. El propio secretario general de las Naciones Unidas, después de afirmar que hay un 20% de la población del mundo que sólo recibe el 2% del ingreso mundial, constituyendo el grupo de más bajos ingresos, acepta que en los países en desarrollo –que en ocasiones, para superar el eufemismo, llamaremos pobres o empobrecidos– el número de pobres está creciendo tanto en términos absolutos como relativos. Hay una polarización del ingreso mundial, con un vértice cada vez menor de ricos –personas, grupos, empresas, países– cada vez más ricos, y una base creciente de pobres cada vez más pobres. El monto global de la deuda externa y la distribución de sus saldos confirma esta inequidad del ingreso a nivel internacional y de bloques de poder.

Del dato global puede pasarse a las desagregaciones. Mientras el ingreso per cápita promedio a nivel mundial es de US\$ 4.000, el de Somalia es de US\$ 120, el de la India US\$ 360, el de América Latina US\$ 2.190 y el de los principales países desarrollados –que en ocasiones, por realismo, llamaremos ricos o enriquecidos– es de US\$ 19.900². Dicho en otras palabras: el ingreso per cápita en un país desarrollado es ciento sesenta y seis veces mayor que en Somalia.

La inequidad en el ingreso se traduce para la mayoría de la humanidad en pobreza. Las cifras, todos lo sabemos, son de horror. Uno de cada cinco habitantes del mundo vive en la pobreza. Quinientos millones de seres humanos, entre ellos uno de cada tres habitantes de los países pobres, viven en la miseria. Según

1 Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, **Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social**, Informe del Secretario General, Doc. E/1993/77, Nueva York, junio de 1993, p. 4.

2 Banco Mundial, **Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993**, Washington, 1993, p. 2.

la Comisión Económica para América Latina, el número total de pobres en la región pasó de 170 millones en 1986 a 266 millones en 1990, es decir, el 56% del total³. Un estudio del Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola encontró que en los países menos desarrollados de los 114 estudiados, el 69% de la población rural estaba por debajo de la línea de pobreza. En el área rural de América Latina y el Caribe dicho porcentaje es 56%⁴. Si bien en los ochenta la pobreza se urbanizó en América Latina⁵, se calcula que para el año 2.000 habrá 1.310 millones de pobres rurales en el mundo, 296 de ellos en América Latina.

Con razón, entonces, va creciendo la conciencia de que la erradicación de la pobreza es el mayor reto de la actualidad. En su principio quinto, la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo convocó a todos los Estados y a todas las personas a "cooperar en la tarea esencial de erradicar la pobreza"⁶. Y en su Declaración Final, la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos (realizada en Viena en 1993), señaló a la pobreza extrema como condición que "inhibe el pleno y efectivo disfrute de los derechos humanos"⁷.

De la mano de la pobreza vienen el hambre, la malnutrición y la desnutrición. Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, uno de cada tres niños de los países

pobres sufre desnutrición grave⁸. Se estima en 800 millones el número total de personas que siguen sin tener alimentos suficientes para comer, y en 40.000 el total de niños que mueren diariamente de malnutrición y enfermedades evitables⁹. En Guatemala dos de cada tres niños campesinos son desnutridos¹⁰, mientras en los escolares bolivianos la desnutrición afecta al 40% en el área rural y al 25% en la urbana¹¹.

Pero aún en aquellos campos en los que globalmente hemos avanzado, las inequidades se siguen agudizando. Dos ejemplos ilustran la afirmación: la mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer. En su Informe de 1993, el Banco Mundial señala como dos de los logros de los países pobres en los últimos cuarenta años el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil¹². Sin embargo, en pocos indicadores es tan evidente como en ellos el incremento de la inequidad en el mundo. Malí es un joven y pequeño país de 9.5 millones de habitantes ubicado al noroccidente de África. Malí tiene hoy la más alta tasa registrada de mortalidad infantil: 159 por mil nacidos vivos¹³. Japón tiene la tasa más baja: 4.8 por mil nacidos vivos. Nos encontramos entonces con una gigantesca inequidad: la mortalidad infantil en Malí es 33 veces superior a la del Japón. Si el mismo diferencial lo consideramos a nivel mundial, los datos re-

3 CEPAL, **Panorama Social de América Latina**, Santiago de Chile, 1991.

4 Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola, **El Estado de la Pobreza Rural en el Mundo: La Situación de América Latina y el Caribe**, Roma, 1993.

5 CEPAL, **La Equidad Social de América Latina durante los Años Ochenta**, Santiago de Chile, 1991.

6 Naciones Unidas, Cumbre de la Tierra, **Declaración de Río**, Rio de Janeiro, junio 3 al 14, 1992.

7 World Conference on Human Rights, **Vienna Declaration and Programme of Action**, Viena, junio 25, 1993.

8 PNUD, **Desarrollo Humano: Informe 1991**, Tercer Mundo Editores, Bogotá, 1991, p. 18.

9 **El Tiempo**, "No es Noticia la Muerte de Niños", Declaraciones del Director de la UNICEF, Bogotá, 12 de julio de 1992, p. 13A.

10 OPS/AID, **Población y Salud en América Latina**, Encuesta de Demografía y Salud, Columbia, Estados Unidos, marzo, 1993.

11 Magdalena Jordán, **La Desnutrición en Bolivia**, Presentación Seminario-Taller sobre Teoría y Práctica de la Salud Pública en Bolivia, La Paz, diciembre, 1993.

12 Banco Mundial, op. cit.

13 Organización Mundial de la Salud, **Demographic Data for Health Situation Assessment and Projections**, Ginebra, 1993.

afirman también la inequidad: la tasa media mundial de mortalidad infantil es hoy de 62.1 por mil nacidos vivos; la de los países ricos es de 11.9, y la de África es de 95.3. Es decir: un niño de un país central tiene una probabilidad ocho veces mayor que la de un niño africano de pasar la barrera de su primer año de vida. Y si de la probabilidad de llegar vivo al primer año de existencia pasamos a la de llegar hasta los cinco años, el diferencial se incrementa. Con base en la información de la Organización Mundial de la Salud¹⁴ sabemos que la probabilidad de morir entre el nacimiento y los cinco años de vida es cincuenta veces mayor en Mozambique que en Japón. Mozambique tiene la máxima probabilidad registrada: 297 por mil nacidos vivos en el período 1990-1995, mientras Japón tiene la mínima: 6 por mil en el mismo período.

Con la Esperanza de Vida al Nacer –EVN– la brecha también se sigue incrementando. El promedio a nivel mundial es hoy de 64.7 años; este es uno de los pocos indicadores que favorece cuantitativamente a las mujeres: mientras para ellas el promedio de EVN es de 66.7 años, para los hombres es de 62.7¹⁵. La precisión de lo cuantitativo se debe a que no por el hecho de vivir más, las mujeres vivan mejor. En casi todos los países y estratos son peores las condiciones de vida de las mujeres que las de los hombres. Pero la diferencia más significativa no la determina el sexo. Decide la pobreza. Mientras en Japón la EVN es hoy de 78.9 años, en Uganda es de 41.8. Es decir: si usted nace en Japón, puede esperar vivir casi el doble de lo que podría esperar si naciera en Uganda. En números esto significa una escandalosa diferencia de casi una vida: 37 años a favor del japonés y en contra del ugandés. Por supuesto que el Japón tampoco es el paraíso. Las tasas de suicidio y de muertes relacionadas

con el ritmo y la cultura del trabajo, entre otras, así lo demuestran.

El saldo rojo de la inequidad, por supuesto, no lo pagamos todos los grupos por igual. Ya se han enunciado algunos gradientes regionales, nacionales y de edad. Pero merecen una especial consideración dos grupos en los que pensamos mucho menos de lo que merecen: los ancianos y ciertas etnias. A nivel mundial, el 9.3% de la población tiene en la actualidad más de sesenta años. El porcentaje asciende a 17.9% en los países enriquecidos, y desciende al 7.1% en los empobrecidos. Sólo el 20% de los ancianos cuenta con algún tipo de seguridad de ingresos. Para los economistas, este es un grupo cuya atención médica es muy costosa. El 21% del presupuesto del Medicare norteamericano se gasta en los seis últimos meses de vida de las personas¹⁶. Pero no es sólo cuestión de gastos y de ingresos. El problema de fondo es el bienestar y la felicidad posible de los ancianos, su significado y participación social, el empleo de su tiempo, su autoestima, su recreación, y su reconocimiento¹⁷.

Hace poco se realizó un seminario-taller sobre la salud de los pueblos indígenas de América. El evento puso de presente tanto la magnitud, diversidad e importancia del tema, como su desconocimiento generalizado. A los sobrevivientes del genocidio inicial –estimado en más de 15 millones de indígenas muertos en toda la región antes de 1542– no les ha correspondido gozar de bienestar ni de una vida fácil. Si bien son marcadas las diferencias entre las condiciones de vida, enfermedad y muerte de los distintos grupos, y en especial entre los de América del Norte y los de Centro y Suramérica, todos tienen un referente común: la lucha por la sobrevivencia¹⁸. En su conjunto, las poblaciones indígenas de América Latina

14 Organización Mundial de la Salud, op. cit.

15 Ibid.

16 El Tiempo, "La Salud según Hillary Clinton", Bogotá, 23 de mayo de 1993, p. 1C.

17 Gloria Ochoa, Beatriz Gutiérrez, Antonio Ordoñez-Plaja, **Ancianos y Ancianatos**, Instituto Nacional de Salud de Colombia, Bogotá, 1992, p. 62.

18 Anatolio Quirá, Piedad Osorio y Otros, **Pueblos Indígenas: Una Realidad Social**, Material presentado al Seminario-Taller los Pueblos Indígenas y la Salud, Winnipeg, Canadá, abril de 1993.

siguen padeciendo enfermedades respiratorias, gastrointestinales y transmisibles, con tasas que, en general, duplican las del resto de la población. Se estima que la población indígena de la subregión tiene mayores índices de desnutrición y sufre más las consecuencias de los problemas carenciales de micronutrientes. La mortalidad general y la mortalidad infantil presentan también cifras que duplican las tasas nacionales¹⁹. Y a la alta prevalencia de enfermedades se suman el desalojo de sus tierras y cultura, su marginación político-social y la persistencia de una especie de genocidio sostenido de baja intensidad con picos esporádicos que sacuden la inconciencia colectiva.

Más allá de la descripción cuantitativa de las inequidades, conviene mirar el espectro y la distribución también desigual de las responsabilidades. No es la humanidad en abstracto la productora de las inequidades. Estas se generan (y se incrementan o reducen) en función de la distribución social de la riqueza y las oportunidades, la cultura y los recursos, el juego de los poderes y la construcción y vigencia de diferentes sistemas. Ya hay balances indicativos de que, por ejemplo, la reciente implantación del modelo denominado neoliberal se ha traducido en el incremento de las inequidades ya existentes y ha agravado los diferenciales en la distribución de los costos y las oportunidades. El enfrentamiento de la inequidad, tarea prioritaria de este final de milenio, pasa también por reconocer su dinámica, su historia y el orden de responsabilidades.

La inseguridad social

A pesar del final de la guerra fría, la guerra –máxima expresión de inseguridad social– no sólo ha sido una amenaza, sino que sigue siendo una realidad presente en múltiples formas y regiones²⁰.

Recién terminada la Segunda Guerra Mundial, el concepto de seguridad social hacía relación a todos los mecanismos disponibles y activados por la sociedad para garantizar a los ciudadanos y a las colectividades la tranquilidad y sensación de bienestar, que justamente habían sido negadas por la guerra. Desde entonces el concepto se ha ido reduciendo hasta quedar en su mínima expresión al referirse casi exclusivamente a la atención médica y a algunas prestaciones económicas mínimas por incapacidad, vejez y muerte para empleados de los principales sectores económicos. Es esta la acepción que generalmente se utiliza cuando se habla de los Sistemas e Institutos de Seguridad Social. Y aun así de reducida en su contenido, la cobertura poblacional es muy baja en muchos países. En República Dominicana, por ejemplo, es del 4.2% de la población económicamente activa; en Honduras, del 10.3%, y en Ecuador del 13.4%²¹. En América Latina sólo en Cuba dicha cobertura es del 100%, y si bien Brasil presenta un porcentaje también alto –96.3%–, son suficientemente conocidas las crisis ideológicas, financieras, administrativas y político-institucionales de su modelo de previsión social²².

El actual gobierno de los Estados Unidos está empeñado en una reforma a su sistema de seguridad social. Quiere corregir los vicios y

-
- 19 Carlos Coloma, **Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Latinoamérica**, Documento Base, Iniciativa: Salud de los Pueblos Indígenas, Sociedad Canadiense de Salud Pública, Canadá, septiembre de 1992.
 - 20 Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, **Desarrollo Social: Informe sobre la Situación Social en el Mundo, 1993 Adición**, Nueva York, enero, 1993. pp. 6 y 7.
 - 21 Organización Internacional del Trabajo, **Seguridad Social en las Américas: Cuestiones y Opciones**, Documento de Trabajo, Ginebra, 1993, p. 3.
 - 22 Jaime Oliveira y Sonia Fleury, **(Im) Previdencia Social: 60 Años de História da Previdência no Brasil**, Vozes-Abrasco, Petrópolis, 1986.

limitaciones de un modelo que en 1993 costó 900 billones de dólares, significó un gasto per cápita en salud de US\$ 3.000 y dejó por fuera de cobertura a 36 millones de estado-unidenses²³.

Chile estableció desde comienzos de los ochenta un modelo mixto, con amplia participación del sector privado y una franca mercantilización de los servicios y seguros de salud. Los resultados provisionales están llevando a una reformulación del modelo: bajas coberturas, altos costos, múltiples exclusiones tanto del tipo de personas como de riesgos cubiertos, atomización de programas y desviación del gasto social, entre otros²⁴.

Muchos otros países están empeñados en reformar sus actuales sistemas de seguridad social. Con diferencias de matices y de procedimientos, y bajo las banderas de la modernización y la eficiencia, su esencia es similar: disminuir la corresponsabilidad y la presencia efectiva del Estado; abrir de par en par el campo de la salud y del ahorro social a las reglas e intereses del mercado y de la competitividad; confirmar mediante la estratificación de la denominada nueva clientela en salud la división clasista de la sociedad; priorizar en la práctica sanitaria el componente asistencial y de respuesta a la enfermedad individual, en detrimento de las dimensiones y prácticas de responsabilidad social, defensa de la vida y promoción de la salud; sustituir el objetivo de la equidad por el de la subsidiaridad, con inoculable aspecto caritativo. Los procesos en

marcha en Colombia y México, ilustran bien estas tendencias²⁵.

Como realidad y como proyecto, los programas de Seguridad Social están lejos de garantizar un mínimo para los ciudadanos del mundo. Lo existente es reducido, costoso, inequitativo y, en ocasiones, ineficiente. Lo propuesto parece más eficiente pero es también más reducido, más inequitativo, más inasequible y no menos costoso. Trabajar por estructurar e implantar sistemas de seguridad social realmente integrales, universales y equitativos, es una de las tareas pendientes dentro de los grandes desafíos socio-sanitarios actuales.

Muchos otros problemas continúan evidenciando en inseguridad social los saldos rojos del final del milenio. Destaco uno que considero crítico y universal: la violencia. El viernes 25 de febrero de 1994 fueron 52 los palestinos muertos y 170 los heridos en la masacre de la mezquita de Hebrón, en Cisjordania. El sábado cinco del mismo mes fueron 69 los muertos y 206 los heridos víctimas de un obús en el mercado central de Sarajevo, en un nuevo episodio sangriento de una guerra que en veintidós meses costó 200.000 vidas humanas, más de 38.000 violaciones a mujeres y que expulsó de sus hogares a cerca de dos millones de personas²⁶. Pocos días antes, el 23 de enero, en un barrio pobrísimo del municipio de Apartadó, fueron 33 los muertos y 17 los heridos producidos en una nueva masacre en el contexto de las múltiples guerras y violencias que vive Colombia y que anualmente nos están costando unas treinta mil muertes violentas, convirtiendo

23 T. Marmor, y C. Cano, "The National Health Insurance Reform Debate", en *Arthritis and Rheumatism*, Vol. 36, No. 12, diciembre de 1993, pp. 1641-1648; *The Washington Post*, octubre 28 de 1993, pp. A18-19.

24 J. I. Arango, P. Carlevaro, G. Velásquez, *Análisis del Circuito Público y Privado del Medicamento en Chile*, UNICEF/OMS-DAP, Santiago de Chile, diciembre, 1993; Alfredo Estrada, Editorial Salud y Cambio, Año 4, No. 13: pp. 2-5, Santiago de Chile, 1993.

25 Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, *Ley de Seguridad Social: Ley 100 de 1993*, Bogotá, Colombia, diciembre de 1993; FESCOL, *La Política Social en Colombia: Los Casos de Salud y Pensiones*, Grupo Editorial 87, Bogotá, septiembre, 1993; Asa C. Laurell y María E. Ortega, *The Free Trade Agreement and the Mexican Health Sector: The International Journal of Health Services*, Vol. 22, No. 2, pp. 331-338, 1992; Asa C. Laurell, *Privatización y la Emergencia del Capital Financiero en Salud: Salud y Cambio*, Año 4, No. 13 pp. 6-12, Santiago de Chile, 1993.

26 Juan Goytisolo, "Cuaderno de Sarajevo", en *Magazin dominical, El Espectador* No. 543, pp. 4-21, Bogotá, 19 de septiembre, 1993.

a la violencia en el primer problema de salud pública del país. El mapa de sangre podría seguir con los niños de la calle de Brasil, en especial en Río de Janeiro; con los zulúes de Suráfrica; con el conflicto de los kurdos; con el significativo episodio de los davidianos de los Estados Unidos; con los senderistas del Perú, los recontras de Nicaragua y muchos otros que mueren y matan por las más diversas razones y en las más variadas formas en todo el mundo. Y al mapa rojo de sangre y muerte habría que agregarle otro gris que, sin matar y a veces sin sangrar, hace infeliz la vida de muchos. Sería el de todas las torturas y desapariciones; el del maltrato a los niños, las mujeres y los ancianos; el de una violación cada seis minutos en los Estados Unidos; el de los secuestros, los asaltos y los robos; el de las violencias institucionales y las disfrazadas o legitimadas por el monopolio estatal de la fuerza; el de todas las violencias cotidianas.

Como realidad humana, la violencia es una actividad inteligente, direccionada, intencionada. Se hace posible en los gradientes de inequidad en la distribución del poder y del ingreso, del saber y de las oportunidades. Aparece en hechos sorprendidos, pero es un proceso articulado, una red que implica actores y víctimas, valores y fuerza, legalidad y representaciones. Limita o niega derechos individuales o grupales. Trasciende la dialéctica de buenos y malos, se resiste a interpretaciones fáciles y a reduccionismos conductistas. Hierde y mutila, duele y sangra, oprime y entristece, deprava y mata. Es polimorfa, es múltiple, es cambiante, es histórica. Como tal, histórica, no es fatalidad ni es congénita. Es reductible, es enfrentable. Nos defendemos

negándola, u ocultándola, o pretendiendo acostumbrarnos a ella. La convierten en pornografía, en señal del final, en castigo humano y divino. Negocian con ella. La volvemos banal, la mitificamos²⁷. Pero ya hace rato que requiere que la miremos con cuidado, que la sintamos propia, que la enfrentemos en serio. Es decir: que la entendamos, que trabajemos por modificar las condiciones que la hacen posible, que nos tracemos metas de reducción, que construyamos y defendamos valores que la desvaloricen, que le pongamos la cara, que sumemos ideas, decisiones y recursos para sustituirla por la convivencia.

El creciente deterioro ambiental

El problema ecológico no es hoy un problema de preferencia cromática. Es un problema de interrelaciones. De interacciones hombre-naturaleza, hombre-hombre, sociedad-sociedad, mediadas por la naturaleza. De interrelaciones entre niveles, dimensiones y realidades físicas, económicas, políticas y socioculturales²⁸. Es también un problema de equidad. De quiénes tienen y quiénes no agua potable, aire limpio, poco ruido y buen clima. De quién paga los daños. De quién puede explotar y cómo los recursos naturales. De quién quiere y quién puede ordenar una disminución en la producción de gas carbónico, el cierre de una fábrica contaminante o el transporte y reubicación de desechos nucleares.

Está suficientemente demostrada y documentada la relación ambiente-salud. Desde las cosmogonías orientales y los pueblos prehispánicos, pasando por los estudios hipocráticos y los de Snow sobre la epidemia de cólera en Inglaterra en el siglo pasado²⁹,

27 Saúl Franco, *Violence and Health: Preliminary Elements for Thought and Action: International Journal of Health Services*, Vol. 22, No.2, pp. 365-376, 1992; Saúl Franco, "La Violencia: una Realidad Social", en *Violencia Intrafamiliar*, pp. 9-30, Medellín, 1993; Organización Mundial de la Salud, *La Violencia: Aspectos de Salud, Salud Mundial*, Año 46, No. 1, enero-febrero 1993.

28 G. H. Brundtland, (org.), *Nosso Futuro Comun*, Río de Janeiro, Fundação Getulio Vargas, 1991; María do C. Leal, Paulo Sabroza, Rodolfo Rodríguez, Paulo Buss, *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*, 2 Vols, HUSITEC-ABRASCO, Río de Janeiro, 1992.

29 John Snow, "El Cólera cerca de Golden Square", en Organización Panamericana de la Salud, *El Desafío de la Epidemiología*, Publicación Científica No. 505, pp. 446-449, Washington, 1988.

hasta los más recientes sobre la actual epidemia de la misma enfermedad, hay muchas evidencias de que nos enfermamos y morimos, en buena parte, según la manera como nos relacionamos con los animales, con las plantas, con el agua, con el sol y con el aire.

Producimos y padecemos desigualmente esas relaciones y sus consecuencias. Tanto en las enfermedades crónicas que hoy dominan la escena patológica en los países desarrollados, como en las infecciosas que predominan en los países pobres, los factores ambientales juegan un importante papel. Las radiaciones y los contaminantes químicos están tan asociados a ciertos tipos de cáncer, como la contaminación aérea a problemas pulmonares y la hídrica al cólera. La ruptura de nichos naturales ha contribuido a la permanencia y expansión de la *leishmaniasis*, la malaria y la fiebre amarilla, y nadie duda de que mientras el aire de Ciudad de México o de Santiago de Chile siga teniendo más CO₂ y menos oxígeno, estará cada vez más lejos para ellas el sueño de ciudades saludables y para sus habitantes el de mujeres y hombres sanos.

Todo parece indicar que en la segunda mitad de este siglo hemos acelerado los daños ambientales y la inequidad de sus consecuencias a ritmos no pensados antes por la humanidad. Al empezar la década del noventa, en los países empobrecidos el 75% de la población urbana y sólo el 62% de la rural tenían agua potable; en cuanto a la disposición de excrementos, los respectivos porcentajes alcanzaban el 70% y el 45%³⁰. La India tiene el 16% de los habitantes del planeta, utiliza sólo el 3% de la energía producida, emite el 3% de todo el CO₂ y recibe sólo el 1% del Producto Bruto Mundial. Los Estados Unidos, en cambio,

tienen sólo el 5% de los habitantes del mundo, pero consumen el 25% de la energía mundial, emiten el 22% del CO₂ y reciben el 25% del Producto Bruto Mundial³¹. Entre 1972 y 1989 las emisiones de CO₂ incrementaron su concentración de 327 a 354 partes por millón y desde entonces el ritmo es aún mayor. Preocupados con tal problema, la Comunidad Europea, Japón y casi todos los países propusieron en la Cumbre de la Tierra, en Río de Janeiro, la meta de reducir las emisiones de bióxido de carbono para fines del milenio a los niveles de 1990. Los Estados Unidos, emisores como se indicó de casi la cuarta parte del CO₂, se opusieron al acuerdo en defensa de su industria y su adicción automotriz, quedando el logro de la meta a nivel de la voluntad de los países³².

No se trata sólo de una preocupación por la calidad de vida y por el incremento de las enfermedades. La gran cuestión, como ya se dijo, ha empezado a ser la posibilidad misma de la vida ahora y en el futuro. El ritmo de destrucción de bosques tropicales equivale aproximadamente a la superficie de un campo de fútbol por segundo. Mientras en los sesenta se extinguía una especie por día, en 1990 se extinguía una por hora, y en 1992 una cada 12 minutos³³. El efecto invernadero y la reducción de la capa de ozono ponen en peligro a todas las especies. De ahí la preocupación de la Cumbre de Río por la cuestión de la conservación de las especies y por el cuidado de los ecosistemas, el habitat y la diversidad biológica³⁴. Por considerar que el Convenio sobre este tema restringía su industria biotecnológica, el presidente de los Estados Unidos se negó a firmarlo, evidenciando una vez más que la cuestión ecológica es también una cuestión política, un asunto de poder y de dinero. Un aparte de la intervención del primer

30 Organización Mundial de la Salud, **1991 World Health Statistics Annual**, Ginebra, 1992.

31 Philip Elmer-Dewitt, "Rich Poor", **TIME** No. 22, pp. 18-29, junio 1, 1992.

32 Naciones Unidas, Cumbre para la Tierra, **Convención sobre el Cambio Climático**, Río de Janeiro, Brasil. 3-14 junio de 1992.

33 Naciones Unidas, op. cit, p. 8.

34 Naciones Unidas, Cumbre para la Tierra, **Convenio sobre la Diversidad Biológica**, Río de Janeiro, Brasil. 3-14 junio de 1992.

ministro de Cuba en dicha Cumbre resume bien el fondo y la urgencia del conjunto de la cuestión ambiental y su relación con la salud y con la vida: "Una importante especie biológica está en riesgo de desaparición por la liquidación de sus condiciones naturales de vida: el hombre. Hemos tomado conciencia cuando casi es tarde para impedirlo".

Son muchos más los saldos rojos contra la vida, la convivencia, y la salud que enfrentamos al final de este milenio. Desde un punto de vista epidemiológico se afirma, inclusive, que vivimos una acumulación de problemas: una acumulación epidemiológica. Es decir que padecemos aún casi todos los viejos problemas de la humanidad como el hambre, la difteria y la poliomielitis; que se reactivan otros como la violencia, el cólera y la malaria, y que tenemos ya los más nuevos como el SIDA y los peores efectos del deterioro ambiental³⁵. Considero los tres problemas anteriormente descritos como los más importantes, pero bien podemos modificarlos en su conjunto o en función de las especificidades sectoriales, nacionales o regionales. Al lado de ellos nos quedan también grandes conquistas y posibilidades. Nos quedan avances científico-tecnológicos impensables en nuestra infancia, muchos de ellos de gran impacto sobre la calidad de vida y las condiciones de salud. Tenemos una inmensa riqueza cultural y artística, incluida la inexplorada y en ocasiones despreciada de las poblaciones indígenas de muchos países. Vivimos la expansión de formas de entender la salud y enfrentar la enfermedad diferentes a las dominantes en el llamado mundo occidental, con realizaciones y potencialidades que con tanta frecuencia como torpeza subvaloramos o pretendemos desconocer. Más allá de la hegemonía mercantil y pragmatista hay evidencias de reformulaciones valorativas, de búsquedas filosóficas, de movilizaciones populares por la dignidad y el ejercicio ciudadano. Es el conjunto de las acciones positivas acumuladas en el pasado o desarrolladas

al final del milenio el que permite pensar que sí disponemos de los recursos suficientes, no sólo para cancelar los saldos rojos enunciados, sino también para poner las bases de otro orden y de nuevas utopías.

GRANDES TAREAS DEL MOMENTO POR LA VIDA Y LA SALUD

Por un imperativo de coherencia, los grandes retos deben corresponderse con la cancelación de los saldos rojos anteriormente enunciados, y el trabajo debe estar enfocado hacia la construcción de mejores y estables condiciones de vida y de salud para todos en el planeta. La tarea es de tal magnitud, que bien puede incluir desde el mejoramiento de los actuales sistemas de salud y seguridad social, pasando por la aceleración del desarrollo científico-tecnológico en salud, hasta la introducción de reformas estructurales del sector y de los modelos de sobrevivencia y de convivencia. Sin subvalorar ninguna de las alternativas y caminos posibles, y asumiendo una vez más el amplio margen de subjetividad y la escasa originalidad de las propuestas, enuncio sintéticamente a continuación tres grandes tareas por la salud y por la vida en el momento y en el futuro, a saber:

- Avanzar hacia un nuevo modelo de salud en la sociedad.
- Contribuir a la utopía de la equidad en democracia.
- Construir y emprender una agenda por la vida.

Avanzar hacia un nuevo modelo de salud en la sociedad

Parecen estar dadas las condiciones para un gran avance histórico en salud. Si bien es cierto que los recientes ajustes a los sistemas

35 Carlos Reyna y Antonio Zapata, *Crónica sobre el Cólera en el Perú*, DESCO, Lima, 1991, p. 26; M. H. Merson, *HIV/AIDS in the World Today*, IX Latin American Congress on STD/AIDS, Cartagena, Colombia, noviembre 3-6, 1993; C. José Rocha, "Pestilencias: Viejos Fantasmas, Nuevas Cadenas" en *Saúde e Sociedade*, Vol. 1 No. 1, pp. 25-42, Sao Paulo, 1992.

de salud y seguridad social han estado inspirados predominantemente en los imperativos neoliberales, sus propias limitaciones y el saber y la experiencia acumulados por muchos grupos y personas en muy diversas regiones y culturas, exigen y permiten al mismo tiempo pensar ya en un modelo diferente. Los siguientes son sólo algunos enunciados sintéticos para provocar y convocar al trabajo en los temas y problemas que se van perfilando como precondiciones, componentes, posibilidades y dificultades de una nueva manera de entender y promover la salud, prevenir y enfrentar la enfermedad y defender y preservar la vida en la transición milenaria. Es decir, un nuevo modelo de salud en la sociedad.

En primer lugar: tanto a nivel científico como práctico, el objeto de cualquier modelo alternativo en salud debe ser la Vida Humana. El eje debe pasar entonces de la enfermedad, objeto central del modelo actual –incluidas sus reformas– a la vida. Poner la comprensión, el cuidado y la defensa de la vida humana como supremo objetivo de la preocupación no sólo del denominado sector salud, sino de la sociedad en su conjunto, no es un asunto o una propuesta retórica. Es un intento válido y urgente por construir un orden más lógico y real de prioridades y por acelerar la necesaria reformulación valorativa. La comprensión de la vida en sus múltiples dimensiones no es un asunto exclusivamente médico ni se agota con la denominada racionalidad occidental. Requiere lo mejor de la genética, la biología molecular y la biotecnología, y al mismo tiempo exige asimilar los saberes acumulados por las diferentes culturas, por la antropología, la historia, la sociología y el derecho.

La práctica social del nuevo modelo de salud se construye y ejerce también en defensa de

la vida. Defensa que es tanto el trabajo por la reducción de la mortalidad evitable y el incremento de la esperanza de vida, como la defensa de los derechos humanos, la garantía de la continuidad de la vida misma y su reubicación y reconocimiento como valor esencial. Implica entonces, entre otros elementos, una ética de la vida y la salud³⁶, de la sobrevivencia y de la convivencia. Hoy se aprecia un incremento de la preocupación ética de la humanidad. Si bien para algunos puede tratarse de un esfuerzo a contra-corriente por volver a la vigencia de valores del pasado, parece tratarse mejor de un imperativo social por lograr la reformulación de algunos y la construcción y vigencia de valores, normas y pautas que respondan a las necesidades, expectativas y pactos del presente y del futuro. Un reconocido pensador del tema ha venido llamando la atención sobre la necesidad de poner de pie la bioética³⁷. Hoy la invitación se hace más apremiante y más amplia que la bioética, ante realidades que ni imaginábamos hace pocos años y ante la inminencia, al final del milenio, de avances no imaginados hoy.

A la dinámica del conjunto de tensiones, momentos, dimensiones, interrelaciones y eventos en los cuales se expresa y realiza cotidiana e históricamente la vida humana, la individual y la colectiva, es a lo que he venido llamando Proceso Vital Humano –PVH–³⁸. No es una propuesta semántica. La categoría, todavía en construcción, pretende: enfatizar la historicidad y el carácter central de la vida; contribuir a la recolocación del proceso salud-enfermedad en un marco más comprensivo y dentro de la polaridad mayor que le da sentido (la vida y la muerte); ampliar el enfoque y el espacio sanitario, contribuyendo a la desmedicalización del saber y la práctica en salud y a la aproximación de otras disciplinas y prácticas

36 Ministerio de Salud, República de Colombia, **Memorias del 1er. Seminario-Taller sobre Ética de la Vida y la Salud**, Villa de Leyva, junio 18-20, 1992.

37 Giovanni Berlinguer, Conferencia Juan César García, "Democracia y Salud", en **Memorias 4o. Congreso Latinoamericano y 5o. Mundial de Medicina Social**, Medellín, agosto, 1987, pp. 26-36.

38 Saúl Franco, "Proceso Vital Humano y Proceso Salud-Enfermedad: Una Nueva Perspectiva", en **Ética, Universidad y Salud**, Universidad Nacional de Colombia-Ministerio de Salud, Bogotá, 1993, pp. 63-71.

hasta ahora descalificadas o subutilizadas. Es una categoría que puede ser útil en la construcción del nuevo modelo y que espera nuevos aportes para su constitución y prueba definitivas. Más adelante, al plantear la propuesta de una agenda por la vida, se desarrollarán otros aspectos del tema. A más de la actitud frente a la vida, el nuevo modelo de salud en la sociedad debe proyectarse a la promoción de la salud. La promoción de la salud es un tema recientemente revalorado, que abre grandes posibilidades de acción. Es un enfoque, una manera de priorizar la salud y preocuparnos por la calidad de la vida, por las condiciones del bienestar individual y colectivo. Se trata de que la salud y la vida dejen de ser una preocupación exclusiva de médicos y del llamado sector salud; de que cuando se hable de salud no se piense en camas de hospital, en consultorios y medicamentos, en cirugías y prohibiciones. Y, en positivo, se trata de que la salud y la vida se conviertan en la gran tarea social, en objeto importante de agendas políticas y legislativas, de las acciones estatales, de la cotidianidad ciudadana. Que lleguen a ser el gran tema de la investigación científica, como un asunto de interés para los grandes medios de comunicación. La promoción de la salud busca que todos –individuos, Estado, organizaciones sociales– asumamos en serio nuestra co-responsabilidad en la salud y el bienestar. Por su importancia y sus potencialidades, hay que cuidar el concepto y las prácticas de la promoción de la salud de los reduccionismos pragmáticos y burocráticos, y de su utilización para oxigenar –sin cambiar– el establecimiento sanitario convencional.

Doy por descontado que el avance hacia una nueva manera de pensar y actuar en salud exige una superación de los saberes unidisciplinarios y de las prácticas únicas y excluyentes, hacia saberes transdisciplinarios y

prácticas diversas. No deberá mantenerse entonces el veto autoritario a la bioenergética y a la acupuntura, a la utilización de la música y el color, ni tendrá validez el saber sólo por su textura lógica. En el nuevo modelo la rigurosidad lógica debe ser importante, pero será insuficiente, pues cuenta también la capacidad transformadora del saber. Tendrá que ser un conocimiento cada vez más cargado de poder transformador mediante su conversión en conciencia colectiva. El saber con poder y conciencia colectiva nos coloca en el territorio de la política. Hay que vencer el temor a aceptarlo y practicarlo: la cuestión de la vida y de la salud en la sociedad es una cuestión esencialmente política. Los recientes debates sobre la Teoría y Práctica de la Salud Pública³⁹ y sobre la Salud Internacional⁴⁰, campos cargados de pasado y de futuro, han vuelto a evidenciarlo. La degradación de la política y la hegemonía bioclínica han devaluado y ocultado la esencia política de la salud. Recuperarla es otra de las tareas en la construcción del nuevo modelo sanitario.

La reconfiguración del campo de la salud en torno a la vida, la producción y transmisión de los saberes requeridos y el ejercicio de las prácticas respectivas, exigen nuevos sujetos sanitarios. Hoy pensamos en general como sujetos de la salud a los pacientes, las enfermeras, los médicos y los funcionarios del sector. Los nuevos sujetos sanitarios son personas y grupos con ideas, lógicas y actitudes renovadas, más próximos a los escenarios naturales de la vida colectiva que al encierro en hospitales y quirófanos, menos dogmáticos y más abiertos a otras disciplinas y experiencias. Se requiere entonces una nueva identidad de los profesionales y trabajadores de la salud en la que “promotor” o “auxiliar de salud”, por ejemplo, sea un calificativo tan honroso y acatado como hoy el de “médico” o “enfermera”.

39 Organización Panamericana de la Salud, **La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el Debate**, Publicación Científica No. 540, Washington, 1992.

40 Organización Panamericana de la Salud, **Salud Internacional: Un Debate Norte-Sur**, Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No. 95, Washington, 1992.

Estos nuevos sujetos sociales no pueden ser el producto de las escuelas y facultades convencionales de salud. Lo serán de escuelas nuevas o renovadas en las que se contribuya a generar y transmitir la nueva cultura de la salud; es decir, una nueva manera de entender, defender y disfrutar la vida y la salud, de enfrentar la enfermedad y la muerte y de relacionarnos con los otros y con la naturaleza para mantenernos sanos y posibilitar la vida. Debe ser una generación de ciudadanos por la salud, con plena conciencia de deberes y derechos, con sentido de participación y capacidad para estimularlo, consciente de que la salud es un espacio de construcción de ciudadanía y dispuesto a defenderlo. No serán entonces —como hoy se les llama— recursos humanos de salud, sino sujetos sociales, ciudadanos por la salud. Igualmente podrán serlo una madre o un maestro, un acupunturista o una partera, un científico o un policía.

Es posible que estemos a las puertas del milenio femenino. Ya es observable la presencia progresivamente mayoritaria de las mujeres en los escenarios del saber, del poder, del decidir. Más que eso, el fenómeno comienza a ser la penetración dominante del sentir, el pensar, el modo de amar, de mandar, del hacer femenino, en todos los campos de la vida social, incluida la salud. Por eso, al nuevo modelo del que venimos hablando será muy posiblemente lo femenino lo que le dará su tono, su aroma, su dinámica. Ya hoy las mujeres son mayoría en el personal del sector salud, pero el saber y el poder son masculinos y por eso el modelo médico actual es machista. Posiblemente no lo será mañana, y por eso los hombres no tendremos que desaparecer ni que escondernos. Tendremos sí que reencontrarnos como hombres nuevos, desarrollar nuestro componente femenino y participar al lado de las nuevas ciudadanas de la

salud en una nueva forma de vivir, de percibir el bienestar y aún de enfermarnos y aliviarnos.

Como se advirtió, los anteriores son apenas enunciados de algunas de las características, precondiciones, dificultades y posibilidades de un nuevo modelo en salud. Su construcción es una larga tarea de varias generaciones. Lo deseable sería que la actual, reaccionando ante lo establecido y reformado, contribuyera a avanzar y a sentar mejores bases para el futuro de la vida y la salud.

Contribuir a la utopía de la equidad en democracia

Vivimos hoy el imperio del mercado. Pasamos, opina un pensador mexicano, de la guerra fría al mercado caliente⁴¹. De hecho, el neoliberalismo convirtió en mercancía hasta la satisfacción de necesidades sociales básicas, antes atribuidas al Estado, tratando de someterlo todo a las leyes de la oferta y la demanda. El mismo modelo ha defendido una reducción significativa del Estado a favor del capital privado, en especial el transnacional, dado que la transnacionalización es justamente una de las características esenciales del llamado nuevo orden internacional⁴². Se ha pretendido hacer creer que el mercado es por sí mismo un ejercicio democrático y que construye equidad.

Falta mucho camino por andar. Además, los países han recorrido en forma y a ritmos relativamente diferentes los procesos denominados de modernización y ajuste. Pero ya el modelo mismo ha ido mostrando sus limitaciones y obligando a reajustes. El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, por ejemplo, ha advertido sobre la necesidad de repensar el papel del Estado, en especial en el cumplimiento de sus funciones sociales, y sobre los resultados desalentadores del ajuste y del proceso privatizador. Ha llamado igual-

41 Carlos Fuentes, "La Situación Mundial y la Democracia: Los Problemas del Nuevo Orden Mundial", en *Coloquio de Invierno*, Discurso pronunciado el 10 de febrero de 1992. Tomado del *Magazín Dominical*, *El Espectador*, Bogotá.

42 Asa Cristina Laurell, "Crisis, Neoliberal Health and Political Processes in Mexico", *International Journal of Health Services*, Vol. 21, No. 3 pp. 457-470, 1991.

mente la atención sobre la insuficiencia del mercado para dinamizar la economía y responder a las demandas sociales⁴³.

Ya es posible empezar a pensar más allá del mercado, con Estados redefinidos, sin la prepotencia neoliberal y sin que la historia se haya acabado. Frente al carácter esencialmente inequitativo del llamado nuevo orden mundial⁴⁴, no sólo es posible sino también necesario volver a levantar la utopía de la equidad en democracia. La democracia no es sólo una cuestión táctica, de formas. Es también una cuestión estratégica⁴⁵, una forma de ejercicio del poder y una pauta de convivencia. Con la idea, además, de que si la democracia es una especie de equidad en lo político, puede ser el sistema que mejor garantice el avance hacia la plena equidad, pre-requisito esencial de la salud y el bienestar. La democracia real y participativa –no la formal y reducida a ritos electorales periódicos y manipulados– parece ser el mejor ordenamiento social posible para el cual es el bienestar colectivo, posible pero obstaculizado hoy por todas las deformaciones y corrupciones centenarias y por el proyecto en marcha de un mundo transnacionalizado, interdependiente, tripolar, y homogenizado. En tal escenario la construcción resulta más difícil, pero es todavía posible.

Muchos acontecimientos recientes evidencian la disposición de pueblos y sectores a luchar por la justicia y por la democracia. De la misma forma, se desarrollan nuevas corrientes artísticas y filosóficas, nuevas teorías y paradigmas, y se realizan movilizaciones cotidianas por los más diversos motivos y en todas partes del mundo. A pesar del panorama descrito en la primera parte de este material, hay muestras suficientes de que la dignidad, la libertad y la lucha colectiva todavía cuentan.

Pensando en salud, Mario Testa escribió hace poco:

Si en el futuro hay ciencia verdadera y si la historia avanza en la dirección del progreso, la medicina puesta en contexto científico e histórico no podrá ser otra cosa que una profesión democrática, una profesión cuya propuesta social sea la liberación del cuerpo de los otros para trabajar, para amar y para luchar por lograr primero, y por conservar después esas conquistas⁴⁶.

Construir y emprender una agenda por la vida

Como puede observarse, el tema eje de esta reflexión sobre la salud al final del milenio es la vida. Para sacar la cuestión de la retórica y ponerla como la gran tarea del momento y del futuro, termino con la formulación de una propuesta viable: una agenda por la vida.

En cualquier campo, la elaboración y puesta en marcha de una agenda implica un proceso de concertación y acción alrededor de un tema específico, previa su delimitación, la identificación de los principales actores y fuerzas implicadas, la priorización de los frentes y las tareas, la programación de actividades y recursos y la esencial decisión de actuar. Existen hoy varias agendas, tanto en el escenario internacional, como en los espacios nacionales, regionales y grupales. Pero no nos hemos empeñado a nivel mundial en una por la vida. Una agenda por la vida puede ser un proyecto y un instrumento social útil y eficaz en el esfuerzo por revertir las tendencias negativas ya señaladas en relación con el ejercicio real del derecho a la vida; con el deterioro de la calidad de vida y del bienestar; con las condiciones de equidad; con la vigencia de la seguridad social

43 Naciones Unidas, op. cit, p. 4.

44 Hugo Fazio V., "Fortalezas y Debilidades del Nuevo Sistema Mundial", en *Análisis Político* No. 18, pp. 66-81, enero-abril, 1993, Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales, Universidad Nacional de Colombia.

45 Sonia Fleury (org.), *Saúde: Coletiva? Questionando a Onipotencia do Social*, Río de Janeiro, 1992.

46 Mario Testa, y muchos colaboradores anónimos, *Pensar en Salud*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 1989.

y con las formas de relación individuales y colectivas con el medio exterior.

Su objetivo sería canalizar el interés y la preocupación de los actuales y futuros habitantes del planeta y de sus diferentes modalidades organizativas, hacia la prioridad absoluta de la vida digna para todos y la sobrevivencia y la convivencia humanas. Ello requiere comprometer eficazmente la acción política, el esfuerzo intelectual, la reorganización social y económica y la conciencia colectiva.

Su formulación requiere, en primer lugar, un debate universal y sistemático para identificar los temas y aspectos esenciales, las metas posibles, los mecanismos, cronogramas y recursos requeridos, los puntos de acuerdo y desacuerdo. Requiere imaginar y activar los mecanismos de concertación de los distintos actores, en los diferentes niveles del ordenamiento social y cultural, y requiere de una acción internacional debidamente coordinada y programada. El liderazgo necesario no debe ser el producto de una apropiación excluyente por parte de ninguna institución, sino el reconocimiento ganado en la construcción de la propuesta.

Su puesta en marcha requiere esencialmente decisión política, con la consiguiente asignación de recursos, viabilización de proyectos

y reformas, y operacionalización de las metas. Su socialización mediante el desarrollo de la conciencia colectiva sobre su urgencia y viabilidad podrá lograrse a través de convocatorias y mecanismos de compromiso explícito de personas, gobiernos y organizaciones, foros e instancias locales, nacionales e internacionales. Los medios de comunicación y la configuración y divulgación de una nueva cultura de la vida y la salud pueden cumplir un papel esencial al respecto.

Una agenda por la vida puede movilizar conciencias y fondos, países y agencias internacionales, organizaciones populares, agrupaciones políticas y religiosas y grupos étnicos en ocasiones dispersos, adinámicos y subempleados. Puede convertirse en un nuevo marco referencial para el pensamiento y la acción, tanto estatales como individuales y colectivas. Y puede llegar a ser un objetivo cuyo cumplimiento permita revitalizar el tejido social y construir ciudadanía y nuevas políticas sociales.

Difundir y ambientar la propuesta de una agenda por la vida en todos los niveles parece ser el primer paso en su realización y una excelente manera de canalizar y potenciar las energías sociales en este final de milenio.

