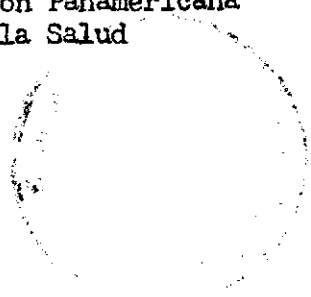


INT-0145

LIMINAR
Instituto Latinoamericano de
Planificación Económica y Social
Santiago, diciembre de 1967

7-1-
105/67
Organización Panamericana
de la Salud



ANALISIS DE LAS RELACIONES ENTRE
SALUD Y DESARROLLO*

por

Hernán Durán

* Notas de clases preparadas para el Curso de Planificación de la Salud de 1967.

CONTENIDO

INTRODUCCION

I. EL CONCEPTO DE DESARROLLO

- A. El crecimiento económico
- B. El comportamiento de los individuos
- C. El cambio estructural
- D. Mecanismo y definición de desarrollo

II. LA PLANIFICACION DEL DESARROLLO

- A. La necesidad de planificar el desarrollo
- B. El concepto y el método de planificación

III. LA FINALIDAD DEL DESARROLLO

- A. Relación entre el proceso productivo y el bienestar
- B. Concepto de nivel de vida
- C. Componentes del nivel de vida
- D. Características de los sectores sociales
- E. La asignación de los recursos a los sectores sociales

IV. CONCEPTOS BASICOS DE LAS RELACIONES ENTRE LA SALUD Y EL DESARROLLO

- A. Planteamiento
- B. El concepto de bienestar
- C. El concepto de salud

V. LAS INFLUENCIAS RECIPROCAS ENTRE LA SALUD Y EL PROCESO DE LA PRODUCCION ECONOMICA

- A. Análisis de las relaciones recíprocas
- B. El problema de la demanda de servicios de salud
- C. El problema de la oferta de servicios de salud

VI. LOS FACTORES DETERMINANTES DE UNA SITUACION DE SALUD

- A. El origen de los factores
- B. El problema de la demanda de servicios de salud
- C. El problema de la oferta de servicios de salud

VII. LOS FACTORES QUE AFECTAN LA SITUACION DE SALUD EN EL SUBDESARROLLO

VIII. LOS FUNDAMENTOS PARA LA PLANIFICACION DE LA SALUD EN EL DESARROLLO.

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente Curso es el de proporcionar conceptos y métodos para planificar la salud en el desarrollo, aceptando de este modo, implícitamente, la hipótesis de que existe una relación entre desarrollo y salud. Puesto que, de hecho, esta relación no es discutible en sí, se hace necesario aclarar sus términos a fin de que los representantes de los distintos sectores, tales como, grupos profesionales y técnicos, administrativos y políticos, definan la posición conceptual con que se enfrentan a estos planteamientos.

Para el sanitarista esta posición podría definirse en los términos siguientes:

1. Se debe procurar la mayor salud de los individuos por ser ésta un fin en sí. Es al mismo tiempo un fin y un medio del desarrollo. Esto último, debido a la contribución que la reducción de las muertes y las enfermedades hace a la producción económica.
2. La escasez de recursos impone límites y restricciones a la consecución de los más elevados niveles de salud, lo cual da plena justificación a la planificación de la salud.
3. Una parte importante de lo que se logra en el mejoramiento de la salud, sólo se consigue a través de otras actividades que no pertenecen al campo de la salud pública, por ejemplo, viviendas higiénicas, educación, agua potable, alimentación. Estas actividades están igualmente afectadas por la escasez de recursos y el nivel en que se encuentran es también expresión del nivel de desarrollo.
4. Para acrecentar el desarrollo dentro de esta problemática de escasez es necesario el uso alternativo de recursos en determinadas actividades económicas y sociales, una de las cuales es salud.

/5. Esto

5. Esto último implica decisiones que de hecho son tomadas por los poderes públicos a fin de asignar estos recursos entre los sectores.

El dilema que se plantea al sanitarista consiste en aceptar los objetivos comunes de la salud y del desarrollo y su consecución por medio de acciones que deben llevar a cabo todos los sectores, guardando la debida consistencia y complementaridad.

Aceptar estos principios tiene como consecuencia la necesaria búsqueda de relaciones óptimas, objetivas y cuantificables entre los sectores a objeto de asignarles recursos con la máxima eficiencia social. Este es el propósito último que persigue el Curso de Planificación de la Salud en el Desarrollo.

I. EL CONCEPTO DE DESARROLLO

A. El crecimiento económico

1. Las aspiraciones humanas están expresadas por necesidades diversas y crecientes, cuya satisfacción requiere la producción igualmente diversa y creciente de bienes y servicios. La producción de bienes y servicios se obtiene como resultado de la actividad productiva nacional o producción económica, descrita en la Figura I.

2. El concepto de desarrollo está vinculado a esta satisfacción de necesidades crecientes y diversas de la población. Por lo tanto, la producción económica creciente es un requisito indispensable para lograr más altos niveles de desarrollo.

3. La acumulación de capital, necesaria para mantener el ritmo creciente de producción de bienes y servicios, está directamente afectada por el crecimiento de la población. El ingreso que genera la economía se destina al consumo o al ahorro. Las posibilidades de ahorro para la inversión formadora de capital dependen de que se forme un "excedente" de capital por encima de los requerimientos básicos de la población, representados por el consumo de bienes que ha debido producir la economía.

4. En el siguiente ejemplo se analizan las distintas alternativas de inversión que se requerirían, con la misma cuantía de producto, para obtener diferentes aumentos de crecimiento del producto, siendo el crecimiento de la población de 3 por ciento y la productividad de la inversión de 30 por ciento. Se trata, en este ejemplo, de una economía cerrada, es decir, que no mantiene relaciones con el exterior.

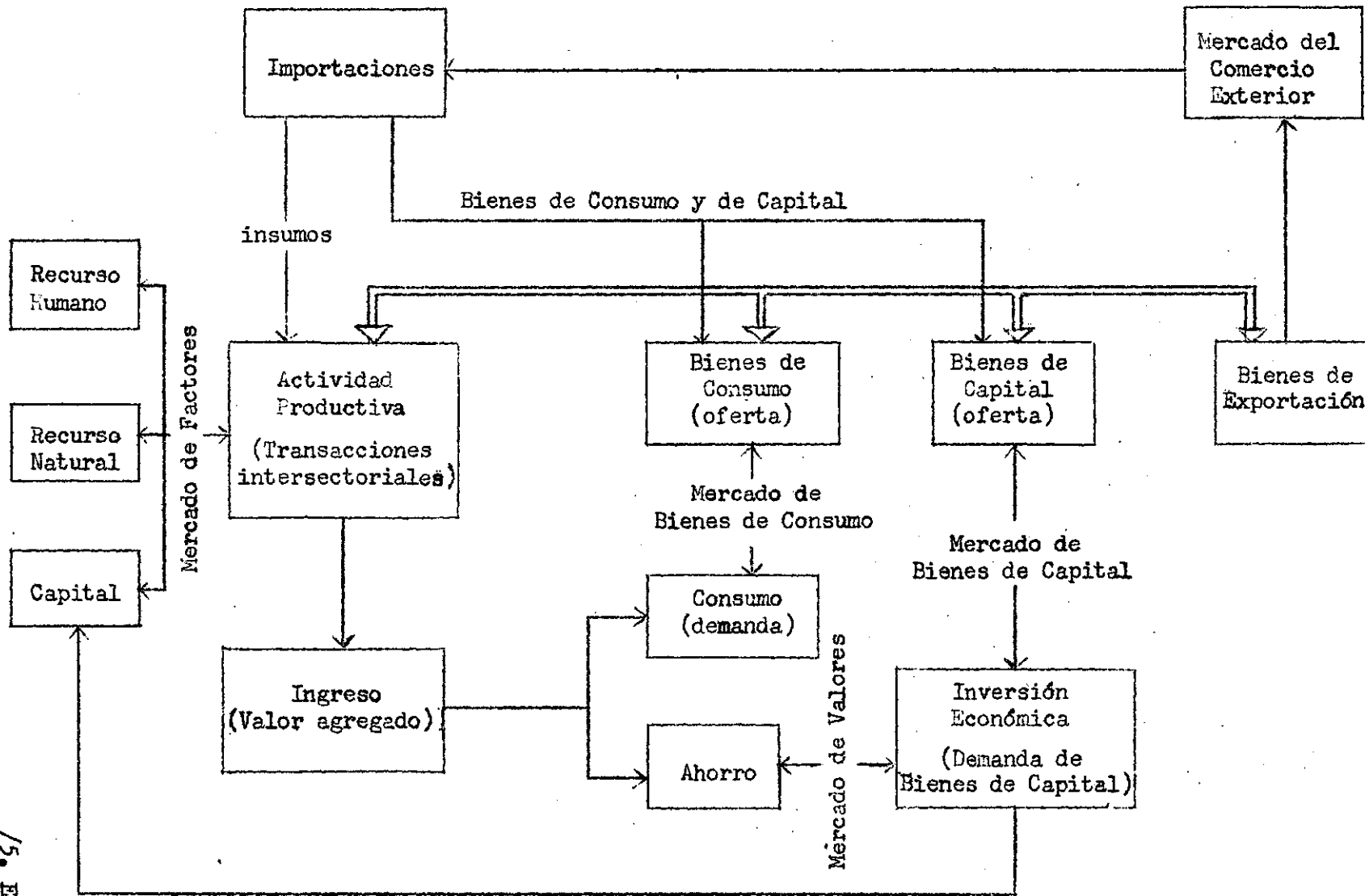
Cuadro 1

Producto	Consumo	Inversión	Crecimiento del producto (a)	Crecimiento de la población %	Crecimiento del producto por habitante %
100	90	10	3	3	0
100	88	12	4	3	1
100	85	15	5	3	2
100	82	18	6	3	3

(a) Productividad de la inversión igual a 30 por ciento.

/Figura 1

Figura I
EL PROCESO DE LA PRODUCCION ECONOMICA



5. El cuadro 1 ilustra de un modo objetivo el papel que juega el crecimiento de la población en el crecimiento del producto. Esta es la razón por la cual el desarrollo se mide en términos de producto o de ingreso per cápita, es decir:

Producto o Ingreso
Población

El ingreso per cápita de uso habitual es un indicador general que permite establecer diferencias comparativas entre países pero que no da cuenta ni de la distribución del ingreso en la población ni de otras características particulares que definen el nivel de desarrollo, tales como las características estructurales.

6. El crecimiento económico es determinado, en síntesis, por diversos factores que pueden resumirse en los siguientes:

- tecnología y productividad del trabajo;
- tasa de inversión y productividad del capital;
- factores que determinan la división entre consumo-ahorro-inversión;

7. El crecimiento económico debe ser explicado a la luz de consideraciones que arrancan de:

- una teoría económica y las condiciones de producción a que esa teoría se refiere;
- una perspectiva histórica que explique el modo en que esas condiciones se han producido;
- el análisis del comportamiento de los individuos.

B. El comportamiento de los individuos

1. La transformación social y económica que acompaña al desarrollo tiene un sentido o una dirección cuyas causas deben buscarse en el comportamiento de los individuos. En el proceso económico el individuo se conduce al mismo tiempo de formas diversas según el papel que desempeña como empresario o agente de la producción industrial; trabajador; artesano; obrero o técnico; propietario del capital y de los recursos naturales; consumidor; inversionista o financiero; comerciante o político.

2. Su comportamiento se manifiesta por la actitud que adopta, v.gr. temor, sorpresa, orgullo, devoción, simpatía, las cuales reflejan estados de conciencia frente a objetos; y por los intereses que manifiesta, v. gr., amigo, familia, prestigio, dinero, lo cual expresa una relación objetiva con lo que representa su interés.

3. Toda conducta es acercamiento o alejamiento de algo. Es, por lo tanto, expresión de actitudes e intereses. La relación social es, desde este punto de vista, un juego de actitudes e intereses y el móvil es el estímulo efectivo para entrar en acción. En este mismo sentido, lo económico representa un móvil.

4. El estudio de los móviles o de la conducta proporciona un perfil de los fines que se propone una sociedad. El fin o la finalidad es una noción vinculada a valores, es decir, a aspiraciones.

5. Una sociedad es una relación voluntaria y cambiante entre hombres. Los fines que determinan sus móviles constituyen más una persecución que una consecución de determinados objetivos en el sentido axiológico. El esquema que representa estas ideas puede expresarse del siguiente modo:

- a) Una sociedad se define por sus características estructurales o perfiles, dados por una serie de datos.
- b) Una sociedad cambia, se transforma y se desarrolla en dirección hacia algo, es decir, la transformación tiene un sentido.
- c) El fin hacia el cual se orienta el cambio lleva implícito un modelo social determinado. Sin embargo, en su conjunto, estos fines no permiten explicitar un modelo único, pues en su individualidad son múltiples y a menudo excluyentes.

6. Los términos que expresan la transformación pueden definirse como sigue:^{1/}

Proceso: encierra la idea de continuidad en el acto de transformación o de cambio; el cambio es constante, es una manera definida y gradual de pasar de una fase a otra.

^{1/} Mac Iver, R. M. y Page, Charles. Sociología. Colección de Ciencias Sociales. Editorial TECNOS S.A., Madrid, 1963.

Evolución: indica que el cambio tiene una dirección; por lo tanto, no es sólo cambio de magnitud sino también de estructura.

Progreso: expresa que el cambio se dirige a una meta final, hacia un destino determinado idealmente por juicios valorativos y no por el carácter inevitable de la causalidad.

C. El cambio estructural

1. Una estructura se define como el "arreglo o disposición de las diversas partes de un todo". Sus características, referidas a las estructuras del desarrollo, pueden resumirse como sigue:

- una estructura refleja un estado o situación actual y es descrita en términos de un perfil de datos;
- las partes que la definen son funciones unas de otras;
- los términos que la definen no explican el proceso que generó esa estructura;
- esa explicación sólo puede buscarse en la interpretación histórica del fenómeno.

En el cuadro 2 de la página siguiente se da un ejemplo típico de una estructura.

2. El cuadro 2 señala características estructurales en las cuales, a través de un conjunto de datos se definen funciones que dependen unas de otras. Así por ejemplo, se puede concluir que:

- a) A cada nivel de ingreso corresponde una estructura de producción.
- b) El destino que se da al trabajo humano es diferente de acuerdo a la estructura de producción.

3. Las estructuras pueden ser clasificadas de diversa forma. A continuación se presentan ejemplos de estructuras que se han utilizado en algunas clasificaciones de uso habitual en la docencia:^{1/}

Estructuras económicas

- a) Primaria: predominio de actividades primarias
- b) Dual: coexistencia de estructuras económicas yuxtapuestas

1/ Barré, Raymond. El desarrollo económico. Fondo de Cultura Económica, México, 1964. Marchal, André. "Systemes et Structures Economiques". Paris, Presses Universitaires de France, 1959.

Cuadro 2

DIFERENCIAS ESTRUCTURALES ENTRE PAISES DE DISTINTO NIVEL
DE INGRESO POR HABITANTE, 1950 ^{1/}

	Menos de 200 dólares	200 a 400 dólares	400 a 600 dólares	600 dólares y más
Ingreso por habitante	101	329	476	1 281
Ingreso por persona ocupada	242	851	996	3 082
Agricultura	143	529	479	1 886
Manufactura, minería y construcción	385	1 058	1 320	3 640
Comercio	595	1 186	1 271	3 330
Transporte	598	1 397	1 578	3 629
Otros	335	800	1 106	3 361
Porcentaje ingreso generado	100	100	100	100
Agricultura	39	18	17	10
Manufactura, minería y construcción	21	34	38	44
Comercio	15	17	15	15
Transporte	6	8	10	7
Otros	19	23	20	24
Porcentaje población activa	100	100	100	100
Agricultura	64	29	35	13
Manufactura, minería y construcción	14	29	28	37
Comercio	6	12	12	16
Transporte	2	6	6	7
Otros	14	24	19	27

^{1/} Ahumada, Jorge. Características del desarrollo. Cuadernos de la Sociedad Venezolana de Planificación. Vol. IV, págs. 4 - 5, Caracas, 1966.

Estructuras demográficas

- a) Distribución de la población.
- b) Composición por edades y sexos.
- c) Composición del grupo adulto en relación con población activa.
- d) Estructura de la población activa.

Estructuras sociales

- a) Desequilibradas: no existencia de grupos sociales intermedios o clases sociales que favorezcan el desarrollo, v.gr., técnicos, políticos, agentes, etc.
- b) Desarticuladas: no hay movilidad vertical; no hay comunicabilidad de clases; no hay circulación de las élites.

Estructuras políticas

- a) Estructuras políticas inestables o inadaptadas.
- b) Organización administrativa ineficiente.

Estructuras mentales

Caracterizadas en general por: actitud indiferente frente al progreso; actitud frente al tiempo (¿es posible dominarlo o éste escapa a la acción del hombre?); actitud respecto a la acumulación (¿es la riqueza fuente de consumo, medio de prestigio, instrumento de progreso?); etc.

D. Mecanismo y definición de desarrollo

1. El mecanismo de la transformación económica y social está definido por sus requisitos siguientes:

- a) La necesidad de crear riqueza, es decir, un excedente sobre lo existente.
- b) Que esta riqueza de lugar a un óptimo de distribución entre el consumo, el ahorro y la inversión necesarios para asegurar el incremento sostenido de esta riqueza.
- c) Que favorezca la transformación de la estructura productiva que requiere el proceso: diversificación, industrialización, intercambios, nuevas aspiraciones, nuevos hábitos de consumo (puesto que el crecimiento de las necesidades implica diversificación, cambios de calidad de los consumos, etc.).

2. De acuerdo con los conceptos expresados hasta aquí no puede hablarse de sociedad desarrollada como de aquella que ya ha logrado el modelo de vida a que aspira, por cuanto esta noción está vinculada a valores, en un sentido axiológico y esto sólo es concebible como fines o aspiraciones. El concepto ha de vincularse más bien con los medios con que se van logrando modelos cada vez más perfectibles.

De este modo se pueden dar definiciones como las siguientes:

"Una sociedad es desarrollada cuando ha logrado un óptimo de eficiencia en los mecanismos que permiten el proceso de la evolución y del progreso, es decir, de la persecución de una finalidad".

Desde el punto de vista de la economía, se lo ha definido diciendo que:

"una región plenamente desarrollada es aquella donde, existiendo pleno empleo, la productividad (producción real per cápita) sólo puede aumentarse mediante la introducción de nuevas técnicas".^{1/}

^{1/} Furtado, Celso. Desarrollo y subdesarrollo. Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1965.

II. LA PLANIFICACION DEL DESARROLLO

A. La necesidad de planificar el desarrollo

1. Dos preguntas fundamentales sirven para plantear la importancia de esta cuestión:

a) A pesar de que se camine por una senda natural de evolución y de progreso, ¿es posible que el desarrollo económico y social quede librado al juego natural de la causalidad?

b) En la actualidad, en todos los países y simultáneamente, ¿son reproducibles las mismas condiciones que hicieron históricamente posible la situación de los países altamente desarrollados de hoy?

2. Algunos hechos históricos demuestran la presión con que los propios acontecimientos configuran una línea de acción en el sentido de los planteamientos del punto anterior:

a) La revolución industrial y la situación de la salud en Inglaterra a comienzos del siglo XIX dio lugar al Informe de Sir Edwin Chadwick en 1842 que reclamaba una reforma de las condiciones de vida de la población trabajadora industrial. El acento puesto en los niveles de vida y en los efectos sobre la salud fueron, en realidad, el punto de partida de la moderna salud pública y de la intervención del estado en estos asuntos, a través de acciones programadas y dirigidas específicamente a cambiar estas condiciones cuya tendencia natural era el deterioro.

b) La revolución rusa de 1917 exigió la urgente transformación del aparato económico para servir, a través de la dirección del estado, a las necesidades sociales. El crecimiento económico requerido para este propósito se encauzó por medio de una planificación en gran escala de la producción industrial y de la creación de la infraestructura económica y social indispensables.

c) La crisis económica de la década 1930-40 reveló el fracaso de la teoría liberal y de la libre competencia para asegurar el equilibrio económico y evitar las consecuencias depresivas de los ciclos económicos.

/La política

La política anticíclica surgida desde entonces, inspira nuevas políticas económicas basadas en una creciente intervención estatal y en el desarrollo de técnicas y de métodos para orientar a través de planes, las inversiones económicas adecuadas. Una serie de experiencias históricas afirman estas tendencias: las consecuencias de la Segunda Guerra Mundial, el Plan Marshall de reconstrucción europea, los primeros planes integrales de desarrollo, etc. Algunas técnicas y métodos surgen como consecuencia de las exigencias mismas de la guerra, v. gr., la programación lineal, el uso de computadoras y equipos electrónicos, los presupuestos-programa en las administraciones privadas y luego públicas, etc.

3. En los países subdesarrollados la planificación adquiere urgencia debido a ciertos hechos propios de la transformación natural:

- a) El crecimiento de la población y la revolución demográfica.
- b) El efecto demostración, las nuevas necesidades surgidas con el ejemplo de los países desarrollados y la revolución consiguiente de las aspiraciones.
- c) Los efectos del proceso natural de transformación, tales como la urbanización creciente y otras modificaciones de las condiciones de vida de la población, que configuran presiones sociales.

4. El impulso planificador puede adquirir diversas características dentro de un país, determinando grados diversos de racionalidad en las acciones y de efectos diferentes, que hacen más o menos eficiente el proceso de planificación. Este hecho debe ser tenido en cuenta para juzgar los resultados dentro de espacios de tiempo históricamente aún muy breves. Waterston ^{1/} ha definido este hecho diciendo que "un país está comprometido en planificar su desarrollo cuando su gobierno efectúa un intento deliberado y continuo para acelerar la tasa de progreso económico y social y efectuar los cambios institucionales que bloquean esta meta".

^{1/} Waterston, Albert. "Development Planning. Lessons of Experience". The Johns Hopkins Press, Baltimore, Maryland, 1965.

B. El concepto y el método de planificación

1. El concepto y el método de planificación quedan definidos cuando se da respuesta a dos preguntas fundamentales:

- a) ¿Cuál sería la proyección de la situación actual si se la dejara librada a sí misma?
- b) ¿Cuál es la proyección de lo que probablemente sucederá si se movilizan los instrumentos necesarios para alcanzar las metas elegidas?

2. El esquema conceptual comienza a esbozarse cuando se afirma que queremos hacer algo definido que no obtendríamos si las cosas fueran dejadas a sí mismas. Hacer algo definido implica tomar una decisión. Los elementos que llevan hasta esa decisión pueden ser expresados de acuerdo al siguiente esquema conceptual:^{1/}

- a) Se predicen hechos que salen de nuestro control inmediato; por el contrario, la programación presume funciones que pueden ser cumplidas por individuos y organismos interesados, de ahí que se programen cosas sujetas a nuestro control.
- b) Se admite la existencia de la facultad de obrar, lo cual supone a su vez, un poder o una influencia,
- c) Se presume la existencia de una zona de libre elección, de una esfera discrecional dentro de la cual el sujeto tiene la facultad de elegir entre alternativas de acción.
- d) Se admite que esta elección puede inspirarse sobre criterios que se presumen mejores o menos perjudiciales para el logro de determinados fines.
- e) Se admite que en el logro de esos fines está contenida la posibilidad de introducir cambios en la situación actual.

3. Traducidos estos conceptos a la economía, puede resumirse un esquema de procedimiento en la siguiente forma:

^{1/} Mosher, Frederick y Cimmino, Salvatore. Ciencia de la Administración. Ediciones Rialp S.A., Madrid, 1961.

- a) La economía pretende que el producto crezca y se expanda en forma económica y socialmente eficaz; se definen de este modo los objetivos.
- b) Las metas pueden, por lo tanto, fijarse en términos de:
 - i) naturaleza de los bienes producidos;
 - ii) cuantía del producto;
 - iii) valor monetario del producto;
 - iv) valor del ingreso generado;
 - v) consumos anuales;
 - etc.
- c) Se desprende así que la obtención de metas, en términos de cualquiera de las variables anotadas, sólo se conseguirá dentro de ciertas condiciones de funcionamiento de la economía, en vista de la gran interdependencia de las variables sugeridas.
- d) Elegir entre condiciones de funcionamiento diferentes implica tomar una decisión entre alternativas posibles de acción.
- e) La consistencia, viabilidad (factibilidad y realismo) y eficiencia de las alternativas, pueden ser examinadas por medio de modelos para cada una de dichas alternativas, en los cuales se definen las relaciones que existen entre las diferentes magnitudes económicas contenidas en el modelo.
- f) En el cuadro 3 se presenta un modelo simple de economía cerrada que ilustra una alternativa, la cual plantea el incremento del producto en un 10 por ciento anual y sus consecuencias, particularmente sobre el consumo de la población.^{1/}
- g) La elección de la alternativa implica una decisión sobre el curso futuro de la economía; su cumplimiento depende de las condiciones en que el plan es ejecutado, en lo cual están incluidos los obstáculos de naturaleza estructural que la planificación debe vencer y que imponen consideraciones previas a su formulación y a la adopción de una u otra alternativa.

^{1/} Cuello, Raúl y Tandeciarz, Carlos. Programas de desarrollo económico. Editorial Universitaria, Buenos Aires, 1964.

Cuadro 3

Modelo simple de economía cerrada a/

Año	Capital K_i	Producto P_i	Consumo C_i	Inversión I_i	Depreciación D_i	Habitantes H	$\frac{P_i}{H}$	$\frac{C_i}{H}$
0	3.333,3	1.000,0	800,00	100,00	100,00	100,00	10,00	8,00
1	3.433,3	1.030,0	583,67	343,33	103,00	102,00	10,30	5,72
2	3.776,6	1.133,0	642,03	377,67	113,30	104,04	10,89	6,17
3	4.154,3	1.246,3	706,24	415,43	124,63	106,12	11,74	6,66
4	4.569,7	1.370,9	776,84	456,97	137,09	108,24	12,67	7,18
5	5.026,7	1.508,0	900,23	456,97	150,80	110,40	13,66	8,15

a/ En este caso, el modelo trabaja sobre un coeficiente producto-capital de 0,3 y una tasa de depreciación del capital productivo de 0,03. Las relaciones entre las variables macroeconómicas están dadas por las conocidas ecuaciones que relacionan entre sí P_i ; C_i ; I_i ; D_i y K_i .

h) El curso futuro de la economía estará de este modo diseñado por el modelo adoptado, el cual a su vez, está condicionado por la situación prevalente de la economía, dependiendo la elección del modelo de estas condiciones y de las prioridades económicas y sociales, de la tecnología, etc.

4. La planificación se cumple a través de un proceso cuyas etapas pueden resumirse en las siguientes:

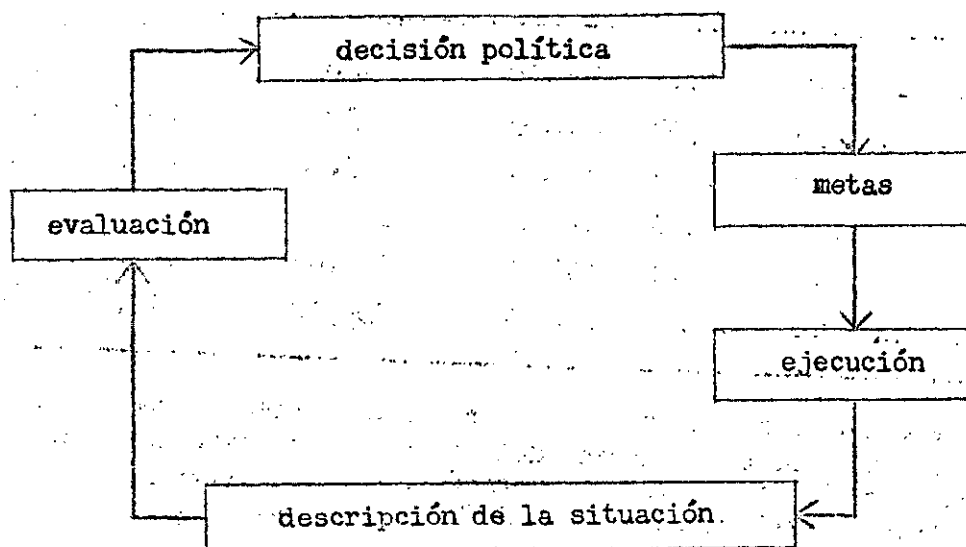
- describir lo existente = descripción
- comparar con lo deseable = evaluación
- proponer los cambios = programar
- proceder a la acción = ejecutar
- medir resultados = evaluar

La descripción y la evaluación son parte integrante de un diagnóstico de la situación, que debe constituir el punto de partida del proceso, es decir, el modelo descriptivo de la situación, el cual debe ser comparado con un modelo normativo.

/El ciclo

El ciclo que deben cumplir estas diferentes etapas puede esquematizarse del modo siguiente:

Figura II.



5. El proceso opera a través del tiempo, en el cual, el curso futuro de las acciones está indicado por planes de largo y mediano plazo y las acciones inmediatas por planes operativos.

6. La operación del plan, es decir su ejecución, se efectúa a través de las acciones o medidas representadas por instrumentos de política económica que pueden agruparse en:

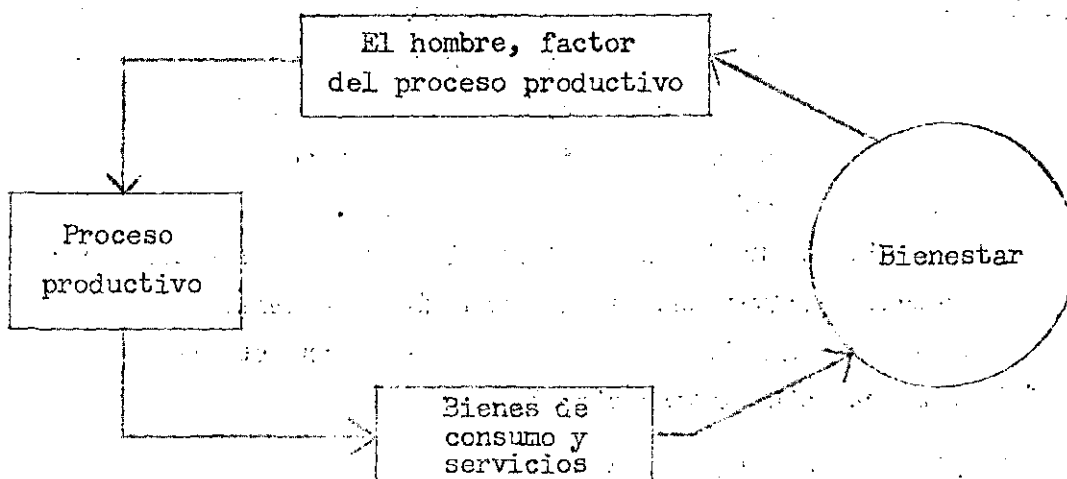
- a) Actividades de producción y de distribución: impuestos, beneficios, inversiones, créditos, precios, salarios, exportaciones, etc.
- b) Normas, leyes y reglamentos para la producción y distribución
- c) Mecanismos de persuasión de la población para influenciar la conducta privada.

III. LA FINALIDAD DEL DESARROLLO

A. Relación entre el proceso productivo y el bienestar

El esquema siguiente sirve para ilustrar el ciclo de las relaciones entre el proceso económico y la finalidad a la cual sirve:

Figura III



- a) El proceso económico es productor de bienes de consumo y de servicios
- b) Los bienes de consumo y los servicios satisfacen una finalidad que redundan en mayor o menor bienestar, de acuerdo a la disponibilidad de estos bienes de consumo y de los servicios
- c) El hombre participa como factor en el proceso productivo, debido a su capacidad de trabajo (insumo)
- d) Esta capacidad de trabajo es, por lo tanto, dependiente del grado de bienestar individual, expresable a través de la definición de un nivel de vida.

B. Concepto de nivel de vida

1. La noción de bienestar está vinculada a un alto grado de subjetividad. Hay necesidad de reducirla a una noción tangible sobre la cual puedan fijarse objetivos precisos que permitan establecer metas de carácter social. De aquí deriva la noción de nivel de vida.

2. El nivel de vida es una expresión indirecta del bienestar colectivo. Deben distinguirse ante todo las siguientes nociones afines:

- a) Nivel de vida: condiciones reales de vida alcanzada.
- b) Standard de vida: condiciones a las cuales la comunidad aspira.
- c) Norma de vida: condiciones que se consideran convenientes.

En todos estos casos se parte de la base de que hay necesidades y aspiraciones en la comunidad y de que éstas no están debidamente satisfechas.

3. La noción de nivel de vida se ha obtenido por consenso de opiniones que la considera ligada a determinados valores, los cuales serían compartidos por todas las comunidades o toda la humanidad. Esta hipótesis está restringida por la dificultad de encontrar indicadores comunes del nivel de vida, que permitan la comparación en la escala propuesta.

4. El propósito de medir el nivel de vida es el de identificar aspectos o partes claramente delimitadas de las condiciones generales de vida, que puedan representarse cuantitativamente y que permitan establecer objetivos programáticos de carácter internacional.

C. Componentes del nivel de vida

Con el propósito anteriormente señalado se han convocado dos Comités de Expertos por Naciones Unidas a fin de que propongan dichos indicadores. Esta labor se resume en la siguiente forma:

1954 - Informe del Comité de Expertos sobre "La definición y medición internacional del nivel de vida" del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.^{1/}

1961 - Revisión presentada a la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas y a la Comisión de Asuntos Sociales en su XIII período de sesiones. Guía provisional con la participación de la OIT, FAO, UNESCO y OMS.^{2/}

^{1/} Informe sobre la medición internacional del nivel de vida. Naciones Unidas. Documento E/CN.3/179 y E/CN.5/299, 1954.

^{2/} Definición y medición internacional del nivel de vida. Naciones Unidas. Documento E/CN.3/270/Rev. 1 y E/CN.5/353, 1961

Componentes recomendados después de la revisión.

1. Salud

- a) Esperanza de vida al nacer (en teoría, el mejor indicador)
- b) Tasa de mortalidad infantil
- c) Tasa bruta de mortalidad anual
 - problema de la falta de datos;
 - indicadores de recursos no válidos porque su eficacia depende de su organización, de su distribución, de la capacidad profesional, etc.;
 - tendencia a trasladar el interés por el problema, hacia la morbilidad: encuestas, etc.;

2. Consumo de alimentos y nutrición

- a) Promedio de las disponibilidades nacionales de alimentos en la etapa de la "distribución al por menor" expresado en calorías (comparadas según necesidad).
- b) Promedio de las disponibilidades nacionales de alimentos en la etapa de la "distribución al por menor expresado en total de proteínas".
- c) Promedio de las disponibilidades nacionales de alimentos en la etapa de la "distribución al por menor expresado en proteínas animales".
- d) Porcentaje del total de calorías obtenidas de los cereales, raíces, tubérculos y azúcares.
 - no hay todavía indicadores satisfactorios y prácticos del verdadero nivel de la alimentación de los pueblos;
 - no está plenamente corroborada la superioridad de las proteínas animales;
 - el cuarto indicador expresa una correlación negativa con los anteriores respecto de su valor nutritivo;
 - importancia de las encuestas especialmente domiciliarias.

3. Educación

- a) Tasa de alfabetismo en los adultos: porcentaje de población masculina y femenina de más de 15 años que sabe leer y escribir.

/b) Proporción

- b) Proporción de la matrícula escolar total:
 - i) alumnos matriculados en escuelas primarias; proporción de alumnos de 5 a 14 años sobre el total de la población;
 - ii) alumnos matriculados en escuelas secundarias; proporción de alumnos de 15 a 19 años sobre el total de la población.
- c) Proporción de alumnos matriculados en establecimientos de enseñanza superior.

Indicadores suplementarios

- Índice de la educación obtenida: mediana de los años de enseñanza cursada; población de 25 años o más, según sexo.
- Proporción entre alumnos y maestros.
- Problema de los datos sobre asistencia y matrícula.
- Falta de indicadores de educación técnica.

4. Empleo y condiciones de trabajo

- a) Proporción de personas desocupadas en total de la fuerza de trabajo.
- b) Salarios reales relativos (incluye las prestaciones adicionales) en algunas operaciones.
 - problema de la falta de datos sobre desempleo;
 - empleo insuficiente más que desempleo completo;
 - importancia de los salarios reales más que de salarios básicos;
 - preferible comparar niveles de salarios en trabajos con ocupaciones parecidas;
 - problema de "horas normales de trabajo por semana establecidas por ley o acuerdo colectivo entre trabajadores industriales" y el de la "edad mínima de admisión al trabajo" es más bien de normas y no de indicadores.

5. Vivienda

- a) Porcentaje de población que habita en "viviendas".
- b) Porcentaje de viviendas ocupadas que tengan tres o más personas por habitación.
- c) Porcentaje de viviendas ocupadas que tienen agua corriente dentro de la vivienda o fuera de ella a no más de 100 metros.

/d) Porcentaje

d) Porcentaje de viviendas con excusado (viviendas ocupadas),

Se entiende por vivienda un edificio permanente, al contrario de viviendas rústicas semi-permanentes, tales como chozas, cabañas, viviendas móviles improvisadas.

Indicadores suplementarios

- a) Porcentaje de población que ocupa viviendas que no reúnen condiciones de habitabilidad; clasificadas como rústicas; improvisadas y no aptas para vivir o que carecen de todo abrigo.
- b) Promedio de personas por habitación (sólo para viviendas ocupadas).
- c) Porcentaje de viviendas ocupadas, dotadas de retretes inodoros (urbanas).
- d) Porcentaje de viviendas ocupadas, provistas de otro tipo de retretes.

6. Seguridad social

Difícil de determinar sobre una base internacional uniforme todo lo que abarca la seguridad social y el número de personas que participan y se benefician de ella.

Diversidad de sistemas.

7. Vestido

No se considera posible recomendar indicadores que sirvan para la comparación internacional.

8. Esparcimiento y recreo

Dificultad de medición por las diferencias que existen en cuanto a formas de esparcimiento y recreo e imposibilidad de datos para la comparación internacional.

Podría usarse:

- número de asientos en cinematógrafos y teatros;
- visitas a museos, etc.

9. Libertades humanas

Importancia del problema. Dudas en cuanto a medición para la comparación. Indicadores generales - relacionados con el nivel de vida en general más bien que con determinados componentes.

/a) Indicador

- a) Indicador de la mortalidad proporcional.
- b) Gastos efectuados en alimentos.
- c) Trabajadores varones respecto a toda la fuerza de trabajo.

Información básica - tipo de datos que deben incluirse como información básica para establecer y medir el nivel de vida.

- a) Población y fuerza de trabajo.^{1/}
- b) Ingresos y gastos
 - ingreso nacional per cápita
 - gastos del consumo privado per cápita y promedio del crecimiento anual
 - evaluación de los gastos públicos y privados
- c) Comunicaciones y transportes
 - circulación media de periódicos diarios y no diarios
 - número de radioreceptores por mil habitantes
 - número de teléfonos por cada mil habitantes
 - vehículos automotores por cada cien mil habitantes
 - kilómetros de carreteras
 - kilómetros de vía férrea

D. Características de los sectores sociales

1. Un sector social se define cuando se intenta clasificar las formas de acción social sujetas a la política oficial.^{2/} Las características de estas acciones o medidas más importantes son las siguientes:

- a) Se vinculan de un modo directo más bien que indirecto con el bienestar de la humanidad.
- b) Aunque tengan un propósito económico, están inseparablemente vinculadas con finalidades (valores).

1/ Informe sobre la medición internacional de vida, pág. 16; op.cit.

2/ Desarrollo social y planificación social. Estudio de problemas conceptuales y prácticos en América Latina. Boletín Económico de América Latina, Naciones Unidas, Vol. XI, N° 1, página 46, 1966.

2. La naturaleza de los sectores sociales es dual, es decir, son al mismo tiempo un fin y un medio. Un servicio médico instalado en la industria es un ejemplo muy típico de esta dualidad, pues siendo un servicio cuyas actividades médicas y sanitarias son de carácter social, sus objetivos, dentro de la industria, están encaminados a mantener o mejorar la capacidad productiva de sus trabajadores.

3. Como sectores más indiscutiblemente sociales se identifican la educación, la salud y la vivienda. Esto es debido a ciertas características tales como las siguientes:

- a) Demandan grandes proporciones de los recursos del estado.
- b) Se desenvuelven por medio de actividades que tienen una historia y cierta tradición en la acción pública, especialmente la educación y la salud.
- c) La especificidad de estas acciones ha hecho necesario diferenciar tipos de entidades dentro de los poderes públicos, que van desde secciones o departamentos hasta organismos especiales y ministerios.

4. Las características que se señalan a continuación representan al mismo tiempo las dificultades principales para vincular los sectores sociales a los económicos:^{1/}

- a) Los sectores sociales son al mismo tiempo un fin y un medio.
- b) No se conoce la productividad de los sectores sociales en términos monetarios, ni tampoco su contribución al desarrollo. De aquí deriva al mismo tiempo la dificultad para ubicar los sectores sociales en los modelos econométricos.
- c) No se conocen las interrelaciones de los sectores sociales entre sí ni con los sectores económicos.
- d) El progreso social no puede ser medido en términos monetarios como el desarrollo económico; faltarían indicadores homogéneos; el ingreso per cápita representa sólo una aproximación en este sentido.

^{1/} "Report on the World Social Situation". United Nations, New York, 1961.

- f) Las metas del desarrollo deben fijarse en términos de producto; teóricamente deberían fijarse en términos de nivel de vida y derivar de éste las metas económicas; tampoco el nivel de vida es actualmente homogeneizable porque no se conocen las interrelaciones entre sus componentes.
- g) El plazo de obtención de los objetivos sociales y los económicos es diferente.

E. La asignación de los recursos a los sectores sociales

1. La dificultad para decidir la asignación de recursos entre sectores económicos y sociales plantea ante todo la necesidad de elegir criterios apropiados lo cual puede hacerse tomando en cuenta los siguientes hechos esenciales:^{1/}

- a) Una selección entre campos o programas sociales representa una selección entre valores de difícil objetivación y cuantificación.
- b) La distribución de recursos entre diferentes campos, significa distribuir recursos entre varios programas que compiten entre sí:
 - i) en el marco del plan de desarrollo;
 - ii) en los presupuestos anuales;
- c) De hecho, la asignación de recursos entre sectores sociales se regula por medio de la política social del gobierno: leyes, bonificaciones, ordenanzas y reglamentos, etc.
- d) Cualquier método que se adopte se materializa en última instancia en una decisión política influida por:
 - i) presiones populares;
 - ii) poder y prestigio personales, etc.
- e) El criterio para la asignación social es, en última instancia, semejante al individual. En parte reflejará necesidades y deseos personales (apreciaciones).
Importancia de explicitar esos deseos y necesidades antes de adoptar un método.

^{1/} Métodos para determinar la asignación de recursos a los programas sociales. Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Documento E/CN.5/387, 1965.

"Si bien en definitiva la asignación de recursos con fines sociales es una cuestión de apreciación, pues intervienen valores imposibles de medir, tal apreciación puede y debe ser un juicio esclarecido, fundado en todos los elementos sistemáticos, de índole objetiva y cuantitativa, que sea posible reunir.^{1/}

2. La Comisión de Asuntos Sociales del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas resume los cuatro métodos básicos siguientes que se han propuesto para fundamentar una decisión de asignación de recursos a los sectores sociales y hacerla más objetiva y racional:^{2/}

- a) Análisis sistemático de la magnitud de la necesidad social, tal como está indicada por la diferencia entre el nivel de vida real y el que sería aceptable.
- b) Análisis de los recursos necesarios para las asignaciones con fines sociales, establecidos mediante tendencias y planes económicos específicos y tendencias y proyecciones demográficas.
- c) Análisis de los sistemas de desarrollo de otros países en circunstancias comparables, desde el punto de vista del crecimiento de los diferentes sectores, en relación mutua y en relación con los niveles de desarrollo económico.
- d) Análisis de los beneficios totales, tanto directos como indirectos, de determinados programas sociales en relación con sus costos totales.

^{1/} y ^{2/} Métodos para determinar la asignación de recursos a los programas sociales, op. cit.

IV. CONCEPTOS BASICOS DE LAS RELACIONES ENTRE LA SALUD Y EL DESARROLLO

A. Planteamiento

1. El planteamiento hecho en la Introducción de estas notas se basó en la hipótesis de que hay una relación entre desarrollo y salud.

2. Esta hipótesis ha sido analizada a lo largo de las explicaciones anteriores, procurando:

a) Dar una noción de desarrollo, la cual abarca sus componentes fundamentales: crecimiento económico más cambio estructural.

b) Destacar la importancia de la planificación - su urgencia - y de cómo ésta es aplicada basándose en aquellos conceptos que informan de los mecanismos que en la conciencia determinan la racionalidad de la decisión (implícita o explícita). Para ese propósito requiere de métodos (idea y técnica del modelo) basados en la interrelación conocida entre los sectores de producción económica y en la posibilidad de actuar sobre determinadas variables macroeconómicas del proceso.

c) Mostrar la existencia o importancia de los llamados sectores sociales que, siendo fines en sí, son también medios del proceso productivo, por su participación en la noción de capital humano. Por estos hechos adquieren una determinada diferenciación institucional en virtud de su gravitación sobre la maquinaria administrativa y presupuestal de gobierno. Crean, sin embargo, una particular dificultad para decidir la asignación de recursos entre sectores sociales y económicos considerando el principio de la escasez. Esto último es debido a que los sectores sociales no ofrecen términos que permitan medir fácilmente su contribución a la formación de producto ni tampoco es posible que la medición de la cuantía de producto obtenido (ingreso per cápita) sea indicativa del grado de satisfacción del fin que estos sectores sociales representan.

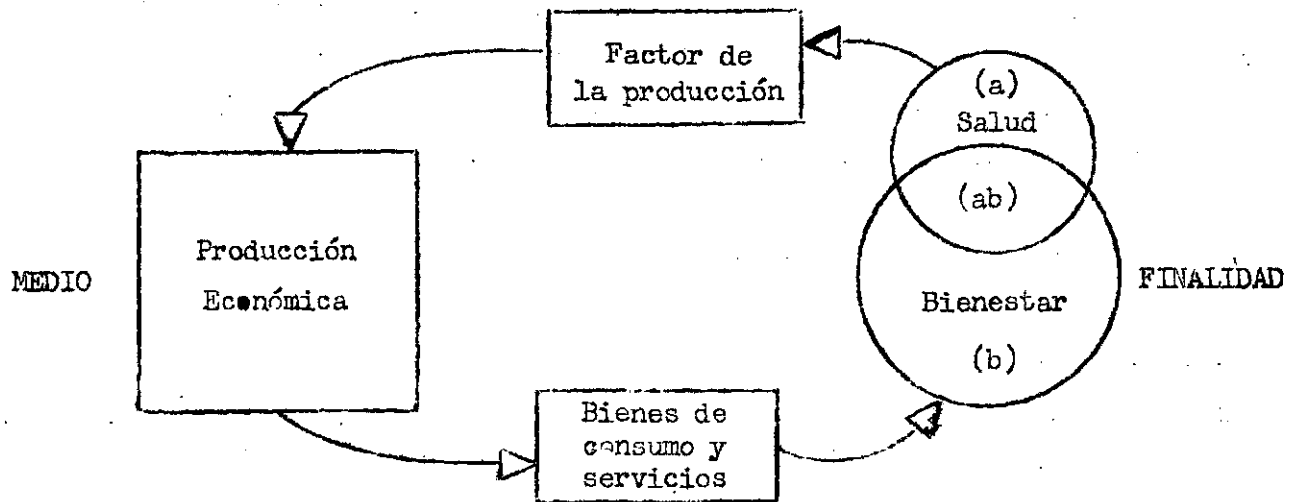
3. Por lo tanto, la participación de un sector social en el proceso de desarrollo debe ser analizada separadamente en términos de la naturaleza de los fines del desarrollo y de la naturaleza de su participación en la formación del producto nacional.

/4. Estos

4. Estos son, al mismo tiempo, los puntos de vista desde los cuales el sector salud debe ser analizado en sus relaciones con el crecimiento económico, pues, por tratarse de un sector social, participa de los atributos de fin y de medio del desarrollo.

5. El esquema siguiente que completa la noción esbozada en la Figura III permite mostrar las relaciones lógicas de medios y fines entre la producción económica y el bienestar y la salud. Bienestar y salud representan dos conjuntos cuyo segmento común (ab) indica la parte de salud que integra la noción de bienestar o de nivel de vida. El segmento (a) en cambio, representa aquella parte de salud que debe ser conceptualizada como una pura noción de medio para la producción económica, es decir, que se integra teóricamente en el recurso humano productivo, como factor de la producción.

Figura IV



B. El concepto de bienestar

1. Bienestar implica grados de satisfacción de las necesidades individuales, lo que significa capacidad de evaluar las necesidades, jerarquizarlas y tomar decisiones individuales que se reflejan en la adquisición de los bienes y servicios a disposición en el mercado. Esta decisión está limitada por el ingreso individual. El gobierno se propone como objetivo general el aumentar el bienestar colectivo reconociendo que existe desigual distribución y procurando mejorarla.^{1/}

2. Salud le da al concepto una connotación positiva. Indica que el bienestar se identifica con la salud del hombre en alguna medida inseparable, alejándolo de la enfermedad, que le impide cumplir una misión en la tierra.^{2/}

El esfuerzo por mantener la salud indica la conservación de una capacidad natural que tiende a perderse.

Las raíces del concepto pueden encontrarse en la filosofía del utilitarismo del siglo XVIII. Salud y bienestar se identifican, en la filosofía hedonista del utilitarismo, con la idea del rechazo del dolor y la búsqueda de placer, en un sentido pragmático e igualitario: placer para todos, pues equivale al mayor bien y el mayor bien debe ser para todos. Estas fueron las ideas de J. S. Mill ^{3/} y de J. Bentham ^{4/} que ejercieron gran influencia sobre el espíritu reformista de la época, e inspiraron a Edwin Chadwick en su lucha por modificar las condiciones de vida de la población trabajadora industrial de Inglaterra a comienzos del siglo XIX. Estos intentos dieron nacimiento a la moderna salud pública.^{5/}

1/ Concepto resumido de: La enseñanza de la planificación en América Latina. Informe de la Sociedad Interamericana de Planificación. San Juan, Puerto Rico, 1961.

2/ Sigerist, Henry E., Civilización y enfermedad. Fondo de Cultura Económica. México, D.F., 1946.

3/ Mill, Stuart J., El utilitarismo. Ediciones Aguilar, Biblioteca de Iniciación filosófica, N° 34, tercera edición, 1962.

4/ Bentham, Jeremy, Escritos económicos. Fondo de Cultura Económica, 1965.

5/ Chadwick, Edwin, "Report on the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain". Edinburgh University Press, 1965 (reprint).

C. El concepto de salud

A los fines que nos proponemos en estas explicaciones, la noción de salud, que sirve de fundamento a las acciones de la salud pública, debe ser precisada por los siguientes hechos y nociones principales:

1. La noción de salud es abstracta y en ese sentido la plenitud de salud no puede ser objetivada ni expresada cuantitativamente. La precisión de este concepto va acentuándose a medida que la pérdida de salud va adquiriendo contornos definidos. La enfermedad inaparente se hace aparente en virtud de medios de pesquisa cada vez más accesibles y la enfermedad va adquiriendo características más precisas de acuerdo a la aparición y definición de los síntomas. La muerte representa el hecho más objetivo de la pérdida completa de salud y es al mismo tiempo un acontecimiento que adquiere la máxima evidencia en los registros oficiales.

2. De acuerdo con lo anterior en el concepto salud pueden definirse las siguientes categorías:

- a) Ausencia de enfermedad (salud)
- b) Enfermedad inaparente
- c) Enfermedad aparente
 - i) enfermedad erradicable
 - ii) enfermedad reducible
 - iii) enfermedad no reducible
- d) Muerte

3. Desde el punto de vista de las acciones con que puede operarse en estas categorías, el efecto obtenible se puede resumir en:

- a) Prevenir la enfermedad: evitar casos
- b) Recuperar la salud: evitar muerte o invalidez

4. Cada una de estas grandes categorías de acciones configura una tecnología basada en lo siguiente:

- a) Prevención: probabilidad de no enfermar con esa tecnología
- b) Recuperación: probabilidad de no morir o invalidar con esa tecnología

5. La tecnología está compuesta por un conjunto de actividades específicas destinadas a la prevención de la enfermedad o a la recuperación de la salud. Cada actividad implica el uso de recursos en una determinada cuantía y composición (instrumento). La adquisición de esos recursos significó, en un determinado momento, la decisión de efectuar una asignación financiera específica al sector. Esta decisión hubo de ser tomada pesando de un modo implícito o explícito la posibilidad de que esta asignación hubiera tenido igual o más éxito, desde el punto de vista de un beneficio social, si hubiera sido hecha a otros sectores, ya sea como consumo o como inversión económica reproductiva.

6. De acuerdo a lo anterior, la cantidad de salud de una comunidad, es decir su nivel, deberá ser medido en términos de los indicadores que expresen una cuantía de pérdida de ella. Las variaciones de dicho nivel están indirectamente relacionadas con la cuantía de recursos que fueron asignados al sector salud o a los otros sectores que tienen participación en el condicionamiento de la salud, v. gr. los factores del medio ambiente. Esta decisión, a su vez, deriva de un más amplio contexto de decisión sobre asignación de recursos a las diferentes necesidades de una comunidad.

V. LAS INFLUENCIAS RECÍPROCAS ENTRE LA SALUD Y EL PROCESO DE LA PRODUCCION ECONOMICA 1/

A. Análisis de las relaciones recíprocas

1. Como consecuencia de la existencia de una tasa potencial o real de enfermedad, hay necesidad de movilizar insumos específicos en la demanda intermedia destinados a la producción de bienes y servicios, para satisfacer la demanda final de la salud: prevención de enfermos y recuperación de la salud.

2. En lo que respecta a salud, esta demanda final estará compuesta por bienes y servicios de consumo (servicios médicos, medicinas, alimento para enfermos, útiles, gastos generales y de funcionamiento, etc.) y por bienes de producción de servicios de salud (edificios, equipos, etc.).

3. Para atender a la salud, esta actividad productora de bienes de consumo y de capital y de servicios, requirió de inversiones específicas destinadas a la producción de dichos bienes y servicios.

4. Esta actividad productora de bienes y servicios para salud, incorpora como valor agregado al ingreso los sueldos, salarios, beneficios, rentas, intereses, etc. que representan lo obtenido por los respectivos factores participantes de la producción.

5. La muerte de las personas en edad productiva afecta al nivel de ingreso del grupo familiar y por lo tanto a su capacidad global de consumo (círculo vicioso de la pobreza).

6. Como resultado de la enfermedad, existe una determinada tasa de mortalidad que está afectando al tamaño de la población y, por consiguiente, está reduciendo teóricamente el volumen global de los consumos.

7. El mayor efecto que tiene la mortalidad sobre determinados grupos de la población afecta además la estructura de los consumos, v. gr., mayor número de muertes en edad infantil.

8. Como resultado de la reducción del tamaño de la población debido a las muertes, se produce una liberación de recursos económicos pues esa población que ya no existe hubiera demandado los servicios y bienes correspondientes, especialmente viviendas y educación.

1/ Véase la Figura I.

9. La demanda de servicios y bienes de consumo para salud es inelástica y por lo tanto afectará a otros bienes de consumo y a ciertas posibilidades para el ahorro y la inversión. (Caso de las inversiones que realizan las instituciones de la seguridad social).

10. La tasa más baja de depreciación que se asigna habitualmente a los bienes de capital que se utilizan en salud (edificios, equipos, etc.) resulta ser un verdadero mecanismo que compensa en una pequeña parte las disponibilidades globales para la inversión, reducidas como consecuencia de los gastos de la enfermedad. (Este hecho afecta, sin embargo, a la eficiencia de los servicios).

11. Los factores que generan enfermedad y muerte reducen por este motivo la fuerza de trabajo, porque debido a las muertes disminuye el número de trabajadores y debido a la enfermedad se reduce la capacidad de trabajo (debilidad), la capacidad de aprender y la iniciativa individual y se produce ausentismo al trabajo.

11. La persistencia de una incapacidad total o parcial después de la enfermedad reduce la fuerza de trabajo por las razones dadas anteriormente.

13. La seguridad social y la rehabilitación de enfermos, para devolverles en algún grado su capacidad de trabajo, representan gastos sociales que por sus fines involucrados deben considerarse como transferencias entre sectores.

14. Las exigencias tecnológicas de la producción de servicios para salud obliga a recurrir a importaciones, tanto para satisfacer la demanda intermedia (a veces de insumos críticos) como a la demanda final (bienes de consumo y de capital importados).

15. No puede esperarse que las exiguas exportaciones de bienes referidos a salud, tales como medicinas, productos biológicos, equipos, etc., que efectúan algunos países subdesarrollados, compensen de por sí en la balanza comercial las relativamente cuantiosas importaciones que requiere la tecnología médica moderna.

16. Las condiciones sanitarias deficientes que prevalecen en áreas cultivables o en zonas donde existen recursos naturales explotables exige un esfuerzo particular de inversión económica destinado específicamente a crear condiciones sanitarias satisfactorias como requisito previo al cultivo o explotación.

RESUMEN DEL EFECTO POSIBLE DE LA ENFERMEDAD EN EL
FUNCIONAMIENTO DE LA ECONOMIA

1. Al reducir tamaño de la población y afectar su estructura (muertes)
 - a) Afecta los ingresos familiares
 - b) Reduce la cuantía de los consumos
 - c) Afecta la estructura de los consumos (edades)
 - d) Se liberan recursos que habrían debido destinarse a los que murieron (educación, vivienda, etc.)

2. Al reducir la fuerza de trabajo (costo de pérdida de uso)
 - a) Debido a la enfermedad
 - i) la "debilidad", la cual produce:
 - menor capacidad de trabajo
 - menor capacidad de aprender
 - disminución de la iniciativa
 - ii) el ausentismo al trabajo
 - c) Debido a las muertes (reducción del número de trabajadores)
 - d) Debido a la incapacidad
 - i) reducción parcial de la capacidad de trabajo
 - ii) reducción total de la capacidad de trabajo

3. Determina gastos e inversiones específicas
 - a) Gasto médico o gasto en salud (costo de uso)
 - i) prevención de enfermedades
 - ii) pesquisa de enfermos
 - iii) recuperación de enfermos
 - b) Gastos sociales (costo de transferencia)
 - i) seguridad social
 - ii) subvenciones, etc.
 - c) Inversiones de saneamiento en áreas insalubres

B. Los supuestos y condicionantes de estas interrelaciones

1. ¿En qué medida se afectan los ingresos familiares por causa de la enfermedad o la muerte? ¿Se agrava el círculo vicioso de la pobreza?

Este hecho depende en parte de la existencia de mecanismos de seguridad social. En todo caso, representan costos de transferencia intersectorial que afectan las disponibilidades para la inversión.

2. ¿Se reduce la cuantía de los consumos y se modifica su estructura?

Esto podría depender del nivel de ingreso de los que mueren o de circunstancias catastróficas, es decir, anormales. La lógica indica, al contrario, que la reducción de la mortalidad y el aumento de la natalidad son dos factores fundamentales que afectan el ingreso per cápita.

3. ¿Es efectivo que la reducción del tamaño de la población libera recursos debido a la consiguiente reducción en servicios tales como educación, vivienda, etc. permitiendo así que estos recursos puedan tener otros empleos reproductivos? En un sentido opuesto, cabe preguntarse si la reducción de la enfermedad, conjuntamente con el aumento del índice de natalidad, representan efectivamente una sobrecarga económica para la sociedad.

Esto es efectivo pero llevaría necesariamente a considerar la compensación económica que este hecho tiene. Por ejemplo, el aporte que hace la fuerza de trabajo ganado como consecuencia de evitar la muerte y la enfermedad.

4. ¿Bajo qué condiciones puede aceptarse que la mortalidad de personas en edad activa represente efectivamente una disminución de la fuerza de trabajo?

Sería aceptable, desde luego, si se tratara de una situación de pleno empleo o bajo el supuesto de que exista gran rigidez de oferta de mano de obra (distribución geográfica, especialización, etc.).

5. ¿Cuánto hubieran estado produciendo las personas de no haber muerto, enfermado o adquirido alguna incapacidad? ¿Qué pérdida neta representa para la economía la muerte o enfermedad de un individuo en edad productiva? Si eliminar una enfermedad representa cambiar la calidad de las personas ¿en cuánto contribuye este cambio al crecimiento económico?

El intento de contestar a estas preguntas lleva implícitas las siguientes hipótesis:

/a) Que

- a) Que invertir en salud mejora las personas y rinde un retorno futuro.
- b) Que es posible cuantificar para propósitos pragmáticos este aumento del producto así obtenido.

A continuación se reseñan algunos trabajos e intentos en este sentido: Mushkin y Collings ^{1/} proceden en primer lugar a estimar el tiempo de trabajo perdido y luego a asignarle un valor monetario al producto que representa esa pérdida. El tiempo trabajado se calcula en Años-Hombres-Perdidos (AHP) y el valor monetario de la producción en términos de Promedio de los Ingresos Individuales (PII). La estimación se obtendría multiplicando AHP por PII.

Ahumada y sus colaboradores ^{2/} sugieren abordar el problema a través del cálculo de los Años de Capacidad Potencial Productiva Perdidos (ACP) como consecuencia de la enfermedad. ACP en este caso representa el total de años-persona de que dispone en conjunto esa comunidad para cualquier tipo de actividad que aumente el acervo de una comunidad, incluso el descanso.

Weisbrod ^{3/} sigue en términos generales la línea que sugieren Mushkin y Collings, midiendo las ganancias futuras promediales por edad y utilizando además como variables el empleo pleno, la probabilidad de vivir en el año en estudio y el cálculo de las pérdidas como consumidor de los individuos afectados.

^{1/} Mushkin, Selma J. y Collings, Francis, "Economic Cost of Disease and Injury". Public Health Reports, 74, 9:795, 1959.

^{2/} Ahumada, Jorge y col., Programación de la salud. Problemas conceptuales y metodológicos. Organización Panamericana de la Salud. Publicaciones Científicas N° 111, 1965.

^{3/} Weisbrod, Burton A., "Economics of Public Health". University of Pennsylvania Press, 1961.

Denison ^{1/} calculó que en los Estados Unidos el aumento del 1.1 por ciento del producto nacional se debió al aumento del 1 por ciento de los insumos que representan el trabajo, los recursos naturales y el capital. En cambio, el aumento aisladamente del 1 por ciento de la fuerza de trabajo aumentó en un 0.8 por ciento el producto nacional. De sus estimaciones deduce que el ingreso nacional aumentó anualmente en un 0.3 por ciento debido a la reducción de la mortalidad.

Mushkin ^{2/} ha calculado la ganancia neta que ha representado en los Estados Unidos el cambio decenal de las tasas de mortalidad. Desde 1900 hasta la fecha esta ganancia puede estimarse en 820 mil millones de dólares que, de no haberse obtenido salvando vidas humanas productivas, debió haberse obtenido por otro mecanismo de formación de capital.

6. ¿Cuál es la magnitud y el significado económico de lo que las personas gastan en salud, llamado habitualmente Gasto en Salud o Gasto Médico? ¿Es posible reducir este gasto y destinar el sobrante a inversión reproductiva?

Las respuestas a estas preguntas plantean a su vez dos requisitos o supuestos:

a) Concluir que un gasto médico es alto o bajo implica necesariamente un proceso de evaluación contra un patrón de medida que define cual es el gasto médico normal. Esto es así por cuanto debe admitirse una tasa mínima inevitable de enfermedad y de muerte. Este límite lo determina la respuesta de la enfermedad a la tecnología actualmente en uso para evitarla o para recuperar la salud, concepto que Ahumada y colaboradores ^{3/} denominan vulnerabilidad.

^{1/} Denison, Edward, "The Sources of Economic Growth in the United States and the Alternatives before us". Supplementary Paper N° 12, Committee for Economic Development. New York, 1962.

^{2/} Mushkin, Selma, "Health as an Investment". The Journal of Political Economy. Supp. LXX, N° 5, Part 2:129, 1962.

^{3/} Ahumada, Jorge y col., op. cit.

La existencia de mayor cantidad de enfermedades reducibles, es decir, de más alta vulnerabilidad, implica necesariamente un más alto gasto médico relativo que puede ser reducido y esta es precisamente la situación de los países subdesarrollados, cuya alta mortalidad está formada, según Testa,^{1/} en un 75 a 80 por ciento por enfermedades reducibles, comparativamente con países de mortalidad media o baja, en los cuales la proporción de enfermedades reducibles es de 50 por ciento y de 20 a 25 por ciento respectivamente, según el mismo autor.

b) El segundo requisito o supuesto implica necesariamente que la reducción del gasto médico libere recursos con tal grado de movilidad que sea posible destinarlos en cualquier momento al consumo o inversión más adecuados. Esta rigidez, en términos de especificidad e inamovilidad de los recursos, es muy acentuada en el sector salud.

Se hace referencia a continuación a algunas características más importantes del gasto médico, para cuya mejor definición puede recurrirse a Abel-Smith.^{2/}

i) el gasto médico puede clasificarse como público y privado. El gasto público es una variable macroeconómica que debe referirse al producto nacional bruto. Díaz y Montoya^{3/} señalan que en Chile el gasto médico público es el 2.3 por ciento del PNB y constituye a la vez el 7 por ciento del gasto total del sector público;

ii) el gasto médico individual es un problema sociológico con determinadas características vinculadas al gasto familiar:

1/ Testa, Mario. Criterios para una política de préstamos para salud. Documento interno. Organización Panamericana de la Salud.

2/ Abel-Smith, Brian. El precio de los servicios sanitarios. OMS, Cuadernos de Salud Pública N° 17, Ginebra, 1964.

3/ Díaz, Salvador y Montoya, Carlos. El gasto médico en Chile. Colegio Médico de Chile. Departamento de Salud Pública y Trabajo Médico, 1965.

- El Informe de la Royal Commission en Canadá ^{1/} indica que el gasto médico familiar ha variado entre el 6.6 y el 8.6 por ciento de los gastos personales entre 1927 y 1961.
- En Chile, Díaz ^{2/} muestra en una investigación censal la siguiente variación entre los gastos médicos y los ingresos:

	Bajos Ingresos %	Altos Ingresos %
Farmacia	65	21,0
Médicos y odontólogos	19	58,8
Hospitalización	7	18,1
Otros gastos médicos	9	2,1

- Los gastos médicos son relativamente más bajos a medida que aumentan los ingresos individuales o familiares, siguiendo la curva de la propensión marginal al consumo.
- La estructura del gasto médico familiar depende de la oferta de servicios, hecho de gran importancia en el medio rural.
- El gasto médico es inelástico y afecta a otros consumos y eventualmente a las disponibilidades para el ahorro, según se ha analizado anteriormente. Este hecho adquiere naturalmente un significado real cuando los ingresos familiares son bajos.

^{1/} Royal Commission on Health Services. Vol. 1, Canada, 1964.

^{2/} Díaz, Salvador. El gasto médico familiar. Cuadernos Médico-Sociales, VII, 4:21, 1966.

C. El concepto de salud como inversión

El propósito de la inversión en salud podría ser planteado en los siguientes términos:

1. Ganar vidas humanas
2. Evitar enfermos
3. Aumentar la producción económica:
 - a) Reduciendo los gastos de salud
 - b) Incrementando el producto a través de una inversión económica que aumente el insumo laboral o mejore su calidad (salud).

Los términos lógicos de estas relaciones fueron presentados en la Figura IV. Dicho esquema muestra la consistencia formal de las relaciones mutuas entre el bienestar como finalidad y el proceso productivo como medio para cumplir esta finalidad. El proceso productivo, a través de la producción de bienes de consumo y de servicios tiene como destino la satisfacción de necesidades y aspiraciones vinculadas al bienestar, uno de cuyos componentes es la salud. La salud es, al mismo tiempo, un factor de la producción en la medida que contribuye a aumentar la cantidad del recurso humano y a mejorar su calidad.

Los recursos humanos que se destinan a mejorar la salud a través de bienes de consumo y de servicios, aunque éstos sean clasificados solamente como "gastos",^{1/} pueden considerarse como una inversión, si el propósito de esta inversión es aumentar vidas humanas o evitar enfermos.^{2/}

Las posibilidades de que esta "inversión en vidas humanas" se convierta también en "inversión económica productiva" a través del aumento de la cantidad y del mejoramiento de la calidad del recurso humano productivo, dependerá de las condiciones en que se desenvuelva el proceso productivo.

^{1/} Concepto que Destanne de Bernis llama "consumo de desarrollo" por ser tanto un prerequisite de las realizaciones humanas como un medio de hacer a la población más eficiente en su trabajo. Véase al respecto: Destanne de Bernis. "How to Integrate Health Planning into the Planning of Economic Development as a whole". Expert Committee on National Health Planning in Developing Countries. WHO. Doc. NHP/WP/66.2, Geneva, 1966.

^{2/} Lo que en definitiva puede medirse en términos de muertes evitadas cuando es posible establecer la probabilidad de enfermar que tiene un individuo sano y de morir si adquiere esa enfermedad.

En las condiciones propias del subdesarrollo, donde existe desnutrición, alta tasa de natalidad, desempleo, poca mano de obra especializada, etc., las asignaciones a salud son más una "inversión en vidas humanas" que en "producción económica". Naturalmente que esta inversión en vidas humanas puede considerarse como una inversión económica a largo plazo en aquellas circunstancias en que el país ha pasado de la fase del despegue para el desarrollo. En los países altamente desarrollados en cambio, cuando depende fundamentalmente de innovaciones tecnológicas, las asignaciones a salud evidentemente acrecientan la ganancia de insumo laboral, haciendo al hombre más apto para aprender, para desarrollar iniciativas e imaginación, para reducir el ausentismo y para mejorar la cantidad y calidad del producto con aquellos atributos que son propios del individuo sano que vive en un ambiente de producción óptima.^{1/}

En cualquiera de estas circunstancias no es posible, en el momento actual, medir la cuantía de la contribución que hace salud a la producción económica, como sería por ejemplo, la obtención de un determinado número de unidades de crecimiento marginal del producto, debidas al incremento de un determinado número de unidades de salud, lo que Cibotti denomina "relaciones incrementales".^{2/}

Estas relaciones son por ahora desconocidas, y por lo tanto, no es posible homogeneizar en una sola expresión el concepto de "inversión en vidas humanas" con el de "inversión económica productiva", al menos en lo referente a la participación de la salud.^{3/}

^{1/} Este es el concepto de Schultz, uno de los defensores de la idea de la inversión humana. Véase al respecto: Schultz, Theodore W., "Investment in Human Capital". The American Economic Review, 51, 1:1, 1961; y del mismo autor, "Reflections on Investment in Man". The Journal of Political Economy, Supp. LXX, N° 5, Part 2:1, 1962.

^{2/} Cibotti, Ricardo. La integración del sector salud en la planificación del desarrollo. Grupo de Trabajo sobre el proceso de planificación de la salud en las Américas. Washington, 1967.

^{3/} Estas relaciones son, en cambio, más fácilmente expresables cuando se vincula la educación con el crecimiento económico.

La contribución que hace salud al crecimiento económico puede ser planteada en el momento actual en términos de un modelo para la investigación, en el cual se definen todas las condiciones posibles de funcionamiento de la economía. Barlow intenta un estudio de este tipo con un modelo de análisis de lo ocurrido sobre la economía de Ceylán, a lo largo de treinta años, como consecuencia de la erradicación del paludismo, comparativamente con lo que hubiera ocurrido de no haberse procedido a la erradicación.^{1/}

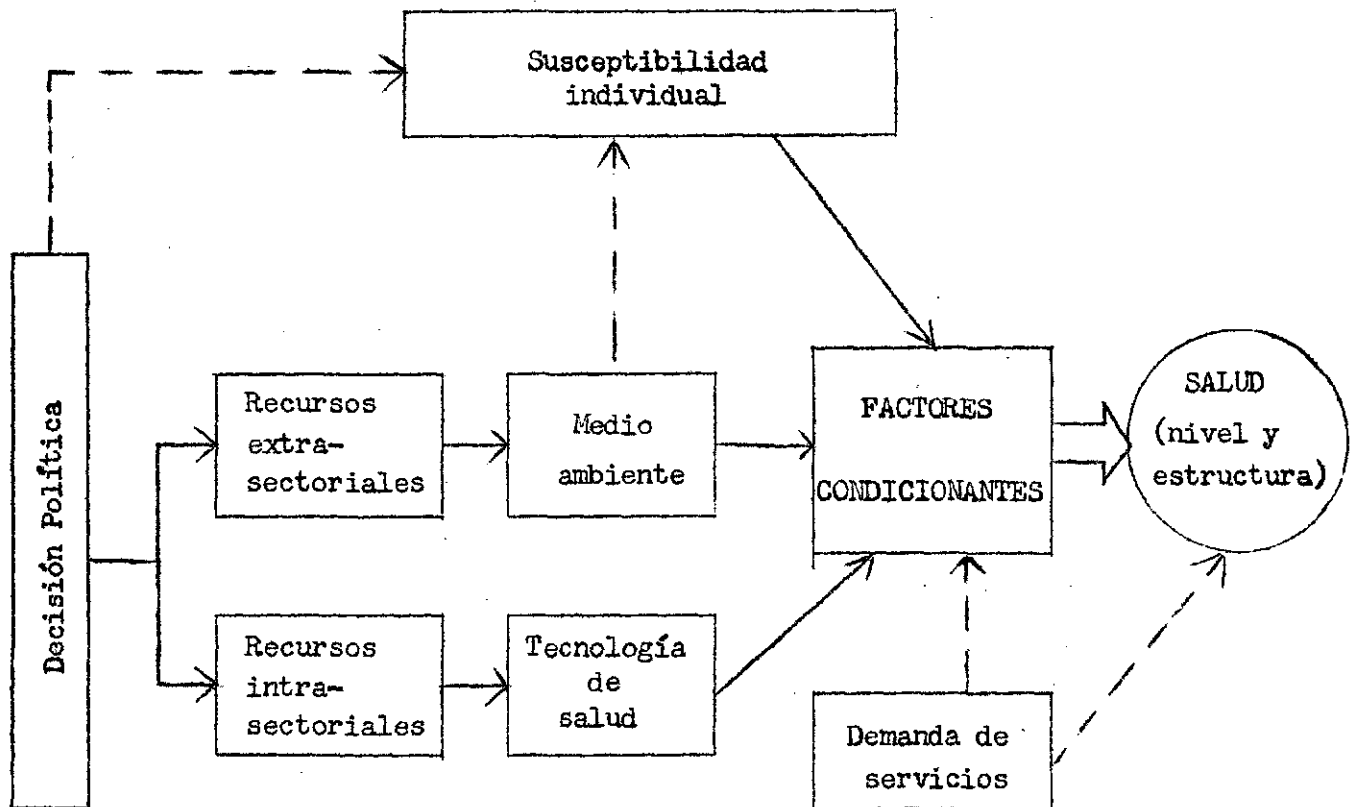
^{1/} Barlow, Robin, "The Economic Effects of Malaria Eradication". American Economic Review. I II, N° 2:130, 1967.

VI. LOS FACTORES DETERMINANTES DE UNA SITUACION DE SALUD

A. El origen de los factores

La Figura V pone en evidencia las relaciones entre el nivel y estructura de la salud y la naturaleza y origen de los factores que condicionan dicho nivel y estructura a través del mecanismo que se describe a continuación.

Figura V



1. El nivel y estructura de la salud son el resultado de la interacción de la susceptibilidad individual a las enfermedades, los factores del medio ambiente y la tecnología que se aplique a la prevención y recuperación de enfermos.

2. Los factores del medio (agua, disposición de excretas, viviendas, accesibilidad, educación, etc.) actuarán en la medida en que una política les haya destinado los recursos necesarios y operen con algún grado de eficiencia.

/3. La

3. La tecnología de salud será igualmente la resultante de la cuantía de recursos que le haya sido asignada y de la eficiencia con que estos recursos estén actuando.

4. Originariamente las decisiones sobre asignaciones a los sectores se gestaron en un contexto de política, vinculado a las disponibilidades globales nacionales de recursos y a todas aquellas condiciones que hacen a estas decisiones dependientes de la situación y nivel de desarrollo del país.

5. La susceptibilidad a las enfermedades, vinculada a la estructura por edad de la población, puede igualmente, aunque de un modo más indirecto, estar afectada por decisiones políticas como sucede con las migraciones internas y externas y con la natalidad.

6. Las disponibilidades de alimentos derivadas de condiciones relacionadas con el medio ambiente, afectarán también a la susceptibilidad a ciertas enfermedades, a través de un mecanismo individual.

7. Los cambios que se operan en el medio ambiente económico y social están afectando permanentemente a la utilización de la tecnología de salud, es decir, a la política de salud. Tal es el caso, por ejemplo, de la accesibilidad física de la población a los servicios y viceversa.

8. La demanda de servicios de salud no es en sí un factor que condicione independientemente el nivel y estructura de la salud. En la medida en que exista un servicio de salud (tecnología de salud a disposición de la población) la demanda será un factor que contribuya a expresar el nivel y estructura de salud prevaleciente..

9. En resumen, los factores condicionantes de una situación de salud son el resultado de los cambios operados a través del tiempo sobre diversos condicionantes:

- a) Cambios en las condiciones individuales o demográficas que han producido diferentes susceptibilidades a las enfermedades.
- b) Cambios de política, los cuales afectaron las decisiones sobre asignaciones de recursos entre sectores, influyendo de diversa manera al medio ambiente físico, económico y social.

/c) Cambios

- c) Cambios en la política de salud que influyeron en las asignaciones de recursos dentro del sector en relación con los problemas de salud, las áreas geográficas, los grupos de población, etc., lo cual configuró diferente oferta de servicios frente a necesidades y aspiraciones cambiantes de la población.
- d) Cambios en la demanda de servicios por parte de la población, los cuales acusan transformaciones sociológicas vinculadas a diferentes comportamientos sociales.

B: El problema de la demanda de servicios de salud

1. El concepto de demanda de servicios de salud está vinculado a la utilización de los servicios por parte de la población. La demanda contribuye a definir el nivel de salud en la medida en que la propia población solicita servicios, v. gr., consultas médicas y hospitalizaciones, permitiendo de este modo el registro de hechos relacionados con la salud, tales como enfermedades diversas, grupos de edades afectados, consultas de salud, etc.

2. La demanda de servicios revela así aspectos psicológicos y sociológicos particulares que dependen en alto grado del nivel socio-cultural y por lo tanto, del nivel de ingreso de los individuos y las familias. Dice Suchman ^{1/} que "mientras que la muerte nivela todos los rangos y estadios sociales, la enfermedad sirve para poner de manifiesto las profundas diferencias de clase social".

3. Como forma de comportamiento social, la demanda de servicios significa en los individuos definir y reconocer su enfermedad, buscar atención médica y responder adecuadamente al tratamiento indicado.

4. Este comportamiento define al mismo tiempo los sistemas sociales estructurales de referencia que evidencia una persona cuando se siente enferma, los cuales, de acuerdo a una investigación de Gilliam, citado por Suchman ^{2/} son los siguientes:

^{1/} Suchman, Edward A., "Sociology and the Field of Public Health". Russell Sage Foundation. New York, 1963

^{2/} Suchman, Edward A., op. cit.

- a) La experiencia del síntoma mueve hacia su reconocimiento, a la interpretación de su importancia y determina alguna reacción, reflejo de la preocupación que este hecho le merece al afectado.
- b) La búsqueda del alivio del síntoma representa una búsqueda de información y de consejo, acentuando el contacto con la familia, los amigos y los grupos sociales; ésta es una etapa, por lo general no profesional (estructura de referencia lega o laica).
- c) El contacto médico es el acercamiento a una o varias fuentes en busca de diagnóstico o tratamiento (estructura de referencia profesional).
- d) La etapa de dependencia del paciente es aquella en que el individuo se ha puesto en manos del médico, se somete a ciertas prerrogativas y decisiones y acepta el cuidado que se le proporciona.
- e) La rehabilitación constituye el retorno del individuo a su funcionamiento normal, gradual y progresivo.

5. Proyectado en la escala de los niveles culturales, este acercamiento de los individuos a los centros de referencia tiende en la posición cosmopolita a las soluciones científicas y en la posición "provinciana" a las soluciones populares o folklóricas. Dé aquí deben reconocerse las profundas diferencias de grado en la utilización de la tecnología moderna de salud por parte de la población, lo cual evidencia la naturaleza del área que debe franquear la enfermedad en el complejo psico-sociológico hasta transformarse en una demanda de atención y hasta que adquiere las verdaderas características de una demanda técnicamente eficiente.

6. En resumen, por demanda de servicios de salud debe entenderse:

- a) Una solicitud real o efectiva de servicios de salud
- b) Una expresión de necesidades y aspiraciones, es decir, una solicitud potencial que debe transformarse en solicitud real o efectiva.

C. El problema de la oferta de servicios de salud

1. La oferta de servicios de salud surge de la relación siguiente:

- a) Una necesidad de salud constituye la existencia real o potencial de una enfermedad y sus consecuencias, la cual será satisfecha a través del servicio.
- b) Un servicio constituye la aplicación de una tecnología de prevención de la enfermedad o de recuperación de la salud, compuesta por determinadas actividades, cada una de las cuales requiere de un conjunto organizado de recursos (instrumentos).

2. El desideratum de la oferta de servicios lo constituye en consecuencia, la existencia del servicio de salud más la habilidad o capacidad de éste y del aparato social en general, para transformar la necesidad en demanda.

3. La existencia de una necesidad de salud y de un servicio, en el cual se incluyen las acciones intersectoriales que participan en una política de salud, exige un juego de combinaciones entre las cuales se interpone una infraestructura económica y social, que acusa un nivel de desarrollo y que determina la viabilidad de las acciones que debe realizar el servicio: distribución de la población, accesibilidad física, transportes, energía, nivel cultural, etc.

4. En escala nacional la oferta de servicios configura formas de acción pública y privada cuyo conjunto constituye el sector salud. Parte de las acciones públicas caen bajo la jurisdicción de organismos específicamente encargados de la salud y parte de ellas está entregada a organismos dependientes de otros sectores, v. gr. Obras Públicas, Municipalidades, Ministerios de Defensa, etc.

El sector privado que atiende la salud tiene formas organizadas de servicio, análogas a las del sector público, como hospitales, centros médicos, etc. y formas no organizadas representadas por la atención médica privada individual.

/Dentro de

Dentro de esta estructura se diferencian niveles de acción públicos y privados, específicos y no específicos referentes a distintos aspectos de la acción:

- a) La extensión geográfica: nacional, regional, local
 - b) La decisión: política, político-técnica, técnica
 - c) Temporalidad: largo plazo, mediano plazo, corto plazo
 - d) La operación: mínimo, intermedio, máximo
- etc.

VII. LOS FACTORES QUE AFECTAN LA SITUACION DE SALUD EN EL SUBDESARROLLO

1. El análisis comparativo entre los indicadores del nivel de desarrollo y el nivel de salud muestra la correlación positiva que existe entre ambos. La situación de salud es objetivada y admite diversos términos de clasificación correlativa, v. gr. mortalidad y nivel de ingreso, agua potable y morbilidad por enfermedades entéricas, etc. Esta correlación no indica, sin embargo, la relación de causa-efecto que permite vincular un determinado nivel de salud a un determinado nivel de desarrollo, por todas las razones expresadas hasta aquí. La explicación de esta situación sólo puede ser hecha en una perspectiva histórica la cual se remonta por grados hasta la decisión política originaria que asignó recursos entre los sectores, dentro de una problemática de escasez y en el contexto o complejo que caracteriza al subdesarrollo.

El análisis de la explicación puede ser hecho partiendo del reconocimiento del nivel de salud e interpretando el origen de sus factores condicionantes. Para este intento se utiliza la Figura VI ^{1/} cuya explicación está contenida en los párrafos siguientes.

2. El nivel de salud insatisfactorio es definido como tal por medio de una comparación con modelos normativos. Este proceso indica, de un modo implícito, el carácter prospectivo de la evaluación, pues el modelo de comparación debe ser suficientemente realista como para expresar de un modo explícito la cuantía de cambio que es posible obtener si se ejercen determinadas acciones sobre los factores condicionantes.

El resultado de esta evaluación permitiría inferir, dentro de consideraciones empíricas o abstractas, el grado de insatisfacción de aquellas necesidades de salud que integran una noción finalista de bienestar, así como la menor contribución que efectúa por este motivo el recurso humano al crecimiento económico, de acuerdo a las condiciones en que funcione la economía en estudio.

^{1/} Originariamente elaborada por el Instituto Nacional de Planificación del Perú y la Oficina Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud Pública de ese país con algunas modificaciones que sirven a esta explicación.

3. En el caso de un nivel de salud insatisfactorio, uno de los factores condicionantes de esta situación lo constituye la insalubridad ambiental debida a diversas causas: falta de agua potable, deficiente disposición de excretas, viviendas insalubres, etc.

4. La desnutrición es también resultante de condiciones ambientales y sociales vinculadas a ciertas y determinadas medidas de política general.

Estas condiciones afectan directamente al nivel de salud a través de agentes microbianos o modificando la susceptibilidad individual a las enfermedades.

5. El rápido crecimiento demográfico determina cambios en la estructura por edades de la población y, por lo tanto, en la susceptibilidad a las enfermedades. Una política deliberada en este sentido, modificaría el tamaño de la población y la estructura por edades y, por lo tanto, la susceptibilidad individual.

6. El efecto más importante y actual del rápido crecimiento demográfico lo constituye la insuficiencia relativa de recursos para configurar una oferta adecuada de servicios. Esta insuficiencia de recursos tiene además causas intrínsecas derivadas de aquellas medidas que condujeron a la formación de recursos y a su utilización.

7. Una de estas causas está vinculada a la distribución insatisfactoria de recursos humanos la cual se relaciona con medidas generales dentro del sector o canalizadas a través del sector, v. gr. salarios, política de incentivos regionales, adiestramiento local en servicio, etc. Otras causas dependen de la inadecuada formación y orientación profesional, cuyas raíces económicas, sociales y políticas revisten gran complejidad.

8. Si bien es cierto que esta explicación pone el acento en la acción pública, canalizada a través del sector público, la insuficiencia de recursos se refiere igualmente a la participación del sector privado y a su contribución a la disponibilidad global de servicios de salud. Cualquiera sea el régimen asistencial predominante, la disponibilidad y manejo de los servicios privados está afectada por problemas semejantes a los que afectan al sector público. En todo caso, una coordinación entre ambos sectores permitiría un mejor aprovechamiento global de recursos para salud.

9. La insuficiencia de recursos para salud está directamente relacionada con el alto y creciente costo de la tecnología y del capital básico requerido para dar servicios. En esto influyen el alto precio de los insumos y la baja productividad del sector.

10. El alto precio de los insumos puede gravitar sobre los servicios principalmente en lo que se refiere a los consumos, como es el caso de la alimentación de los enfermos, los gastos de funcionamiento, etc. En todos ellos, es posible atribuir el alto precio de los insumos a factores que dependen de políticas multisectoriales incoordinadas o insuficientes, como sería el caso del lento crecimiento agropecuario junto a una inadecuada política industrial. También entrarían en este análisis consideraciones derivadas del comercio exterior insuficiente para mantener costos razonables de insumos y equipos para salud.

11. El alto y creciente costo de los servicios tiene real significado cuando es referido a la baja productividad de esos servicios, pues de otro modo, no hay cómo establecer si los costos para salud son excesivos o bajos ya que la comparación entre sectores no arroja información por desconocerse la cuantía de la contribución de cada uno a la obtención de metas comunes. Esta es la razón por la cual la introducción de las técnicas de los costos-beneficios es la que permite, al menos dentro del sector, una mejor comparación de los resultados en la aplicación de técnicas diferentes.

12. La baja productividad del sector es la consecuencia de la utilización deficiente de los recursos disponibles, problema en el cual participan factores intra y extrasectoriales que justifican con toda evidencia una coordinación multisectorial a nivel técnico-administrativo y político.

13. Los factores extrasectoriales están principalmente representados por el bajo nivel educativo de la población y su inaccesibilidad a los servicios, especialmente cuando se trata de poblaciones que viven alejadas en los medios rurales, carentes de redes viales o de medios de transporte. Ambos son componentes fundamentales de la demanda de servicios, como se vio anteriormente.

14. Los factores intrasectoriales dependen por una parte del sistema asistencial mismo, su pluralidad o multiplicidad y de su estructura organizativa y administrativa, problemas suficientemente definidos en lo referente a los países de América Latina.

15. Por otra parte, esta deficiente utilización de los servicios es la consecuencia directa de medidas de política financiera dentro del sector cuyo origen tiene, naturalmente, raíces que se remontan más allá del sector. El equilibrio entre las asignaciones para gastos de consumo y para inversiones de capital básico destinadas a la instalación y funcionamiento de los servicios, es un asunto que concierne en parte al sector mismo, pero en parte fundamental también a una decisión política de más alto nivel.

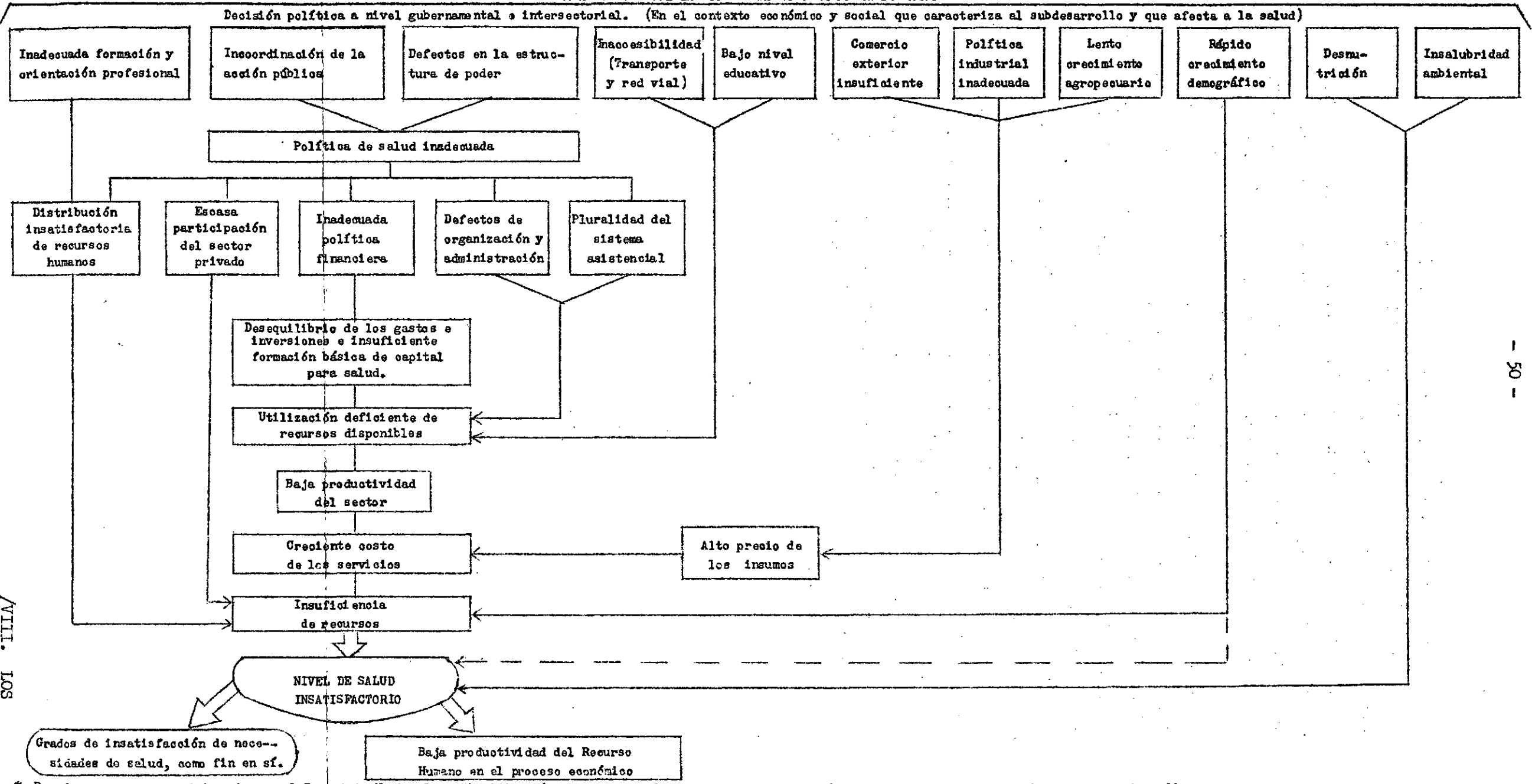
Hay numerosos ejemplos de una política financiera inadecuada dentro del sector, cuyo origen no puede atribuirse siempre al manejo intrasectorial. Una situación muy frecuente en América Latina es la que se refiere a la relación entre las disponibilidades presupuestarias y las disponibilidades financieras reales, la cual no es siempre tenida suficientemente en cuenta cuando se procede a la evaluación de los servicios.

16. Una política de salud inadecuada es, en última instancia, un asunto de la responsabilidad de la sociedad en general, algunos de cuyos efectos pueden identificarse como originados dentro del sector y otros fuera de él, como son aquellos derivados de defectos en la estructura de poder, en la incoordinación de la acción pública y en otros diversos motivos. En ambos casos, sin embargo, las verdaderas causas están vinculadas al contexto económico y social que caracteriza al subdesarrollo, de cuyo grado de definición depende el grado de racionalidad de las decisiones políticas al más alto nivel.

/Figura VI

Figura VI
RELACIONES ENTRE EL SUBDESARROLLO Y EL NIVEL DE SALUD *

Decisión política a nivel gubernamental e intersectorial. (En el contexto económico y social que caracteriza al subdesarrollo y que afecta a la salud)



/VIII. LOS

* Basado en un esquema elaborado por el Instituto Nacional de Planificación y la Oficina Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud Pública del Perú, 1966.

VIII. LOS FUNDAMENTOS PARA LA PLANIFICACION DE LA SALUD EN EL DESARROLLO

1. La planificación de la salud en el desarrollo se plantea sobre la base de dos hipótesis:

- a) Que existe una relación entre desarrollo y salud
- b) Que, de acuerdo al nivel de desarrollo, debe existir una relación óptima entre ambas, en la cual las asignaciones al sector satisfacen determinados requerimientos sin exceder las posibilidades de su aprovechamiento.

2. El desarrollo no solamente es acumulación de capital (crecimiento económico) sino además transformación de las estructuras sociales.

Hay conciencia de que este proceso no puede ser dejado a su evolución natural pues el rápido crecimiento de las aspiraciones, expresadas por el aumento explosivo de la población, exige que el desarrollo sea planificado.

3. La salud es un fin y un medio del proceso productivo. Las necesidades crecientes en materia de salud deben ser satisfechas con la producción de bienes de consumo y de capital y con servicios.

El nivel de salud y de desarrollo guardan así una estrecha correlación que puede ser objetivada a través de una serie de indicadores.

4. Esta correlación evidencia la interacción de múltiples factores condicionantes del nivel de salud. El resultado se traduce por muy diversos grados de eficiencia en la relación entre la demanda de servicios por parte de la población y la oferta de servicios. Esta interacción se refiere tanto a los servicios de salud como al uso de recursos extrasectoriales.

5. En la medida en que una sociedad orienta sus propios destinos, esta situación descrita es la consecuencia de decisiones políticas sobre asignaciones de recursos entre sectores, uno de los cuales es el de la salud.

Remontándose hasta estas decisiones políticas originarias, el análisis de los distintos factores condicionantes del nivel de salud permite una explicación acerca de su origen en el contexto económico y social. Este análisis será siempre retrospectivo, de carácter histórico.

6. El cambio en el nivel de salud no puede efectuarse por lo tanto, independientemente de las transformaciones sociales que requiere el desarrollo, cuyo futuro es hipotético y probabilístico, dependiendo de cómo sean manejadas las variables intra y extrasectoriales que participan en el condicionamiento de dicho nivel (Figura VII).

7. La planificación es la forma de dirigir, por medio de decisiones y acciones definidas, el futuro hipotético y probabilístico a la obtención de cambios en la cuantía y dirección que se desea, reduciendo de este modo, al máximo posible, las variaciones del azar.

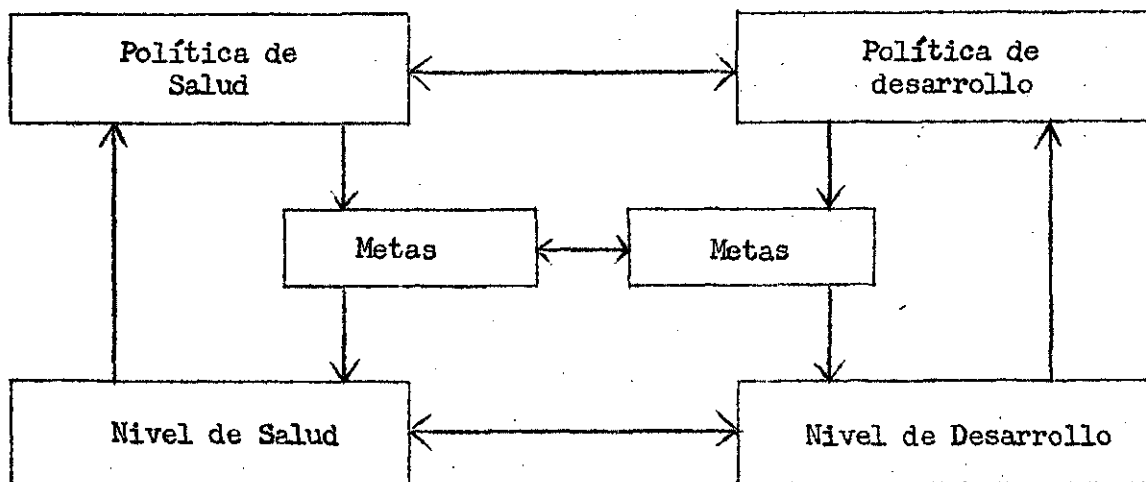
8. Dos son, en términos generales, los requisitos que determinan la vigencia de la planificación:

- a) Que se cumplan a través de un proceso
- b) Que opere a través de un sistema

Un proceso implica un cambio continuo a través del tiempo, cambio que es tributario de aquellas cualidades de evolución y de progreso que son la característica del desarrollo, es decir, implica transformaciones estructurales en dirección hacia finalidades representadas por modelos cada vez más perfectibles.

9. En lo que atañe a salud, este proceso puede esquematizarse del modo siguiente:

Figura VII



/La descripción

La descripción del nivel de salud conjuntamente con el de desarrollo permite evaluar la situación y decidir acerca del modelo normativo más adecuado para el cambio; la decisión de política de salud no puede efectuarse independientemente de las decisiones sobre política de desarrollo ni de la fijación de metas que reflejen mutuamente consistencia, viabilidad y eficiencia en la consecución de objetivos comunes. La ejecución del plan persigue el cambio de la situación descrita originariamente, lo cual requiere, al término del ciclo, una nueva evaluación y nuevas decisiones sobre política y fijación de metas.

De acuerdo a lo descrito, el proceso debe ser continuo, desarrollarse a lo largo del tiempo, por medio de una sucesión de etapas que se repiten en ciclos completos, en un intento de perfeccionamiento por aproximaciones sucesivas.

10. El proceso de planificación persigue la modificación de la situación de salud procurando satisfacer al mismo tiempo sus atributos de fin y de medio del desarrollo, Por lo tanto, en la fijación de objetivos y de metas, deben ofrecerse alternativas para la decisión política que satisfaga tanto los requerimientos éticos mínimos (por ejemplo, criterios de no deterioro del nivel de salud y de justicia distributiva) como los máximos compatibles con las disponibilidades de recursos y con la necesidad de concentrar esos recursos en la obtención de determinados efectos de valor social o económico en el menor tiempo posible.

11. El proceso de planificación requiere dos elementos esenciales:

- a) Un método para guiarlo
- b) Una actitud para darle existencia

El método para planificar la salud es un conjunto de reglas que guía su práctica, basado en la aplicación del método científico, destinado en este caso a la obtención de metas alternativas de cambio de la situación de salud, partiendo del conocimiento de los hechos del presente. Por consiguiente, requiere la construcción de modelos cuya exactitud dependerá esencialmente de la calidad y naturaleza de los datos y del conocimiento de los hechos que informan la realidad en estudio.

Se entiende por actitud frente a la planificación, una posición racional que supone la capacidad de decidir, con plena conciencia, entre alternativas y luego, la firme voluntad de llevar adelante los cambios requeridos en la dirección del plan.

12. El sistema de planificación lo constituye un conjunto de mecanismos destinados a cumplir las funciones esenciales que requiere la planificación. Entre estos mecanismos del sistema mencionaremos:

- a) Un plan a mediano y largo plazo para señalar el curso futuro deseado para las acciones
- b) Un plan operativo anual para traducir las orientaciones futuras en decisiones presentes
- c) Un diseño detallado para la ejecución del plan a fin de hacer posible las decisiones presentes
- d) Un conjunto de datos estadísticos y de investigaciones para abastecer rutinariamente de información al sistema
- e) Mecanismos de consulta popular a diferentes niveles para integrar el proceso de planificación a la sociedad
- f) Un organismo de planificación dentro del sector, vinculado al sistema nacional de planificación, destinado a asesorar a los diferentes niveles y componentes de la organización
- g) Personal capacitado en las tareas de la formulación del plan para resolver los aspectos técnicos de la formulación y para facilitar la coordinación multisectorial.