

RELACIONES ENTRE LA SALUD Y EL DESARROLLO¹

Philip Musgrove²

Las relaciones entre la salud de una población y el estado de desarrollo de la sociedad son complejas y fluctúan a lo largo del tiempo. A través de la historia, un mejor estado de salud ha sido uno de los principales beneficios del desarrollo. Parte de este beneficio se debe al aumento del ingreso, y otra parte a los avances científicos alcanzados en la lucha contra las enfermedades y la discapacidad. La importancia de este segundo factor es cada vez mayor en comparación con la del simple crecimiento económico. Recíprocamente, cabría esperar que la salud tuviera un efecto favorable en el desarrollo, pero esto es más difícil de detectar. No obstante, la salud se puede considerar parte del capital que posee una sociedad, siempre que se reconozcan las diferencias esenciales entre ella y el capital físico. Estas diferencias, a su vez, explican el mercado de los servicios de salud y, en particular, la tendencia a gastar en estos cada vez más recursos. Es necesario respetar el valor intrínseco del capital humano, y no solo la productividad económica que lo acompaña, para no discriminar contra la salud de los menores, ancianos, pobres y discapacitados.

El desarrollo de un país o de una sociedad es un fenómeno extraordinariamente complejo, que abarca aspectos económicos, sociales, políticos y culturales en los que pueden producirse cambios correlativos o independientes. Cualquiera que sea este proceso de cambio, la noción de desarrollo siempre incluye dos elementos: en promedio, el país o la sociedad se enriquecen y alcanzan una mayor productividad económica; también se tornan más complejos, puesto que adquieren una mayor variedad de capacidades.

El primero de estos elementos encierra únicamente la noción de *crecimiento*: es decir, de poder producir y consumir mayores cantidades de una misma cosa. El segundo toma en cuenta que el desarrollo abre *nuevas posibilidades*, ofreciendo potenciales no

solo mayores sino cada vez más complejos y que, por lo tanto, permiten satisfacer una creciente gama de necesidades o de aspiraciones (1). Ambos componentes del desarrollo dependen en gran medida de la adquisición de nuevos conocimientos mediante el progreso científico, en el primer caso para aprender a hacer mejor lo que ya se hacía, y en el segundo para emprender actividades enteramente nuevas.

El desarrollo existe dondequiera que haya enriquecimiento y un aumento de complejidad, pero su calidad no depende solamente de la suma de estos dos fenómenos. También es importante la *distribución* de las capacidades de los miembros de la sociedad y del grado en que logran sus satisfacciones, ya que el desarrollo permite mayores posibilidades de satisfacción. De ahí que, cuando muchas personas sufren necesidades que podrían ser satisfechas pero no lo son, puede haber crecimiento, pero no desarrollo. Un

¹ Basado en "La salud en el desarrollo", documento interno de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América.

² Banco Mundial, Departamento Técnico para América Latina y el Caribe, División de Recursos Humanos, Washington, DC, Estados Unidos de América. Dirección postal: 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, EUA

buen estado de salud es una necesidad básica deseada por todos los miembros de la sociedad. Ya que el enriquecimiento y el avance de la ciencia permiten lograr un mejor estado de salud para más personas, el concepto de "salud en el desarrollo" no se puede entender adecuadamente fuera del contexto de la distribución y la equidad.

En las siguientes páginas la salud se interpreta, específicamente, como la ausencia de enfermedad o de discapacidad física o mental, junto a una máxima esperanza de vida o ausencia de muerte prematura por cualquier causa. Según este concepto, el *estado* de salud se percibe independientemente de los factores de riesgo o protección que contribuyen a determinarlo. Se usan los indicadores tradicionales —mortalidad, morbilidad y discapacidad— para medir el grado en que la salud se encuentra ausente o limitada. Al hablar entonces de las relaciones entre la salud y el desarrollo, lo que se discute es la medida en que el desarrollo contribuye a que la gente viva más años o a que sufra menos enfermedades o discapacidades. Paralelamente, se toma en consideración la medida en que la reducción de la mortalidad, morbilidad y discapacidad contribuye a que una sociedad sea más rica o más capacitada.

Cuando se trata el tema de la atención o servicios sanitarios, los cuales figuran entre los factores que contribuyen a determinar el estado de salud, no se aplica la habitual distinción entre los sectores "económicos" y "sociales", porque ello de nada serviría para esclarecer el concepto de salud o su relación con el desarrollo. Más bien, esta distinción produce la falsa impresión de que hay sectores productivos e improductivos; de que unos producen mientras otros solo absorben recursos, y que la salud es uno de los improductivos. Pero la provisión de servicios de salud, independientemente de quién los proporcione y de cómo estén financiados, es una clase de producción tan económica como

cualquier otra: transforma insumos (mano de obra, bienes de capital, bienes y servicios producidos en otros sectores) en bienes y servicios de valor para un consumidor final. Estos servicios son valorados por el mercado, y el público se muestra dispuesto a comprarlos hasta donde sus ingresos le permitan. Por lo tanto, llamar a los servicios de salud un bien "social" no aminora, en ningún sentido, su valor económico o la naturaleza económica de su producción. Describe, más bien, la socialización del financiamiento de los mismos a través de transferencias y subsidios, y las razones por las cuales la sociedad los organiza de una u otra forma.

La salud como un beneficio del desarrollo

Es un hecho incontrovertible que el desarrollo, y en particular el desarrollo económico, ha contribuido mucho a través de la historia a mejorar la salud y extender la vida, aun antes de que existiera la medicina científica o moderna. Esto se pone de manifiesto especialmente en la reducción gradual de la mortalidad que data desde el comienzo de la revolución industrial (2). El mayor éxito se logró en la reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas, debido, en parte, a una menor incidencia y en parte a una mayor probabilidad de sobrevivir la infección. (Las estadísticas vitales de tiempos pasados permiten estimar en qué medida mejoraron las tasas de mortalidad y la esperanza de vida al nacer, pero no la morbilidad. Esta seguramente no se redujo tanto como la mortalidad. En otras palabras, la salud probablemente ha mejorado menos que la esperanza de vida.)

Es probable que los principales mecanismos responsables de la reducción de la mortalidad hayan sido una mejor dieta —en particular, una mejor oferta de alimentos debido a mejores sistemas de transporte— y la consiguiente reducción de las hambrunas transitorias locales. Por otra parte, la disminución de la fertilidad aumentó la disponibilidad de alimentos per cápita y facilitó el cuidado de los niños. También ejer-

cieron su influencia mejores hábitos de higiene personal y colectiva.

Estos cambios de la mortalidad marcaron el inicio de la llamada “transición epidemiológica”, la cual corresponde a los países más desarrollados y se caracteriza por una baja incidencia de muchas enfermedades transmisibles, aunque no todas, y mayores tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cáncer y otros padecimientos crónicos y degenerativos. Es posible que en esta transición, el ciudadano promedio no experimente ningún cambio significativo de la gravedad y duración del sufrimiento ocasionado por los trastornos de la salud. No obstante, el sufrimiento tiende a producirse a edades más avanzadas, lo cual aumenta no solo la esperanza de vida en general, sino la de una vida sana y productiva.

Como se ha señalado anteriormente, el desarrollo es algo más que el aumento del ingreso: es la expansión de las capacidades de toda la sociedad y de los individuos que la componen, incluida la capacidad de generar ingreso a través de la provisión de bienes y servicios. Sin embargo, gran parte de la contribución del desarrollo al mejoramiento de la salud se debe al incremento del ingreso, en un sentido material, que al mismo tiempo ha sido el aspecto más fácil de estudiar.

Para entender mejor la relación entre el ingreso y la salud, hay que tener presentes dos elementos importantes. El primero es la distinción entre el ingreso individual o familiar y el ingreso colectivo. La relación de cada uno con la salud difiere en ciertos aspectos, a pesar de que el ingreso colectivo no es más que la suma de los ingresos individuales. El segundo tiene que ver con la forma en que el nivel de ingreso influye en el estado de salud.

El ingreso personal permite al individuo adquirir los bienes y servicios disponibles en el mercado. Dado que entre estos bienes y servicios están los alimentos, la vivienda y otros bienes de consumo que afectan a la salud, incluidos los servicios de atención sanitaria, es de esperar que el rico pueda

“comprarse un estado de salud” mejor que el del pobre, en igualdad de otras condiciones, ya sea porque su posición económica le permite evitar riesgos o comprar servicios de prevención, o porque puede sufragar los gastos de atención médica cuando surgen enfermedades o accidentes. Es indudable que mientras mayor es el ingreso, mejor es el estado de salud. Sin embargo, el ingreso individual influye poco en la oferta de aquellos bienes y servicios entre los cuales el individuo debe elegir. Esta depende mucho más del estado general de desarrollo de la comunidad o sociedad de la cual el individuo forma parte. Esto explica por qué una persona pobre que habita en una comunidad desarrollada puede tener acceso a servicios de salud gratuitos y hasta gozar de mejor salud que una persona rica que habita en una comunidad pobre, donde tales servicios no existen.

La distinción entre el nivel individual y el colectivo se puede observar en un momento dado, en el cual explica las diferencias de la disponibilidad de los bienes y servicios que contribuyen a la salud. Pero es aun más patente en el largo plazo, a medida que el desarrollo general va ampliando las maneras de proteger o restaurar la salud. Esto explica por qué un pobre de hoy puede gozar de una mayor esperanza de vida que un rico de ayer, ya que el nivel general de desarrollo social pesa más que el ingreso individual. Hace un siglo o más, la riqueza individual podía asegurar una buena alimentación, pero no una atención médica eficaz. Sin embargo, los beneficios potenciales del desarrollo solo llegan al pobre de hoy si este tiene acceso a los bienes, servicios y conocimientos que se traducen en buena salud.

Vale decir que la relación entre un mayor ingreso y un mejor estado de salud (en igualdad de otras condiciones) no es lineal o constante, porque el tener 10 ó 100 veces más

ingreso que el prójimo no implica que se pueda tener 10 ó 100 veces más salud que él. De hecho, si la salud dependiera del nivel de ingreso, los muy ricos nunca se enfermarían y vivirían siglos y siglos, lo cual no sucede en la realidad. La capacidad de gastar más dinero para la protección de la salud no produce un mejoramiento proporcional del estado de salud ni una mayor esperanza de vida. En otras palabras, el gasto para la protección de la salud tiene un rendimiento decreciente.

El aumento del ingreso ejerce mayor efecto cuando se trata de un ingreso bajo y su influencia disminuye a medida que el ingreso se aleja del nivel de subsistencia. Esto resulta evidente cuando se compara el nivel de ingreso de un grupo poblacional con su esperanza de vida. En un extremo, hay un nivel de pobreza absoluta por debajo del cual es imposible mantenerse vivo; en el otro extremo, se advierten una esperanza de vida y un nivel de saturación máximos que son independientes del nivel de ingreso (3).

Es válida esta relación que hemos descrito entre el ingreso y la esperanza de vida, incluso cuando se toman en cuenta el acceso a agua potable y las consultas médicas por habitante. Estos dos factores se asocian con el ingreso pero tienen sus propios efectos favorables en la salud. Es probable que la relación entre el ingreso y la salud siempre se caracterice por un rápido crecimiento inicial seguido de una gradual saturación. Lo que varía de un lugar y de un momento histórico a otro es la esperanza de vida potencial y cómo contribuyen a ella otros factores, muchos de los cuales aparecen con el desarrollo y reflejan el ingreso colectivo y el estado de los conocimientos científicos.

El hecho de que el aumento del ingreso tenga un mayor efecto en la salud cuando el ingreso parte de un nivel bajo, y que por encima de ese nivel empiecen a cobrar más

importancia otros factores, incluida la atención médica, tiene consecuencias para la futura relación entre la salud y el desarrollo, como se señala en otra sección. Obsérvese, asimismo, que la relación entre el ingreso y el estado de salud es muy distinta de la relación entre el ingreso y el gasto en atención de salud. Esta diferencia genera problemas que son característicos del sector sanitario y ayuda a explicar por qué el desarrollo en sí no resuelve todos los problemas de salud.

Al poner énfasis en la relación entre la salud y los servicios sanitarios y el ingreso, no estamos insinuando que este último sea el único aspecto del desarrollo que afecta a la salud. Para ciertos grupos de población, en determinadas épocas y circunstancias, pueden ser de igual o mayor importancia los desarrollos culturales, puesto que implican cambios de conocimientos y de hábitos. En todo momento existen marcadas diferencias entre las creencias sobre la salud y las prácticas higiénicas y alimentarias de distintos grupos sociales, étnicos o de otra índole. Estas diferencias pueden cambiar notablemente la prevalencia de enfermedades particulares, las causas de mortalidad y hasta la esperanza de vida. Los cambios culturales que se asocian con el desarrollo pueden, por lo tanto, tener efectos favorables o desfavorables en la salud, y estos pueden ser mayores o más inmediatos que aquellos que se asocian solamente con el enriquecimiento económico.

El desarrollo contribuye mucho a mejorar la salud, pero no todos los efectos del desarrollo en la salud son beneficiosos. El aumento del ingreso por sí solo no es perjudicial para la salud, salvo por la tendencia a pasar de una dieta inadecuada hacia una excesiva —produciéndose así la obesidad y sus secuelas— y la tendencia al ocio, al sedentarismo y a la falta de ejercicio cuando se cambia del trabajo físico a otras actividades. Sin embargo, la forma de generar ingresos sí puede ser dañina para la salud, como también la manera de gastarlos. Entre los principales efectos potencialmente adversos destacan el aumento de los accidentes de vehículos de motor y los relacionados con distintas maqui-

narias; la producción de residuos tóxicos con la consecuente contaminación del medio ambiente (incluida la contaminación individual consciente, como en el caso del tabaco), y la concentración de la población en centros urbanos congestionados, sucios, ruidosos y llenos de violencia y de otros males de índole social.

Dado que el desarrollo puede ser beneficioso o dañino para la salud, también es importante el *estilo* de desarrollo, tanto en términos de los bienes producidos como de su distribución geográfica y poblacional. Cuanto más perjudicial sea el desarrollo, mayor es la fracción de la atención de salud que se tiene que dedicar a compensar sus efectos insalubres, en vez de a mejorar la salud más allá del nivel que el propio crecimiento económico produciría. Aunque tales gastos compensatorios forman parte del producto o ingreso nacional, el efecto neto sobre el bienestar es, obligadamente, menor de lo que sería si no fuera necesario compensar un gasto con otro.

El papel de la medicina moderna en el desarrollo

A partir del análisis histórico de la mortalidad se ha determinado que la salud de un individuo o de una población depende esencialmente de las condiciones de vida, las cuales incluyen alimentación; vivienda; acceso a agua potable; disposición sanitaria de excretas y desechos; protección contra roedores y otros vectores, y las características del entorno laboral.

Según este enfoque, los servicios de salud han desempeñado un papel secundario en la protección de la salud y solo explican una pequeña fracción de los avances históricos en este campo. Su contribución ha consistido principalmente en mejorar las dolencias y en acelerar la recuperación de los enfermos, pero no en reducir las tasas de mortalidad y morbilidad. Estas observaciones son indiscutiblemente válidas cuando se considera el período que comienza con el siglo XVII o XVIII y que termina hacia comienzos del siglo XX. Sin embargo, es dudoso que sean aplicables al momento actual y al futuro

inmediato. Dos de los motivos ya han sido mencionados: a) solo un ingreso bajo se relaciona estrechamente con el estado de salud, de modo que un mayor crecimiento económico no se traduce proporcionalmente en un mejor estado de salud, y b) el propio crecimiento es, en parte, perjudicial para la salud, ya que crea o acentúa causas de defunción y discapacidad que previamente eran menos importantes, como los accidentes, las conductas violentas y la contaminación ambiental.

Los avances científicos, en las áreas de la medicina preventiva y curativa, dan otro motivo para pensar que en el futuro la relación entre la salud y el desarrollo será distinta. Si bien el desarrollo, en campos ajenos a la medicina, redujo considerablemente la mortalidad por diversas enfermedades inmunoprevenibles antes de que existieran las vacunas, también es cierto que estas, una vez que se introdujeron, asumieron el papel principal en la continua reducción de la mortalidad y hoy en día constituyen prácticamente el único factor capaz de reducir la tasa de morbilidad. Lo mismo está ocurriendo, con creciente frecuencia, en el caso de otras formas de prevención, tratamiento y curación de toda una gama de discapacidades y padecimientos, gracias a los antibióticos, la detección precoz de afecciones tratables y otros avances.

Muchos han acusado vehementemente a la medicina moderna de ejercer una influencia adversa en la salud (4). Alegan que, por un lado, es capaz de generar enfermedades y discapacidades, particularmente debido a la transmisión intrahospitalaria de infecciones y a errores de diagnóstico y tratamiento, y que, por otro, desvía la atención de las buenas medidas preventivas hacia las curativas, las cuales son muy costosas y a menudo ineficaces. Estas afirmaciones no son

del todo injustificadas, especialmente en lo que se refiere a la creciente carestía de la atención. Hacen caso omiso, sin embargo, del grado en que la medicina moderna —a la cual a menudo se aplican diversos términos peyorativos, como “compleja” o “sofisticada” — salva, prolonga o restaura vidas que en otras épocas se habrían perdido.

El propio éxito de la medicina científica genera, en gran parte, los problemas señalados. Cabe preguntarse si tiene sentido explorar todas las posibles aplicaciones de la medicina; es decir, si el rendimiento marginal de la atención sanitaria, en términos de la consecución de verdadera salud, no es demasiado bajo en relación con el costo, puesto que el rendimiento va decreciendo como resultado de las limitaciones biológicas. Lo cierto es que la importancia relativa de la medicina como factor contribuyente a la salud es cada día mayor. Por extensión, la atención médica se convertirá en la fuente principal de futuros adelantos en la medida en que se elimine la pobreza y se obtengan los beneficios sanitarios que aporta el desarrollo. Un tanto paradójicamente, cuanto más mejore la salud a través del desarrollo, más esenciales serán los servicios de salud para asegurar cualquier avance adicional. Cabe reiterar, además, que esto no se aplica solamente a los servicios curativos. La atención médica produce beneficios mayores, más rápidos y más baratos que el proceso económico en general, en lo que respecta a muchos riesgos específicos y en especial al control de las enfermedades inmunoprevenibles.

Quienes acusan a la medicina de ser lenta, costosa e ineficaz, suelen argumentar que el camino más seguro hacia un mejor estado de salud es el cambio de los hábitos o estilos de vida, lo cual incluye el control del tabaquismo, el alcoholismo y la drogadicción, el ejercicio físico y una dieta sana y

equilibrada. Estos factores de comportamiento individual no guardan relación directa ni con el desarrollo ni con la disciplina médica; son el resultado conductual del progreso alcanzado en el conocimiento de los factores que condicionan la salud. El tipo de desarrollo también es de suma importancia, porque el propio ingreso puede producirse y consumirse de una manera tal que ese conocimiento se aproveche o desperdicie.

No se trata de que el desarrollo sea más importante que la atención de salud o viceversa, sino más bien de la influencia que ejerce el tipo de desarrollo o de atención. En vista de que una parte de la atención sanitaria sirve únicamente para compensar o atenuar los efectos que el estilo de desarrollo tiene en la salud, y dado que esta atención se puede tornar superflua cuando cambian el tipo de desarrollo y la conducta, es evidente que el tipo de atención médica y el sistema de servicios de donde procede no pueden definirse salvo en relación con el tipo de desarrollo. Por eso es importante que la salud se considere un componente integral del desarrollo y un factor que lo fomenta y que al mismo tiempo se beneficia de él.

La salud como capital humano

El desarrollo contribuye a mejorar y a veces a empeorar la salud a través de sus efectos colaterales, y es preciso examinar la relación recíproca que existe entre ellos. El enfoque más fructífero en este sentido es el que se refiere al “capital humano”, del cual la salud forma parte.

Cada ser humano representa un capital, que no es sino la suma de sus habilidades y conocimientos. Es obvio que la enfermedad y la discapacidad (y aun más la muerte) reducen ambas cosas, por lo menos transitoriamente. Por lo tanto, cualquier gasto o uso de recursos para defender o restaurar la salud se puede considerar una inversión cuya productividad dependerá del grado en que defienda o amplíe las capacidades de la persona, independientemente de cómo se usen. (De la misma manera, los gastos en el mantenimiento de un automóvil particular son una

inversión, aunque el dueño solamente use el vehículo para ir de vacaciones y no para generar ingresos.) Cabe reconocer, sin embargo, que este concepto no dice nada acerca del valor o rentabilidad de la inversión, puesto que esta última no depende solamente del beneficio que produce, sino también de la cantidad de recursos que consume. Independientemente del costo, una mejor salud forma parte del desarrollo en el mismo sentido que lo hace cualquier aumento de capacidades, sin relación con sus aplicaciones.

Generalmente, el concepto del capital humano tiene una connotación más limitada que se relaciona con la productividad económica, la cual se mide o valora en términos del ingreso adicional generado. Este concepto es común en el caso de la educación, la cual se percibe como una inversión que tiene cierta rentabilidad o tasa de rendimiento (5), ya sea porque permite que el educando logre un mayor ingreso o tenga más productividad profesional, o porque le permite cambiar de ocupación.

En ciertas circunstancias, el razonamiento anterior se aplica en igual medida a la salud. No importa la distinción de que la educación cree nuevas capacidades, mientras la salud permita al individuo ejercer solo las que ya posee. Una fuerza de trabajo desnutrida, anémica o discapacitada debido a enfermedades y accidentes, será menos productiva de lo que podría ser si gozara de buena salud. En el caso extremo, una plaga o epidemia que afecta a gran parte de la población puede arrestar o deshacer el desarrollo, empobreciendo y hasta desorganizando a la sociedad.

Aunque las enfermedades y accidentes que tienen un efecto transitorio reducen la producción a través de los días de trabajo perdidos, esta pérdida puede aminorarse en la medida en que se compense mediante un mayor esfuerzo. Si la mano de obra es abundante, los trabajadores sanos pueden compensar la ausencia temporaria de los enfermos. Por esta razón, a veces no se observan en toda su extensión los efectos económicos de la mala salud. La pérdida se revela en el esfuerzo adicional que tienen que

realizar los otros trabajadores, más que en la menor producción. Esto no es sino un resultado del uso ineficiente de la capacidad de mano de obra disponible, por falta de otros capitales con qué producir, o por otros obstáculos que impiden su pleno aprovechamiento. Pero también es posible que la producción perdida sea proporcionalmente mayor que el tiempo perdido en épocas de relativa escasez de mano de obra, como en las épocas de zafra.

De la misma manera, los niños con problemas de salud tendrán mayores dificultades para asistir a la escuela y aprender, lo que reduce la generación de conocimientos y el aprendizaje. A largo plazo, quizá la contribución más importante de la salud sea aumentar las posibilidades de educación y su eficacia, que a su vez son de indudable importancia para el desarrollo (6,7).

Los problemas de salud típicos de las regiones tropicales, en particular la prevalencia de enfermedades crónicas parasitarias que afectan a una parte sustancial de la población, se aducen como una de las razones de que el subdesarrollo mundial esté concentrado en dichas regiones (8). Resulta evidente que la presencia de ciertas endemias en algunas partes del mundo las hace relativamente improductivas, a pesar de la riqueza del suelo y de otros recursos valiosos. Esto se ha observado a través de la historia en el caso de enfermedades como la malaria y la tripanosomiasis.

Lo extraño no es que la buena salud contribuya al desarrollo y que la mala salud lo obstaculice, sino que aún sea limitada y algo contradictoria la confirmación empírica de esta relación. En general, no se han encontrado pruebas convincentes de una contribución de la salud al desarrollo (9). Una posible explicación, ya mencionada, es que el costo de la enfermedad no se manifiesta, o por

lo menos no en gran proporción, en función de ingreso perdido, sino en la disminución del consumo o del tiempo libre y en la necesidad de trabajar más para conseguir el mismo resultado. Este fenómeno solo refleja el énfasis en el aspecto económico del desarrollo, por ser este el más fácil de cuantificar, particularmente cuando se trata del producto pero no de los insumos.

También es posible que los efectos directos de la salud en la productividad sean menos importantes a largo plazo que otros efectos más sutiles y difíciles de captar empíricamente. Por ejemplo, cuando hay buena salud y una mayor esperanza de vida, las personas están más dispuestas a emprender inversiones que requieren largos períodos para producir una ganancia, incluidas las inversiones en capital humano. En otras palabras, para que a uno le importe el futuro, tiene que creer que tal futuro existirá, o que sus hijos lo tendrán. Puede ser que los costos de la mala salud no se traduzcan exclusiva o principalmente en una producción reducida y una menor inversión, sino, más bien, que se manifiesten en una serie de ajustes que una población expuesta a altas tasas de morbilidad y mortalidad asume para protegerse, y que afectan a la calidad de la vida más que al desarrollo económico. Por lo tanto, es lícito inferir que una mejora de la salud aumenta, por lo menos, las posibilidades de desarrollo, sin que este potencial necesariamente se llegue a realizar.

Dicho de otro modo, la relación entre la salud y el ingreso potencial —el ingreso que se generaría si todos los individuos trabajaran jornadas completas a la plenitud de sus capacidades— es mucho mayor que la observada entre la salud y el ingreso verdadero. En consecuencia, siempre que se evalúa la contribución de la salud al desarrollo, debe tenerse en cuenta este concepto, y no

solamente el ingreso observado. A través de la historia, el ingreso potencial siempre ha sido fuente no solo de más bienes y servicios sino también de un mayor tiempo libre. Cabe reconocer que la buena salud también contribuye al desarrollo, en la medida en que permite dedicar más tiempo a la recreación y la creatividad.

La relación entre salud y desarrollo es más compleja aún. Es posible que ciertas medidas destinadas a mejorar la salud menoscaben el desarrollo, y viceversa, y que una mejor salud y un mayor desarrollo sean incompatibles. El ejemplo más patente y destacado de esta situación es que la tasa de dependencia —es decir, el número de personas jóvenes o de edad avanzada que dependen económicamente de cada adulto en edad productiva— aumenta al reducirse la mortalidad infantil (si no se reduce al mismo tiempo la fertilidad) y al extenderse la esperanza de vida. En igualdad de condiciones, una mayor tasa de dependencia implica una mayor necesidad de consumir el ingreso y, por lo tanto, una disminución del ahorro y la inversión. Esto se traduce en un crecimiento económico más lento, aun en las economías desarrolladas, y en condiciones de extrema pobreza crea el problema maltusiano y la consecuente dificultad de salir de ella (10).

En tales circunstancias, impera la necesidad de efectuar cambios adicionales para proteger la salud y fomentar simultáneamente el desarrollo —reducir, por ejemplo, la fertilidad o extender la esperanza de vida productiva del ser humano adulto— o si no, habría que elegir entre la salud y otras facetas del desarrollo. Cabe advertir que a la hora de hacer esta elección, el crecimiento económico no es necesariamente prioritario. Una mejor salud puede tener más valor, en el nivel individual o colectivo, que otros componentes del desarrollo.

El estado de salud es una forma de capital y, como tal, está expuesto a riesgos imprevistos y se deteriora con el tiempo. Dada la existencia de agentes patógenos y la extraordinaria complejidad del organismo, el capital biológico es aun más susceptible a los riesgos que otros tipos de capital, pero por otra

parte es el único que tiene la capacidad de autorregenerarse. La lucha contra los riesgos y contra el deterioro de la salud requiere, además de las defensas proporcionadas por el sistema inmunitario, inversiones de tipo preventivo, reparativo o curativo.

El dueño de un capital físico (como sería, por ejemplo, un vehículo) tiene dos maneras de defenderse en estas circunstancias. Para protegerse en caso de pérdidas súbitas e imprevistas, compra un seguro cuyo costo guarda relación con el valor del vehículo y, entre todos los asegurados, los que no sufren accidentes o pérdidas terminan subsidiando a los menos afortunados que sí los sufren. La segunda defensa es ahorrar dinero para sufragar los costos de mantener el vehículo en uso, mientras sea posible y rentable hacerlo, y comprar otro vehículo cuando el primero ya no sea de utilidad. En este caso, el dueño asume todo el riesgo y no hay subsidios entre él y otros motoristas. Ambos mecanismos se utilizan también en el sector de la salud, donde coexisten seguros públicos y privados, voluntarios e involuntarios, y gastos privados de bolsillo financiados mediante los ahorros personales. (Los servicios públicos financiados a través de impuestos no son sino una forma de seguro público involuntario, sin restricción de los beneficiarios.)

Hasta ahora hemos visto que la salud tiene mucho en común con otros capitales, pero también difiere de ellos en algunos aspectos importantes. Tres de ellos merecen destacarse. En primer lugar, la salud es un capital con el que nace todo individuo. Nadie tiene que producirlo o crearlo deliberadamente en ningún momento de su vida. Esto hace que el individuo también tenga, desde que nace, la responsabilidad de cuidar de su salud para no perderla como consecuencia de los riesgos a que está expuesto. Quien no posee ningún capital físico no enfrenta la necesidad de mantenerlo pero, en el caso de la salud, esta responsabilidad es ineludible. Existen, incluso, nociones relativamente claras de lo que constituye la buena salud y un estado de salud normal. La dificultad de definir este estado normal, o de referencia, es casi insignificante en comparación con

la de definir un nivel “normal” de cualquier otro tipo de capital. Esto salta a la vista en el caso del capital físico, pero también es aplicable a las demás formas de capital humano, como la escolaridad o la experiencia laboral. Estas son esencialmente de tipo social, mientras que la salud tiene un componente fisiológico, adquirido en el momento de nacer y derivado de la operación normal del sistema inmunitario. Por lo tanto, la salud ocupa una posición singular entre las distintas formas de capital que posee un individuo o una sociedad.

La segunda diferencia importante radica en la capacidad de comprar nuevos capitales físicos, pero no un organismo nuevo. El progreso médico está reduciendo diariamente esta diferencia, gracias a la posibilidad de comprar y colocar en el organismo componentes exógenos (órganos, articulaciones y lentes, algunos artificiales y otros trasplantados de otros seres humanos), pero todavía no es posible abandonar el cuerpo deteriorado o lastimado e instalarse en otro. El estado de salud es un bien inalienable que posee el individuo, porque el cuerpo es “el lugar donde siempre se le puede encontrar” (11). Por este motivo, aparte de los factores económicos que limitan la capacidad de pagarlos, los costos en atención de salud pueden subir indefinidamente, sin ningún límite natural, lo cual no ocurre en el caso de gastos para el cuidado de vehículos. Cuando el costo de mantener o reparar un bien de capital físico supera el precio de obtener uno nuevo, el antiguo se abandona. En el caso del ser humano, este “abandono” equivale a la muerte. El dueño mismo, y no solo su capital, deja de existir.

La tercera diferencia radica en la distinción que establece una sociedad entre la salud —capital que contribuye a definirnos como seres humanos— y las otras for-

mas de capital, las cuales nos identifican como más o menos ricos, instruidos o productivos. En otras palabras, la sociedad admite, sin extrañarse, que una persona rica viva en una residencia opulenta y que tenga un automóvil de lujo, y que una persona pobre viva en condición humilde y sin vehículo. La pobreza tiende a expresarse en todas las formas de capital físico y el aspecto ético de la pobreza abarca todos estos elementos. Por consiguiente, una distribución más equitativa del ingreso y la reducción o eliminación de la pobreza también reducirían o acabarían con las desigualdades de vivienda, transporte, escolaridad y otros factores. Si bien parece injusto que una persona pobre habite en una vivienda humilde, es mucho peor que un individuo pobre esté condenado a vivir en un cuerpo deteriorado. Cualquier concepto de la igualdad intrínseca de los seres humanos se opone a que el capital humano que representa la salud también participe en la pobreza económica.

Esta noción da origen a la práctica tradicional de subsidiar la atención de salud, ya sea que los enfermos reciban el subsidio de las personas sanas — como es el caso de todo tipo de seguro o financiamiento social contra riesgos — o que los pobres reciban el de las personas ricas. Esto implica utilizar, en parte, el financiamiento de la atención de salud como mecanismo distributivo. De hecho, los gastos públicos en salud suelen ser más redistributivos que cualquier otro gasto público de orden social (12).

El subsidio mencionado no se justifica por motivos económicos: es decir, por constituir una producción adicional o una compensación de la falta de ingresos y otros capitales que los pobres no poseen. Se otorga, fundamentalmente, por razones éticas, puesto que la salud difiere, indiscutiblemente, de

otros capitales, bien sean físicos o humanos. El reconocimiento de este hecho y la socialización de los recursos para defender la salud más allá de lo que justifica su rendimiento económico también son aspectos del desarrollo de una sociedad y se expresan a través de su sistema político.

Factores que determinan la salud y el gasto en su atención

Previamente se discutió la relación entre el nivel de ingreso y el estado de salud. Un aspecto de esta relación es la medida en que el ingreso afecta al uso de servicios sanitarios, ya que estos figuran entre los factores que determinan el estado de salud. Sin embargo, no se debe esperar que la relación entre el ingreso y la salud y entre el ingreso y el gasto en la salud sean similares. La primera relación tiene importancia cuando son bajos los niveles de ingreso e indica una tendencia a que el mayor ingreso tenga menos repercusión en la salud. La segunda, en cambio, muestra una fuerte relación entre el ingreso y el gasto en la salud, cualquiera que sea el nivel de ingreso. En otras palabras, el ingreso nunca deja de influir en los gastos de salud, ya sean individuales o colectivos.

Para el individuo que desembolsa sus propios recursos, la atención de salud es lo que en economía se llama un "bien normal". Esto quiere decir que a medida que sube el ingreso, sube también el gasto en dicha atención. Incluso hay pruebas de que el gasto asciende en mayor proporción que el ingreso, con el resultado de que los servicios de salud absorben una fracción creciente del presupuesto (13). Esto sucede pese a que un gasto mayor no siempre asegura una mejor salud, o por lo menos no en la misma proporción. Pero el rendimiento anticipado, aunque no se conoce con certeza, sigue siendo suficiente para justificar el gasto. Esto es aun más patente, naturalmente, cuando quien recibe la atención no es la misma persona que la costea. El resultado en términos de salud puede ser mucho mayor para el beneficiario que su propia contribución al financiamiento de seguros u otros subsidios.

En el nivel colectivo internacional también se observa la tendencia a que el gasto se eleve a la par del ingreso o incluso en mayor proporción, ya que los países ricos gastan en la atención de salud una fracción mayor de su producto bruto interno que los países pobres (14). Sin embargo, el proceso de decidir cuánto y en qué gastar es más complicado en el nivel colectivo que en el de un individuo tratando de decidir cómo gastar su propio ingreso. Esto se debe a que en el primer caso están involucrados el gasto personal, los seguros privados — tanto voluntarios como obligatorios (por ejemplo, el seguro social) — y los gastos de los distintos sectores gubernamentales que suelen financiar servicios gratuitos o de muy bajo costo directo al usuario. Estos gastos, financiados por la sociedad, también muestran una correlación positiva indiscutible con el ingreso nacional, pero varían mucho de país a país, según la organización del sector de la salud. Usar el gasto público como un mecanismo de redistribución podría producir el efecto contrario: un mayor gasto en los países pobres que en los ricos, salvo que los primeros no tienen abundantes recursos que gastar.

La situación admite más variación en el tiempo que entre un país y otro, porque cuando el producto nacional bruto sube o baja en un plazo breve, los gastos gubernamentales en salud pueden o no subir y bajar paralelamente, y en la misma proporción o en otra. El patrón del gasto público en salud durante los años ochenta sugiere que los gobiernos dedicaron a la salud una fracción proporcional del gasto público total, sin favorecerla ni sacrificarla frente a otros componentes (15). En otros países latinoamericanos, se observó en los mismos años que los servicios de salud sí recibieron prioridad mientras declinaba el producto nacional (16). Sin embargo, hay enormes variaciones entre la experiencia de un país y otro, y entre distintos intervalos. Las pruebas de orden financiero no dicen nada con respecto a la efi-

cia de los gastos en defender o mejorar la salud de la población. Tantos factores económicos y políticos influyen en la distribución y el uso de los recursos, que no se puede discernir un patrón estable.

El gasto en atención de salud de un individuo, a la hora de decidir cómo gastar su ingreso personal, depende de la apreciación que tenga de la relación entre el beneficio y el costo. Este último, a su vez, será afectado por la existencia de seguros, subsidios y otros factores, entre ellos el tiempo y la molestia que implica hacer uso de un servicio. La mayor parte, si no todo el beneficio de un mejor estado de salud, sigue siendo un bien privado. Sería público solamente en la medida en que el receptor de la atención de salud no obtuviera todo el beneficio de la misma, produciéndose de esta manera beneficios “externos” para la sociedad (17).

Hay cierto desacuerdo sobre cuáles servicios de salud son públicos, si se aplica el criterio estricto (18), pero el consenso es que son pocos: el control de vectores y algunas otras medidas de salud pública, y posiblemente la vacunación, redundan en algunos beneficios para la sociedad. Si el beneficiario potencial de una atención de salud no puede obtenerla debido a restricciones económicas, el problema no radica en que sea pública o privada la atención, sino en la falta de recursos económicos del individuo en relación con el costo de la misma.

Ciertos servicios de salud son rentables para toda la sociedad, en el sentido estricto de que el valor presente descontado del flujo de gastos en que se ha incurrido resulta menor que el valor presente descontado del conjunto de ingresos adicionales generados. En tales casos es fácil justificar el gasto colectivo, independientemente del ingreso individual. Pero muchos servicios de salud no pueden justificarse de esta forma, y aun si se aceptara este criterio, no serviría como justificación general para gastar en salud, ni como bien privado ni público. Una justificación puramente económica es defectuosa, al menos parcialmente, cuando se consideran los siguientes cuatro grupos importantes de la población:

a) Los *ancianos* son de por sí improductivos, ya que no trabajan ni generan ingresos. No hay ninguna manera de generar una mayor producción para recuperar los gastos destinados a mantener o mejorar la salud de las personas que ya se han separado de la fuerza de trabajo debido a su edad. (Por la misma razón, la educación de los ancianos no se puede justificar, en general, desde el punto de vista económico.) Dado que a las personas de edad avanzada corresponde una fracción bastante grande y ascendente del gasto en salud, el criterio de rentabilidad no es aplicable a una gran parte de los recursos utilizados en el sector (19). Este problema es independiente de si los servicios de salud son preventivos o curativos, individuales o colectivos: lo importante es la situación del beneficiario con respecto a la producción de servicios. La única excepción notable es que la mala salud de los ancianos puede hacer que otras personas, en edad productiva, tengan que dedicarse a cuidarlos. Entonces una inversión en mejorar la salud del anciano puede justificarse, hasta el grado en que libere a otras personas para que realicen trabajos de mayor beneficio social. Sin embargo, esto no se reflejará necesariamente en un aumento del ingreso, porque lo que se gana en el nuevo empleo queda compensado por lo que se deja de ganar en el cuidado del anciano. No obstante, la sociedad puede apreciar que sí se ha producido un aumento del bienestar, de la misma manera que advertiría el beneficio de una disminución de la actividad criminal si, como consecuencia de ella, menos personas trabajaran de policías para dedicarse a otros empleos. Este tipo de argumento, claro está, es válido para las atenciones de salud que mantienen o restauran la independencia física del anciano, pero no para las que prolongan su vida sin eliminar su dependencia.

b) Resulta menos obvio, pero no menos importante, que tampoco se justifica fácilmente el gasto en la atención de los niños menores. Si bien es cierto que esos niños son

los trabajadores del futuro, por otra parte no generarán ingresos sino hasta muchos años después de beneficiarse de la atención que reciben. Debido al lapso de una o más décadas antes de que se obtengan los beneficios de la misma, no es fácil justificar los gastos (20). A medida que el niño —quien desde temprano ya representa una inversión en capital humano debido, por ejemplo, a la educación— crece y se aproxima a la edad laboral, esta limitación va desapareciendo. Está presente en grado máximo en el momento de nacer, no solo porque el recién nacido dista de representar una fuente de producción, sino también porque si muere a edad temprana, los padres y la sociedad no tienen dificultad en sustituirlo. (En este sentido, las defunciones que más cuestan a la sociedad son las de adultos en edad reproductiva, y no las que representan más “años de vida perdidos”.) Por este motivo, las sociedades que aún se caracterizan por altas tasas de mortalidad infantil son renuentes a gastar en los menores, hasta que estos no hayan demostrado una buena probabilidad de sobrevivir y de contribuir al desarrollo económico y social (21). Asimismo, los niños que sobreviven pero que sufren problemas crónicos de salud representan una pérdida de posibilidades económicas para sus padres (22). En este caso, al igual que en el de los ancianos, la justificación económica de gastar para mejorar el estado de salud de los jóvenes depende del efecto que tenga tal medida en las personas en edad productiva, más que en el beneficiario mismo.

c) Los discapacitados suelen tener poca oportunidad de ser productivos, de modo que gastar en su salud no genera una mayor producción. La importancia de la relación en este caso depende, indudablemente, del tipo específico de discapacidad. La situación de un individuo que ha perdido el uso de las piernas pero que todavía puede valerse con la mente y con las manos, es completamente distinta a la de una persona con graves deficiencias mentales, sean estas congénitas o el resultado de una enfermedad o accidente.

d) Los pobres también plantean un problema en cuanto a la justificación econó-

mica del gasto en salud. Si un individuo es pobre solo porque su mala salud le impide trabajar, el gasto es fácil de justificar, ya que la persona podría ser productiva si estuviera en buen estado de salud. La atención de salud que lo reintegra a un estado productivo obviamente está justificada. El caso es distinto si el individuo es poco productivo no solo debido a su problema de salud, sino por falta de capital humano en términos de educación o experiencia, o porque no tiene acceso a ningún capital físico que le permita producir. En ese caso, el individuo seguiría siendo pobre e improductivo aunque se corrigiera su problema de salud, de manera que su ingreso aumentaría poco, en la mejor de las situaciones. Habría un beneficio innegable para el individuo, pero no habría ninguno de orden económico. Mientras cualquier gasto en salud se justifique solamente si se produce un ingreso adicional, los pobres solo tendrán derecho a servicios de salud de muy bajo costo, mientras que las personas pudientes tendrán derecho a atenciones de alto costo debido a su mayor productividad económica. Dada la relación entre el ingreso individual y los gastos en atención de salud, esta es precisamente la solución que se aplicaría en el mercado privado, si no hubiera ningún subsidio de los pobres por parte de los ricos. Huelga decir que esta solución no guarda relación alguna con nociones éticas acerca del valor de los seres humanos, y que solo tiene en cuenta su valor económico. Obsérvese, finalmente, que tanto los niños como los ancianos y los discapacitados tienden a tener menos recursos que los adultos sanos en edad productiva, de modo que se produce una yuxtaposición de estos tres grupos poblacionales.

El gasto en servicios de salud no tiene una sola justificación. Está determinado por decisiones privadas relacionadas con el ingreso individual; la socialización de los riesgos a través de seguros privados o públicos; la rentabilidad de las inversiones en el capital humano de una sociedad, y los factores éticos que inspiran los subsidios redistributivos. Cada una de estas justificaciones corresponde a una o más de las características

del estado de salud, concebido en términos de capital, que se discutieron en la sección anterior. La última, que es la ética o distributiva, es la que más distingue a la salud, ya que corresponde al área en que esta más difiere de otras formas de capital.

Todo lo antedicho refleja el carácter multifacético del capital humano y de la compleja relación entre las decisiones privadas y públicas. También es evidente que cualquiera de las razones fundamentales para gastar en salud puede dar lugar a presiones o demandas políticas relacionadas con la provisión de servicios o la reducción de riesgos. Los factores políticos no son independientes del consenso social sobre la importancia de la salud y el valor que tiene la asignación de recursos para protegerla.

No basta con considerar el estado de salud como una forma de capital humano —y por extensión el gasto en atención de salud como una inversión— para justificar que una sociedad gaste colectivamente más en salud o que lo haga de una manera diferente de como lo harían sus miembros individuales si estuvieran gastando sus propios ingresos. Por un lado, no hay pruebas convincentes de que haya externalidades o bienes públicos que requieran de acción colectiva para poderse producir; esencialmente todos los beneficios de una mejor salud pueden ser apropiados como bienes privados por sus beneficiarios directos. Esto es especialmente cierto en el caso de aquellas inversiones en salud que aumentan la productividad económica.

Por otra parte, una justificación puramente económica difícilmente se aplica a los ancianos, los discapacitados, los niños menores o los pobres en general; queda limitada a los adultos productivos. Por lo tanto, un enfoque de carácter excesivamente económico tiende a reforzar y no a aminorar las

desigualdades sociales existentes, de modo que beneficia a los ricos y no a los pobres, y a las personas en edad productiva más que a las de otras edades. Tal enfoque se opone, claramente, a un desarrollo más equitativo e integral. En términos más generales, pugna con el criterio amplio que define al desarrollo como algo más que el mero crecimiento económico. A un concepto amplio del desarrollo debe corresponder un concepto amplio de la salud, no uno que se limite a lo económicamente rentable.

La capacidad de pagar los servicios de salud no puede separarse totalmente del ingreso colectivo. Los servicios de salud son una producción económica como cualquier otra y consumen recursos. Esto mismo se aplica a otras inversiones que contribuyen a defender la salud, ya sea por medio de la educación, higiene, o protección contra accidentes o contaminaciones. La capacidad de decidir cuánta atención de salud se puede comprar se ve limitada, por lo tanto, por la capacidad total de producir bienes y servicios. En el nivel individual, sin embargo, la capacidad de hacer uso de servicios de salud puede separarse del ingreso, primero gracias al mecanismo de seguros, que implica la transferencia de recursos de sanos a enfermos, y también al subsidio social, que implica su transferencia de los ricos a los pobres.

Preocupa, desde el punto de vista ético, cómo separar el uso de los servicios de salud del ingreso o capacidad de pago individual de quienes no tienen ingresos suficientes para hacerse atender, y cómo socializar los riesgos, incluso los de las personas con mayores recursos. Al mismo tiempo, es necesario respetar las restricciones económicas de la sociedad y la consiguiente necesidad de hacer una buena distribución de recursos. Esto último se aplica tanto cuando se elige la salud frente a otros beneficios del desarrollo, como cuando se elige la manera de distribuir los re-

ursos dentro del propio sector de la salud, y también en otros sectores, para obtener beneficios sanitarios colaterales.

AGRADECIMIENTO

Quedo agradecido a los doctores Jaime Arias, Carlos Tello y César Vieira por sus fructíferos comentarios sobre el contenido del presente estudio. Reitero, sin embargo, que nadie sino el autor tiene la responsabilidad del mismo, y de cualquier error.

REFERENCIAS

1. Lewis WA. *The theory of economic growth* [Appendix]. Homewood: Richard D. Irwin; 1955.
2. McKeown T. *The role of medicine: dream, mirage, or nemesis?* Princeton, New Jersey: Princeton University Press; 1979.
3. Heysen S, Musgrove P. Esperanza de vida y su relación con ingresos, agua potable y consultas médicas en el Perú. *Bol Of Sanit Panam*. 1986;100: 33-45.
4. Illich I. *Medical nemesis*. London: Calder and Boyars; 1975.
5. Mincer J. *Schooling, experience and earnings*. New York: Columbia University Press; 1974.
6. Solow R. Technical change and the aggregate production function. *Rev Econ Stat*. 1957;39: 312-320.
7. Carnoy M. Education and economic development: the first generation. *Econ Dev Cult Change*. 1977;(Suppl):428-448.
8. Kamarck A. *The tropics and economic development*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, for the World Bank; 1976.
9. Birdsall N. Understanding health and development: does research matter?. World Bank. Trabajo presentado en el Health Transition Seminar, Cambridge, Massachusetts, 27 a 30 de junio de 1989.
10. Leibenstein H. *Economic backwardness and economic growth*. New York: Wiley; 1957.

11. Miller J. *The body in question*. New York: Random House; 1978.
12. Petrei AH. *El gasto público social y sus efectos distributivos*. Rio de Janeiro: Programa de Estudios Conjuntos sobre Integración Económica Latinoamericana (ECIEL); 1987.
13. Musgrove P. Family health care spending in Latin America. *J Health Econ*. 1983;2:245–257.
14. Ferranti D de. Paying for health services in developing countries: an overview. Washington, DC: World Bank; 1985. (World Bank Staff Working Paper 721).
15. Organización Panamericana de la Salud. *Salud y desarrollo: impacto de la crisis económica*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1989. (Documento CD 34/21).
16. World Bank. *Social spending in Latin America: the story of [the] 1980s*. Washington, DC: World Bank; 1990.
17. Arrow K, Scitovsky T, eds. *Readings in welfare economics: III, social versus private costs and benefits*. Homewood: Richard D. Irwin; 1969.
18. Akin J, Birdsall N, Ferranti D de. *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*. Washington, DC: World Bank; 1987.
19. Organización Panamericana de la Salud. *Hacia el bienestar de los ancianos*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1985. (Publicación científica 492).
20. Musgrove P. ¿Se justifica económicamente la erradicación de la poliomielitis en las Américas? En: *Economía de la salud: perspectivas para América Latina*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1989:106–123.
21. Ram R, Schultz TW. Life span, health, savings and productivity. *Econ Dev Cult Change*. 1979;27:399–422.
22. Salkever D. Children's health problems: implications for parental labor supply and earnings. En: Fuchs VR, ed. *Economic aspects of health*. Chicago: University of Chicago Press for the National Bureau of Economic Research; 1982:221–251.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH AND DEVELOPMENT

The relationship between the health of a population and the state of development of a society is complex and varies over time. Throughout history, improved health has been one of the main benefits of development. This benefit results partly from an increase in income and partly from scientific progress in the fight against disease and disability. This second factor is increasingly important compared to simple economic growth. Reciprocally, health could be expected to have a favorable effect on development, although this effect is more difficult to detect. Never-

theless, health can be considered part of a society's capital stock, as long as the essential differences between this type of capital and physical capital are recognized. These differences, in turn, provide an insight into the health services market and, in particular, into the tendency to spend more and more resources on health. It is necessary to respect the intrinsic value of human capital, rather than focusing strictly on the economic productivity that may be derived from it, in order to prevent discrimination against children, the elderly, the poor, or the disabled.