

SALUD Y DESARROLLO INTERNACIONAL*

DR. ABEL WOLMAN

Escuela de Ingeniería, Universidad de Johns Hopkins, Baltimore, Maryland, Estados Unidos

Las prácticas en el campo de la salud siempre se fundaron en el supuesto de que su propósito primordial es la creación de capital humano o, cuando menos, la conservación y fortalecimiento del mismo.

En su reciente análisis de la economía sanitaria, Shelma J. Mushkin (1) se sirve de las observaciones de Quetelet, hechas en 1835, para puntualizar más explícitamente el mismo tema en los términos siguientes: "En sus primeros años, el hombre vive a expensas de la sociedad; contrae una deuda que ha de satisfacer en su día; y si muere antes de conseguir pagarla, su vida habrá sido una carga, en vez de un beneficio para sus conciudadanos . . ."

Durante los últimos dos siglos, muchos economistas y otros sociólogos han enfocado el mismo tema central. Todos ellos han supuesto que, en general, las energías e inventiva del hombre se han utilizado, en una forma u otra, para acrecentar en parte el valor del ser humano como capital. A medida que la sociedad ha estudiado cada vez más esos objetivos conscientes, juiciosos dirigentes han ampliado la investigación a fin de definir con más precisión los elementos de la creación de capital humano. Esa búsqueda empieza ahora a dar algunas normas precisas, por pocas e inadecuadas que sean, en el terreno de la educación y la salud pública.

Tan intenso es ahora este interés que Theodore W. Schultz, en el discurso que pronunció en 1960 al asumir la presidencia de la Asociación Económica Americana (2), creyó oportuno decir que "las inversiones en capital humano explican la mayor parte del

alza impresionante de las ganancias reales por trabajador". Aún más importante es el hecho, plenamente reconocido por él, de que "en consecuencia, la inversión en seres humanos rara vez se ha incorporado a la economía considerada como disciplina . . ."

Entre las actividades más importantes que mejoran las aptitudes humanas, el Dr. Schultz menciona los servicios de salud, adiestramiento durante el servicio, enseñanza organizada, programas de estudio para adultos y la migración con el objeto de aprovechar la ocasión de mejorar el empleo. Todas ellas entran en juego al tratar de hallar las soluciones más convenientes del problema planteado por el Comité de Programa. Sin embargo, la escasez de datos evaluados relativos a cualquiera de dichas actividades es, por desgracia, sorprendente.

Tan sólo en el campo de la educación, y aun esto sólo en Estados Unidos de América, Gary S. Becker, de la Universidad de Columbia, ha dado los primeros pasos hacia la evaluación, comenzando por evaluar la inversión en educación universitaria (3), o, como se describe en *The New York Times*, de 3 abril de 1961: "Estudio encaminado a descubrir si realmente compensa educar a la gente". El estudio está patrocinado por la Oficina Nacional de Investigación Económica y financiado por una subvención de \$75.000 de la Corporación Carnegie, de Nueva York.

Sería preciso extender tales estudios para dar respuestas realistas a nuestro problema central. Sin embargo, no hay que arriesgarse en un intento tan ambicioso, sino que es preferible limitarse, más modestamente, al estudio de la actividad de salud pública, con referencia especial a los países menos desarrollados. A este respecto, el Dr. Schultz (2) indica que "la inversión en seres hu-

* Trabajo presentado en la reunión de la Asociación Pro Desarrollo Internacional, celebrada en Washington, D. C., Estados Unidos, el 28 de abril de 1961.

manos es, probablemente, menospreciada y descuidada". Sin embargo, es precisamente en dichos países donde, irónicamente, le preguntan a uno reiteradamente qué fines persigue el desarrollo.

EL PRECIO DE LA SALUD INTERNACIONAL

Hace aproximadamente medio siglo, el Dr. Biggs, de Nueva York, acuñó la frase feliz: "La salud pública se puede comprar". En consecuencia, el personal de salud pública se apoyó en este atractivo y convincente aforismo y lo convirtió en su principal norma de acción. En Estados Unidos de América, país que, por lo menos, cuenta con grandes recursos materiales, junto con una creciente comprensión en materia de salud pública, la orientación fue y sigue siendo razonable y eficaz. Aquí, la competencia por dinero entre las necesidades funcionales es permanente, pero, por cierto, menos aguda y rigurosa que en muchos otros países.

El lugar que la actividad de la salud debe ocupar está más o menos asegurado. En los servicios se ha logrado un equilibrio, al menos en teoría, aunque todavía no satisfagan plenamente todas las necesidades en forma matemática y perfecta. Las evaluaciones continuarán, a fin de utilizar del mejor modo fondos cada vez más cuantiosos. Esa será una tarea diaria y necesaria que incumbirá al personal de salud, a médicos en ejercicio, enfermeras e ingenieros sanitarios.

Esta aplicación relativamente afortunada de la fórmula de Biggs encuentra, no obstante, dificultades al entrar en el campo internacional, en general, y en los países menos desarrollados, en particular. Allí prevalece, con frecuencia cada vez mayor, una situación de limitación grave de los recursos nacionales, tanto en mano de obra como en dinero, y de apremiante competencia incluso por obtener estos pocos recursos. En la revolución social en que ahora vivimos, no sólo es pan lo que el hombre exige, sino buena salud, medios de transporte, industria, energía, viviendas, escuelas y diversiones. Y no

está dispuesto a esperar tranquilamente todos esos refinamientos cuando se proporcionan a un ritmo demasiado lento.

Las consecuencias que esto supone para el personal de salud, en este nuevo campo de competencia, son manifiestas. Un buen ejemplo de la situación que le espera (sin abusar del aburrimiento estadístico) es el ofrecido por el siguiente extracto de las observaciones, hechas a principios de 1961, por el Dr. Mani, Director de la Oficina Regional de la OMS en Nueva Delhi. Con pequeños cambios, dichas observaciones se aplican por igual a millones de personas de otros países. El Dr. Mani se expresó en los términos siguientes (4):

"Los problemas sanitarios del Asia Sudoriental son tan vastos como es vasta nuestra región, donde han de encontrar sustento 560 millones de seres humanos, de los cuales las cuatro quintas partes viven en el campo. Sólo en la India hay medio millón de aldeas. Construir un sencillo pozo con una pequeña bomba de mano en cada una de ellas costaría 70 millones de dólares, suma tres veces y media mayor que la invertida por la OMS en todo el mundo en 1961.

"Tales son los hechos, mas así y todo, a pesar de ser escasos los recursos y grande la demanda, a pesar de la paralizadora escasez de personal debidamente preparado, los gobiernos de los países de la Región pueden estar orgullosos del progreso hecho en materia de salud en estos últimos años, en condiciones tan adversas. Pero tanto a ellos como a nosotros los funcionarios de la Oficina de la OMS del Asia Sudoriental, nos corresponde medir lo conseguido sin olvidar lo que todavía queda por hacer. Podemos estar en cierto modo orgullosos, por ejemplo, de que los rociamientos insecticidas hayan protegido eficazmente contra la malaria a unos 250 millones de habitantes de la Región. Pero no por ello se olvide que casi otros tantos viven en lugares infestados aún. En 1959, sólo fueron notificados 40 casos de tifo y ninguna defunción causada por él en esa inmensa región. No obstante, ese mismo

año se registraron, en dos países, 22.600 casos de cólera y cerca de 6.000 defunciones por esta causa. En cinco de los países de la Región se han diagnosticado unos 380.000 casos de lepra. Nuestros planes de lucha contra esta enfermedad se basan en estimaciones fidedignas, según las cuales el número total de enfermos se calcula en más de dos millones.”

Quiérase o no, el trabajo de salud pública debe ser y seguirá siendo objeto de pruebas que lo justifiquen. Si esa demostración no la hace el personal de salud, entonces, sin duda y con bastante razón, la llevará a cabo el estadista político, el economista, el sociólogo o el antropólogo. La cuestión primordial es bien sencilla: ¿compensa la labor sanitaria?, y tiene su corolario: ¿en qué moneda?

Se podría responder a ella: a) por puro resentimiento ante el insulto de preguntar si la vida de las personas debe ser salvada, o b) poniendo a prueba las actividades presentes y futuras con arreglo a un criterio que pueda presentarse al acaso o establecerse de un modo deliberado. Históricamente, se ha considerado la prevención de las enfermedades y el fomento de la salud como objetivos “necesarios y plausibles”. Después de todo, ¿qué es un país, sino un conjunto de seres humanos acreedores a una vida mejor? ¿Qué recursos más valiosos que sus súbditos puede obtener un país? Estas divagaciones retóricas tranquilizan sin duda al idealista, al humanitario, incluso al político, mas no al famélico ministro de hacienda. Este, a quien compete distribuir el dinero, vive en un mundo de penurias, sea cual fuere la ideología social o política. Se enfrenta a diario con la necesidad de elegir y de posponer unas cosas en beneficio de otras más necesarias. En su afán de encontrar “iluminación para elegir”, según la acertada frase de Eugene R. Black (5), el ministro acude, entre otros, al funcionario de salud.

El émulo de Esculapio e Higea, una vez que ha recobrado su aplomo, echa mano presuroso de la justificación humanitaria de salvar vidas *per se* y acaso invoque la

imagen del gran cristiano de nuestros días, el Dr. Schweitzer, quien lleva en alto la antorcha de la humanidad para que todos la vean. O bien, expresa las vidas salvadas o los débiles restablecidos en función de la moneda del país, menos convincente que el dólar, como yens o rupias, en circunstancias en que los países se hallan ya abrumados por un exceso de bocas que alimentar. Puede, en defensa propia, atrincherarse también en lo que, socialmente significa atajar la enfermedad y crear ciudadanos vigorosos y respetuosos de sí mismos.

En cuanto al efecto de sus esfuerzos en el progreso económico del país, el funcionario de salud se ha contentado hasta ahora con la generalización de que un pueblo sano hace una nación sana—y, axiomáticamente, una nación sana equivale a una nación próspera. Acosado contra este último reducto de la actividad económica, él desearía que una diosa benévola exorcizara el demonio económico que viene persiguiéndolo.

Los argumentos aquí expuestos y simplificados gravemente y en exceso, no tendrán fuerza ni quizá validez suficiente para resistir las pruebas necesarias a la “iluminación para elegir”. La demanda de dinero, de personal y tiempo aumentará la presión en favor de nuevas evaluaciones en el campo de la salud. Una de dichas presiones, y no la más insignificante, es la que ya están ejerciendo los pueblos en todo el mundo, que tienen la firme convicción de que la tierra prometida que esperaban ver en 1990 está demasiado lejos. El personal de salud, nunca mercader de panaceas, tiene, sin embargo, la obligación de afrontar por sí mismo un mundo nuevo e impaciente, donde el dinero del presupuesto deberá estirarse sobre los sectores de población que más prometen y más posibilidades tienen. La devoción a actividades políticas, emotivas y recreativas de menor rendimiento, no puede ni debe quedar eliminada, pero tales actividades deberán ser objetivamente evaluadas, acaso reducidas y ciertamente reorientadas. En esencia, la revalorización implica el recono-

cimiento de que la labor de salud pública, tal como se practica en la actualidad, no seguirá siendo tan sagrada que no se pueda impugnar ni evaluar.

Las normas y prácticas occidentales pueden o no constituir una orientación valiosa para los países poco desarrollados. Es indudable que antes de adaptarlas deben ser sometidas a un examen muy detenido. Sin embargo, es sorprendente que principios y prácticas progresivamente establecidos en el mundo occidental y por mucho tiempo comprobados hayan sido ignorados tan a menudo por los investigadores occidentales, debido al supuesto erróneo de que tales prácticas estaban "ligadas culturalmente" tan sólo a Estados Unidos de América (6).

Nuestros especialistas occidentales enviados al extranjero han aprendido muy bien la lección, hasta hoy sólo destacada por algunos antropólogos culturales, de que la cultura nativa debe respetarse y, por tanto, ha de ser intangible. En realidad, casi todos los modernos preceptos de salud pública requieren un cambio cultural. Incluso la adopción de la modesta letrina exige alteraciones importantes de hábitos y costumbres antiguos. En el cambio, aclimatado inteligentemente al suelo nacional, estriba la esperanza de verdaderos progresos en la salud pública. Por fortuna, la experiencia nos está enseñando que los cambios se aceptan con sorprendente rapidez.

El *statu quo*, bien en el orden cultural, político o económico, no necesita mantenerse en el campo de la salud. ¿Qué nuevas orientaciones de planeamiento y práctica de la salud pública surgirán en un futuro inmediato? Estas pueden muy bien contrastar, cuando menos con las del pasado, y en consecuencia producir con más rapidez valores más significativos en cada país.

ALGUNAS PERSPECTIVAS FUTURAS

Uno de los objetivos primordiales de los estadistas de hoy consiste en elevar el nivel de vida de cada país hasta un grado de decoro moderno. Para lograrlo, hay que

recorrer muchos caminos. En la actualidad, no se puede dedicar demasiado tiempo a la construcción y refuerzo de tales caminos. ¿En qué forma facilita o puede facilitar el personal de salud el logro de esta finalidad general? La fácil oferta de mantener la salud del individuo, de todas las edades, en todas partes y para todo fin, se derrumba por el propio peso de su generalización. Por muchas décadas no se podrá contar en parte alguna con el dinero, el tiempo y el personal necesarios para el logro simultáneo de todos esos objetivos. Una vez más, ese personal de salud deberá, le plazca o no, evitar "la devaluación del dólar destinado a salud pública", para citar otra frase del Sr. Black (5). Analicemos aquí algunos de los problemas que entraña esa decisión.

a) *Evaluación de las necesidades de salud pública de un país*

En un país donde haya todas las enfermedades, o como un sabio doctor expresó, "nómbrela usted, y seguro que la tenemos", no faltará quien considere simple pérdida de tiempo el escoger entre las mismas. En realidad, en tal caso la selección es una necesidad y no un lujo. Sin selección, los recursos en hombres y dinero se desperdiciarían.

Si bien pueden enumerarse muchos ejemplos de selección consciente, hay muchos más en los cuales el programa es más amiboideo que específicamente orientado. La repetición de normas históricamente estereotipadas es un proceso más sencillo que la selección, aunque no sinónimo.

Si la crítica obliga a hacer inventario, sea bienvenida. Es sorprendente el escaso número de encuestas de salud verdaderamente sistemáticas que se han hecho en el mundo como prerequisite de la acción constante (7).

b) *La obsesión rural*

En casi todos los países, se ha seguido tácitamente el criterio de concentrar el uso de las escasas fuerzas de salud pública en las villas o aldeas. Podría escribirse un

interesante ensayo acerca de las definiciones de estos términos, ya que varían de un país a otro. Parece tener poca relación con la densidad de población o con su estructura. En algunos países, se definió legalmente en un tiempo como una concentración en un solo punto de un número de personas inferior a 5.000. Más adelante, esta cifra se elevó a 10.000 para que el poblado pudiera aspirar a subvenciones del gobierno central con destino a obras públicas.

En muchas de las llamadas villas la densidad de población iguala a la de la zona metropolitana de Pittsburgh, Pensilvania. Tal vez el único común denominador de tales grupos de población sea su vasto número, su dependencia de la agricultura, su gran dispersión geográfica y, a menudo, la gran distancia que las separa de los centros gubernativos. La característica más significativa de cada país es su devoción sentimental por el "problema rural"—un complejo de herencia nostálgica y de sensibilidad política.

De esto se trata en el presente trabajo, principalmente porque este enfoque rural, hasta el punto de excluir literalmente lo urbano, sigue siendo importante en la actualidad a pesar de la urbanización e industrialización sin precedentes en todo el mundo. La elección del campo de batalla rural en lo que respecta a la prevención de enfermedades supone una opción por la "logística" más difícil posible. Va contra todos los precedentes de la historia de la salud pública, al suponer que las prácticas en materia de salud se trasladan del campo a la ciudad. La decisión de gastar el dinero destinado a salud pública con un mínimo de rédito no podía haber sido más atinada.

¿Significa esto que la población rural puede ignorarse? Desde luego que no. Pero dada la escasez de personal y de dinero, las zonas urbanas ofrecen los mayores dividendos en cuanto a reducir las enfermedades por unidad de esfuerzo y, en último término, la mejor fuente de inspiración para los pueblos. La concesión de tal importancia a

lo urbano ha quedado muy a la zaga. No debe excluir la atención a lo rural, pero tampoco debe subordinarse a ella, como ha sido el caso en muchos países.

El amplio uso del término general "rural" merece estudio detenido cuando se proyecta la estrategia de salud pública o cualquier otra. El geógrafo de profesión tal vez esté más informado que el personal de salud de la muy variada densidad de población de las zonas rurales, incluso dentro de un mismo estado o provincia. La clasificación "rural" oculta grandes diferencias en cuanto a la influencia del ambiente, determinante esencial de las normas de salud pública.

El profesor Ahmad, de la Universidad de Ranchi, India, expone este punto de vista con suma claridad en su reciente trabajo "La población rural de Bihar" (8). Establece una marcada distinción entre las poblaciones rurales que tienen un alto grado de aglomeración y las que están poco pobladas, densidades que van desde menos de 300 hasta más de 1.500 habitantes por milla cuadrada. La densidad más alta se aproxima a las de muchas zonas metropolitanas de Estados Unidos de América o la excede. El quid del asunto está en si el personal de salud se asocia alguna vez con el geógrafo.

c) *La inevitable restricción del centralismo*

Una de las mayores rémoras de los servicios de salud pública es la mano amortiguadora del gobierno central. Con esto nos referimos, no a los aspectos políticos o ideológicos del centralismo, sino principalmente a la concentración casi universal de fuentes monetarias, normativas y administrativas en las capitales de los países grandes y pequeños. El fundamento histórico de dicha responsabilidad central es claro y ha servido bien su propósito en la evolución social.

En la actualidad, el gobierno central se encuentra cada vez más sobrecargado por la multiplicidad de demandas locales. Hace veinticinco años el gobierno central estaba encargado de cuatro o cinco funciones a lo

sumo. Hoy, en un típico país progresivo, este número pasa de treinta.

La recuperación de la autonomía y responsabilidad locales es de particular importancia en la labor sanitaria, aunque sólo fuera porque los recursos del poder central están decreciendo rápidamente. La demanda que de ellos hace la salud pública entra en competencia cada vez mayor con la de otras funciones, muchas de las cuales no se prestan con demasiada facilidad a decisiones, subvención y ejecución locales.

La fuerza latente del apoyo local es cuantiosa en grado sorprendente, si se recaba con inteligencia y se fomenta con constancia. Excelentes ejemplos de tales posibilidades están empezando a surgir en algunos países, como la India y algunas regiones de América del Sur. El personal de salud debe estar al tanto de estas oportunidades pues en ellas se halla quizá la clave de su éxito futuro. Es algo más que un simple aforismo lo de que la iniciativa local prospera con el estímulo y el reconocimiento.

d) *Evaluación del efecto económico*

Una de las tareas más difíciles que el funcionario internacional ha de afrontar en la actualidad es la de verificar el efecto de sus actividades en el progreso económico de un país o región. No es fácil determinar las normas y criterios que deban aplicarse en tales evaluaciones, ya sea en la educación, la salud o las actividades agrícolas. Sin embargo, ha de quedar más o menos demostrado que el efecto económico debe figurar como elemento importante del programa.

La resistencia a medir la labor sanitaria, en particular con respecto a su influencia, supuesta o real, sobre la economía de un país, deriva, desde luego, de la continua insistencia del hombre en salvar vidas y robustecer personas como justa medida de la dignidad general humana. Empero, no es incompatible con la dignidad humana medir los éxitos logrados, en un mundo menos que utópico, por efecto en parte de la elevación del nivel de vida. Por difícil

que sea este campo de investigación, las incursiones dentro del mismo se repetirán en ritmo acelerado en un futuro inmediato. Las mediciones se perfeccionarán, surgirán valores relativos y la práctica de la salud pública se orientará en parte hacia el incremento de la productividad social de conjunto.

Una consecuencia necesaria será sin duda la adopción de modos más imaginativos e ingeniosos de financiar los programas de salud pública. Muchos de éstos se rezagan o sucumben porque su estructura fiscal autogeneradora y autosustentadora ha permanecido estática durante un siglo. Su fracaso no siempre se debe a lo limitado de los recursos locales, pues con frecuencia, éstos no han sido siquiera explotados.

e) *Influencia sobre la estructura del gobierno*

Conviene decir algo acerca de la significación de los valores con que el personal de salud puede contribuir al fortalecimiento de la organización políticosocial de su país. Esto sólo será posible si dicho personal reconoce que los resortes puestos a su disposición pueden y deben utilizarse para despertar la conciencia y el sentido de responsabilidad local. El personal de salud pública, sea federal o estatal, que, por ejemplo, sólo emplea las subvenciones como bondadosa dádiva política, pierde la más propicia ocasión de servirse de ellas para alentar el progreso local, elevar el rango de las tareas e interesar a los elementos financieros locales para que presten su creciente apoyo a los servicios de salud pública.

La creación de organismos oficiales o privados puede ser resultado de la comprensión, por parte del personal de salud dotado de imaginación, de la importancia de contar con una organización social permanente. Por desgracia, no son muchos los ejemplos de tal influencia sobre el gobierno, y convendría multiplicarlos, porque sin ellos el progreso en materia de salud pública será, por desdicha, demasiado lento.

Patterson, agudo observador del pano-

rama latinoamericano, define bien la situación del mismo al sentar que las provincias

“deben cortar el cordón umbilical que las une a la capital de la nación”.

REFERENCIAS

- (1) Mushkin, S. J.: Toward a Definition of Health Economics, *U. S. Pub. Health Rep.*, 73 (No. 9):785 (sbre.) 1958.
- (2) Schultz, T. W.: Investment in Human Capital, *Am. Econ. Rev.*, 51 (No. 1):1 (mzo.) 1961.
- (3) Becker, Gary S.: Underinvestment in College Education? *Am. Econ. Rev.*, 50 (No. 2):346 (mayo) 1960.
- (4) Mani, C.: Carta de Nueva Delhi, *Salud Mundial*, 14 (No. 1):(ene.-fbro.) 1961.
- (5) Black, Eugene R.: *The Diplomacy of Economic Development*, Harvard University Press, Cambridge, Mass., Estados Unidos, 1960.
- (6) Bush, Henry C.: Transplanting Administrative Techniques, *Intern. Develop. Rev.*, 2 (No. 2):10 (obre.), 1960.
- (7) Evang, Karl: *Health Service, Society and Medicine*, Oxford University Press, Nueva York, 1960.
- (8) Ahmad, Enayat: The Rural Population of Bihar, *Geograp. Rev.*, 57 (No. 2):253 (ab.) 1961.