

Integración de los Programas de Salud en la Política de Desarrollo*

MENANDRO NOVAIS

En todas partes, la idea del desarrollo económico va atrayendo cada vez más a los administradores, sociólogos y dirigentes políticos, y va despertando la curiosidad e interés de grandes núcleos de población que ansían mejorar sus condiciones de vida. Los numerosos trabajos publicados indican los complicados contornos del tema y revelan las controversias y antagonismos que surgen al formular los conceptos fundamentales de donde ha de emanar una política consecuente y eficaz tendiente a remediar el subdesarrollo. La estructuración final de un sistema de doctrina, bien definido y sólido, dista mucho de ser lograda debido a dos circunstancias que la obstaculizan y retrasan: la falta de sistematización de los datos derivados de la experiencia de los países vecinos, que se esfuerzan por vencer las limitaciones de la pobreza y del atraso, en condiciones históricas notablemente distintas de las que caracterizan a los grandes centros del mundo occidental, y la ingerencia de ideas preconcebidas, de sentido humanista equívoco, en la formulación general del tema, cuyo sentido y grandeza desvirtúan y exigen un análisis más profundo para volver a situar el tema en el ámbito de sus verdaderas características científicas, convirtiéndolo en el instrumento esencial de la lucha de los países subdesarrollados por la riqueza y bienestar de sus habitantes.

El empeño por aclarar debidamente la cuestión, reviste importancia especial en el actual momento histórico, en que se agravan las tensiones y conflictos creados por los antagonismos y resentimientos derivados de

la coexistencia de la opulencia y de la miseria, en un mundo que desea la unidad y la integración. El debate se reduce esencialmente al esfuerzo encaminado a obtener, para los habitantes de las zonas subdesarrolladas, una elevación del índice de crecimiento económico, al mismo tiempo que un mejoramiento del nivel de bienestar social, en forma de mayor consumo de calorías, mejor vivienda, más ropa, medicinas, cuidados médicos, diversiones y descanso.

Dada la escasez de recursos de que disponen los países atrasados, el desarrollo se encuentra obstaculizado por la imposibilidad de desviar las escasas reservas de capital existentes, del sector ilimitado del consumo hacia el de las inversiones. En este círculo vicioso se agrava fatalmente la pobreza de las regiones menos favorecidas del mundo, las cuales, por un determinismo cruel, están sujetas a coeficientes explosivos de fecundidad.

Al hacer frente a la contingencia inevitable de vencer el estado de subdesarrollo mediante la utilización de los recursos disponibles en cada caso, surgen nuevos problemas que ponen a prueba la lucidez y decisión de los pueblos. La experiencia de algunos países que ya iniciaron su marcha hacia el desarrollo revela que, al mismo tiempo que aumentan los ingresos *per capita*, comprobados de modo genérico, se produce en ciertos casos un empeoramiento de las condiciones de vida de grandes sectores de población, particularmente en aquellos países donde la distribución de los ingresos se lleva a cabo de manera desigual, en favor de

Asesor en Planeamiento del Ministerio de Salud, Brasilia, D. F., Brasil.

* Trabajo preparado para el curso de adiestramiento del Centro de Desenvolvimento Econômico CEPAL/BNDE, Río de Janeiro, Brasil, 1962.

grupos que dominan los centros económicamente decisivos.

La constatación de este hecho, contrario al propósito que anima a la política de desarrollo que consiste en fomentar un nivel de vida más elevado para todos los sectores de la población que se lanza a esta empresa, contribuyó a que se intentara la revisión de los conceptos sobre los que, tradicionalmente, se basaron las leyes del crecimiento económico.

La "revolución de las esperanzas", o sea el clamor general por la obtención de un mejor nivel de consumo a corto plazo, que es lo que anshan todos los pueblos, aunque sirva de estímulo para el desarrollo, constituye un obstáculo a la aplicación de una política eficaz de ampliación de la base productiva de la economía, cuyo éxito está condicionado a un aplazamiento del consumo de las masas inquietas e indóciles.

De esta manera, se creó un grave obstáculo a los esfuerzos tendientes hacia al desarrollo, ante la presión popular en favor de un aumento inmediato del nivel de consumo, complementado por condiciones sociales compatibles con un índice más elevado de bienestar.

La importancia que se trata de conceder a los diferentes aspectos del desarrollo social, se deriva de la preocupación de ofrecer mejores condiciones de vida a los habitantes de los países subdesarrollados. En los campos de la salud, la educación, la nutrición, el trabajo, la vivienda y la vida colectiva, están situadas las medidas que traducen el desenvolvimiento social que se pretendió contraponer al desarrollo económico, buscando una antinomia entre ambos que, en realidad, no existe, para dar realce y prioridad a las medidas de carácter social, con lo que se atenuaría el "costo humano" del desarrollo.

Al tratar de conciliar las distintas posiciones de esta polémica, los modernos técnicos de programación se esfuerzan por determinar el denominado "desarrollo equilibrado" mediante una integración de los

factores de carácter económico y social de que depende el proceso de desarrollo.

Una vez expuesto el problema de acuerdo con las orientaciones ya señaladas, debieramos examinar la importancia de la salud en sus relaciones con el desarrollo, procurando señalar las influencias que ejerce sobre ella el proceso en cuestión, así como sus posibles repercusiones sobre la dinámica del crecimiento. Partiendo de la tesis de que la salud es una variable que depende del desarrollo, trataremos en el presente trabajo de definir los complejos desdoblamientos de esta afirmación básica con la finalidad, especialmente, de determinar la mejor política sanitaria que produzca un nivel más elevado de ingresos, lo mismo que los cambios que experimenta la estructura económica con el desarrollo.

La falta de ejemplos históricos de transición en condiciones idénticas a las que experimentan actualmente los países subdesarrollados, junto con la escasez de elementos informativos sobre las características de cada una de las situaciones sujetas a la experiencia del desarrollo, hacen casi imposible la sistematización de los conocimientos derivados del análisis científico del tema. Conscientes de las limitaciones derivadas de los mencionados hechos, trataremos, en el presente trabajo, de realizar una investigación en la seguridad de que la complejidad del tema y su interés para las naciones que aceptaron la prueba que supone el desarrollo requieren la ineludible y urgente tarea de aclarar el problema, situándolo bien y examinando sus perspectivas de acuerdo con las aspiraciones nacionales de progreso y bienestar social.

Efectos Económicos de la Enfermedad

La interdependencia entre la salud y la riqueza ha quedado plenamente demostrada en los tiempos modernos, y constituye la base ideológica de la labor de las organizaciones nacionales e internacionales

que se dedican a la salud pública. La revolución industrial que se produjo en el occidente europeo a partir de la segunda mitad del siglo XVIII, puso de manifiesto que el mejoramiento de la salud pública, y la consecuente reducción de la mortalidad en general, fueron resultado de la elevación del nivel de vida que acompañó a las transformaciones económicas que tuvieron lugar en aquel período histórico.

La importancia que adquirió la higiene en grandes sectores del mundo capitalista se debió a la comprobación de que la pobreza ofrece un medio propicio a las enfermedades. El análisis del estado social de aquel momento histórico puso claramente de manifiesto que la pobreza y las enfermedades se favorecían mutuamente, y formaban un círculo vicioso que hacía inaccesible el ideal de mejorar las condiciones sanitarias, de una vida más sana, en un medio dominado por la miseria.

La publicación del informe de Sir Edwin Chadwick (1842) sobre las condiciones de salud de la clase trabajadora inglesa, marcó un importante hito en este movimiento. Investigó dicho autor la edad promedio en que morían las personas de las distintas clases sociales de Inglaterra, y llegó a la conclusión de que cuanto menores eran los ingresos de las clases estudiadas, menor era la edad a que fallecían sus individuos. La declaración de Chadwick tuvo tal repercusión que provocó una investigación oficial con objeto de determinar el alcance de la situación. Esta investigación fue confirmada por Sir John Simon (1), que reconoció la ineficacia de cualquier esfuerzo realizado en el campo de la salud sin promover "una elevación del nivel social de las clases menos privilegiadas".

Las ideas surgidas en la Gran Bretaña recibieron muy buena acogida en otros países europeos, donde, en aquella época, el avance del movimiento democrático entraba en una etapa de consolidación del poder de la burguesía.

Se realizaron nuevas investigaciones sobre

la posible correlación de la incidencia de las enfermedades y la elevada mortalidad con las condiciones desfavorables de vida que abrumaban a la densa población aglomerada en los centros industriales. En la propia Inglaterra se efectuaron estudios destinados a definir una correlación positiva entre las enfermedades transmisibles y el grado de promiscuidad en que vivían los habitantes de las ciudades debido a la estrechez de las viviendas. Una encuesta oficial llevada a cabo en Estados Unidos, que abarcó a 80.000 trabajadores de ocho ciudades, reveló que la frecuencia de enfermedades y la incapacidad para trabajar a consecuencia de éstas, guardaban relación con el promedio de ingresos familiares.

Esta dependencia del estado de salud de la población del nivel económico alcanzado, se había demostrado ya al estudiar las grandes epidemias del pasado. La peste bubónica, por ejemplo, que no existió en la época del hombre nómada, apareció cuando se pudieron acumular excedentes de víveres en las viviendas, que atraían a los roedores hacia las toscas instalaciones domésticas, y desapareció, prácticamente, cuando el progreso del urbanismo permitió las construcciones de albañilería y se procedió a la recogida de basuras y a la instalación de sistemas de alcantarillado. El tifo exantemático, transmitido por piojos y causante de grandes estragos, en especial durante las guerras del pasado, ya había sido dominado antes de aparecer los antibióticos, gracias al mejoramiento de la higiene personal, mediante el empleo generalizado del jabón y el cambio frecuente de prendas de vestir, esto último facilitado por los progresos de la industria textil. La fiebre tifoidea, el cólera, la disentería y las enfermedades transmitidas por el agua, en general, disminuyeron en cuanto se extendieron las medidas de saneamiento del medio. En 1848, comenzaron a funcionar en Londres los servicios públicos de limpieza, y en 1829 ya se utilizaban en esa capital filtros de arena para la depuración del agua. Hacia 1875, se generalizó el uso de

filtros en todas las grandes ciudades europeas, y en Estados Unidos los servicios de abastecimiento de agua aumentaron de 83, en 1850, a 3.196, en 1896 (2).

Estas transformaciones fueron fruto de las condiciones económicas derivadas de la industrialización, del adelanto mercantil y del mejoramiento de la productividad agrícola. Los progresos de la mecanización y las innovaciones científicas introducidas en el cultivo de las plantas alimenticias, fueron reduciendo el ciclo de las epidemias de hambre, y permitieron modificar el aparato de producción al transferir a las industrias instaladas en las ciudades la mano de obra sobrante en el campo. El desarrollo tecnológico, con el consecuente aumento de la productividad, fue acompañado de una creciente acumulación de capital que, al volver a ser invertido en la producción, permitió una expansión progresiva de la estructura en que se apoyaba el sistema económico. Y precisamente en la plenitud de estos cambios, que caracterizaron la denominada "revolución industrial", fue cuando mejoraron las condiciones de salud de las poblaciones de los países occidentales que hoy figuran entre las naciones desarrolladas. Gracias al progreso material obtenido con el inevitable aumento de los ingresos por habitante, disminuyó desde aquel momento, la mortalidad en esos países mucho antes de que se produjeran los extraordinarios progresos de la medicina, característicos de la primera mitad del siglo XX.

Conviene, pues, poner de relieve este importante acontecimiento que, de manera significativa, sirve para justificar la tesis que sostenemos.

En los países subdesarrollados, estas conquistas de la ciencia médica determinaron, a su vez, notables transformaciones. Las zonas subdesarrolladas del mundo, que acusaban elevados índices de mortalidad, iguales a los que registraban los países desarrollados antes de su industrialización, recibieron el impacto de los beneficios de la medicina que sirvieron para disminuir de

manera espectacular las tasas de mortalidad en los años más próximos del siglo actual. Los insecticidas de acción residual, los bacterioestáticos y los antibióticos determinaron esta reducción de la mortalidad, a pesar de las malas condiciones económicas existentes, por su costo extraordinariamente reducido, que permitió recurrir a esas técnicas a los países de escasos recursos.

La disminución de la mortalidad en los países subdesarrollados, junto con el mantenimiento de altos coeficientes de natalidad, aumentan la tasa de crecimiento demográfico en esas regiones poco avanzadas, agravando la presión sobre los recursos productivos. Los beneficios derivados del empleo de los nuevos métodos terapéuticos y sus decididas repercusiones en la reducción de la mortalidad, parecen haber alcanzado la máxima eficacia y se comienza a dudar de la permanencia y estabilidad de las ventajas obtenidas. La tasa de mortalidad, que exige una constante y eficaz vigilancia sanitaria, de costo cada vez mayor, tiende en los países subdesarrollados a subir en cuanto se reducen las medidas de protección médico-higiénicas o se deterioran seriamente las condiciones generales de vida, principalmente en materia de nutrición. De esta manera, se puede llegar a la conclusión de que, confrontados los dos métodos mediante los cuales se reduce la mortalidad en general y aumenta la esperanza de vida media, se revela más seguro y provechoso el arduo y difícil camino del desarrollo económico, que el transitorio e inconsistente empleo de recursos médicos, por muy tentadores y poco onerosos que puedan parecer.

No existen datos abundantes, científicamente comprobables, que puedan servir de base al estudio de la interdependencia de los factores sociales, económicos y demográficos. Las ideas preconcebidas y los equívocos que rodean a las ideas de tipo maltusiano, obscurecen más aún los análisis realizados sobre el tema.

En relación con la importancia de los factores económicos como determinantes del

nivel de salud, quisiéramos señalar que las diversas disciplinas que integran las ciencias sociales aportan elementos que permitirán un enjuiciamiento realista de la cuestión.

Concepto Dinámico de la Salud

Conviene definir los términos conceptuales en que han de expresarse las nuevas tendencias del estudio de la salud, de acuerdo con el desenvolvimiento económico. La esencia de las rectificaciones que deben hacerse estriba en considerar a la salud como un aspecto ligado a los factores estructurales que la determinan. Dado que el problema de salud afecta a la propia vida humana, decide el destino del individuo y la continuidad de su esfuerzo y de su participación en la vida social, es natural que, en torno a este problema, giren los más diversos pensamientos y reflexiones de contenido filosófico, metafísico o literario, que lo desfiguran y que eliminan la posibilidad de investigarlo con un criterio desprovisto de subjetivismos y prejuicios.

La comprobación de la existencia de elevados índices sanitarios en los países industrializados indujo a creer erróneamente que dichos índices eran el resultado de la expansión de la red de servicios asistenciales que esos países tuvieron que establecer en una fase avanzada de su desarrollo. Este falso raciocinio determinó el trasplante mecánico de los métodos y criterios en que se basa la política sanitaria de las regiones desarrolladas, con la esperanza de obtener los resultados logrados en ellas, indicados por los altos niveles médico-sanitarios. Esto dio lugar al fracaso de la política de salud adoptada en la mayoría de las zonas subdesarrolladas de hoy, comprobándose que éstas no lograron adaptarse a las líneas de conducta ya consagradas por la práctica en los grandes centros.

En relación con los países prósperos, las regiones subdesarrolladas gozan actualmente de ventajas especiales derivadas del avance tecnológico que se registra en la época actual; también es cierto que los países subdesarro-

llados encuentran nuevos obstáculos a su crecimiento que no surgieron en el período en que los países occidentales seguían la trayectoria del desarrollo. La existencia de mayores ingresos *per capita*, que permite facilitar la formación de capital, y la disponibilidad de recursos de origen colonial, dieron a los países ya desarrollados características más ventajosas para el éxito de su proceso de desenvolvimiento.

No hay razón que justifique el desacierto cultural expresado en el deseo de imitar a los países ricos y de implantar el sistema de sus instituciones sanitarias en la situación social reinante en las regiones menos privilegiadas.

Esto obliga a analizar el tema de la salud, abandonar los criterios analógicos y, estudiando la relación entre la organización asistencial y el fundamento estructural, buscar una adecuación y un equilibrio mediante los procedimientos científicos que nos proporciona la sociología económica, a saber:

a) adaptar el sistema sanitario a la estructura económica del país subdesarrollado;

b) ajustar las necesidades de los cuidados médico-sanitarios a los recursos efectivamente disponibles, y

c) convertir la política de salud pública en un instrumento de las transformaciones estructurales que se crean en el plan de desarrollo económico.

Sanimetría

El deseo de dar validez a las ideas formuladas sobre los problemas de salud despertó entre diversos investigadores el interés por medir los índices sanitarios. El comité internacional que estudió los componentes del nivel de vida, estableció, para la salud, los siguientes índices: la esperanza de vida al nacer, la mortalidad infantil, la mortalidad bruta anual, el número de camas de hospital en relación con la población total y el número de médicos en activo, con respecto al total de habitantes. Además, en relación con la salud, los mencionados ex-

pertos sugirieron los siguientes índices: mortalidad infantil, excluida la neomortalidad, representada por el porcentaje de niños fallecidos en el primer mes de vida; número de centros de protección de la madre, de parteras, camas de maternidad, servicios dentales, escuelas de medicina, odontología, enfermería y servicio social, gastos públicos y privados de salud por habitante, utilización de los recursos médicos disponibles y morbilidad general de la población.

La referencia a la importancia relativa de cada uno de estos índices en el cómputo de los factores que condicionan la salud, demandaría excesivo espacio. El estudio global de la cuestión permitiría incluir algunos de sus aspectos, preparando el terreno para conocer la naturaleza de algunas de sus interrelaciones. En el mencionado informe, se consideró de importancia primordial la esperanza de vida al nacer, por reflejar el deseo de vivir que, entre las "necesidades y valores que se relacionan con el nivel de vida, es la más universal, tanto desde el punto de vista histórico como cultural". En época reciente, la tasa de mortalidad infantil adquirió significación primordial por expresar más fielmente, a juicio de muchos demógrafos, las condiciones materiales de vida.

El interés de que viene siendo objeto actualmente la planificación de todas las actividades públicas, obligó a proceder a la evaluación de los distintos índices de salud. Las tentativas de evaluación, con el propósito de ayudar eficazmente a la elaboración de planes de salud, tropiezan con la falta de estadísticas fidedignas. Son varias las técnicas empleadas a este respecto, y su utilización depende del objetivo implícito en la medición. Los censos, catastros e inventarios constituyen las formas más sencillas de evaluación. La medición, o sea la evaluación material, está subordinada a las unidades de medida, mediante las cuales se pueden expresar los fenómenos sanitarios. Las entrevistas, los cuestionarios, las representaciones gráficas, los sociogramas, los

análisis de índices y matrices, constituyen también valiosos medios de cuantificar los determinantes.

Para comprender la extensión de la tarea, conviene citar los datos fundamentales del reciente trabajo del Dr. Atilio Macchiavello, Jefe del Programa de Evaluación de la Organización Mundial de la Salud (3).

Al estudiar el impacto de los programas de salud sobre el desarrollo económico, establece la siguiente división de los métodos de evaluación en el campo de la salud pública:

- 1) Procedimientos a niveles operacionales que suponen evaluación: experimentación y clínica de laboratorio, investigación sobre el terreno, etc.
- 2) Procedimientos operacionales sobre el terreno que facilitan la evaluación: inspecciones y entrevistas, evaluación de rendimiento, valoración sobre el terreno (inventarios, censos, encuestas, catastros, sondeos, etc.)
- 3) Procedimientos a nivel no operacional: cuestionarios, análisis de registros, análisis estadístico.
- 4) Procedimientos aplicables en todos los niveles del programa: comparación entre objetivos y realizaciones, entre evaluación de base y reevaluación, análisis de rendimiento, análisis de actitudes, análisis de tendencias y proyectos, predicciones.
- 5) Procedimientos destinados a la evaluación de los programas y de evaluación considerada en sí misma y como práctica administrativa: estimación de objetivos y métodos, estudio de las operaciones de evaluación y, por último, determinación de los resultados de la evaluación (precisión, cobertura, errores probables, obstáculos y limitaciones).

Al tratar de establecer las repercusiones directas o indirectas del desarrollo sobre la salud, el autor mencionado señaló los problemas siguientes, en el campo sanitario:

- 1) *Demográficos*: fertilidad incontrolada, incremento explosivo de la población, cambios en la

composición por grupos de edad, disminución de la mortalidad y de la morbilidad, control de las enfermedades infecciosas, aumento de la esperanza de vida.

2) *Problemas ecológicos*: urbanización, viviendas económicas, instalaciones de abastecimiento de agua y de alcantarillado, erradicación de la malaria, colonización, accidentes del trabajo, higiene ambiental, absentismo.

3) *Problemas biológicos*: alimentación y nutrición en sus diversos aspectos, salud mental, alcoholismo, empleo de estupefacientes.

4) *Problemas político-administrativos*: seguro social, medicina del trabajo, legislación protectora del trabajo de mujeres y menores.

5) *Problemas de medicina*: curativos y preventivos, en todos sus aspectos financieros, sanitarios, sociales, etc.

Observados en el campo económico:

- 1) Aumento del ingreso *per capita*.
- 2) Obtención de un alto nivel de empleo.
- 3) Estabilidad de la producción y del precio de los artículos de primera necesidad.
- 4) Reducción de las desigualdades de distribución de los ingresos familiares.
- 5) Anulación de la disparidad de la prosperidad y crecimiento regionales y de las condiciones de vida primitivas en las zonas agrícolas.
- 6) Nivelación de las condiciones de trabajo en la industria, minería, agricultura, etc.

La propia amplitud del tema indica el grado de complejidad que adquirió en el pensamiento de los economistas modernos y de los planificadores de salud. El Dr. Macchiavello propone, además, el establecimiento de un método, que denomina sanimetría, cuya finalidad consiste en obtener un equilibrio adecuado de las actividades de salud pública que pueden ser evaluadas cuantitativamente. La sanimetría se di-

vidiría en sanimetría biológica, cuando comprende los fenómenos que atañen al individuo; sanimetría social, cuando se relaciona con los hechos sanitarios sociales de la colectividad; sanimetría económica, cuando trate de medir "la capacidad de producir salud, la formación de capital humano, como ahorro biológico, y el potencial de consumo de las colectividades y sus integrantes, con respecto a las prioridades y a la estrategia de desarrollo ya previstas..."

La sanimetría alcanza su plena eficacia en los países que disponen de mecanismo estadístico satisfactorio, pero no deja de lado el análisis de las zonas más desprovistas de estos recursos estadísticos. Para suplir las deficiencias estadísticas, el citado autor propone el método de medir la "autosuficiencia" del servicio nacional de salud pública, durante un período determinado, sobre una "línea de base" que estimaría la "capacidad y eficiencia alcanzadas". Este método, ensayado en el Paraguay e Irán, tiene por objeto definir "el potencial sanitario" dentro del "potencial social del país", y utiliza la "evaluación por observación", cuya finalidad consiste en dar validez a las estadísticas disponibles, de acuerdo con las diversas jerarquías administrativas, procediendo al análisis de los datos para definir el "verdadero desarrollo del potencial sanitario, que, en último término, expresaría la autosuficiencia".

Al transferir al ámbito de la planificación de salud las técnicas de programación económica, la sanimetría trata de fijar la tasa de crecimiento de la maquinaria sanitaria, estableciendo una "tasa mínima de inversión", que atienda al crecimiento demográfico, y una tasa máxima que tenga en cuenta "la capacidad económica de absorción de las colectividades", evaluada en función de los ahorros existentes. La "capacidad de absorción social" se medirá por la utilización efectiva de los servicios establecidos, y la "capacidad de absorción técnico-sanitaria" se calcularía en relación

con "el personal adiestrado para el manejo de los servicios".

En un esfuerzo por establecer una similitud con la metodología económica, la sanimetría procura determinar la relación capital-producción, sea en promedio o marginal. En esta tentativa, surge el obstáculo más firme a la utilización del método, dado que la "producción" en el campo de la salud, no es una función lineal del capital invertido. Siendo la salud un elemento "multidimensional", representaría, según el creador del método, un "ahorro biológico" o capital humano, susceptible de ser invertido para fines económicos. Por último, la salud no podría ser convertida en "unidades de producción". La disponibilidad de mano de obra sería el punto en que convergen las relaciones de la salud con la economía. Junto con el crecimiento demográfico, deberá producirse una elevación del nivel de salud y del nivel de ingresos, y es necesario que este último exceda a los dos primeros, sin lo cual permanecerían estancados los niveles de vida. La utilización de los recursos médicos, tanto curativos como preventivos, se traduce en una mayor disponibilidad de mano de obra. Si no existen oportunidades de empleo que puedan absorber este excedente y así aumentar la producción, no será fructífero el mejoramiento de la salud obtenido, y además no se consolidará.

"En conclusión—afirma el Dr. Macchia-vello—la sanimetría económica indica un camino que permite apreciar la salud en función de la economía y viceversa, y las actividades deben, por lo tanto, ser planificadas, desarrolladas y evaluadas conjuntamente—bien entendido—para obtener el máximo de los escasos recursos disponibles". El deseo implícito en el método de la sanimetría sería el de establecer un modelo para elaborar los planes de desarrollo, englobando metas estrictamente económicas así como sanitarias, evaluándose después si son compatibles con la tasa de desarrollo deseada y determinando si dicha tasa se obtuvo realmente en el período de ejecución de los programas.

Todas las tentativas de medir y evaluar el efecto del desarrollo económico sobre la salud son dignas de elogio, y deben proseguir y ser ampliadas. No obstante, no hay que forjarse demasiadas ilusiones en relación con la medición de los resultados y beneficios del desarrollo en la salud y acerca de las posibles repercusiones de esta última sobre los niveles económicos, a fin de evitar la introducción de un elemento falible en los criterios de programación que, día tras día, se racionalizan, se perfeccionan y se refinan.

Las dificultades que se acumulan en torno a este objetivo se dejan entrever en la crítica que se hace de los índices de salud que representan categorías estáticas: no se puede conocer, a través de ellos, la clase de actividades aconsejables para modificarlos, o sea que los índices pierden validez en la medida en que dejan de ser "operativos".

La utilización apropiada de datos estadísticos en la elaboración de programas sanitarios continuará despertando el interés de los especialistas del futuro, y a este respecto conviene mencionar el "desafío estadístico en salud" a que se refiere el profesor Carlos Oyarzun (4).

Evaluación de las Necesidades

La definición de una política dinámica de salud obliga a establecer determinados criterios que sirvan de base para la elaboración de los programas. La determinación de las necesidades coincide hasta cierto punto con el llamado "diagnóstico de la situación", que constituye la etapa inicial, y que precede a la elaboración.

Dentro de este objetivo, habría de realizarse una investigación completa sobre la demanda efectiva de asistencia por parte de la población beneficiaria para proceder seguidamente al diagnóstico de la capacidad de las instalaciones materiales, así como al inventario de los recursos humanos necesarios para el funcionamiento del sistema. En una fase final, se debiera realizar un cálculo del rendimiento de la red de organismos existentes, y definir los coe-

ficientes de utilización de los mismos, a fin de proceder a las rectificaciones que se requieren para la obtención de los "coeficientes óptimos" posibles, dentro de la estructura establecida.

Esto viene a corroborar la complejidad del esfuerzo de delimitar las necesidades, al cual nos atendremos en sus aspectos principales.

La estructura demográfica proporciona los elementos básicos para revelar las necesidades. En los países subdesarrollados, la elevada natalidad y una mortalidad en descenso determinan un alto coeficiente de crecimiento de la población, con sus inevitables repercusiones socioeconómicas. En cuanto a la composición por edades, se comprueba en esos mismos países, el elevado porcentaje del grupo comprendido entre 0 y 15 años, lo que explica la amplia base de la pirámide de población que los caracteriza. El aumento de la longevidad es otro de los hechos observados en los países en desarrollo, como resultado de la reducción de la mortalidad y del aumento de población, que varía según los diversos grupos de edad. El aumento de la población activa, o sea de las personas en edad de trabajar, que en los países subdesarrollados se calcula desde los 10 años hasta más de los 65; el predominio de la agricultura en la distribución de la población económicamente activa por clase de actividad; la elevación de las tasas de urbanización, con la transferencia de la población activa a los sectores más productivos de la industria, y los servicios urbanos, constituyen otra de las peculiaridades demográficas que presentan los países subdesarrollados.

El predominio de individuos jóvenes entre la población de los países poco desarrollados, que da lugar a lo que se suele denominar "juventud demográfica", determina un elevado coeficiente de personas que dependen de otras y cuya supuesta capacidad de acción económica resulta extremadamente baja, y una elevada proporción de elementos económicamente pasivos, representados principalmente por los menores de 15 años.

La necesidad de ampliar la producción a fin de proporcionar nuevos empleos que puedan absorber un número mayor de personas económicamente activas, figura, en consecuencia, entre las principales exigencias de la realidad demográfica.

Así pues, la referencia al dato estadístico de la población constituye una circunstancia del propio análisis del proceso de desarrollo en el que, invariablemente, se considera el aumento de los ingresos y los demás factores, en relación con el número de habitantes. Lo que definiría la efectividad del desarrollo económico no sería el dato aislado de la relación entre los ingresos y el número de habitantes, sino la continuación de una tendencia ascendente en un determinado período.

En lo que se refiere a las cuestiones de salud, el factor demográfico señalaría la mayor importancia relativa de los grupos de edad entre 0 y 15 años, de los grupos de población que afluyen a las ciudades en busca de trabajo y de la inmensa masa que habita en los medios rurales, que agotan los escasos recursos existentes y mantienen los niveles higiénicos sumamente bajos.

En relación con la estructura demográfica, se advierten en los países subdesarrollados condiciones especiales de salud que han de ser tenidas en cuenta en la selección de la mejor política sanitaria. En las zonas económicamente poco desarrolladas prevalecen las denominadas enfermedades colectivas, favorecidas por los bajos niveles económicos en que viven estas poblaciones. La malaria, la tuberculosis, las parasitosis, las enfermedades carenciales, la sífilis, el tracoma, la disentería, forman el cuadro nosológico de los países subdesarrollados, mientras que en los desarrollados predominan el cáncer, los trastornos cardiovasculares, la diabetes y las psicosis. Las enfermedades denominadas pestilenciales, como la viruela, la peste, el tifo exantemático, el cólera y la fiebre amarilla, fueron prácticamente borradas del mapa nosográfico, aunque persisten todavía focos residuales de las dos primeras en

algunas regiones subdesarrolladas, que ocasionan frecuentes brotes epidémicos.

Por eso, en la estructuración de los servicios asistenciales de los países subdesarrollados se debe dar prioridad a los organismos que se dedican a combatir las enfermedades colectivas, sin que esto signifique el abandono de la lucha contra las demás enfermedades, dentro de la totalidad de los recursos destinados a la conservación de la salud. Particular interés debiera recibir el problema de la nutrición, que expresa el nivel de vida predominante en las zonas menos privilegiadas y predispone a la aparición y permanencia de las enfermedades en masa en tales conglomerados demográficos.

Después del análisis nosológico, se deberían investigar las entidades y establecimientos que integran el sistema médicosanitario, analizando sus características principales, o sea la naturaleza, localización, organismos que los sostienen, y finalidad social de la asistencia.

De esta manera se averigua el número de hospitales, clínicas, dispensarios, servicios hospitalarios externos, colonias, asilos, y su distribución en las capitales y en el interior de los países, la participación de los gobiernos federal, estatal, municipal y de instituciones particulares en su mantenimiento, y los beneficiarios de los servicios entre el público en general (empleados, funcionarios, asegurados, escolares, etc.). Las mismas averiguaciones deben realizarse en relación con las instalaciones y equipo existentes, o sea, camas de hospital, aparatos de rayos X, instrumental de fisioterapia, laboratorios, etc. También a este respecto se suelen relacionar los datos obtenidos con la población existente, que ofrece índices muy valiosos para ciertas comparaciones en escala internacional, lo mismo que dentro del propio país.

Por el interés que puedan tener para la determinación del problema, en el cuadro 1 figuran las indicaciones numéricas relativas a los organizaciones hospitalarias, parahospitalarias y servicios oficiales de salud pública, en el Brasil, en 1959.

La etapa siguiente consistiría en hacer una lista del personal de los servicios de salud en la que consten su nivel de preparación y su distribución en los diversos sectores, de acuerdo con las características de la asistencia. La determinación de los gastos de instalación y funcionamiento del sistema, constituiría otra fase de estas importantes actividades de diagnóstico. Teniendo en cuenta los gastos realizados y la movilización de los demás recursos, no financieros, utilizados, se podría tratar de obtener una idea aproximada de este elemento fundamental de juicio, del que volveremos a ocuparnos, en el balance de los recursos disponibles para fines de salud.

Intimamente relacionado con los gastos está el análisis del rendimiento, no sólo en términos de gastos comparados, sino también en el sentido de la utilización efectiva de las instalaciones físicas disponibles. Esta operación constituye uno de los dos aspectos más importantes de la investigación diagnóstica, conviniendo señalar que los medios de que se dispone para alcanzar este objetivo son todavía muy limitados. La moderna contabilidad de gastos proporciona valiosos elementos que podrán ser aprovechados en la evaluación del rendimiento de los servicios asistenciales, y es indudable que este buen deseo de perfeccionar los mecanismos de cotejo ha de encontrar el límite natural impuesto por las circunstancias de ser inmensurable la salud. A base de aquellos criterios que van adquiriendo cada vez mayor validez, podrían mencionarse los siguientes índices del rendimiento de los servicios:

- a) Determinación de la tasa de ocupación de camas de hospital.
- b) Fijación del promedio de permanencia en hospitales de los pacientes internados.
- c) Número de servicios prestados en los consultorios externos, en números absolutos y en relación con la población.
- d) Número de personas que pasaron por los hospitales en relación con la población.
- e) Número de personas vacunadas en relación

CUADRO 1 — Recursos Asistenciales, Brasil, 1959.*

Especificación	Organización				Servicios oficiales de salud pública	
	Hospitalaria		Parahospitalaria		Brasil	Capitales
	Brasil	Capitales	Brasil	Capitales		
<i>Número de establecimientos</i>	2.622	602	2.154	828	3.370	454
Mantenidos por particulares.....	2.223	395	1.483	551	—	—
Mantenidos por las autoridades						
públicas.....	399	207	671	277	—	—
Federales.....	...	...	173	47	—	—
Estatales.....	...	...	99	72	—	—
Municipales.....	...	...	70	29	—	—
Paraestatales.....	...	...	329	128	—	—
Finalidad general.....	1.955	301	—	—	2.172	203
Especializados.....	667	301	—	—	1.198	251
<i>Número de camas</i>	233.503	91.295	—	—	695	81
Mantenidas por particulares.....	138.828	46.475	—	—	—	—
Mantenidas por las autoridades						
públicas.....	94.675	44.820	—	—	695	81
Federales.....	14.073	12.380	—	—	...	...
Estatales.....	66.485	20.632	—	—	...	...
Municipales.....	9.317	7.482	—	—	...	...
Paraestatales.....	4.800	4.326	—	—	...	...
Finalidad general.....	64.664	15.807	—	—	...	...
Especializados.....	168.839	75.488	—	—	...	...
<i>Personal activo</i>						
Médicos.....	21.906	10.763	10.360	7.059	5.205	1.861
Dietistas.....	335	218	116	49	—	—
Farmacéuticos.....	788	249	233	138	—	—
Odontólogos.....	1.142	629	2.125	1.417	1.191	620
Trabajadores sociales.....	509	348	682	451	—	—
Técnicos de laboratorio.....	1.301	733	299	227	—	—
Técnicos en rayos X.....	1.161	505	347	277	—	—
Enfermeros diplomados.....	8.187	4.941	2.012	1.231	1.438	892
Auxiliares de enfermería.....	18.649	9.877	3.463	2.020	—	—
Asistentas.....	—	—	—	—	5.433	1.957
Visitadoras.....	—	—	—	—	1.741	750
Servicios de vigilancia.....	6	—	—	—	6.288	1.812
<i>Equipo de hospital</i>						
Rayos X.....	2.040	702				
Aparatos para radiografías múltiples						
(Abreugrafía).....	161	83				
Radioterapia.....	283	165				
Electrocardiografía.....	338	177				
Electroencefalografía.....	72	45				
Metabolismo basal.....	267	137				

* Datos proporcionados por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE).

con la población total, de los nacidos vivos o de la población menor de 15 años.

Respecto a los dos primeros criterios, conviene señalar que adquieren especial significado cuando se trata de países desarrollados, porque, a través de ellos, se define el importante factor de la demanda de camas de hospital, de la que ha de derivarse la disponibilidad. En general, en los países desarrollados se suelen aprovechar mejor los servicios asistenciales en lo que refiere a la ocupación de camas. Así pues, en Estados Unidos, en el período de 1927 a 1931, el porcentaje medio de ocupación de camas de hospital excedía del 84 %, y según datos más recientes, correspondientes a todos los hospitales estadounidenses, la tasa de ocupación es de 75 %. Las encuestas realizadas en el Brasil en 1951 revelaron una tasa de 5,13 % para los hospitales públicos, y de 46,6 % para los particulares, cifras que se elevan un poco más cuando los hospitales incluyen servicios de maternidad (52,9 % para los hospitales públicos y 57,5 % para los particulares) (5).

El bajo rendimiento de los servicios en los países subdesarrollados corresponde en parte a la propia incapacidad, debida a la superestructura social que prevalece en ellos; esa incapacidad define, en éste y otros aspectos, el desajuste existente entre las instituciones creadas y la clase de estructura económica que deberían atender.

Convendría también hacer referencia al análisis indispensable de las instalaciones de saneamiento básico teniendo en cuenta que debe ser realzada su importancia en el fomento de mejores niveles sanitarios en los países subdesarrollados, tal como se ha comprobado históricamente.

En los proyectos que demandan bienes y servicios de consumo, los economistas suelen recurrir al coeficiente de elasticidad de los ingresos que se basa en la hipótesis de que, durante un determinado período, permanecen constantes todos los elementos que influyen en la demanda, y varían tan sólo

los ingresos. Dada la importancia secundaria de los ingresos, como determinante de la obtención de servicios de salud, el empleo de este coeficiente se limita, y esto se justifica especialmente cuando se proyectan servicios que han de ser pagados por los beneficiarios. En los proyectos de servicios públicos gratuitos prevalecen criterios políticos, puesto que es imposible deducirlos de la producción final, en la categoría de insumos que les corresponde. Para algunos tipos de servicios puestos a disposición del pueblo, como los de asistencia, se puede prever la demanda mediante las relaciones cuantitativas en que las unidades de servicio por habitante y los ingresos *per capita* sirvan para la organización de series que, correlacionadas entre sí, permitan deducir el coeficiente de elasticidad de los ingresos. Con este coeficiente y la tasa de aumento anual de los ingresos *per capita*, se puede calcular el crecimiento de la demanda *per capita* mediante la multiplicación de estos dos factores. Para proyectar la demanda total, bastaría sumar el producto obtenido con la tasa de crecimiento demográfico.

A falta de estudios sistematizados sobre la utilización de este criterio, se acompaña el cuadro 2, al estudiar las normas para la programación de los servicios sociales.

De igual valor consideramos los datos sobre el aumento de camas de hospital en Brasil, desde el primer siglo del descubrimiento del país hasta 1959. Estos datos indican el gran impulso de la diseminación de los servicios hospitalarios a partir de 1947 (cuadro 3).

Queda por señalar una orientación que recientemente, va adquiriendo gran validez científica y que, en la evaluación de las necesidades, podría ofrecer una excelente ayuda. Se trata de las encuestas complementadas con los datos globales sobre las condiciones socioeconómicas de la población estudiada. Si bien este método hace excesivamente costosa y prolongada la investigación y exige personal adiestrado para la obtención de datos en el campo y para su

CUADRO 2 — El grado de desarrollo y los servicios hospitalarios y los de enseñanza elemental, 1950 (6)^a

Servicios	Ingreso anual <i>per capita</i> en dólares			
	Menos de 200 ^b	200 a 400 ^c	400 a 600 ^d	Más de 600 ^e
<i>Hospitalarios:</i>				
Habitantes por cama de hospital...	321	302	104	99
Habitantes por médico	3150	1800	1140	860
<i>De enseñanza:</i>				
Niños de 5 a 14 años por maestro de escuela	101	96	31	37 ^f

^a Los datos hospitalarios y de enseñanza corresponden a años distintos, y por esta razón el cuadro sólo tiene valor ilustrativo.

^b Brasil y Perú.

^c Chile.

^d Argentina, Francia y Noruega.

^e Dinamarca, Estados Unidos de América, Reino Unido y Suecia.

^f Excluido el Reino Unido.

CUADRO 3 — Número de camas de hospital, según el año de instalación, Brasil*

Año	Número de camas		Período de	Durante el período	
	al 31-XII	Instaladas en el período		Promedio anual de aumento (camas)	Tasa
1935	73.973	40.002	1936-1940	800,4	1,11
1940	113.975	12.236	1941-1945	2447,2	1,02
1945	126.211	39.470	1946-1950	7894,0	1,06
1950	165.681	21.537	1951-1953	7179,0	1,04
1953	187.218	29.017	1954-1956	9672,3	1,05
1956	216.235	17.268	1957-1959	5756,0	1,02
1959	233.503	—	—	—	—

* Datos proporcionados por el IBGE.

elaboración, permite comparar la correlación existente entre los fenómenos sanitarios y la estructura económica vigente, a fin de obtener una visión global de los hechos.

Importancia de los Recursos

El otro punto en que debe apoyarse la acción en el campo de la salud es el que se refiere a la disponibilidad de los recursos destinados a este fin. Esta consideración

obliga a un análisis de la estructura de los gastos efectuados por la sociedad con el objeto de alcanzar el bienestar deseado.

Se destaca en primer lugar el hecho de que no hay nada gratuito y que todos los servicios y cuidados que ofrece la colectividad suponen un desembolso que debe ser atendido con los recursos existentes. Tanto si se trata de servicios prestados por los gobiernos como por instituciones privadas de carácter filantrópico, todos los beneficios sociales representan gastos que han de ser sufragados por la sociedad, que los distribuirá de acuerdo con sus características dinámicas.

Con respecto a la salud, la cita de la frase clásica de Roger Lee y Webster Jones (7) permite percibir la significación económica en todos sus aspectos: "La salud del pueblo es un bien adquirible, pero esta adquisición supone un deseo de compra en el cual intervienen, no sólo la voluntad de pagar, sino la capacidad de hacerlo, a lo que se une también cierto conocimiento de lo que se está adquiriendo". Estas palabras expresan aquella verdad, que nunca se puso suficientemente de relieve, de que la conquista de los mejores niveles de salud está por necesidad supeditada a las limitaciones que le impone la escasez de recursos, debiendo la colectividad pagar un fuerte tributo si pretende recoger para el futuro y disfrutar en el presente beneficios incompatibles con los recursos de que dispone.

Otra equivocación que, fundamentalmente, habría que subsanar es la que se deriva de la ilusoria tentativa de transplante, al pretender equiparar los gastos sanitarios de los países en diversa fase de desarrollo. Este propósito es imposible dados los propios recursos de que disponen los países en esas diversas situaciones, y más particularmente, dada la propia diversidad de los fines propuestos, según se trate de países desarrollados o subdesarrollados. Mientras los primeros se enfrentan con enfermedades que exigen cuidados individuales, de costo cada vez más elevado, los países subdesarrollados

se encuentran en una situación sanitaria más favorable desde el punto de vista de los gastos, porque las enfermedades colectivas exigen tratamiento en masa, y requieren métodos terapéuticos y científicos de carácter colectivo y menos costosos. En términos de acción terapéutica, puede afirmarse que, en los países desarrollados, es preciso conceder particular importancia a las actividades curativas, mientras que en los subdesarrollados hay que prestar mayor atención a la prevención de las enfermedades.

Las investigaciones sobre gastos tropiezan con grandes dificultades, que conviene señalar previamente. En primer lugar, hay que distinguir entre los recursos financieros y los materiales que van a utilizarse. Muchas veces, se logra movilizar medios para alcanzar los objetivos de la salud, sin necesidad de abonar en efectivo los bienes o servicios para este fin. En otros casos, se dispone de medios financieros, pero no se encuentran en el mercado los recursos materiales o humanos que se requieren. Este punto debe ser puesto de relieve, especialmente en los países subdesarrollados, donde las inversiones sociales no siempre corresponden a los gastos realizados por los sectores público y privado.

Otro obstáculo sería la falta de previsión en cuanto a las repercusiones de los gastos de las necesidades existentes, lo cual puede reflejarse desfavorablemente en la propia eficacia de los gastos efectuados. Un ejemplo de dicha actitud impropia sería estimular la instalación de hospitales sin evaluar debidamente el costo del funcionamiento de los mismos, lo cual supone un lamentable desperdicio y predispone al bajo rendimiento que se observa en la mayoría de tales instituciones. Convendría, además, tener en cuenta la circunstancia de que los resultados de los gastos varían de acuerdo con los proyectos seleccionados, los cuales ofrecen una gama de productividad social, que cambia de acuerdo con una serie de factores que influyen en el valor cualitativo de los proyectos.

Otra clase de dificultades proviene del análisis de los gastos estatales, puesto que las exenciones y facilidades establecidas suponen una disminución de los ingresos tributarios, equiparándose a las subvenciones y auxilios que se contabilizarían como gastos de transferencia. En la misma esfera gubernamental se observa otra deficiencia derivada de la omisión de los impuestos a pagar por diferentes conceptos, los cuales no se deducen del total de los gastos brutos.

Los gastos pueden ser estudiados desde diversos ángulos. Con respecto al sector de actividades de donde provienen, pueden ser públicos y privados, presupuestarios o extrapresupuestarios, según estén o no incluidos en el plan de gastos elaborado. Puede también investigarse la naturaleza de los gastos considerándolos como gastos de capital, ordinarios o simples transferencias.

Los porcentajes destinados a fines sociales varían considerablemente según los países, y puede afirmarse que después de la guerra aumentaron de acuerdo con el interés despertado por la realización de programas de bienestar. Los planes de desarrollo, que destinan preferentemente las asignaciones al aumento de la producción, dedican mayores recursos a los gastos de capital, quedando los gastos de salud limitados a los presupuestos ordinarios. Esto no significa que no se efectúen gastos de capital en el campo de la salud, ni tampoco que no deba tomarse en consideración la salud en los planes de desarrollo. Todo lo contrario, muchos autores señalan que, en los países subdesarrollados, los gastos sociales de capital, son proporcionalmente, mayores que en los países desarrollados, ya que aquéllos necesitan establecer su red de instalaciones básicas, como primera medida para la creación de los servicios, lo cual no es siempre justificable. Así pues, los gastos de capital en el campo de la salud corresponderían a la construcción de hospitales y consultorios externos, ya que los gastos ordinarios abarcan el pago de los bienes y servicios necesarios para el mantenimiento de los

misimos y, por último, las transferencias estarían representadas por las ayudas, subvenciones y pagos efectuados por el seguro social, los cuales, en los países desarrollados, adquieren cada vez más importancia, salvo el caso de aquellos en que los servicios médicos dependen totalmente del Estado.

En los países desarrollados, el cómputo del total de gastos sociales, entre ellos los de la salud, revela que esos gastos en relación con el total de gastos públicos, subió en Inglaterra de 14 %, en 1890, a más del 38 %, en 1950 y, en relación con los ingresos nacionales, el aumento fue del 2 al 14 %, en el mismo período. En Suecia, el aumento de los gastos sociales, en relación con los ingresos nacionales, fue de 10 % en el decenio de 1940-1950, y el total mencionado aumentó desde el 5 al 15 %. En Estados Unidos de América, este tipo de gastos también aumentó desde fines del siglo pasado hasta el año 1930, año en que disminuyó su ritmo de crecimiento. En relación con los gastos públicos, la parte de egresos correspondientes a fines sociales descendió, durante el período de 1930 a 1950, en casi un 17 %, y la reducción del total de los gastos nacionales brutos fue del 10 al 8 % (8).

Conviene advertir, en cuanto a los términos de comparación, que se emplean de diferentes categorías. Por tanto, sería inadecuado comparar los gastos sociales con el ingreso nacional, ya que esto se calcula por el costo de factores y excluida la depreciación; sería más adecuada la comparación con el gasto nacional bruto, que se calcula por los precios de mercado, incluyendo la depreciación. También se considera más acertado comparar las transferencias con los ingresos personales disponibles, y no con la renta nacional.

En los países subdesarrollados, la suma destinada a las actividades sociales dentro del total de los gastos públicos, es proporcionalmente menor, y las transferencias figuran como la parte en que más se acentúa esta diferencia que hace elevar los gastos de los países avanzados.

La comparación con el número de habitantes demuestra más claramente estas disparidades. En cuanto a los gastos globales de salud, los datos disponibles revelan que en Estados Unidos de América la cifra correspondiente se eleva a 94 dólares anuales *per capita* (9), de los cuales pagan dos terceras partes los propios beneficiarios. En Inglaterra, los gastos del servicio nacional de salud representan un promedio de 8,6 libras anuales *per capita*.

En el total de gastos médicos, suelen distinguirse los destinados a cuidados preventivos de los que corresponden a asistencia curativa. Según el informe preliminar sobre la situación social del mundo (1952), a los países desarrollados corresponde un porcentaje del ingreso nacional de 0,5 % para la prevención, y de 5 %, para curación (10).

La determinación de los gastos totales de salud se dificulta también por su indivisibilidad y la coexistencia de distintas fases de progreso científico dentro del mismo país, siendo imposible separar del total de gastos los que destinan indirectamente a mejorar las condiciones generales de higiene.

El mismo interés ofrece el análisis de los gastos en relación con las entidades administrativas de donde emanan. Así, en Estados Unidos, en 1949 (9), los estados contribuyeron con el 73,4 %, y el gobierno federal con el 15,3 % del total de gastos públicos para la salud. En el Brasil, en 1960, la participación del gobierno federal en los gastos presupuestarios de salud, fue de 39,5 %, mientras que la de los estados, era de 55,8 %, y la de los municipios, 4,7 %. En cuanto al "peso específico" del sector salud en los presupuestos respectivos, en el cuadro 4 se pueden observar las variaciones que hubo en el trienio 1958-1960.

No figuran entre los gastos federales los correspondientes a previsión social relacionada con la salud, lo que incrementaría de manera significativa la parte sufragada por el gobierno federal. En el cuadro 4 sólo se presentan los gastos presupuestarios de las tres esferas de la administración pública.

CUADRO 4 — Gastos públicos para la salud (porcentaje en relación con los gastos totales), Brasil.*

Gastos	1958	1959	1960
Federales	3,48	3,66	3,95
Estatales	6,96	7,23	6,66
Municipales	3,85	3,82	3,64

* Datos proporcionados por el IBGE.

Puesto que no existen estudios sistematizados encaminados a determinar los gastos privados en materia de salud, se trata de estudiar convenientemente los gastos públicos en función de los presupuestos, que expresan cada vez mejor la orientación gubernamental, frente a los diversos sectores de actividades. Los datos sobre la contabilidad nacional son todavía insatisfactorios, y las Naciones Unidas están tratando de establecer cierta orientación en el mecanismo de captación de estas informaciones. En cuanto a los gastos de salud, a veces están englobados en los gastos correspondientes a cuidados personales (jabón, productos de belleza, farmacia, etc.) en el cálculo del producto nacional. Un informe más reciente de las Naciones Unidas (11) menciona las cifras que siguen, correspondientes a 1958, sobre los gastos de salud en forma de porcentaje del producto nacional bruto (PNB), sin incluir los gastos de capital:

<i>País</i>	<i>Total</i>	<i>Sector privado</i>
Canadá.....	3,8	2,5
Ecuador.....	2,0	1,6
Estados Unidos.....	4,7	3,6
Honduras.....	3,4	2,3
Jamaica.....	3,5	2,0
Países Bajos.....	2,9	2,7
Reino Unido.....	3,2	Cantidad insignificante
Suecia.....	4,1	1,4

Con respecto a los gastos de carácter privado, el mismo Informe de las Naciones Unidas (11) indica los siguientes porcentajes, correspondientes a la salud, en relación con el PNB: Francia, 4,8 %; Bélgica, 3,8 %; Austria y Noruega, 2,9 %; Italia, 2,4 %. El

porcentaje medio observado en los países estudiados fue de 3,2 %, que, cuando se trata exclusivamente de la atención médica, queda reducido al 2 %. Si se investiga la parte de origen privado del total de los gastos, se observará que en los mencionados países excede de la mitad de dicho total, salvo en los países en que el Estado se hace cargo de los servicios médicos, como ocurre en Suecia y el Reino Unido.

En 1959, los gastos públicos de salud en el Brasil representaron el 1,28 % del ingreso nacional, sin calcular los gastos privados que serían aproximadamente un 3 %, según averiguaciones diversas realizadas en el país, de las que nos servimos para hacer un cálculo aproximado de los gastos globales de salud en relación con el ingreso nacional, que nos reveló un porcentaje de 4,08 % para el año 1955 (5).

En el citado Informe de las Naciones Unidas (11) figuran los porcentajes, correspondientes a 41 países, de los gastos públicos para salud en relación con el PNB y con el total de gastos públicos. En el cuadro 5 se dan las cifras correspondientes a algunos de estos países, con ingresos distintos.

El cálculo del promedio correspondiente a dichos países, reveló las cifras siguientes: porcentaje de los gastos de salud en relación con los gastos públicos totales: 5,3; porcentaje de los gastos de salud en relación con el PNB: 1,1.

Los países socialistas, de planificación centralizada, presentaban, en 1958, los siguientes porcentajes de gastos de salud, en relación con los gastos públicos (11): Albania (1957), 6,0; Bulgaria (1957), 3,6; Checoslovaquia 5,5; Hungría (1957), 6,5; Polonia 7,6; Rumania (1957), 5,3; Unión de las Repúblicas Socialistas Soviéticas 6,4, y Yugoslavia 7,2.

La comparación con el PNB no tiene validez en estos países debido a la forma distinta de concebir el producto nacional. El denominado producto "material" en los países socialistas sólo abarca los bienes y servicios productivos, y quedan excluidas

CUADRO 5 — Cálculo de los gastos públicos de salud,
en algunos países, expresado en porcentajes,
1958 (II)

Grupo	País	Porcentaje del total de gastos públicos	Porcentaje del PNB
I	Birmania	2,5	0,9
	India	4,0	0,6
	Kenia	5,0	1,1
II	Ghana	6,2	1,1
	Honduras	8,6	0,8
	Tailandia	3,0	0,5
III	Chile	20,3	2,8
	Portugal	6,2	0,9
	Costa Rica	2,7	0,3
IV	Alemania Occidental	1,3	0,3
	Israel	5,6	2,2
	Venezuela	6,3	1,2
V	Australia	7,6	2,1
	Canadá	5,0	1,3
	Estados Unidos	3,5	1,1
	Reino Unido	10,4	3,2
	Suecia	7,7	2,7

Nota: Se seleccionaron algunos países, cuyas cifras están exentas de errores, teniendo en cuenta los cálculos de los gastos públicos globales.

Este cuadro debiera completarse con una columna relativa al total de los gastos públicos en relación con el PNB, de la que se podría deducir el volumen de gastos en salud, ante la mayor o menor participación del sector público en la formación del producto nacional bruto.

las actividades que no contribuyen directamente a la producción material, entre ellas las correspondientes a la salud.

Los datos del Informe de las Naciones Unidas revelan también algunas tendencias importantes. Por ejemplo, comparados los gastos públicos económicos con los sociales, en relación con el PNB, se comprueba que los primeros resultan más elevados en los países subdesarrollados que están realizando un esfuerzo sistemático para salir de esta fase; tal es el caso de India y Ghana. En cambio en los países desarrollados es más elevado el nivel de los gastos sociales, e Israel es un ejemplo en que el plan de desarrollo económico llevado a cabo por el Estado absorbe la mayor porción del PNB.

La averiguación de los gastos de capital, en el total de gastos para salud, revela, de manera aproximada, la política de inversiones que se adopta respecto de este sector. Los datos se prestan a grandes errores, dada la variedad de criterios adoptados por los distintos países para especificar los gastos de capital. De esta manera, en el total de los países enumerados, se encontró que la media correspondiente a los gastos de capital de carácter económico era de 74 %, y la de carácter social, de 24 %, incluidos en esta última cifra los gastos de salud, que representan un 12,5 %, superior al porcentaje dedicado a la educación (9 %), ya que se dedica a la construcción de hospitales y otras instalaciones de salud mayores cantidades relativas en comparación con los gastos de educación, que están representados predominantemente por los sueldos del profesorado, que se computan como gastos ordinarios. Esta tendencia se manifiesta más particularmente en los países subdesarrollados, mientras que, por el contrario, en los desarrollados el porcentaje de gastos de capital para la educación es más elevado.

En conclusión, puede afirmarse, basándose en las cifras de gastos, que dentro de las limitaciones que ofrece la interpretación de los datos, la salud absorbe una proporción mayor, tanto en números absolutos como relativos, en los países de mayores ingresos *per capita*, lo cual viene a confirmar la tesis de la subordinación de la política sanitaria a los determinismos económicos. Viéndose obligados los países subdesarrollados a destinar casi todos los ingresos nacionales de que disponen a la subsistencia de la población, queda un porcentaje ínfimo para atender las necesidades de la educación, salud, vivienda, etc, así como para lograr el ahorro necesario para el crecimiento. Esta proporcionalidad con los recursos resulta, por tanto, lógica e indispensable, y condiciona toda proyección de la cuestión.

Convendría también hacer referencia al origen de los recursos destinados a gastos de salud, así como a los métodos de financia-

miento que se vayan a seguir en la práctica administrativa, tanto en la esfera pública como en la privada. Asumiendo los gobiernos, cada vez más, la función de fomentar mejores condiciones de salud, el financiamiento de los gastos de la misma dependerá de los ingresos tributarios y, por consiguiente, de la parte que se asigne a esta partida de gastos públicos. A este respecto, los países en distinta fase de desarrollo presentan características propias, que confieren a la estructura tributaria cierta conformidad con los gastos nacionales brutos, siendo más elevada la carga fiscal de los países desarrollados.

Además de los impuestos, las cuotas asignadas a previsión social representan una parte considerable de los fondos destinados a la atención médica, con la ventaja de restringir la demanda de aquellos servicios que no corresponden a los descuentos hechos en las nóminas. Asimismo, los empréstitos internos y externos, las donaciones procedentes del extranjero, el fomento de campañas con el objeto de despertar la cooperación local, teniendo en cuenta principalmente la abundancia de mano de obra en los países subdesarrollados, constituyen algunos de los métodos adoptados para movilizar recursos destinados a fines de salud.

Igualmente merece especial referencia el problema de la amortización de los programas sanitarios, dada la circunstancia de que no se puede identificar a los beneficiarios para cargarles el costo de los servicios. Esta dificultad proviene de la tendencia a facilitar a toda la población los servicios de atención, sin exigir el pago de impuestos ni remuneraciones de ninguna clase. Por último, cabe mencionar en este capítulo sobre el origen y utilización de los recursos, el cálculo de gastos y beneficios que, en materia de planes de salud, supondrían cuestiones de gran complejidad, en relación con sus repercusiones sociales. La evaluación de los beneficios directos e indirectos, globales y parciales, cuantitativos y cualitativos, junto con la contabilización de los gastos (cuestión

que actualmente es objeto de considerable estudio) constituyen aspectos de excepcional importancia en la formulación de una política sanitaria ajustada a los verdaderos intereses de la sociedad y compatible con el plan de desarrollo.

Concepto del Desarrollo Equilibrado

La repercusión de los programas de desarrollo económico en las condiciones sociales existentes varía de manera considerable debido a la multiplicidad de factores inherentes a la propia estructura que se trata de modificar y a las instituciones en que ésta se basa. La mayoría de los planes de desarrollo no hacen referencia específica a los sectores sociales que presentan mejoras que el desarrollo proporciona en materia de salud, educación, vivienda y empleo.

La preocupación de ajustar, a corto plazo, los niveles sociales a los índices de crecimiento económico, constituye la esencia de la tarea que ahora enfrentan los programadores. En estos esfuerzos predomina la idea de equilibrio que puede ser analizada desde diversos ángulos, como bien señala el Informe de las Naciones Unidas (11), o sea “desde los puntos de vista de los efectos que las actividades de una esfera ejercen en las demás, de los requisitos mutuos para el desarrollo en ciertas esferas y sectores, de la capacidad de la economía para apoyar determinados programas sociales y de las exigencias de la justicia social”. Este criterio pone de manifiesto la amplitud del concepto de “desarrollo equilibrado” y la dificultad de obtener en la práctica una metodología que lo haga consistente y factible.

Las medidas tendientes al equilibrio incluyen desde los programas con repercusiones sociales inmediatas hasta los programas sociales con objetivos económicos y los programas denominados integrados. En relación con los primeros, y teniendo en cuenta la disponibilidad de los factores presentes, se pueden adoptar planes que permitan aprovechar el elemento más abun-

dante y ahorrar el factor más escaso en la economía, o utilizar de manera más provechosa la estructura de los recursos existentes mediante las diversas combinaciones posibles. En la segunda categoría, están comprendidos programas de particular interés para la salud, porque coincidirían con los programas de saneamiento que se llevan a cabo en las nuevas zonas de expansión agrícola. Entre los programas integrados podrían mencionarse los de "desarrollo de la colectividad", que abarcan las medidas de todas las categorías, desde la salud y la educación hasta la producción local, los transportes, el comercio y la vida social.

El "método de equilibrio", en los países de planificación centralizada, ha producido resultados que se consideraban satisfactorios, siempre que los programadores pudieran prever la situación en todos los sectores. Los países socialistas, utilizando los análisis complementarios y la técnica de proyecciones, tratan de ajustar la disponibilidad de recursos a las necesidades de la población, tanto en lo que se refiere a los bienes de consumo como a los diversos servicios que se requieren y lo mismo para el período en cuestión como para el futuro. La proyección de los servicios sociales encierra importantes dificultades, sobre todo en lo que respecta al aumento de las instalaciones y a la ampliación de los cuadros técnicos, de acuerdo con las exigencias de los futuros consumidores.

Un aspecto importante que a veces decide el éxito de los programas equilibrados, es la capacidad del aparato administrativo para llevar a cabo las metas establecidas, tanto en el campo económico como en el social. El funcionamiento de grupos de coordinación, integrados por diversos especialistas, ofrece un margen razonable de eficacia. En algunos países se trató de separar entre sí la programación económica y la social en departamentos aislados, aunque prevaleció la unificación de los dos sectores en un sólo sistema. Resultaría impropio prolongar las referencias a los diversos matices que los

métodos de programación ofrecen con el propósito de aumentar su rendimiento. En la URSS, la planificación social pasó a la administración regional, con excepción de la enseñanza superior y la prevención de las enfermedades epidémicas, que continúan adscritas al organismo central de planificación.

En lo que se refiere al sector público, los presupuestos adquieren importancia fundamental, ya que determinan el orden de prioridades y establecen las sumas destinadas a cada campo de actividades dentro de lo destinado al plan de desarrollo. Establecida la participación de los sectores público y privado en el desarrollo económico y social, la idea de equilibrio cristalizaría en la manera de ordenar los gastos respectivos con la finalidad de asegurar la tasa máxima de desarrollo dentro del período deseado.

Elaboración del Programa de Salud

Una vez establecidos los datos previos del diagnóstico de la situación médico-sanitaria y asistencial, de acuerdo con los diversos procedimientos antes mencionados, se pasa a la etapa de elaboración del programa y a su ejecución.

Como primera medida, se han de definir los objetivos generales y las metas a alcanzar, de acuerdo con la estructura de recursos a la que también se hizo referencia. Así pues, se podrá decidir entre la continuación de la tasa de crecimiento que presentó el sistema en los últimos años, una tasa moderada o una tasa más ambiciosa de progreso en el campo de la salud. De acuerdo con los límites determinados en esta fase de la programación, se establecerán los plazos a cumplir y el alcance de los beneficios en relación con la población favorecida. La movilización de los recursos existentes, tanto humanos (funcionarios) como materiales (instalaciones y equipo) y financieros (asignaciones presupuestarias) decidirá el orden de prioridades, dentro de las tendencias señaladas por estos recursos en relación

con las necesidades. En esta fase de actividades, se deberá investigar la verdadera capacidad de la red administrativa para atender las nuevas funciones que exija el programa.

Con respecto a la responsabilidad de las actividades de elaboración cabe destacar un aspecto particular, que se pone de manifiesto en un reciente estudio publicado en la revista *Desenvolvimento e Conjuntura* (12) que se refiere a la necesidad de confiar a técnicos nacionales la preparación de los programas de salud. Dado el interés político que supone la cuestión así como las repercusiones demográficas, económicas, sociales y estratégicas, que puede tener una correcta programación de salud, no es justo que se encomiende a consultores extranjeros la orientación de la política sanitaria que más convenga a los países que luchan por su desarrollo. Esta observación se formula con las reservas que merecen hacerse, pues la colaboración que la Organización Mundial de la Salud viene prestando a los países subdesarrollados es muy valiosa, sobre todo en el caso de las naciones recién salidas del régimen colonial y que se enfrentan con problemas sanitarios elementales en la lucha contra las enfermedades transmisibles.

No hay razón alguna para rechazar la participación de ese organismo internacional en la ejecución de medidas asistenciales en países que no cuentan todavía con recursos técnicos propios. De lo que se trata es de la conveniencia de confiar a personal nacional la formulación general de la política en el campo de la salud, para evitar la presencia de elementos que podrían desfigurarla y convertirla en un instrumento de intereses antinacionales.

Después de la fase de elaboración sigue la de ejecución, en la que se han de determinar las funciones que corresponden a cada una de las esferas administrativas y establecer las medidas intermediarias de coordinación, cuyo objeto es garantizar la ejecución de los programas proyectados y fiscalizar la apli-

cación de los planes propuestos, rectificándolos y ajustándolos a la realidad vital en caso necesario.

Entre las tendencias modernas que se observan en el campo de la planificación de salud se destacan tres aspectos: 1) la prolongación del período de vigencia del programa; 2) la descentralización de las actividades ejecutivas, y 3) la separación de las actividades de programación de las que se refieren a coordinación y ejecución.

La primera de las tendencias citadas se revela, de manera más significativa, en los países de planificación centralizada y coincide con la orientación adoptada en la programación económica global. La descentralización constituye un tema de interés fundamental, particularmente en lo que se refiere a las actividades ejecutivas de salud pública. En el Brasil, esta directriz se caracteriza, en particular, por preconizar la transferencia a los municipios de toda la carga ejecutiva de los servicios. Por último, el establecimiento de los distintos niveles de programación, no sirve para aislar los tres compartimentos de elaboración, coordinación y ejecución, sino que los yuxtapone y enlaza en el interés de conseguir una adaptación constante a los cambios de la realidad, mediante el análisis, la evaluación y la vigilancia. Por el carácter global que ha de tener esta evaluación, la programación de salud debe constituir un sector de la programación económica y funcionar junto al organismo de esta última, buscando una integración continua y dinámica del plan de salud al plan general de desarrollo.

El programa de salud se refiere únicamente al conjunto de medidas del ámbito de las actividades públicas, quedando los objetivos de salud del sector privado definidos en la orientación de la política tributaria, del volumen de las transferencias, del carácter de las exenciones e incentivos creados por el poder público, de acuerdo con los propósitos que abarca el plan de desarrollo económico.

La complejidad de la programación en el

campo de la salud, la falta de datos estadísticos fidedignos para su elaboración, la dificultad para determinar las verdaderas necesidades, la escasez de recursos, la debilidad de la maquinaria administrativa, no deben constituir obstáculos a los esfuerzos encaminados a la racionalización, ordenación y previsión, que, en último término, son los objetivos de los programas. El conocimiento de estos obstáculos a una programación científica y rigurosa, indujo a algunos especialistas a limitarse a examinar tres aspectos de la cuestión, a saber, el número de beneficiarios, los costos por unidad y el plazo dentro del cual podrán obtenerse los frutos de la labor. Basándose en estos tres elementos, "el mejor programa sería el que beneficiara al mayor número de personas, al costo más reducido y en el plazo más breve" (5). De esta manera, se mediría la eficacia de los programas en función de la población favorecida, de los gastos comparados y del tiempo de obtención de sus resultados.

Resumen

Se analizan las repercusiones del proceso de desarrollo económico en la política sanitaria, con objeto de establecer normas racionales compatibles con la existencia de programas de fomento de mejores niveles de

salud en el cuadro general de las transformaciones condicionadas por el desarrollo. El tema se presenta dentro de las perspectivas históricas que actualmente se ofrecen a los países subdesarrollados, que luchan por alcanzar niveles más elevados de consumo *per capita*, al mismo tiempo que un crecimiento económico progresivo. El autor basa sus argumentos en la afirmación de que la salud es una variable que depende del desarrollo económico y la juzga exacta y fundamental para la formulación de una política dinámica.

Se mencionan algunos datos históricos en favor de la subordinación de la salud a los factores económicos, particularmente respecto a la disminución de la mortalidad general y de los factores que la determinaron en el siglo pasado en los países occidentales y en la etapa por que ahora atraviesan las zonas económicamente poco desarrolladas. El autor estudia también los problemas de la medición de los índices sanitarios y de la metodología existente al respecto, y analiza los medios para evaluar las necesidades asistenciales en relación con los recursos disponibles de las distintas colectividades. Por último, se hace una referencia crítica al concepto de "desarrollo equilibrado" y a la sistematización de los principios generales para la elaboración de los programas de salud, teniendo en cuenta las condiciones peculiares de la región estudiada.

REFERENCIAS

- (1) Simon, J.: En Winslow, C. E. A.: *El costo de la enfermedad y el precio de la salud*, Organización Mundial de la Salud, 1951.
- (2) Naciones Unidas: Factores determinantes e consecuencias das tendências demográficas, 1953.
- (3) Macchiavello, A.: *Métodos de evaluación de los aportes de los programas de salud al desarrollo económico*, Serie de Discusiones Técnicas, Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, 1961.
- (4) Oyarzun, Carlos: Periódico *Quantum*, Chile, 1962.
- (5) Novais, M.: *Saúde e desenvolvimento econômico*, Edición CPE, Salvador, Bahia, 1961.
- (6) Soza, Hector: *Padrões para Programação de Serviços Sociais*. En: Melnick, Julio: *Preparação, apresentação e avaliação de projetos*. Cepal/Doat, pág. 90.
- (7) Lee, R., y Jones, W.: En Athayde, A.: *Conferências, 1956*. Servicio de Documentación del Ministerio de Salud, Brasil, 1957.
- (8) Naciones Unidas: Estudio internacional de los programas de desarrollo social, 1955.
- (9) Dewhurst, J. Frederic, et al.: *America's Needs*

- and Resources, New Survey, The Twentieth Century Fund, 1955.*
- (10) Naciones Unidas: Rapport preliminaire sur la situation sociale dans le monde et les niveaux de vie en particulier, Nueva York, 1952.
- (11) Kuznets, Simon: *En Informe sobre la situación social en el mundo* Naciones Unidas, 1961.
- (12) Programação de saúde pública. *Desenvolvimento e Conjuntura*, No. 10, octubre 1961.
-

Integration of Health Programs into Development Plans (Summary)

The author analyzes the repercussions of economic development on health policy with a view to establishing guidelines for setting up programs aimed at promoting better levels of health in the general context of the changes produced by development. The topic is developed within the framework of the historic prospects at present confronting the underdeveloped countries, which are trying to achieve higher levels of per capita consumption as well as progressive economic growth. The author bases his arguments on the premise that health is a variable that depends on economic development and finds it both exact and fundamental to the formulation of a dynamic policy.

Certain historical data are mentioned in favor of this subordination of health to economic fac-

tors, particularly with respect to the reduction in general mortality and to the factors which determined it in the last century in the Western world and are doing so at the stage the economically underdeveloped countries are going through. The author also analyzes the problems of measurement of health indicators and the existing methods for doing so and examines the means for evaluating medical care requirements in relation to the resources available to different communities. Finally, a critical reference is made to the concept of "balanced economic development" and to the systematization of general principles for the formulation of health programs, bearing in mind the particular conditions of the region under study.

Aquel principio por que toda variación, por ligera que sea, se perpetúa si es de algún provecho, lo designo con el nombre de Selección Natural.

C. Darwin