

LA SALUD Y EL DESARROLLO

George A. O. Alleyne¹

Se examinan los aspectos de la salud y la atención de salud como efectos del desarrollo tomando en cuenta los servicios de salud como indicadores sociales. Se discute también el impacto de la enfermedad sobre la capacidad de los países y se señala que para los países en desarrollo, el fomento de la salud puede ser instrumento para producir mejorías significativas en el desarrollo.

Introducción

Se ha polemizado mucho en torno a la definición de la salud, pero la más aceptable parece ser la incorporada en la Constitución de la OMS como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". En la mayoría de los países en desarrollo se ha hecho hincapié en los aspectos físicos y mentales de esa definición y, aunque la mayoría de los gobiernos u organismos nacionales ven la relación existente entre salud y desarrollo social, pocos consideran el funcionamiento social como parte del estado de salud. Más recientemente se consideró llegado el momento de centrar la atención en la salud como instrumento de desarrollo social.

La discusión sobre lo que constituye la salud es suave en comparación con la que versa sobre la naturaleza y la forma idónea del desarrollo para los países tanto ricos como pobres. Parece haber acuerdo en que el desarrollo no es tan sólo el

aumento del producto nacional bruto, sino que debe ir acompañado de alguna mejora en la calidad de la vida. El desarrollo debe ser el proceso de realización de determinados objetivos sociales y los incrementos del producto nacional bruto o de la renta per cápita son tan sólo algunos de los objetivos sociales deseables. También hay probablemente acuerdo en que la estrategia de "cabezas de puente" para el desarrollo es demasiado lenta para los países subdesarrollados. Es menester encontrar un método que sea más distributivo en el sentido de que se acreciente ostensiblemente el bienestar en amplias áreas del sistema.

En el presente trabajo se examinan las relaciones recíprocas entre salud y desarrollo. Se analizan primero la salud y la atención de salud como efectos de desarrollo; se discute asimismo el impacto de la salud y la enfermedad sobre la capacidad productiva y el potencial de desarrollo de los países, y por último, se intenta mostrar que, especialmente para los países en desarrollo, la salud y el fomento de la salud constituyen posibilidades reales como agentes del desarrollo en su sentido más amplio.

¹ Organización Panamericana de la Salud. División de Recursos Humanos e Investigación, Unidad de Promoción y Conducción de la Investigación. Washington, D.C.

La salud y la atención de salud como efectos del desarrollo

Cualquiera que sea el índice que se elija del estado de salud, los países en desarrollo están en desventaja si se los compara con los países desarrollados. Las causas de esto son complejas. Por ejemplo, se ha constatado que una de las formas principales de enfermedad, la desnutrición, es el resultado de la compleja interacción de múltiples factores tales como el bajo ingreso y el subempleo, la ignorancia, las malas condiciones sanitarias, el acceso limitado a los servicios médicos, la falta de participación organizada de la sociedad, la inestabilidad familiar, etc., todos ellos elementos característicos de un estado social especial que se ha llamado en inglés "social deprivation" y en español "marginalización" o, más generalmente, "pobreza" (1). La mayoría de los sociólogos médicos están convencidos de que la salud nacional deficiente, la pobreza y la falta de justicia social son todos factores relacionados internamente con el sistema social.

En varias zonas del mundo, tanto desarrolladas como en desarrollo, los programas de salud ambiental han obtenido resultados excelentes, si bien ha habido tropiezos en los programas relativos a la salud personal. Un ejemplo a propósito son las enfermedades transmitidas por vía sexual: si los individuos se responsabilizasen de su propia salud, pronto disminuiría la incidencia de esas enfermedades, incidencia que a juzgar por la mayoría de las estimaciones está aumentando. Si fuese posible la inmunización en masa contra la blenorragia o la hipertensión se eliminaría o aminoraría el problema que representan. La dificultad para promover este aspecto personal de la atención de salud es posible que dependa en parte del modelo de desarrollo sociocultural. Un ejemplo del tipo de desarrollo que hace hincapié en la responsabilidad personal es la experiencia china. En 1950 una Conferencia Nacional de Salud promulgó

cuatro principios básicos: 1) la atención de salud debe servir al común de la gente; 2) se debe dar prioridad a la prevención; 3) se deben integrar la medicina occidental y la tradicional, y 4) las campañas de salud deben coordinarse con otras campañas de masas. Estos principios subrayaron el papel de la población: cada persona era un agente de salud en potencia y se vió en la salud un aspecto del cambio sociocultural. Comparemos, por otro lado, los tipos de desarrollo existentes en los países occidentales desarrollados y en desarrollo. Según Sterky (2), lo que caracteriza los problemas de desarrollo sanitario y sus soluciones, tan diferentes en apariencia, es lo mucho que tienen en común. El problema central y la solución es la participación de la gente. Este género de participación apenas es posible en Estados Unidos, por ejemplo, donde la salud pertenece al ámbito del mercado y es probable que la industria de la salud refleje la ética básica de la libre empresa que tanto ha conseguido en otros sectores de actividad. De acuerdo con Drucker (3), lo mejor para el mundo de los negocios y los hombres de empresa es hacer de la satisfacción de una necesidad social una oportunidad para un nuevo negocio lucrativo. Es indudable el tamaño y la rentabilidad de la industria de la salud en EUA donde las familias gastaron por término medio en 1975 el 10% de sus ingresos antes de deducir los impuestos en servicios médicos, y el porcentaje del producto nacional bruto dedicado a la salud pasó entre 1970 y 1977 del 7,2 al 8,8%. Este enfoque de la atención médica no es probablemente adecuado para los países en desarrollo.

Se ha examinado la naturaleza del sistema de atención de salud como medida del tipo de desarrollo social, pero tradicionalmente se ha insistido mucho más en la cantidad de atención prestada a la población como reflejo del desarrollo económico. Una de las exposiciones más completas de esta cuestión es la de John Bryant (4) quien analizó los numerosos problemas con que tro-

piezan los países en desarrollo en sus intentos por satisfacer las necesidades de salud de su población, y señaló las diferencias entre el estado de salud de diversos países, las divergencias en los gastos de salud y las dificultades casi insuperables de los métodos tradicionales. A mediados del decenio de 1960-1970 el producto nacional bruto por habitante era en Guatemala cinco veces menor que el del Reino Unido, sin embargo, los gastos en salud eran 20 veces menores. En general, los planificadores en los países desarrollados comprendieron más claramente el valor de la salud, y en consecuencia, los gastos correspondientes fueron proporcionalmente mayores, no sólo en términos absolutos sino también como porcentaje del presupuesto. A medida que mejora la situación económica de un país, aumenta el porcentaje del gasto público en salud y viceversa, si bien el porcentaje del producto nacional bruto consagrado a la salud no es el único índice utilizable del desarrollo. Tradicionalmente se vienen utilizando como indicadores de salud las tasas de mortalidad y morbilidad así como la disponibilidad de camas de hospital y médicos. Las tasas de mortalidad están descendiendo y la esperanza de vida al nacer está aumentando en la mayoría de los países desarrollados y en desarrollo y se supone que ello refleja el nivel de desarrollo y organización social. En Estados Unidos el número de habitantes por cama era en 1975 de 152 y por médico de 622, mientras que en Nigeria las cifras correspondientes eran 1 168 y 14 814, y en Jamaica 257 y 3 509. Si se ordenan las cifras de los distintos países, corresponden aproximadamente a otros índices del desarrollo económico. Sin embargo, es preciso reconocer que estas proporciones pueden resultar engañosas. En Jamaica había en 1832 un médico por 1 822 habitantes, mientras que en 1975 la proporción era uno por 3 509. Es difícil aceptar que Jamaica estaba más desarrollada en 1832. La causa era que el sistema de atención médica para los esclavos era muy

amplio y atraía a numerosos médicos a quienes los propietarios solían pagar una iguala por cada esclavo, lo que hacía lucrativa la práctica médica en las plantaciones. Esto obedece más a condiciones peculiares de la demanda que al nivel de desarrollo social.

Desde el punto de vista del desarrollo social y su relación con las prácticas sanitarias, la utilización de curanderos tradicionales, el uso de medicación extramédica y el recurso a personal no profesional para el funcionamiento sociomédico han sido descritos como diferentes en los países menos desarrollados. La disponibilidad de servicios sociales es escasa en los países en desarrollo y las comunidades de estos países crean una estructura notable para llenar ese vacío. Por ejemplo, la familia extensa es el sistema en virtud del cual es la comunidad quien se encarga de los pacientes en vez de los hospitales psiquiátricos; la falta de servicios geriátricos es tolerable porque quien se ocupa de los ancianos es el sistema familiar. Los servicios de asesoramiento y asistencia social son a menudo prestados por personas de edad que no pertenecen a la familia o por la iglesia y sus miembros. Estos son algunos de los muchos medios que las sociedades en desarrollo utilizan para satisfacer las necesidades más amplias de salud que se les presentan.

Repercusiones de la salud en el desarrollo

Se admite en forma general que la salud es deseable y que una población sana es más creativa y tiene mayores posibilidades para todas las formas del desarrollo. El problema básico en los países en desarrollo es siempre valorar cuantitativamente la importancia de la salud. De acuerdo con Chernichovsky (5), la tasa de rendimiento de un programa de salud, como inversión, siempre será inferior al rendimiento real, ya que excluye la utilidad no mensurable (consumo) derivada de la buena salud.

Los especialistas en economía agraria pueden mostrar el valor de una mayor producción agrícola. Los expertos en administración pueden aducir que fue la agricultura y la agroindustria lo que prendió la chispa al gran desarrollo industrial de algunas naciones a principios del presente siglo. Se afirma que ciertas instituciones de enseñanza superior establecidas en la segunda mitad del siglo XIX y los programas de extensión concebidos por Julius Rosenwald de Sears Roebuck sentaron las bases para la explosión agrícola en Estados Unidos, lo que mediante la utilización de técnicas muy complejas, elevó enormemente la productividad y además liberó a gran número de trabajadores marginales para el empleo productivo urbano. En Estados Unidos, 10 de cada 20 trabajadores laboraban en la tierra en 1900. Al terminar la Segunda Guerra Mundial un tercio de la población aún se ocupaba en las explotaciones agrícolas. En la actualidad son agricultores menos de la décima parte de la mano de obra y obtienen infinitamente más alimentos y cultivos que los que producía hace 60 años un número mucho mayor de personas. La transferencia de agricultores marginales y trabajadores agrícolas al empleo urbano ha sido probablemente el factor que más ha coadyuvado al incremento de la productividad nacional (3). Es mucho más difícil sostener esto en cuanto a la salud como acicate del desarrollo económico o de la productividad nacional. Hay varios estudios en microescala sobre los efectos de la enfermedad en el desarrollo, pero la noción de que la salud es en sí misma un instrumento para el desarrollo es más difícil de demostrar y mantener.

Tal vez se diga que hacemos un mal servicio a la salud centrándonos en el tipo de análisis de costos y beneficios tan común en otros sectores. Se ha propugnado que la salud es un fin social deseable en sí misma (7) y no debe estar a merced de evaluaciones económicas de dudosa validez. Aunque esto

es verdad y expresa probablemente el ideal, hay por desgracia que reconocer que en los Consejos de Estado donde se toman las decisiones sobre asignación de recursos, el sector que sale mejor parado es probablemente el sector que presenta análisis de costos y beneficios. La solución es ciertamente actuar en ambos frentes: propugnar el carácter básico e indispensable de la salud como una meta humana intrínsecamente deseable y acopiar datos para demostrar sus "beneficios".

Aunque se puede discutir si influye más la salud que los servicios sociales generales, una tesis es que el mejoramiento de las condiciones de salud hace que mejoren el bienestar físico y la productividad de amplios sectores de personas en los países desarrollados. En cambio, en los países en desarrollo con subempleo masivo donde abundan los trabajadores en ocupaciones de rendimiento marginal es posible que la salud no sea un factor tan importante del desarrollo nacional como lo fue la agricultura en Estados Unidos. Paradójicamente, es en los países desarrollados en los que es menor el volumen de empleo marginal, donde la salud repercutirá con mayor probabilidad en el desarrollo nacional. No obstante, como en esos países es ya elevado el nivel de la atención de salud, es muy difícil elaborar el modelo apto para demostrar que el mejoramiento de la salud puede contribuir a que aumente el producto nacional bruto. En esos países, lo que se suele estudiar son los efectos negativos de la mala salud sobre la producción nacional. Con todo, ha habido estudios en que se ha intentado cuantificar el impacto de la salud sobre el desarrollo.

Weisbrod *et al.* (6) han hecho una excelente reseña histórica del acrecentamiento del interés por la salud como determinante económico. Aluden a John Stuart Mill quien afirmó: "el trabajo de un médico o cirujano, cuando es utilizado por personas ocupadas en la industria, debe ser considerado en la economía de la

sociedad como un sacrificio para preservar de la desaparición por muerte o enfermedad a aquella parte de los recursos productivos de la sociedad que está encarnada en las vidas y facultades corporales o mentales de sus miembros productivos". Es interesante señalar que el efecto al que se refiere esta cita concierne a los servicios personalizados de los profesionales de salud y que Mill no tenía el concepto de la salud general de la población como entidad productiva.

Edwin Chadwick fue tal vez el primero en exponer detallada y razonadamente la relación directa entre salud y desarrollo económico. Investigó la situación social y de la salud de la clase obrera inglesa a mediados del siglo XIX y señaló claramente los costos económicos de la mala salud. Fue categórico en cuanto a los efectos de la salud y la enfermedad sobre el capital humano y, por ende, sobre el crecimiento económico del país.

Weisbrod *et al.* estiman que muchos de los estudios modernos sobre las repercusiones de la salud en el desarrollo han sido estimulados por la brecha creciente entre los países en desarrollo y los desarrollados. Se está haciendo todo lo posible por explicar el subdesarrollo de los países en desarrollo en parte por razones humanitarias, en parte porque esa brecha creciente es una amenaza grave para la salud mundial y, sobre todo quizás, porque hay una genuina preocupación por determinar el punto de la ecuación en que conviene intervenir al máximo. Aunque obviamente la salud es uno de los aspectos del desarrollo social que van emparejados con el desarrollo económico se espera a menudo que los análisis de costos y beneficios muestren que las repercusiones positivas de ciertas intervenciones en materia de salud los hacen muy valiosos para el desarrollo económico general. Muchos de estos estudios se han hecho en microescala dentro de sistemas bastante cerrados que permitían una definición más clara de los

resultados. Tal vez el examen de algunos de ellos muestre los tipos de problemas encontrados y las dificultades que presentan la cuantificación y la extrapolación.

Enfermedad y productividad

Los grandes debates acerca de la salud y el desarrollo han girado de ordinario en torno a la relación entre salud y productividad. ¿Son los servicios de salud un consumo o una inversión? Es verdad que la mayoría de los servicios de salud no producen bienes económicos, por lo tanto, en ese sentido pertenecen al área del consumo. Si, en cambio, se considera socialmente deseable alcanzar un nivel aceptable de salud o mejorarlo, entonces es menester considerar inversión los gastos en salud y servicios de salud. Dando por supuesta la preeminencia del capital humano, se ha de admitir que la salud, al contribuir al bienestar social y material de ese capital, es inversión. Se ha propuesto que en los países en desarrollo, donde los problemas de salud pueden constituir un obstáculo mayor al desarrollo económico que en otras partes, se destaquen en los servicios de salud los aspectos de inversión y que en los países desarrollados, donde se considera que esos servicios han de satisfacer necesidades de salud personales, se haga hincapié en los aspectos de consumo.

Otro aspecto de la salud relacionado con el desarrollo económico que se ignora a menudo es el hecho de que el personal es un recurso fundamental para la prestación de servicios de salud. Especialmente en los países en desarrollo, la salud es un gran empleador. Al considerar las consecuencias económicas de la salud, se señalan a menudo los aspectos negativos de su mejoramiento. Por ejemplo, si disminuye la mortalidad y aumenta la fecundidad el intervalo entre la reducción de la mortalidad y la eventual disminución de la fecundidad puede tardar varios decenios, lo que hace que aumente la población pero no el in-

greso global. Además, al mejorar la salud puede que aumente la productividad del trabajador y que el desempleo sea mayor. Este mayor potencial demográfico o el aumento real del desempleo militarían lógicamente contra el desarrollo. Este argumento se basa con frecuencia más en la especulación que en datos valederos, ya que de hecho la reducción de la mortalidad infantil puede ser un estímulo poderoso para reducir el tamaño de la familia. Cabe afirmar también que el crecimiento demográfico no es necesariamente malo. Una mayor duración de la vida puede verse como un incremento del capital humano con enorme potencial para el desarrollo social.

Muchos estudios a microescala han intentado cuantificar la economía de la enfermedad en términos de productividad. Algunos de los más interesantes se relacionan con la malaria, ya que 1 500 millones de personas viven en regiones donde el riesgo de esta enfermedad es entre moderado y alto. Uno de los mejores fue el que patrocinó en Paraguay la Organización Panamericana de la Salud sobre las repercusiones de la erradicación de la malaria en el rendimiento económico, en el cual se consideraba la salud como el insumo fundamental (8). Se seleccionaron ocho zonas en una región rural que se estaba desbrozando en la selva virgen, se realizó una encuesta social y económica de las zonas escogidas y se determinó la incidencia de ataques maláricos. Se elaboró a continuación un índice que reflejase el impacto económico de los ataques maláricos para la familia. Naturalmente dichos ataques variaban en intensidad y se graduó la gravedad de la enfermedad según el número de días de trabajo perdidos y la categoría de la enfermedad. Se observó que en las explotaciones agrícolas donde la incidencia de la malaria era más elevada la extensión de terreno deforestado era menor que en las explotaciones con menos malaria. Durante las epidemias de malaria, las zonas plantadas estaban peor despejadas y preparadas para la planta-

ción en las explotaciones afectadas por la malaria que en las no afectadas. Hubo una disminución en la cantidad total de trabajo hecho en las explotaciones y se observó que el sistema de trabajo compartido entre los agricultores tendía a desaparecer cuando las familias estaban incapacitadas por la malaria. La enfermedad influyó también en el tipo de cultivos: se insistía en los principales cultivos comerciales y se daba preferencia al tabaco y al algodón sobre el maíz. Cuando se eliminó la malaria mediante rociamientos cambió la situación y las familias que habían tenido malas cosechas durante un año por culpa de la enfermedad pudieron compensarse y obtener buenas cosechas a condición de disponer de suficiente mano de obra. Aunque no se estudió específicamente este punto, se propugnó que la mera presencia de la malaria en la región y su carácter impredecible eran una barrera para la producción. Al no saber cómo podría presentarse la enfermedad al año siguiente, era poco probable que las familias ampliasen sus cultivos y se arriesgasen a pérdidas económicas al no poder cosechar si la familia se enfermaba de malaria. Este estudio, al igual que otros anteriores, mostró el impacto de la malaria y de su erradicación en la economía y el desarrollo y tal vez los resultados que se obtuvieron pudieran aplicarse en escala mucho más vasta, ya que confirman el gran obstáculo que para el crecimiento económico representa esa enfermedad en las zonas endémicas. También se ha observado el valor económico de la erradicación de la malaria en países como la India y Sri Lanka. Ram y Schultz (9) compararon los efectos de la erradicación en varios distritos de incidencia elevada con los de otros de baja incidencia, con respecto al aumento en la producción de granos durante un período de 10 años en el que se desarrollaron intensas actividades antimaláricas. Esa producción aumentó significativamente en los distritos de incidencia elevada.

Un estudio más ambicioso sobre los efec-

tos de la enfermedad en la productividad fue el intento de cuantificar los efectos de la esquistosomiasis en la vida social de Santa Lucía (6). Las partes importantes de estudio a este propósito fueron los efectos de la esquistosomiasis en las tasas de natalidad y mortalidad, el rendimiento escolar de los niños y la productividad del trabajo rural y urbano. Se encontró que la esquistosomiasis no influía en la tasa de natalidad; de hecho, en una zona la enfermedad tenía una asociación positiva significativa con el número de nacimientos. La esquistosomiasis tampoco influyó en la mortalidad ni en el rendimiento escolar de los niños. En realidad los niños que padecían la enfermedad se ausentaron menos de la escuela que los escolares que no tenían el parásito. Por último, la esquistosomiasis no tuvo ningún efecto en la productividad del trabajo calculada por las ganancias. Fue sorprendente encontrar que los trabajadores varones sanos sin esquistosomiasis trabajaban y ganaban menos que los infectados con el parásito. La productividad diaria de los trabajadores con esquistosomiasis era menor, pero faltaban menos veces al trabajo, por lo cual sus ingresos eran mayores.

La conclusión de este estudio fue que la infección con esquistosomiasis causó pocos efectos adversos significativos, o ninguno, sobre el rendimiento económico o de otra índole. Los autores hacen un análisis detallado de porqué no se observaron los efectos positivos esperados y las explicaciones más plausibles son que la infección no fue lo bastante intensa o que tal vez fueron tantos los factores que contribuyeron al bajo nivel de productividad que no se pudo detectar el impacto de una afección como la esquistosomiasis que produce una morbilidad bastante leve en comparación con una enfermedad como la malaria. También consideraron el hecho de que muchos de los pacientes eran portadores de más de un parásito, por ejemplo, esquistosoma, ascaris, tricuris, nematodos y giardia, cuyos efectos combinados se hacen notar más que la sola

presencia de la esquistosomiasis. Tal vez se hubiera podido mostrar el impacto de la esquistosomiasis si se hubieran analizado otros factores como nuevas oportunidades de empleo o una reestructuración de la economía isleña básica que indicaran un apreciable mejoramiento socioeconómico y general.

Prescott (10) examinó exhaustivamente la economía de la esquistosomiasis y señaló que el estudio de Santa Lucía no era excepcional; ningún estudio en escala reducida ha permitido llegar a conclusiones sólidas sobre la naturaleza y magnitud de los efectos de esa enfermedad, salvo que la mera presencia de la infección no basta para causarlos. No hay, pues, manifestaciones empíricas indicativas de que la esquistosomiasis deteriore la productividad laboral. Ciertamente, siempre cabe la posibilidad de que esta falta de pruebas se deba a sesgo de muestreo que lleve a la exclusión de los trabajadores con enfermedad grave.

De manera general, cabe preguntarse si tiene que haber cierto grado de desarrollo económico para que se puedan medir las repercusiones de la salud. En este contexto se ha de separar la salud de la enfermedad. El impacto de la enfermedad sobre la capacidad productiva nacional se produce: 1) reduciendo el volumen de mano de obra, 2) reduciendo la capacidad productiva de los trabajadores y 3) impidiendo procesos de desarrollo que a su vez estimulan el desarrollo económico (11). Estos tres factores operan de manera diferente en los países en desarrollo y en los desarrollados y su impacto mensurable varía con el grado de impacto de la enfermedad. En un país como Santa Lucía, por ejemplo, en donde el grado de desempleo hubiera sido elevado en el momento de realizar el estudio antes mencionado, los efectos de la enfermedad en cuanto a reducción de la esperanza de vida y ausentismo laboral por enfermedad tal vez no produjeran pérdida económica alguna, ya que sería fácil la sustitución por personas relativamente sanas. En cambio, en

Paraguay donde regiones enteras estaban afectadas por la malaria no era posible la sustitución y por lo tanto se hacía manifiesto un efecto económico directo. En general, cuanto más difundida esté la enfermedad, lo cual impide la sustitución laboral, y cuanto más desarrollada esté la sociedad, mayor será el impacto de la enfermedad. Además, cuanto mayor sea la productividad de un trabajador, mayor será el efecto perturbador de las pequeñas afecciones. Por último, en sociedades en las que hay una compleja interdependencia en las formas de trabajo, será mayor la repercusión de las enfermedades en el conjunto del sistema. En los países en desarrollo, donde es mayor el esfuerzo desplegado individualmente, es menor el efecto de la enfermedad de cada individuo.

A menudo no se aprecian los efectos de la salud para impedir el desarrollo de los recursos naturales. En el Caribe, uno de los principales recursos es la industria turística. Las grandes epidemias de dengue en esta región son vistas con alarma, no sólo porque merman la productividad de los trabajadores locales sino sobre todo por sus efectos negativos en el turismo. Ningún turista desea viajar a alguna zona donde sea probable que vaya a enfermar. También se ha observado en diversas partes del mundo que la erradicación de la malaria ha provocado un movimiento de capital y mano de obra a zonas ricas en recursos, con el consiguiente crecimiento económico.

El análisis precedente se refería principalmente a los efectos estáticos de la enfermedad sobre la producción económica, pero esta relación se puede también hacer ostensible mediante estudios de intervención con mediciones de la productividad antes y después. En 1923, Giglioli observó en Guyana que después de tratar a los mineros de McKenzie contra la nematodiasis, la producción de mineral aumentó en un 36% en cinco meses. En un estudio más reciente sobre obreros indo-

nesios de la construcción y de plantaciones de caucho, se halló que la prevalencia de nematodiasis era de 85% y el 45% de las víctimas padecían como consecuencia anemia ferropénica. El tratamiento de los trabajadores anémicos con hierro elemental durante 60 días y con un costo total de 13 centavos por obrero produjo un incremento aproximado de la productividad del 19%, lo que equivale a una relación costo/beneficio de 280:1 (11).

La salud como factor del desarrollo

En general, los profesionales en salud, que han trabajado principalmente en la prestación de servicios personales, en medicina preventiva o en medicina de la comunidad, se han considerado impotentes para modificar aquellas circunstancias sociales que son la causa de la mala salud. Con frecuencia se ha considerado que cuando mejoren las condiciones sociales mejorará también la salud como otro servicio social. Esta opinión es probablemente derrotista y se han ido acumulando datos demostrativos de que se pueden producir mejoras en la salud a un ritmo mucho más rápido que en otros sectores de la sociedad. Sin embargo, los países más ricos y por consiguiente con mayor nivel de organización social, consagran más dinero a la salud y proporcionan a su población mayores servicios de salud. Cabe preguntarse si la salud y el fomento de la salud pueden ser instrumentos para el cambio social en vez de limitarse a seguir este cambio. Creo que en la mayoría de los países en desarrollo sólo se producirán mejoras realmente significativas de la salud cuando la gente se haga más responsable de su propia salud.

Pocos países desearían experimentar la explosión de los costos de salud que se observa en Estados Unidos. El aumento de estos costos se ha atribuido en parte a la

presentación del gasto médico como cura para todo y al ofrecimiento implícito de que puede haber una reconstrucción "biónica" del cuerpo humano (12). Esto es lamentable no sólo por razones económicas, sino porque perpetúa en la medicina la situación de cliente.

Por consiguiente, se ha de poner en primer plano la acción personal y comunitaria en el desempeño de muchas de las funciones destinadas a mejorar la salud personal. Si la acción personal y comunitaria se convierte en los países pobres en el motor principal del desarrollo de la salud pronto se advertirá que ese enfoque ha de tener por fuerza implicaciones para otras formas de desarrollo. Los beneficios de los programas comunitarios de salud se pueden hacer sentir a corto plazo. Los individuos y comunidades beneficiarios de esas actividades en el campo de la salud serán con más probabilidad sensibles a este tipo de organización y se podrán dirigir los esfuerzos a otras esferas de actividad política, social y económica. Así, la salud y la promoción de la salud pueden jugar un papel importante como palancas del desarrollo (13). Como se ha indicado antes, la estrategia de desarrollo basada en el contexto de las cabezas de puente resulta inaceptable. Ya no es tan evidente que los efectos benéficos del crecimiento económico se difundirán por todo el sistema social. Por consiguiente, muchos planificadores del desarrollo se centran en la satisfacción de las necesidades básicas de gran número de personas. El método que se base en la satisfacción de las necesidades básicas de toda población conducirá a una mayor cohesión social y ésta es uno de los requisitos esenciales para cualquier forma de desarrollo social o económico.

A este respecto, el concepto de atención primaria de salud es importante en sectores distintos al de la salud. La participación de comunidades e individuos en la atención primaria debe facilitar que se aúnen los esfuerzos en otras direcciones.

La aplicación de este concepto no es tradicional, pero es probable que a largo y corto plazo contribuya apreciablemente al desarrollo, el cual ciertamente no será uniforme en todo el mundo sino que responderá a las diferencias culturales entre los pueblos que se han de reflejar en sus diversas guías para alcanzar la salud y el desarrollo.

Resumen

Se examinan las relaciones recíprocas entre salud y desarrollo desde el punto de vista del desarrollo social y su relación con las prácticas de salud en los países desarrollados y en desarrollo. En estos últimos, la salud nacional deficiente es el resultado de la compleja interacción de varios factores (bajo ingreso, subempleo, inestabilidad familiar, falta de acceso a servicios médicos) relacionados internamente con el sistema social. Por otro lado, la salud es uno de los aspectos del desarrollo social que va emparejado con el desarrollo económico. En los países desarrollados, el mejoramiento de las condiciones de salud ha mejorado el bienestar físico y la productividad en amplios sectores de la población. En cambio, en los países en desarrollo con subempleo masivo y trabajadores en ocupaciones de rendimiento marginal, es posible que la salud no se considere como uno de los factores importantes del desarrollo nacional. Se han realizado muchos estudios que han intentado cuantificar la economía de la enfermedad en términos de productividad en los que se destaca que la enfermedad reduce el volumen de la mano de obra y la capacidad productiva de los trabajadores e impide procesos de desarrollo que a su vez estimulan el desarrollo económico. Estos tres factores influyen de manera diferente en los países en desarrollo y en los desarrollados. En sistemas en los que hay una compleja interdependencia en las formas de trabajo, como en los países desarrolla-

dos, la repercusión de la enfermedad en el conjunto del sistema es más grande que la que se observa en países en desarrollo en donde es mayor el esfuerzo desplegado individualmente. En general, los profesionales de salud no han podido modificar aquellas circunstancias sociales que son la causa de la mala salud; sin embargo, se han acumulado datos demostrativos de que se pueden producir mejoras en la salud a un ritmo más rápido que en otros sectores de la sociedad. A este respecto, el

fomento de la salud, sobre todo a nivel personal y comunitario, ofrecería grandes posibilidades como agente del desarrollo en su sentido más amplio. ■

Agradecimiento

Doy las gracias al Dr. V. Lewis, al Sr. H. McKenzie y al Dr. H. Minners por haberme sugerido la consulta de ciertas publicaciones y a la Sra. Carmen McFarlane por parte de la información estadística.

REFERENCIAS

1. Beghin, J. del Canto, I. y Teller, C. Desnutrición, desarrollo nacional y planificación. *Bol Of Sanit Panam* 89(6):505-515, 1980.
2. Šterky, G. Towards another development in health. *Dev Dialogue* 1:4-13, 1978.
3. Drucker, F. P. *The Age of Discontinuity*. London, Heinemann, 1969.
4. Bryant, J. *Health and the Developing World*. Ithaca y London, Cornell University Press, 1969.
5. Chernichovsky, D. Economic theory of the household. In: Klein, E. R., Read, S. M., Riecken, W. H., Brown, A. J., Pradilla, A. y Daza, H. C., eds. *Evaluating the Impact of Nutrition and Health Programs*. New York y London, Plenum Press, 1979. pp. 227-257.
6. Weisbrod, A. B., Andreano, L. R., Baldwin, E. R., Epstein, H. E. y Kelley, C. A. *Disease and Economic Development The Impact of Parasitic Diseases in Saint Lucia*. Wisconsin, University of Wisconsin Press, 1973.
7. Acuña, R. H. Salud y desarrollo. *Bol Of Sanit Panam* 91(2):95-98, 1981.
8. Conly, N. G. The impact of malaria on economic development: A case study. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, 1975. (Publicación Científica 297.)
9. Ram, R. y Schultz, W. T. Life span, health, savings and productivity. *Econ Dev Cult Change* 27:399-422, 1979.
10. Prescott, M. N. Schistosomiasis and development. *World Dev* 7:1-14, 1979.
11. Banco Mundial. Health Sector Policy Paper. Washington, D.C. 1975.
12. McKnight, L. J. A cancerous health development: The case of American medicine. *Dev Dialogue* 1:14-18, 1978.
13. Newell, W. K. Health care development as an agent of change. *WHO Chron* 30:181-187, 1976.

Health and development (Summary)

The interrelationship of health and development with reference to health practices as social indicators of growth in developed and developing countries is discussed. In the latter, national health deficiencies have been the result of the complex interaction of multiple factors, including low incomes,

underemployment, family instability and lack of access to medical services. Health is one of the aspects of social development which go hand in hand with economic advancement. In developed countries, improved health conditions have benefitted the physical well-being and productivity of broad sectors of the

population, while in developing countries, with mass underemployment and workers occupied in marginally productive jobs, health is not, perhaps, considered an important factor in national development. Many studies have attempted to quantify the economics of disease in terms of productivity, particularly, since disease decreases the labor and productive capacity of workers and hinders development processes, which may, in turn, spur economic development. These three factors operate in different ways in the developed and the developing countries. In systems with complex interdependence in terms of work patterns, as

in developed countries, the effects of illness on the system as a whole are much greater than in developing countries where efforts are more of an individual nature. Although health professionals have generally been unable to modify those social circumstances which are the cause of ill health, evidence has been accumulating which shows that improvements in health can occur at a faster pace than in other sectors of society. Health promotion, particularly at the individual and community level, could be an important lever for development in its broadest sense.

A saúde e o desenvolvimento (Resumo)

Examinam-se as relações recíprocas entre a saúde e o desenvolvimento, sob o ponto de vista do desenvolvimento social e a sua relação com as práticas de saúde nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nestes últimos, a saúde nacional deficiente é o resultado da interação complexa de vários fatores (baixa renda, sub-emprego, falta de estabilidade familiar, falta de acesso a serviços médicos) internamente relacionados com o sistema social. Por outro lado, a saúde é um dos aspectos do desenvolvimento social que vai emparelhado com o desenvolvimento econômico. Nos países desenvolvidos, a melhoria das condições de saúde beneficiou o bem-estar físico e a produtividade em grandes setores da população. Por outro lado, nos países em desenvolvimento, com sub-emprego maciço e os trabalhadores e operários em ofícios de rendimento marginal, é possível que não se considere a saúde como um dos fatores importantes para o desenvolvimento nacional. Fizeram-se muitos estudos tentando quantificar a economia da doença em termos de produtividade dentro dos quais se ressalta

que a enfermidade reduz o volume da mão-de-obra e a capacidade produtiva dos trabalhadores e impede o avanço de processos de desenvolvimento econômico. Esses três fatores influem de uma maneira diferente sobre os países em desenvolvimento e os desenvolvidos. Nos sistemas nos quais haja uma interdependência nas formas de trabalho bem como nos países desenvolvidos, a complexa repercussão da doença no conjunto do sistema é maior do que a que se observa nos países em desenvolvimento, onde faz-se maior esforço individualmente. Aos profissionais da saúde, em geral, não lhes tem sido possível modificar as circunstâncias sociais que são a causa de uma saúde má; não obstante, existem dados demonstrativos acumulados de que se pode obter melhoria da saúde num ritmo mais acelerado, do que em outros setores da sociedade. O estímulo dado à saúde, especialmente ao nível pessoal e comunitário, ofereceria grandes possibilidades como agente do desenvolvimento no seu sentido mais amplo.

Santé et développement (Résumé)

Les rapports entre santé et développement font l'objet de cette étude, tant du point de vue du développement social que des relations

entre celui-ci et les pratiques de santé dans les pays développés et en voie de développement. Dans ces derniers, l'état de santé généralement

déficient de la population est dû au concours de divers facteurs (revenus insuffisants, sous-emploi, insabilité familiale, difficultés d'accès aux services médicaux) qui s'inscrivent dans le cadre du système social. La santé constitue l'un des aspects du développement social, lequel va de pair avec le développement économique. Si bien dans les pays développés des conditions de santé meilleures ont accru le bien-être matériel et la productivité de larges couches de la population, il est loin d'en être de même dans les pays en développement qui connaissent un sous-emploi massif et un mauvais rendement de la main d'oeuvre, et où c'est possible que la santé ne soit pas conçue comme l'un des premiers facteurs du développement national. Dans nombre d'études on a été tenté de procéder à une évaluation quantitative de l'économie de la maladie en termes de productivité dont il s'en dégage que la maladie affecte le volume de la main d'oeuvre et sa capacité productive, et qu'elle entrave le

déroulement des processus de développement eux-mêmes liés au développement économique. Ces trois facteurs affectent de façon différente les pays en développement et les pays développés. Dans ces derniers, où les formes de travail ont entre elles une étroite et complexe dépendance, la maladie a sur l'ensemble du système des répercussions beaucoup plus profondes que dans les pays en développement où l'effort individuel occupe une plus grande place. D'une façon générale, les professionnels de santé ne sont pas parvenus à modifier les conditions sociales qui sont à l'origine du mauvais état de santé. Les données rassemblées prouvent cependant que des améliorations peuvent être apportées à la santé plus rapidement que à d'autres secteurs. La promotion de la santé, surtout aux niveaux personnel et communautaire, serait donc de nature à offrir de larges possibilités en tant qu'agent du développement sous ses aspects les plus divers.