Discusiones

Técnicas

Washington, D. C.
Octubre 1961

CD13/DT/6 (Esp.)
10 octubre 1961
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

INFORME DE LOS RELATORES DE LAS DISCUSIONES TECNICAS SOBRE EL TEMA

"METODOS DE EVALUACION DE LOS APORTES DE LOS PROGRAMAS DE SALUD AL DESARROLLO ECONOMICO"

INFORME DE LOS RELATORES DE LAS DISCUSIONES TECNICAS SOBRE EL TEMA

"METODOS DE EVALUACION DE LOS APORTES DE LOS PROGRAMAS DE SALUD AL DESARROLLO ECONOMICO"

Director de Debates: Dr. M. LOPEZ HERRARTE

Relatores: Dr. C. S. QUIROS (en representación de la salud pública)

Dr. J. M. CASTILLO (en representación de la economía)

Secretario Técnico: Dr. A. P. RUDERMAN

Las sesiones especiales de las Discusiones Técnicas, sobre el tema "Métodos de evaluación de los aportes de los programas de salud al desarrollo económico", se celebraron el viernes 6 de octubre de 1961, durante la XIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud.

Las sesiones se desarrollaron sobre la base de los informes siguientes:

La evaluación del impacto económico de las actividades sanitarias, por el Dr. A. Macchiavello (Doc. CD13/DT/1). Comentarios sobre el trabajo del Dr. Macchiavello, por el Dr. M. Perlman (Doc. CD13/DT/3). La aceleración del crecimiento económico y el mejoramiento de la salud en los países insuficientemente desarrollados, por el Dr. W. Malenbaum (Doc. CD13/DT/2). Comentarios sobre la ponencia del Dr. Malenbaum por el Dr. M. Kybal (Doc. CD13/DT/5). Comentarios por el Dr. J. Sol (resumido de la transcripción taquigráfica contenida en el Anexo I). Informe sobre métodos de evaluación aplicados por la Dirección General de Saneamiento y Desarrollo de la Comunidad Rural, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México (Doc. CD13/DT/4).

En la sesión de la mañana, los autores de los trabajos principales se dedicaron a la presentación y explicación de sus respectivos documentos.

En el debate general, se citaron varios ejemplos de experiencia nacional en las relaciones entre la salud y la economía. Se señaló que los efectos de la erradicación se extienden desde una reducción de las ausencias escolares (con el consecuente mayor rendimiento de las inversiones en la educación) y una mayor disponibilidad de camas de hospitales para otros usos, hasta un aumento de la producción agrícola y cambios del tipo de valor de la tierra.

Se examinó detenidamente el problema general de la escasez de recursos. Al tratarse de las posibilidades de obtener préstamos de organizaciones financieras internacionales, se señaló que si bien, por lo general, se solían conceder préstamos para proyectos tales como los relativos al abastecimiento de agua y a la vivienda, la concesión de créditos para estos fines permitiría invertir recursos nacionales en otras clases de actividades de salud pública. Se observó una decepción general ante la falta de créditos disponibles para las actividades de la salud, ya que en muchos países americanos los problemas de salud son de carácter apremiante, y los presupuestos de salud, limitados.

Se sugirió que todos los fondos para la labor de salud pública no habían de proceder, necesariamente, de fuentes gubernamentales. Se mencionó el caso de una ley que disponía que los patronos que no mantuvieran una provisión de antídotos tendrían que indemnizar a los trabajadores que sufrieran mordeduras de serpientes, como si se tratara de un accidente del trabajo; y a consecuencia de esa ley, el aprovisionamiento de aquellas substancias por parte de los patronos se extendió considerablemente. Sin embargo, se convino de un modo general que, en las Américas, la labor de salud pública era, normalmente, una función pública, más bien que privada.

En cuanto al mejoramiento de los planes de salud y la integración de los programas de salud en los planes generales de desarrollo, varios Representantes pusieron de relieve la necesidad inmediata de mejorar los índices estadísticos que sirvan de base adecuada para la planificación. Dada la importancia de la labor de salud pública y de las actividades de desarrollo en las zonas rurales, es imprescindible realizar estudios de la comunidad que abarquen los factores sanitarios y socio-económicos. Tanto los índices estadísticos generales como los estudios especiales no sólo ofrecerían una base para la elaboración de planes, sino que también se necesitarían para evaluar el progreso realizado en materias de salud y bienestar social y económico.

La introducción del concepto de "sanimetría", como medida rigurosamente científica del estado de salud y de las relaciones entre la salud y la economía despertó el interés general. Si bien se trata de una materia que está todavía en sus comienzos, se expresó la esperanza de que se irá desarrollando a medida que progrese la experiencia en la planificación y evaluación de los programas de salud y desarrollo y se disponga de mejores estadísticas. Asimismo, se puso de relieve la importancia de las técnicas de encuesta.

En la reunión se examinó también el problema del desarrollo económico, esencialmente, desde el punto de vista de provisión de capital y mano de obra competente, de suerte que la producción pudiera no sólo seguir el ritmo del aumento de población derivado de las modernas medidas sanitarias, sino aventajarlo, y, con el tiempo, lograr un proceso de desarrollo mantenido con medios propios, sin necesidad de ayuda exterior.

Se hizo notar, durante la reunión, que el problema tenía que ser considerado desde el punto de vista dinámico más bien que estático, pues las ciencias de la salud van avanzando de manera firme y constante, y los especialistas de este campo tienen la obligación moral de mejorar sus técnicas.

Se convino de un modo general en la necesidad de coordinar los planes de salud con los de desarrollo nacional, y de establecer un orden de prioridad para los programas de salud dentro del sistema general. Se hizo notar que este punto suscitaba problemas de organización y coordinación políticas y administrativas, así como problemas puramente técnicos de planificación de programas y proyectos. Los trabajadores de la salud pública poseen una larga experiencia en la planificación de proyectos, si bien esta experiencia es un poco menor en cuanto concierne a programas y a planes nacionales generales. En algunos países americanos, el personal de salud ha obtenido considerable experiencia, a nivel de proyecto y a nivel local, en lo que concierne al ajuste de las actividades de salud a la pauta general de la vida social y económica. Sin embargo, la adquisición de esta experiencia en escala nacional supone una nueva prueba.

Por último, se expresó la opinión de que el contacto constante entre el personal de salud y el dedicado a la planificación económica, a nivel nacional e internacional, contribuiría a un entendimiento mutuo y a facilitar la labor de integrar la salud en el proceso general de planificación, con el fin de aportar la máxima contribución al desarrollo social y económico.

Relator: _____
Dr. Carlos S. Quirós

Relator: _____
Dr. José María Castillo

Anexo I

RESUMEN DE LOS COMENTARIOS DEL DR. JORGE SOL, SUBSECRETARIO PARA ASUNTOS ECONOMICOS Y SOCIALES, ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS

Durante muchos años, el pensamiento de la mayoría de los economistas se basó en la experiencia obtenida en los Estados Unidos de América, Canadá y Europa Occidental. Esto llevó al supuesto -que demostró ser equivovado- de que si había suficientes inversiones para aumentar la producción bruta nacional, más pronto o más tarde, este progreso se extendería y beneficiaría a la mayoría de la población, con el consecuente aumento del poder adquisitivo, mejoramiento de las condiciones culturales y mayor consumo de productos y utilización de servicios entre la masa de la población. La historia reciente ha demostrado que los países insuficientemente desarrollados tropiezan con dificultades, y que una amplia distribución de los ingresos, o no se produce automáticamente, o bien es tan imperfecta que da origen a graves tensiones sociales. En los recientes decenios, se ha venido observando en las Américas la existencia de tensiones sociales en países en que los ingresos nacionales en conjunto han crecido satisfactoriamente pero sin beneficiar a la mayoría. De esta manera se demostró prácticamente que no había que dar por supuesto el hecho de que el desarrollo económico produciría automáticamente, unas mejores condiciones de vida.

En estos últimos años, se ha confiado excesivamente, en algunas ocasiones, en las posibilidades del sector privado para establecer un adecuado ritmo de desarrollo, es decir, la idea de que se produciría el desarrollo sin un esfuerzo organizado, de la misma manera que los árboles crecen en el bosque. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que hay países que gozan de buenos precios de exportación y de fuertes ingresos en divisas, y aun así no se produce la clase de cambios sociales que ocurrieron en Europa en el siglo XIX. Son todavía muchas las sociedades americanas que resultan arcaicas, con una superestructura relativamente moderna, pero artificial, que no ha influido en la mayoría de la población. El sistema de impuesto es deficiente y el Estado no ha logrado hacer una redistribución de los nuevos ingresos dedicando parte de los mismos a mejorar las escuelas, desarrollar programas de salud, etc.

El pensamiento de los economistas a que hemos hecho referencia se reflejó en las relaciones económicas entre los Estados Unidos de América y la América Latina. En 1954, en la época en que se celebró la Conferencia de Quintandinha, los Estados Unidos de América aconsejaron a Latinoamérica que creara un clima favorable para atraer las inversiones privadas del extranjero que, junto con unas pocas inversiones del sector público, permitirían, según suponían, el desarrollo de estos países. Además, la posición de los Estados Unidos de América era radicalmente opuesta a cualquier plan de estabilización de precios de los artículos de exportación, por considerarla contraria a las leyes del mercado libre. También se observó

muy poca inclinación por la integración económica de los países latinoamericanos, sobre la base de que conduciría a sistemas aduaneros de preferencias. En estos últimos siete años esta posición ha cambiado, y así se refleja en la Carta de Punta del Este. El programa esbozado en la Carta supone una serie de medidas encaminadas a llegar a una tasa de desarrollo económico neto (es decir, superior a la de crecimiento de la población) de por lo menos el 2,5% al año. Este porcentaje no parece mucho, pero acumulado, podría doblar la producción nacional en unos 25 años. Hay unos cuantos países que ya han conseguido tasas de desarrollo neto de 3% o más, mientras que otros van rezagados. Convendría que en la América Latina se lograra, como término medio, un mínimo de 2,5%.

La Carta de Punta del Este señala también que el desarrollo económico no puede producirse al azar, sino que debe ser debidamente planeado. La organización de los planes no sería como la de los países comunistas. En las economías mixtas de la América Latina, el Gobierno prepararía exclusivamente los planes de su sector, pero establecería un sistema de incentivos o sanciones en actividades económicas seleccionadas, a fin de influir en la orientación del sector privado.1/

El contenido de la Carta supone, hasta cierto punto, la aceptación de la denominada teoría del gran impulso ("big push"), es decir que en un país con una economía paralizada, las fuertes inversiones en las esferas económicas y sociales, durante un período de diez años, permitirían lograr un proceso de desarrollo con medios propios. Hay todavía otro factor en la Carta de Punta del Este que es sumamente importante, a saber, la realización de estos esfuerzos sobre una base multilateral. No se puede concebir el desarrollo de cada país aisladamente en el Hemisferio Occidental. Así pues, se creará un mecanismo internacional para que los planes que formulen los países puedan complementarse unos con otros. Además, todos los años los países se reunirán para examinar este esfuerzo común en la Reunión Anual del Consejo Interamericano Económico y Social.

Estos cambios crean opiniones distintas, y un ejemplo de ellos se encuentra en el presente grupo, Por ejemplo, los especialistas de salud pública y los economistas tendrán que abandonar su torre de marfil y trabajar conjuntamente en la planificación del desarrollo económico y social. Para que se produzca el desarrollo económico será necesario no sólo hacer inversiones económicas sino también provocar transformaciones sociales, tales como la reforma agraria y la de los sistemas tributarios. Hay que transformar las estructuras sociales y las de recaudación de impuestos, no sólo mediante reformas sino también a través de amplios programas de educación, etc.

1/ "Planificación del desarrollo económico y social en la América Latina", Tema I, Programa de temas de la Conferencia de Punta del Este, Serie de Documentos Oficiales de la OEA H/X.1.

Cabe preguntar qué es lo que esto representa para los ministerios y autoridades de salud pública. En un breve tiempo (en algunos países ya existen organizaciones de planificación), cada país debe preparar un programa decenal para lograr un gran impulso ("big push") eficaz, que no se limite a la esfera económica, sino que permita también que se produzcan los mencionados cambios sociales.

El primer problema que se le plantea al Ministerio de Salud o a la autoridad de salud pública es el de cómo ajustarse a este plan. Habrá probablemente sistemas de planificación a nivel interministerial en los que el Ministro de Salud Pública forme parte del comité y sea escuchada su opinión. Son por lo menos cuatro o cinco los campos que requieren necesariamente la participación de la autoridad de salud pública en las actividades de planificación nacional. El primero es la parte que corresponde a la salud pública en la determinación de la cantidad o porcentaje de las asignaciones totales del Gobierno que hayan de destinarse a la salud pública. Este aspecto podrá variar considerablemente de un país a otro. En algunos países, la salud pública había llegado ya a un alto grado de desarrollo. En otros, las condiciones sanitarias eran muy inadecuadas y había que mejorarlas como medida preliminar a las inversiones económicas. En el reciente caso de Haití, la frambesia había alcanzado tales proporciones que en determinados sectores fue preciso erradicar la enfermedad antes de emprender cualquier actividad. Lo mismo podía decirse de la malaria en ciertas regiones.

La segunda función que corresponde al planificador de salud pública consiste en determinar el alcance y contenido de los programas de salud pública tales como las directrices a seguir en relación con el abastecimiento de agua, por ejemplo, la ampliación de los servicios médicos y paramédicos, etc. Las autoridades de salud pública deben definir y evaluar los programas de esta naturaleza.

En tercer lugar, es también importante que la autoridad de salud pública participe en la planificación de otros programas, y no sólo a los que se refieren estrictamente a la salud pública, -como por ejemplo, los de viviendas, irrigación y desagüe- a fin de asegurarse de que se tienen debidamente en cuenta los aspectos sanitarios de esos programas.

Si se han de producir cambios en la distribución de los ingresos, por ejemplo mediante la legislación del trabajo o la provisión de escuelas por los terratenientes, sería importante que la autoridad de salud pública fijara ciertas normas de orientación, de suerte que estas actividades pudieran desarrollarse de la manera más adecuada para el que las emprenda y para los seres humanos que habrán de beneficiarse de ellas.

En cuarto lugar, en lo que concierne al desarrollo industrial y agrícola privado, sería un error continuar creyendo que las compañías particulares pueden actuar como les plazca, en perjuicio de la salud de los trabajadores, de la colectividad en general o de los recursos nacionales, tales como ríos y otras corrientes de agua.

Por último, es indispensable que la autoridad de salud pública sea escuchada en todos los aspectos sanitarios de un programa de desarrollo nacional, tanto en lo que se refiere al sector público como al privado.