

La Conexión Salud- Desarrollo

0103
057
31081

Editado por
Rosalía Rodríguez-García
Ann Goldman

0103/057/31081

59374

LA CONEXIÓN SALUD-DESARROLLO

Editado por
Rosalía Rodríguez-García
Ann Goldman

REFERENCIA:

Rodriguez-García, R. y Goldman, A. (1996). *La conexión salud-desarrollo*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Este libro se ha publicado también en inglés con el título *The Health-Development Link*.

Aunque el material de esta publicación se puede citar o reproducir libremente, es preciso señalar la fuente y hacer referencia al título y al ISBN. Se debe enviar un ejemplar de la publicación que incluya alguna cita o reproduzca cualquier parte al Programa de Políticas Públicas y Salud de la OPS.

© Copyright 1996 por la Organización Panamericana de la Salud

ISBN 92-75-32115-9

ISBN-9636369-1-X

La presente publicación ha contado con el apoyo del Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, de la Organización Panamericana de la Salud y ha recibido colaboraciones del Centro para la Salud Internacional y del Programa de Estudios Latinoamericanos de la Escuela Elliott de Asuntos Internacionales de la Universidad George Washington. Sin embargo, las opiniones expresadas en la presente publicación son las de sus editoras y colaboradores y no reflejan necesariamente las que mantienen la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Mundial ni la Universidad George Washington.

BIBLIOTECA

ÍNDICE

PRÓLOGO	ix
AGRADECIMIENTOS	xi

Parte I: El tema
Una perspectiva sobre la salud y el desarrollo
Rosalía-Rodríguez García, César Vieira, Ann Goldman

PREFACIO	xv
INTRODUCCIÓN	1
EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD Y DESARROLLO	3
Desarrollo	5
Salud	12
RELACIÓN ENTRE LA SALUD Y EL DESARROLLO	18
REPLANTEAMIENTO DE LA CUESTIÓN DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DESDE UNA PERSPECTIVA MULTIDISCIPLINARIA	27
ENFOQUES PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES COMBINADAS EN PRO DE LA SALUD Y EL DESARROLLO	29
Enfoques multilaterales	32
<i>La salud en el desarrollo</i>	32
<i>Iniciativa de Salud de Centroamérica</i>	33
<i>Iniciativa de "La salud: condición del desarrollo económico"</i>	34
<i>El índice de desarrollo humano</i>	38
Enfoques bilaterales	39
<i>Organismos internacionales de desarrollo</i>	39
<i>Entidades privadas, de beneficencia y otras organizaciones no gubernamentales</i>	41
<i>El paradigma de salud-desarrollo</i>	43

HACIA LA OPERACIONALIZACIÓN DE LA CONEXIÓN SALUD-DESARROLLO	45
La salud como prioridad política	45
La obtención de compromiso político en pro de la salud	48
La descentralización para la creación de entornos propicios para la salud	50
La reorientación del sector de la salud	51
Educación para la salud y el desarrollo	53
Ambiente y población	55
Equidad	56
Grupos vulnerables	59
Sostenibilidad	60
Ejecución de actividades en pro de la salud y el desarrollo	62
<i>Instituciones internacionales</i>	62
<i>Organizaciones no gubernamentales</i>	63
 CONCLUSIONES	 65
 REFERENCIAS	 69
 BIBLIOGRAFÍA	 82

Parte II: Iniciativas en materia de salud y desarrollo

EL PROCESO DE DESARROLLO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y SUS CONSECUENCIAS EN LA ESFERA DE LA SALUD	87
<i>César Vieira</i>	
Objetivos estratégicos	89
La salud en el desarrollo	90
Consecuencias de la salud en el desarrollo	92
Aplicación del concepto de la salud en el desarrollo	93
Referencias	95

OBTENCIÓN DE CONSENSO EN RELACIÓN CON LAS ESTRATEGIAS DE SALUD EN ÁFRICA	96
<i>A. Edward Elmendorf</i>	
Referencias	112

Parte III: El foro

RESUMEN	115
INFORMES DE SECCIÓN	116
Significado del desarrollo: primera parte	116
Significado del desarrollo: segunda parte	123
Salud, desarrollo, género y cultura	129
Salud, desarrollo y ambiente	134
Promoción de la salud y educación sanitaria para el desarrollo: Mejoramiento del estado de salud de grupos vulnerables	137
Un nuevo orden mundial y sus consecuencias para la salud y el desarrollo	142
Política sanitaria y desarrollo en África	147
Política sanitaria y desarrollo en América Latina y el Caribe	152
Política sanitaria y desarrollo en la Europa del Este	156
Políticas sanitarias comparadas:	
Consenso y controversias	160
Salud, desarrollo y población	166
Salud, desarrollo y juventud	172
Nuevas iniciativas de cooperación internacional para la salud y el desarrollo	177
Políticas de los países y respuestas conductuales frente a las amenazas para la salud	181
Sesión de clausura	183

Parte IV: Conclusiones

Conclusiones sobre la conexión salud-desarrollo	189
---	-----

APÉNDICES

I Evolución de las aportaciones a la salud y de los criterios del desarrollo socioeconómico	198
II Programa del Foro	203
CENTRO DE SALUD INTERNACIONAL DE LA UNIVERSIDAD GEORGE WASHINGTON	207

CUADROS Y FIGURAS

CUADROS

LA CONEXIÓN SALUD-DESARROLLO

1. Efectos de la mejora del abastecimiento de agua y del saneamiento sobre las enfermedades	22
2. Características de las iniciativas de salud y desarrollo	32
3. Efectos de la escolaridad de los padres en el riesgo de muerte antes de cumplir los dos años de edad en ciertos países, fines de los años ochenta	53
4. Escolaridad y factores de riesgo para la salud de los adultos en Porto Alegre, Brasil, 1987	54
5. Pobreza rural y urbana en los años ochenta	58

EL PROCESO DE DESARROLLO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

1. Los objetivos estratégicos de la OPS en el
cuadrienio 1991-1994 89

FIGURAS

1. Momentos culminantes del desarrollo sanitario y
económico en los siglos XVIII y XIX 4
2. Momentos culminantes del desarrollo sanitario y
económico en el siglo XX 4
3. Mortalidad infantil y de adultos en barrios pobres y
no pobres de Porto Alegre, Brasil, 1980 11
4. Principales fuentes de financiamiento concesional
a la salud, 1986 30
5. El marco salud-desarrollo 43
6. Tendencias de la esperanza de vida por región
demográfica, 1950-1990 127

PRÓLOGO

Esta publicación es fruto de un proceso de colaboración. Se reúnen en ella los puntos de vista de planificadores de la salud y el desarrollo, profesionales de la salud pública, economistas del desarrollo y otros profesionales de las ciencias sociales que examinan los vínculos entre la salud y el desarrollo con la finalidad de aplicar las enseñanzas del pasado a las acciones del futuro.

La demanda incesante de alimentos básicos, albergue y servicios de salud por una población cada vez mayor, la escasez de recursos naturales y económicos para satisfacer estas necesidades, y la obligación reconocida de lograr la sostenibilidad de las intervenciones sanitarias y de los esfuerzos de desarrollo indican que hacen falta enfoques multidisciplinarios para encontrar nuevos mecanismos, o poner al día mecanismos viejos, que permitan situar el bienestar de las personas en el núcleo mismo de las actividades de desarrollo y transformar las políticas mundiales de crecimiento económico en medidas locales para el desarrollo humano.

Este libro se divide en cuatro secciones principales. La parte I, que aborda la relación entre la salud y el desarrollo, presenta antecedentes sobre la salud y el desarrollo como punto de partida para el análisis de un marco unificado de salud-desarrollo. También presenta un resumen de los enfoques principales sobre la salud y el desarrollo desde la segunda guerra mundial y trata, si bien sucintamente, los esfuerzos actuales por vincular formalmente el desarrollo social y humano con el crecimiento económico.

Para complementar la exposición de los enfoques de la salud y el desarrollo, la parte II incluye dos ensayos que describen iniciativas regionales de salud y desarrollo en América Latina y el Caribe, y en África. El trabajo titulado "El proceso de desarrollo en América Latina y el Caribe" esboza la Iniciativa de Salud en el Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud, sus consecuencias y las estrategias para su puesta en práctica. Los esfuerzos del Banco Mundial para reunir a los dirigentes sanitarios africanos con miras a formular nuevas políticas y estrategias de salud para su región se describen en el trabajo "Obtención de consenso en las estrategias de salud en África".

La parte III presenta un resumen del primer Foro Internacional sobre Salud y Desarrollo, celebrado en Washington, D.C., del 17 al 19 de junio de 1992. El resumen abarca los debates, los resultados y las recomendaciones que surgieron del Foro. Este fue iniciado y organizado por la Universidad George Washington, con el copatrocinio de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de Salud (OPS/OMS) y el Banco Mundial.

En la parte IV se resumen las ideas básicas expresadas en las secciones anteriores acerca de la conexión salud-desarrollo. El fin que perseguimos con esta publicación es estimular la reflexión y la actuación entre los especialistas de la salud pública, los profesionales de las ciencias sociales y los economistas del desarrollo para que examinen conjuntamente los aspectos conceptuales y metodológicos, así como las medidas que es preciso adoptar para operacionalizar la conexión salud-desarrollo y para promover el estudio y análisis continuos de un marco unificado de salud-desarrollo.

AGRADECIMIENTOS

Como Directora del Centro para la Salud Internacional de la Universidad George Washington, quiero agradecer la colaboración de los colegas de la OPS/OMS, el Banco Mundial, la Universidad George Washington y otras instituciones en la preparación del presente volumen.

Estamos especialmente agradecidos a Sir George Alleyne y Antonio Campino, de la OPS/OMS; Thomas Bossert, del Proyecto Sostenibilidad de la Salud y la Nutrición en América Latina y el Caribe: Apoyo Técnico a la Política, Financiación y Gestión y Stephen Smith, del Departamento de Economía de la Universidad George Washington, por sus sugerencias, comentarios y aportación significativa a "*Una perspectiva de la salud y el desarrollo*".

Se pidió a varias personas que revisaran sucesivos borradores de este volumen o que se reunieran con nosotros para estudiar problemas específicos de la parte I. Deseo dar las gracias a Daniel López Acuña, José Romero Teruel, José Antonio Solís y Cristina Torres Parodi, de la OPS/OMS; Melanie Marlett, de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos y David B. Werner, Director de la Fundación Hesperia. Sus experiencias y opiniones resultaron particularmente útiles para confeccionar este volumen. Carol Underwood, que trabajó en forma independiente como revisora técnica, formuló comentarios y realizó aportaciones inestimables.

Quiero agradecer a Maurice East, decano de la Escuela Elliott de Asuntos Internacionales de la Universidad George Washington, Richard Riegelman, Director de los Programas de Salud Pública y Jorge Ríos, Jefe del Departamento de Medicina del Centro Médico de la Universidad George Washington, por su continuo apoyo a las

actividades internacionales relacionadas con la salud y el desarrollo. También se aprecia mucho el apoyo y la colaboración de Joan Cook, James Macinko y Jim Peters en la redacción y el procesamiento de textos. Hago constar mi reconocimiento al personal de la OPS/OMS encargado de la traducción, revisión editorial y producción de esta obra.

El ensayo "*Una perspectiva de la salud y el desarrollo*" se preparó para el Foro Internacional sobre Salud y Desarrollo y se amplió tras su celebración. Las ponencias presentadas en el Foro se han utilizado como fuentes de información y de ideas para el presente volumen. En particular, quiero agradecer las aportaciones de Sir George Alleyne de la OPS/OMS; Ismail Serageldin y Edward Elmendorf, del Banco Mundial y A. El Bindari Hammad, de la sede de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El primer Foro Internacional sobre Salud y Desarrollo se enriqueció con las colaboraciones y conocimientos de todos los que participaron. Quiero expresar mi agradecimiento a los directores de debates, los conferenciantes y los expertos participantes, así como a los redactores que procuraron captar la esencia y las características del Foro. Particularmente me complace que los estudiantes del curso de salud y desarrollo internacional de la Universidad George Washington hayan participado en el Foro como redactores.

También me gustaría expresar nuestra gratitud a Carlyle Guerra de Macedo, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, que no solo aportó sus conocimientos en temas de salud y desarrollo sino que, tras examinar concienzudamente desde un principio nuestros planes de realizar un foro internacional de salud y desarrollo, nos apoyó para que este evento significativo se materializara.

Finalmente, quiero expresar nuestro profundo agradecimiento a Stephen Joel Trachtenberg, Rector de la Universidad George Washington, por su apoyo inestimable al Foro y su percepción de la función central que nuestra institución puede desempeñar en materia de cooperación internacional.

Rosalía Rodríguez García

**PARTE I: EL TEMA
UNA PERSPECTIVA DE LA SALUD
Y EL DESARROLLO**

PREFACIO

Este ensayo procura proporcionar información básica sobre la salud y el desarrollo como punto de partida para estudiar un marco unificado de salud-desarrollo. También presenta un resumen de los principales enfoques de la salud y el desarrollo desde la segunda guerra mundial y describe brevemente las tentativas actuales de vincular debidamente el desarrollo social y humano con el crecimiento económico. El examen se basa en dos postulados. En primer lugar, el *desarrollo* abarca el desarrollo social, político, económico y humano; es decir, no solo el crecimiento económico. En segundo término, este concepto global del desarrollo debe emplearse para guiar la formulación de las políticas necesarias para la resolución de las amenazas sociales universales, tales como el SIDA, la pobreza y el deterioro ambiental que afectan a las poblaciones de todos los países del mundo, sea cual fuere la posición que ocupen en el sistema económico internacional.

Desde un principio, queremos manifestar que este ensayo representa las primeras etapas en el diseño de un paradigma de salud-desarrollo que pueda explicar e informar el desarrollo humano. Como tal, sirve de introducción al complejo y multifacético tema de la salud y el desarrollo. Este libro es el primero de una serie de publicaciones que abordarán este tema de interés mundial, pero no es todavía un análisis definitivo del problema; más bien, representa un trabajo en ejecución con respecto a la teoría y la aplicación. Preveemos que esta conexión crucial en el proceso de desarrollo resulte todavía más evidente en los años venideros e induzca a otros investigadores y profesionales a colaborar en futuras publicaciones.

INTRODUCCIÓN

En el siglo XX, se ha considerado a la salud en marcos diferentes y se le ha otorgado grados de importancia cada vez mayores; sin embargo, hasta hace poco, solo en mínima medida se ha procurado dar prioridad a la integración directa de las cuestiones relacionadas con la salud en el proceso de desarrollo económico. A medida que el siglo XX se acerca a su fin, la relación entre la salud y el desarrollo se está sometiendo a un nuevo examen. Provoca esta reevaluación una búsqueda de nuevos modelos para enfrentar las amenazas para la salud en el mundo, tales como el deterioro ambiental, el SIDA, la atención médica a un precio desmesurado y el costo de la tecnología, la pobreza y la enfermedad. Más de mil millones de personas en el mundo viven todavía en la pobreza extrema (Banco Mundial, 1992) porque no llegaron a ellas los progresos en salud, educación, capacidad de generar ingresos e infraestructura y, por lo tanto, han visto obstaculizado su desarrollo humano.

La salud, considerada como medida del desarrollo humano, contribuye a la evolución de otros estados y actividades que, como la salud, resultan componentes esenciales del desarrollo humano. Esta superposición se pone de manifiesto ante el aumento del interés por enfocar conjuntamente la salud y el crecimiento económico, por buscar maneras de medir sus efectos combinados y por trabajar para fraguar su interacción positiva y sinérgica. Dos de las preguntas referidas al campo de la salud que muchos tratan de responder son: ¿"Cómo puede contribuir más eficazmente el crecimiento económico al logro de una salud mejor"? y ¿"Cómo podemos medir el efecto de una salud mejor en el crecimiento económico"? Es importante

entender estas preguntas y advertir el valor que tiene un enfoque integrado de salud y desarrollo para darles respuesta. Esto es particularmente válido cuando se considera la situación de mil millones de personas en todo el mundo atrapadas en un círculo de pobreza extrema, enfermedad, analfabetismo e impotencia. La habilitación de estas personas para que se puedan convertir en miembros productivos de sus sociedades entraña la aplicación de estrategias de desarrollo y de políticas públicas encaminadas a poner a su disposición salud básica, albergue, nutrición e información y aptitudes para generar ingresos eficazmente.

Como veremos, se piensa bastante en este tema en todo el mundo. Aunque no quepan dudas de la necesidad de enfocar el problema globalmente, las condiciones mundiales de pobreza extrema, desigualdad y explotación excesiva del patrimonio ambiental señalan la urgente necesidad de reemplazar los conceptos macro y las políticas universales por conceptos empíricos y, aún más, de convertirlos en políticas y acciones coordinadas locales. El propósito de este ensayo es mostrar que los conceptos de salud y desarrollo se tornan cada vez más amplios y coincidentes, y subrayar a la vez la creciente necesidad de incorporar aspectos de la salud como componentes fundamentales de las políticas públicas y las estrategias de desarrollo.

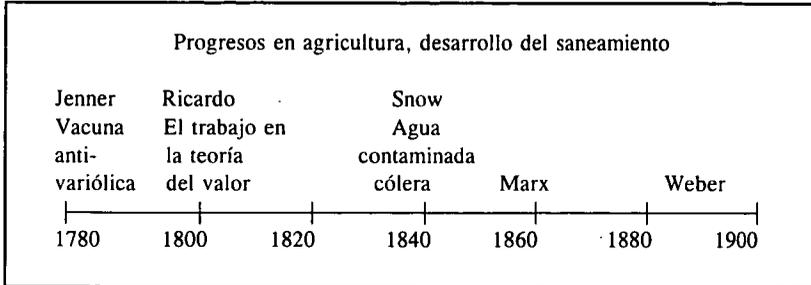
Este ensayo empieza poniendo de relieve, aunque sea selectivamente, algunos casos en que la salud y las necesidades económicas se pueden atender mejor con una interacción eficaz y concluirá con un resumen de los diferentes enfoques que vinculan la salud y el desarrollo y también con un examen de ciertos temas que intervienen en la operacionalización de la conexión salud-desarrollo.

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD Y DESARROLLO

Para comprender cómo se pueden integrar eficazmente la salud y el desarrollo, en primer lugar debemos tratar de definir los conceptos de "salud" y "desarrollo". Además, debemos examinar la evolución de ambos conceptos y las preguntas que se plantean. Por medio de este proceso determinaremos el marco de un moderno paradigma de salud-desarrollo. Salvo que en el texto se indique lo contrario, "desarrollo" se refiere no solo al crecimiento económico, sino también a cambios fundamentales en la estructura de la economía y al desarrollo social y humano. Nuestra atención se centra principalmente en los cambios del desarrollo en la era posterior a la segunda guerra mundial.

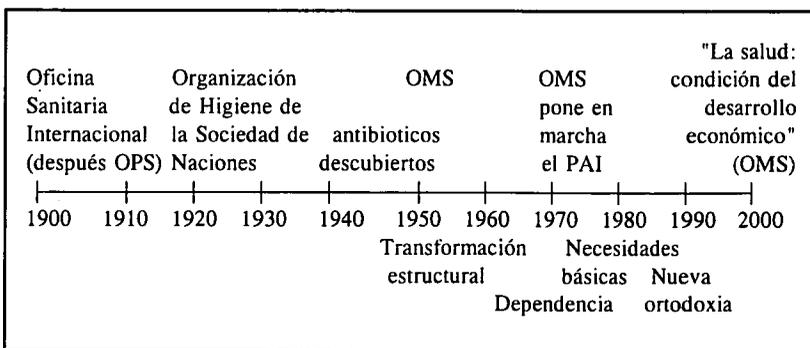
Los conceptos de salud y desarrollo se emplean para caracterizar las condiciones sociales mientras los expertos en salud y desarrollo procuran responder a ellas. Las definiciones de estos conceptos cambian cuando las sociedades experimentan cambios sociales, económicos, políticos y tecnológicos. Las figuras 1 y 2 muestran la cronología de ciertos intentos de vencer a las enfermedades en el mundo, junto con la aparición de teorías socioeconómicas sobre la riqueza y su distribución. A partir de la invención de la vacuna antivariólica y de los descubrimientos que vincularon las condiciones de saneamiento con la enfermedad, estos dos esquemas documentan la cronología del desarrollo sanitario mediante el descubrimiento de tratamientos para las enfermedades infecciosas. Las teorías económicas enumeradas son las que más han aportado a las teorías del desarrollo y de los cambios estructurales en el mundo en desarrollo en la era posterior a la segunda guerra mundial.

Figura 1. Momentos culminantes del desarrollo sanitario y económico en los siglos XVIII y XIX



Las condiciones sociales han cambiado notablemente en la era de posguerra a medida que las naciones industriales más avanzadas se recuperaban de la guerra y empezaban a buscar un nuevo orden mundial. En el proceso de cambio y descolonización, empezaron a plantearse preguntas acerca de las posibilidades y los modelos de desarrollo en el mundo menos desarrollado. Se esbozan las ideas que orientaron los intentos organizados de facilitar estos cambios en el marco de la situación socioeconómica y de la salud. Véase el apéndice I para una cronología detallada.

Figura 2. Momentos culminantes del desarrollo sanitario y económico en el siglo XX



Desarrollo

El término *desarrollo* describe en general el proceso de mejorar la calidad de la vida, que entraña el cambio progresivo de la condición socioeconómica y política. Para los fines del presente documento, desarrollo se define como "el proceso de mejorar la calidad de la vida mediante cambios que derivan en una mayor productividad y más elevados niveles de vida, una mayor participación política y el acceso a bienes y servicios básicos" (Rodríguez-García, 1992). En ese contexto, el desarrollo debe representar teóricamente mayores oportunidades de elección y capacidad para aprovecharlas.

Después de la segunda guerra mundial apareció una teoría coherente del desarrollo; describió el progreso en términos políticos, sociales y económicos occidentales. Las naciones en distinta situación en cuanto a riqueza y progreso tecnológico iban a compartir los ideales de democracia, igualdad y cooperación para su bien común (Sutton, 1989). Esta teoría, también llamada teoría de la modernización, hizo hincapié en la primacía del crecimiento económico por medio de la industrialización y el desarrollo de la infraestructura para sostener ese crecimiento (Sutton, 1989). Conforme a la teoría de la modernización, una parte vital del desarrollo fue la adopción de valores occidentales, habida cuenta de que las maneras tradicionales de pensar fueron consideradas como impedimentos para el desarrollo. La noción de que las redes sociales tradicionales podrían acelerar efectivamente el desarrollo fue ajena a esta perspectiva. Se supuso que todos los países habrían de pasar por un conjunto similar de etapas sucesivas —ejemplificadas por las naciones industriales modernas— como parte del proceso de desarrollo económico (Rostow, 1960; Todaro, 1989). Uno de los modelos emulados con frecuencia fue el de la industrialización mediante la sustitución de importaciones.

Aunque el desarrollo social y las consideraciones sobre la salud se creyeron importantes, se entendieron en general como consecuencia más que como medio o incluso fin específico del

desarrollo. Muchos planificadores del desarrollo propendieron a considerar los gastos públicos en salud como consumo más que como inversión en recursos humanos. Los planificadores dieron por sentado que el crecimiento económico generaría recursos para invertir en esferas como la salud y la educación, y que mejorarían por lo tanto las condiciones imperantes. Las excepciones fueron posiblemente el criterio de capital humano de Schultz (1964) y el estudio de Myrdal (1968) sobre la función de una salud y una nutrición mejores en el aumento de la productividad. Ambos autores ganaron premios Nobel por su trabajo en estos campos.

En los años setenta surgieron dos importantes tendencias contrapuestas de la teoría del desarrollo. La primera de ellas, la teoría del cambio estructural, se centró en la transformación de las estructuras económicas nacionales de economías basadas en la agricultura de subsistencia en economías más modernas, urbanizadas e industrialmente diversas de manufacturas y servicios. Los instrumentos empleados para describir esta transformación comprenden la teoría neoclásica del precio y la asignación de recursos y la moderna econometría (Fei y Ranis, 1964; Lewis, 1954; Todaro, 1989).

La segunda tendencia apareció cuando las naciones en desarrollo empezaron a impugnar los modelos occidentales de desarrollo económico, particularmente en los años sesenta y setenta. Sus teóricos criticaron el orden económico mundial por haberse establecido para beneficiar a las naciones industrializadas centrales y para mantener a las naciones en desarrollo en una posición periférica y desventajosa de desarrollo dependiente. Esta formulación, radical y política en su orientación, suponía que el sistema de desarrollo económico, que controlaban las antiguas potencias coloniales industrializadas, constreñía efectivamente el desarrollo económico de las naciones en desarrollo hasta el punto de la explotación (Cardoso, 1973; Dos Santos, 1969; McKay, 1990). Una expresión clave de esta tendencia, la teoría de la dependencia, tuvo sus raíces en el marxismo, se desarrolló en América Latina y se adoptó posteriormente en África.

El debate consiguiente entre dependencia y modernización empezó a apagarse en los años ochenta cuando las condiciones emergentes en el mundo hicieron poner en duda ambas teorías. El crecimiento no sostenible impulsado por la deuda durante los años setenta, que resultó en la crisis de la deuda en 1982, fue seguido por la recesión y el ajuste económico en los años ochenta. Portes y Kincaid (1989) señalaron que los adelantos en tecnología y las nuevas y notables modalidades de inversión eran los factores dominantes que beneficiaban a algunos países (como Corea del Sur y Taiwan) durante este período y les permitían experimentar un crecimiento económico significativo. Aunque esta observación es correcta, los gobiernos de Corea, Taiwan y Singapur sancionaron políticas industriales que se centraron en la fabricación de productos de alta tecnología y "promovieron selectivamente las exportaciones favorecidas" (Smith, 1991). Este enfoque se caracterizó por una orientación hacia el exterior, a diferencia de las tendencias de las teorías de la dependencia, que miraban hacia adentro. Las cambiantes modalidades de inversión hicieron que las industrias se desplazaran de los países industrializados más avanzados a zonas en las que los beneficios y las ganancias eran superiores e inferiores los costos de mano de obra y de expedición. Sin embargo, otras naciones en desarrollo todavía no se han beneficiado con los nuevos modelos industriales; por el contrario, padecieron una grave erosión económica y social.

A pesar de los cambios económicos y políticos que se iniciaron a fines de los años ochenta —con la disolución del bloque comunista y la alteración del equilibrio entre las potencias mundiales— la estructura esencial de la economía mundial permaneció aparentemente intacta. La teoría del sistema mundial, tal como fue concebida por Immanuel Wallerstein en los años setenta (Wallerstein, 1974; Hopkins y Wallerstein, 1977), pareció ofrecer una explicación ajustada a las condiciones existentes. Esta teoría presenta un orden mundial capitalista, con las naciones industriales en el centro y las naciones en desarrollo en la periferia. En vez de considerar que las naciones están encerradas en un desarrollo dependiente, este sistema permite que las naciones modifiquen su condición sin alterar el

funcionamiento del sistema en si (Portes y Kincaid, 1989). Por ejemplo, el sistema mundial verá a los países de la Europa oriental como parte de la semiperiferia, con posibilidades de incorporarse al centro o la periferia, según sea la política de mercado que elijan.

Las nuevas tendencias del pensamiento del desarrollo se caracterizan por propuestas de descentralización de los recursos dentro de los países, una meta de desarrollo nacional como medio de ayudar a los países a incorporarse en el sistema económico internacional y la formulación de políticas nacionales de desarrollo que tomen en cuenta las diferencias regionales internas. Los aspectos sociales del desarrollo empiezan a adquirir más importancia a medida que los gobiernos procuran mejorar el comportamiento de sus economías en escala internacional y corregir las diferencias internas, mientras mantienen su compatibilidad con los aspectos fundamentales del enfoque de la economía del desarrollo, aunque encuentren nuevos actores sociales bajo la forma de movimientos políticos. Algunos creen que el péndulo se está desplazando de nuevo hacia el activismo gubernamental, sobre la base de frecuentes comentarios en este sentido que se escucharon durante la conferencia del Banco Mundial, de 1992, sobre la economía del desarrollo. Este nuevo activismo se concentra a menudo en las funciones del gobierno con respecto a la pobreza y en las iniciativas de política de salud vinculadas con las políticas de desarrollo y crecimiento económico (Smith, 1992, comunicación personal). Se pueden advertir algunos indicios de este desplazamiento en el Informe sobre el desarrollo mundial 1990, del Banco Mundial, sobre la pobreza. El programa "Ajuste con rostro humano" del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) fue el comienzo de un cambio de orientación encaminado a beneficiar a los pobres, creando redes de seguridad e instituyendo programas de salud y educación como parte de las condiciones de los créditos del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI) (Jolly, 1985).

Simultáneamente con la formulación de estos conceptos de transiciones de sociedades agrarias a sociedades industriales modernas, en los años setenta otros economistas empezaron a

desarrollar teorías de la redistribución del crecimiento (Chenery, 1979). Seers (1972) y Goulet (1971) se preguntaron si el "desarrollo" había tenido realmente lugar, habida cuenta de las condiciones persistentes de desempleo, pobreza y desigualdad. Seers y otros procuraron redefinir el desarrollo económico como proceso multidimensional para examinar estos temas. El intento de abordar los temas de la pobreza, la desigualdad y la riqueza ayudando directamente a las naciones a desarrollar y mejorar su infraestructura en los sectores de los servicios de salud y educación, así como a prever una mayor generación de ingresos, vino a llamarse enfoque de "las necesidades básicas". Este enfoque contrastó con los modelos "de desbordamiento", que supusieron que las necesidades de estos sectores podrían atenderse como resultado del crecimiento general de la economía. Como consecuencia de las preguntas formuladas por Seers (1972) y Goulet (1971), empezaron a cobrar impulso y evolucionar los enfoques del desarrollo basados en las necesidades básicas y la comunidad, que procuraron remover los obstáculos fundamentales para el desarrollo abordando temas clave como la educación, la salud, el saneamiento y la vivienda.

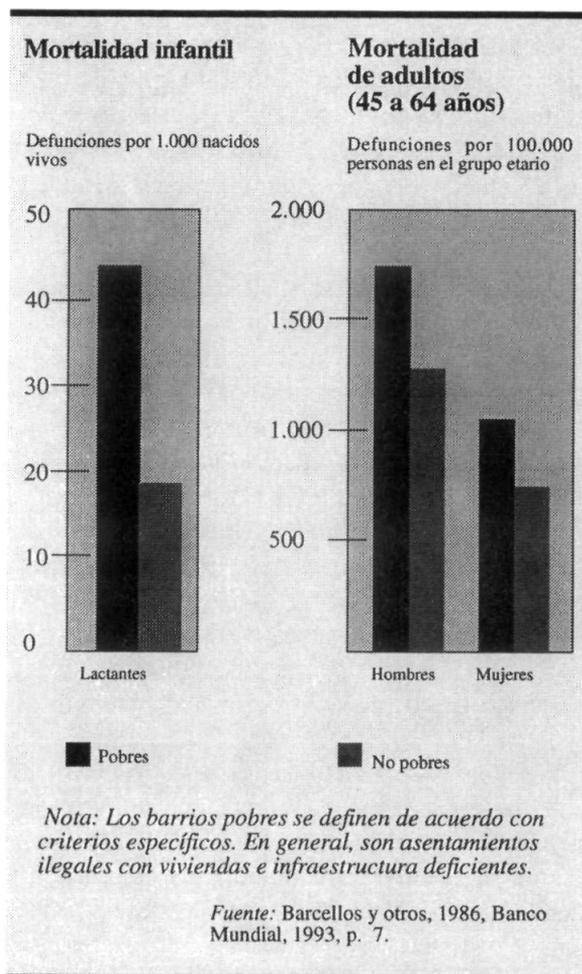
La divergencia de criterios sobre el desarrollo se refleja en el discurso sobre el desarrollo, en el que términos como tradicional, moderno, desarrollado, subdesarrollado, en desarrollo, centro-periferia, tercer mundo, transición y Norte-Sur se emplean para caracterizar las condiciones y relaciones internacionales. Esa terminología revela a menudo el pensamiento predominante sobre el significado del desarrollo y tiende a expresar las suposiciones, prioridades, enfoques y recursos de los organismos donantes en su diálogo con los países beneficiarios.

Los criterios dispares sobre el desarrollo son también comunes entre los especialistas en desarrollo y las poblaciones que pretenden beneficiar los proyectos de desarrollo. Un estudio comunitario efectuado por Stone (1989) pone de manifiesto la existencia de una sorprendente brecha entre los criterios de desarrollo de los lugareños y los sustentados por el personal del proyecto. Si para definir el desarrollo el personal del proyecto se expresó en función de nociones

de cambios de conducta por parte de los lugareños (adopción de nuevas prácticas agrícolas, utilización de modernos servicios de salud, práctica de la planificación de la familia), los lugareños se refirieron total y principalmente a estructuras concretas (escuelas, puestos de salud, sistemas de agua), lo que demuestra que muchas intervenciones relacionadas con la salud y el desarrollo comunitario procuraron inducir a la adopción de cambios de conducta y de actitud que el auditorio no consideró importantes. En consecuencia, Stone comprobó que no se habían alcanzado los logros de desarrollo que pretendía el personal del proyecto —la adopción de nuevas prácticas agrícolas y la utilización de modernos servicios de salud por parte de los lugareños— pues éstos percibían como logros las estructuras propiamente dichas, y no su uso.

Las teorías y políticas de desarrollo han solido dar prioridad al crecimiento económico antes que al crecimiento y desarrollo de los servicios sociales, incluidas la salud y la educación. Como resultado, se produjo efectivamente un crecimiento económico general y se redujo la pobreza en muchas partes del mundo, pero las diferencias sociales y económicas entre las naciones y dentro de ellas siguen siendo abrumadoras (Alleyne, 1989; Harpham y Stephens, 1991). Como demuestra la figura 3, incluso dentro de una misma ciudad son sumamente distintas las perspectivas de vida de pobres y no pobres. Esta situación induce a los encargados de la política en todo el mundo a buscar formas de integrar en sus economías nacionales a los marginados y empobrecidos como miembros productivos de la sociedad.

Figura 3. Mortalidad infantil y de adultos en barrios pobres y no pobres de Porto Alegre, Brasil, 1980



Salud

Como ocurre con el concepto de desarrollo, el concepto de salud ha evolucionado y se ha ampliado. A comienzos del siglo XX, la salud se definió biológicamente, con lo que se restringió la salud a la ausencia de muerte, enfermedades crónicas o discapacidades físicas. En decenios posteriores la salud ha experimentado una "desbiologización". Aunque no es necesariamente el criterio predominante en salud, este concepto ha recibido considerable atención —y ha influido en las políticas de muchas naciones— tras la declaración de Alma-Ata de 1978. Desde esta perspectiva, se incluyen "las variables sociales de la higiene ambiental, la salud, la seguridad en el lugar de trabajo, etc." (OPS, 1991).

En años más recientes ha surgido un enfoque más holístico y multisectorial con respecto a los factores determinantes de la salud, que procura integrar la medicina con la economía de la salud, los procesos políticos y los factores socioculturales. Así, se considera que temas sociales, económicos, políticos y culturales son factores determinantes adicionales de la salud de una sociedad. Este enfoque se resume en la definición de salud que se encuentra en el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la salud: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1990). Esta amplia definición es una "meta" que hay que tratar de alcanzar, más que un "estado" que se puede alcanzar; sin embargo, es útil porque proporciona un marco para establecer objetivos de salud.

Como se señaló antes, las actividades relacionadas con el desarrollo en el mundo durante los años cincuenta y sesenta hicieron hincapié en las estrategias de desarrollo económico de la industrialización antes que en la inversión social en esferas tales como la salud y la educación. Donantes y universidades emprendieron importantes actividades relacionadas con la salud y la educación, especialmente en América Latina. Sin embargo, la mayoría de los expertos y líderes nacionales supusieron que la prosperidad derivada del crecimiento económico "desbordaría" y

alcanzaría a sectores como el de la salud, que no participaban directamente en las actividades promovidas (McKay, 1990; Portes y Kincaid, 1989; Rostow, 1960). Con todo, si bien el crecimiento económico puede estimular el crecimiento del sector sanitario de la economía, no es necesariamente cierto que dicho crecimiento conduzca a la consecución de las metas de salud. En efecto, el crecimiento económico, las nuevas tecnologías de salud, una mayor educación y la intervención de los gobiernos lograron producir disminuciones significativas en las tasas de mortalidad y enfermedades de la niñez (Berman y Ormand, 1988; Birdsall, 1989; Roemer y Roemer, 1990). No obstante, análisis periódicos de las condiciones mundiales efectuados por gobiernos nacionales, organismos internacionales y otros observadores han revelado que siguen existiendo grandes grupos de población compuestos por personas pobres, enfermas o analfabetas, parcial o completamente marginadas de sus economías nacionales, tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo, aunque las condiciones son especialmente desoladoras en estos últimos. En los años setenta empezaron a ponerse de manifiesto algunos de los efectos negativos para la salud que producen ciertas actividades relacionadas con el desarrollo. Esto indujo a debatir sobre urbanización, uso de plaguicidas y alimentación infantil con biberón, entre otros temas.

En los años setenta se formularon nuevas estrategias. Diversos grupos, incluidos el UNICEF y la OMS, adoptaron un enfoque comunitario de la salud que abordaba temas tales como las funciones de los auxiliares sanitarios, las tecnologías apropiadas, la educación de la comunidad y el control de las enfermedades diarreicas (Basch, 1990). Este enfoque respaldó los esfuerzos de muchas de las naciones en desarrollo por desarrollar su propia capacidad técnica en educación sanitaria y en gestión y prestación de los servicios de salud.

Muchos organismos bilaterales, fundaciones y organizaciones privadas de todo el mundo han efectuado aportaciones significativas a los numerosos adelantos conseguidos en cuanto al estado de salud

de las poblaciones pobres y desfavorecidas en los últimos 40 años. Las organizaciones no gubernamentales, particularmente las de base, son a menudo más eficaces que los organismos más grandes cuando se trata de llegar a los pobres y desempeñan una función más significativa que éstos en el mejoramiento de la salud de las comunidades (Abed y Chowdhury, 1992; Borrini, 1985). En el marco de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud ha asumido el liderazgo de la salud mundial, lo mismo ha hecho la OPS, específicamente en las Américas, y el UNICEF, con respecto al bienestar de los niños. El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de la OMS, para proteger a los niños de la poliomielitis, el sarampión, la difteria, la tos ferina, el tétanos y la tuberculosis, se puso en marcha en 1974. En 1977 la 30ª Asamblea Mundial de la Salud estableció como meta la "Salud para todos en el año 2000", haciendo hincapié en los temas de acceso y equidad en materia de salud (OMS, 1991). En 1979, la OMS dio por terminada su eficaz campaña de erradicación de la viruela.

En 1978, la OMS y el UNICEF patrocinaron una reunión en Alma-Ata, en la entonces Unión Soviética, donde se declaró que "la atención primaria de salud es la clave para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000" (OMS, 1977). La atención primaria de salud mereció mucha atención en ese momento y las organizaciones internacionales y los principales donantes bilaterales empezaron a "centrar de nuevo su atención en los aspectos microeconómicos del desarrollo" (Fields, 1980). A menudo se emplearon el enfoque de las "necesidades básicas" y otros enfoques del desarrollo local para centrar la atención en sectores tales como los de salud, educación y saneamiento.

Durante los años ochenta las desiguales modalidades del desarrollo y "novedades de la economía mundial, tales como una demanda externa floja, una relación de intercambio decreciente, una menor oferta de financiación externa y un mayor aumento de la inestabilidad de las tasas de interés, se combinaron para producir [condiciones económicas mundiales extraordinariamente negativas]" (Banco Mundial, 1990). La experiencia adquirida con la atención

primaria de salud había "desarrollado" aún más "la creencia de que los riesgos para la salud manifestados en las condiciones epidemiológicas y la mala salud personal se producen en grupos de individuos u hogares expuestos a un conjunto común de condiciones" (OMS, 1991). La OMS afirma que estas condiciones se agravaron en el último decenio mientras el ciclo de la deuda, la recesión y el ajuste económico pueden haber menguado seriamente la capacidad económica de algunas naciones para proteger la salud (OMS, 1991). No obstante, Behrman (1988), en un examen de los efectos de los programas de ajuste económico en la salud y la nutrición de los países en desarrollo, no encontró pruebas empíricas para fundamentar el criterio de que estas políticas hubieran ejercido efectos negativos directos en la salud y la nutrición de los países en desarrollo o de que la salud y la nutrición hubieran sido sustancialmente mejores sin estas políticas de ajuste.

Debe observarse, sin embargo, que los factores socioeconómicos por sí no explican los notables progresos alcanzados en la salud, la nutrición y la longevidad en todo el mundo en los tres últimos decenios. En consecuencia, los contratiempos económicos no van acompañados necesariamente por disminuciones inmediatas y significativas del bienestar físico. Hay otros factores atenuantes. En particular, las investigaciones han demostrado que el acceso a la eliminación segura de aguas residuales, la disponibilidad de servicios médicos y el grado de los conocimientos de las madres en lo que se refiere a prácticas higiénicas, medidas preventivas básicas y uso de servicios de atención de salud, incluida la planificación de la familia, son mejores factores determinantes de la situación de salud que las variables socioeconómicas (Mata, 1988).

Habida cuenta de que hay pocas maneras de medir directamente las repercusiones de medidas de ajuste estructural en la salud, ha sido difícil establecer una conexión directa entre el ajuste estructural y la salud empleando variables de evolución. Estudios efectuados en varios países latinoamericanos establecieron una conexión indirecta mediante variables intermedias o de proceso que demostraron perturbadoras reducciones de los gastos sanitarios como resultado del

ajuste estructural. Dichas reducciones incluyen una disminución de la inversión en gastos sanitarios en general, un achicamiento de los gastos en medicina preventiva en comparación con los correspondientes a la medicina curativa y una merma de los costos salariales totales en el sector de la salud, que trae aparejada una reducción de los salarios reales, aunque no una disminución del empleo (Musgrove, 1990). Aunque las consecuencias quizás no hayan sido directas, los focos de pobreza y mala salud que precedieron al período de recesión persistieron y se caracterizaron por condiciones de pobreza y malnutrición que se reforzaban recíprocamente y, por lo tanto, aumentaban la vulnerabilidad a las enfermedades.

Parece que en África los gastos en salud no se han visto afectados en relación con otras prioridades públicas. La carga del ajuste ha caído preferentemente sobre la población "fiscalmente vulnerable", en su mayor parte de la clase media, que otrora había tenido acceso privilegiado a los servicios sociales públicos (Sirageldin, Wouters y Diop, 1992). A fines de los años ochenta muchos países africanos consideraban que las reformas estructurales en el sector de la salud eran requisito de una atención de salud eficaz y eficiente.

El examen anterior pone de relieve cómo han evolucionado los conceptos de salud y desarrollo hasta un punto en que se entrelazan. Los principales objetivos de la política pública de salud son el alivio del sufrimiento, el mejoramiento del estado de salud, el control y la dirección de la salud a nivel individual y doméstico, el tratamiento de las cuestiones ocupacionales y de salud ambiental, y el control de las amenazas latentes de enfermedad en los países y entre ellos. Este documento propone que estos objetivos se amplíen para que incluyan la consideración de las cuestiones de salud en la medida en que influyen en los procesos de desarrollo socioeconómico y resultan influidas por ellos; por ejemplo, el control del ambiente con fines de salud (agua limpia, saneamiento) y la consideración de las cuestiones de salud en el diseño de proyectos industriales, para no nombrar más que un par de objetivos representativos. En el fondo yace la

proposición de que las preocupaciones de salud ocupen un lugar más central en la política económica.

RELACION ENTRE LA SALUD Y EL DESARROLLO

Hasta ahora, este ensayo ha expuesto la evolución de los conceptos del desarrollo y la salud. Los siguientes párrafos abordarán varios temas de la relación entre la salud y los procesos de desarrollo económico. Se incluyen en ellos el impacto del desarrollo en la salud, de la salud en el desarrollo, el ambiente, los costos y la participación del sector de la salud.

Un examen de la relación entre la salud y el desarrollo en un medio de considerables limitaciones económicas conduce a la determinación de los puntos en que se cruzan los problemas de salud con el crecimiento y la declinación de la economía. Esta coyuntura presupone la necesidad de optar para armonizar estas preocupaciones. Las opciones son políticas, económicas y sociales y deben tomar en consideración las necesidades de una sociedad tal como las perciben sus propios miembros. Empero, surgen dos preguntas clave: si la salud y el bienestar de los individuos son un objetivo central de las políticas económicas y las estrategias de desarrollo, ¿cuáles son los costos y los beneficios económicos, políticos y humanos de tomarlos en cuenta? ¿Y cuáles son los costos de no hacerlo?

La interrelación entre la salud y el desarrollo entraña un argumento convincente para sostener que la salud debe cumplir una función más prominente en las políticas nacionales de desarrollo. La integración eficaz de las cuestiones de salud en los programas de desarrollo económico puede beneficiar tanto a la población como a la economía y ayudar a reducir en definitiva los gastos del gobierno.

El criterio sostenido durante mucho tiempo de que los desembolsos sanitarios son gastos de consumo debe transformarse en otro que considere a los gastos sanitarios como inversión en el estado de salud. Esto es así porque la buena salud permite a los individuos gozar de una calidad de vida. La resolución de los problemas de salud contribuye a que el proceso de desarrollo sea más fluido y más rápido.

Hay una relación fundamental entre la salud y el desarrollo económico. El enfoque de la política de desarrollo que se centra en los ingresos considera que la salud es uno de los cimientos esenciales del capital humano. Una población sana y bien nutrida se traduce en una mayor productividad y en una vida más prolongada de la fuerza laboral, y ambas cosas son beneficiosas para la economía. No obstante, sería miope pensar en los individuos tan solo en función de su aportación potencial a la economía como medio de aumentar la productividad y lograr crecimiento económico. Ese criterio desvaloriza la importancia del desarrollo humano como objetivo en sí mismo. El Dr. Halfdan Mahler (1980), ex Director General de la Organización Mundial de la Salud, señaló el carácter recíproco de la salud y el desarrollo cuando dijo que "la meta del desarrollo económico es aumentar el bienestar de las personas. Salud para todos no es tan solo un subproducto del desarrollo. Es una palanca fundamental para iniciar el proceso mismo del desarrollo". El enfoque del desarrollo desde el punto de vista de la capacidad, firmemente influido por las obras de Amartya Sen (1977, 1984), sostiene que la buena nutrición y la salud —y el perfeccionamiento de la capacidad de leer y escribir— deben considerarse objetivos del desarrollo, aunque el rendimiento de la inversión sea cero si se la mide en términos económicos convencionales (Anand y Ravallion, 1993). Y el crecimiento económico puede proporcionar recursos y oportunidades para mejorar la salud. La OMS afirma que "... puesto que la capacidad de desarrollo depende de la salud, el logro de objetivos de salud pertinentes es una medida importante de la eficacia de las estrategias de desarrollo" (OMS, 1991, p. vii).

El progreso científico y las estrategias de desarrollo económico han producido un mejoramiento significativo de la nutrición, el saneamiento, el acceso a las vacunas y la planificación de la familia, un mayor poder adquisitivo y la disponibilidad de más puestos de trabajo. Este mejoramiento ha traído aparejadas tasas de mortalidad inferiores, mayor esperanza de vida y una disminución de las enfermedades diarreicas, una de las causas principales de mortalidad en la niñez (Birdsall, 1989; Kwangkee y Moody, 1992; Roemer y Roemer, 1990). En algunos países y regiones, como China, Costa Rica, Cuba, Sri Lanka y el estado de Kerala en la India, pone en el haber de los gobiernos su función activa en procura de "mejorar la prestación de servicios de salud personales, incluidas la atención de salud materno-infantil, la planificación de la familia, la nutrición básica y, quizás lo más importante, la atención curativa básica, especialmente mediante el uso de medicamentos" a bajo costo, con lo que se contribuye a mantener altos niveles de esperanza de vida, a pesar de los bajos ingresos (Birdsall, 1989). Estos cambios están conduciendo a un cambio del perfil epidemiológico de las naciones, a medida que se produce su transición demográfica de tasas de natalidad altas, mortalidad infantil elevada y esperanza de vida baja a tasas de natalidad inferiores, baja mortalidad infantil y mayor esperanza de vida. El aumento de la esperanza de vida, la urbanización y la industrialización entrañan una nueva preponderancia de las enfermedades crónicas de los adultos y los ancianos, como las cardiopatías y la hipertensión (Berman y Ormand, 1988; Jamison y Mosley, 1991).

El desarrollo económico también ha producido resultados negativos indirectos y directos. Entre los resultados negativos indirectos están el crecimiento demográfico rápido a corto plazo (como consecuencia de tasas de mortalidad inferiores antes del descenso de la tasa de fecundidad) y el aumento resultante de los problemas de alimentación, vivienda y atención de una población más numerosa.

La urbanización, la industrialización y el desarrollo tecnológico afectan mucho a las sociedades (Jackson y Ugalde, 1985; Kwangkee

y Moody, 1992). Nuevas tecnologías, tales como los fertilizantes y los plaguicidas, y riesgos ocupacionales mecánicos (o de otro tipo), devienen amenazas para la salud. El hacinamiento urbano da lugar a menudo al deterioro ambiental y a la contaminación porque ejerce presión sobre los sistemas de saneamiento y salud. Harpham y Stephens (1991), en su estudio sobre la urbanización y la salud en los países en desarrollo, comprobaron que el ambiente en que viven los pobres en las ciudades es uno de los aspectos esenciales de su estilo de vida, que se asocia con la mala salud. La contaminación es un problema industrial urbano grave. Frecuentes informes de los medios de comunicación describen los problemas respiratorios que afectan a los ciudadanos de la ciudad de México y muchas otras ciudades latinoamericanas (por los altos niveles de contaminación que se registran allí) y los esfuerzos de los gobiernos por hacer frente a la crisis (OMS, 1991).

El medio ambiente es un punto clave de la intersección de los problemas económicos con los de salud, porque con el control del medio ambiente (por ejemplo, agua potable y saneamiento) se puede mejorar en parte la salud de las personas; y con el daño al medio ambiente (en la forma de agotamiento de recursos o contaminación) se pueden minar la salud y la productividad futuras. Un problema persistente que demuestra lo dicho es el de la disponibilidad de agua limpia y de saneamiento. En los países en desarrollo más de 1.000 millones de personas no tienen acceso al agua limpia y 1.700 millones no tienen acceso al saneamiento. Hay 900 millones de casos de enfermedad diarreica por año y más de tres millones de personas, principalmente niños, mueren todos los años, en su mayor parte por ingerir alimentos o agua contaminados (Sorkin, 1988; Wash Project, 1990; Banco Mundial, 1992).

Cuadro 1. Efectos de la mejora del abastecimiento de agua y del saneamiento sobre las enfermedades

Enfermedad	Millones de personas afectadas	Reducción mediana atribuible al mejoramiento (%)
Diarrea	900*	22
Ascariasis	900	28
Dracunculosis	4	76
Esquistosomiasis	200	73

*Se refiere al número de casos por año.
Fuente: Esrey et al., 1990; Banco Mundial, 1992

El cuadro 1 muestra los efectos que un mejor suministro de agua y el saneamiento pueden tener en las enfermedades. El cuadro procede de un examen, efectuado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, de los resultados de casi 100 estudios sobre la repercusión en la salud del mejoramiento de la calidad o de la accesibilidad del agua o de la evacuación de excretas.

Las políticas de desarrollo que abarcan cuestiones de salud y están destinadas a proteger a la sociedad mediante medidas preventivas y la mitigación de los efectos de los contaminantes industriales y ambientales, pueden reducir los gastos sanitarios totales a largo plazo.

Ejemplo de lo dicho es la epidemia de cólera que ha estado haciendo estragos en gran parte de América del Sur y Central desde febrero de 1991. Durante el ciclo de deuda, recesión y ajuste económico de los años ochenta, la infraestructura de saneamiento fue uno de los servicios sistemáticamente subfinanciados en relación con las crecientes necesidades que generó una tasa constante de migración a las zonas urbanas. Jameson (1991) señala que los fondos del Banco Mundial asignados a América Latina para programas de ajuste económico ascendieron a US\$3.000 millones y que los gobiernos solo invirtieron unos US\$419 millones en salud, nutrición,

cuestiones de población, abastecimiento de agua y proyectos de alcantarillado. Habida cuenta de la situación de necesidades crecientes y crisis económica, Jameson cree que este nivel de inversión fue bajo, lo que hizo que esos sectores sufrieran grandes retrocesos, en particular en abastecimiento de agua potable y saneamiento. La inversión insuficiente en saneamiento, en algunos casos por la ineficacia de los gobiernos nacionales, combinada con el mal estado de salud de las poblaciones más pobres puede haber generado condiciones que permitieron que la epidemia de cólera se afianzara en algunos países (Jameson, 1991). En respuesta a las deficiencias ambientales y sanitarias en América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud ha elaborado un plan que propone la inversión de más de US\$200 mil millones en salud e infraestructura de saneamiento durante 12 años.

Un estudio de Petrerá y Montoya (1992) sobre la repercusión económica de la epidemia de cólera en el Perú, que fue patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud, reveló que el Perú experimentó una pérdida neta de unos US\$495,3 millones si se consideran las pérdidas y ganancias directas e indirectas. Las pérdidas externas, incluidas las exportaciones y el turismo, ascendieron a \$175,3 millones. Las pérdidas internas resultantes de un menor consumo interno de ciertos productos y de la pérdida de productividad de 1991 al presente, ascendió a US\$337,1 millones. En las cifras de la pérdida de productividad se refleja la morbilidad y la mortalidad en 1991 y una estimación de la futura pérdida de productividad de las personas que murieron durante la epidemia. Este estudio también reveló que entre 1985 y 1989, mientras el Perú sufrió graves conmociones internas políticas y económicas que sumaron sus efectos a los de la recesión internacional, la inversión pública en salud disminuyó 52 por ciento en términos reales en lo que se refiere a reducciones de servicios para el desarrollo de la infraestructura. Al mismo tiempo, la población de la zona metropolitana de Lima, que era de 6,5 millones, creció 50 por ciento. En lo que atañe al agua y el saneamiento, se estima que 55 por ciento de la población tiene acceso al agua de las redes públicas; sin embargo, la calidad del agua se resiente por la intermitencia de

los servicios y la falta de seguridad de los sistemas. Las instalaciones de saneamiento alcanzan a 45 por ciento de la población (Petraera y Montoya, 1992).

Los beneficios de los gastos sanitarios que generan ingresos no se restringen a una menor morbilidad y una mayor longevidad. Las investigaciones demuestran que ciertas inversiones sanitarias pueden aumentar la capacidad productiva de la tierra. Según el Informe sobre el desarrollo mundial 1993, la casi erradicación de la malaria en Sri Lanka durante 1947-1977 fue acompañada por un aumento de 9 por ciento de la renta nacional en 1977 (Banco Mundial, 1993). No solo mejoró la salud de los trabajadores, sino que áreas que habían estado plagadas de mosquitos se convirtieron en zonas habitables; en consecuencia, la producción aumentó.

Otro ejemplo de futuros gastos sanitarios y financieros que se pueden moderar incluyendo objetivos de salud en las políticas de desarrollo es el de la educación sanitaria de los trabajadores. Han resultado inadecuadas las medidas que actualmente se toman para instruir a los trabajadores migrantes mexicanos en los Estados Unidos sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las prácticas peligrosas que pueden conducir a infectarse con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Estos trabajadores corren gran riesgo de contraer la infección por el VIH mediante el contacto sexual. Algunos migrantes ya han contraído el virus y regresado a México, donde han infectado a otros, en algunos casos en remotas zonas rurales otrora consideradas de bajo riesgo y en las que es poco o nada lo que se hace en materia de exámenes o educación para controlar la infección por el VIH. Con anterioridad, el VIH se había identificado como un problema que se encontraba únicamente en las grandes zonas urbanas de México (National Public Radio, 1992). Ahora, sin embargo, se ha convertido en un riesgo para la población mexicana en general, que pueden transmitir, entre otros, los trabajadores temporeros. Los costos del examen selectivo y de la atención médica en relación con el VIH serán mucho mayores y más difíciles de determinar. Una eficaz educación preventiva de los trabajadores podría ayudar a reducir estos riesgos y costos.

Tradicionalmente, es frecuente que la salud y otros servicios sociales solo se valoren en función del bienestar social y de su papel redistributivo. A menudo se menosprecian las funciones y posibilidades del sector de la salud en la generación de ingresos. El sector de la salud, incluidas las actividades públicas y privadas, proporciona trabajo en investigación, prestación y gestión de los servicios de salud, así como en la fabricación de equipos sanitarios y medicamentos. Además, el sector de la salud pública contribuye al desarrollo en otros sectores, como el turismo, mediante la prestación de servicios e información a los residentes locales y los turistas y la protección del medio ambiente (Alleyne, 1989). El turismo de salud, que comprende a los turistas que visitan destinos específicos en procura de atención médica especializada y recuperación o regeneración de la salud, es algo que los países están empezando a mirar como fuente de ingresos (OPS, 1992).

Las medidas para evitar y tratar los efectos negativos, reales y potenciales, del desarrollo sobre la salud de las personas no se han incorporado sistemáticamente en el proceso de elaboración de estrategias y políticas de desarrollo. En vez de adaptar políticas que eviten resultados negativos de salud, se observa a menudo una tendencia a dejar las situaciones y problemas de salud emergentes dentro del campo de los servicios de salud (OMS, 1991). Y si bien el ministerio de salud puede determinar que un problema de salud se ha generado a causa de las políticas de otro sector, a menudo los responsables de la política de salud no cuentan con mecanismos, o disponen de pocos, para desempeñar una función significativa en el proceso normativo del desarrollo nacional (Birdsall, 1992; Elmendorf y Lamboray, 1992; Vieira, 1991).

Lamentablemente, los ministerios de salud se encuentran generalmente entre los organismos más débiles de los países, tanto industrializados como en desarrollo, y su función en la formulación y la gestión de la política económica suele ser minúscula cuando no inexistente. Los ministerios y departamentos de salud están sistemáticamente subfinanciados en la mayoría de los países y se considera que representan un orden de prioridad bajo para la

inversión en épocas de crisis económica. Además, como consecuencia del predominio de las inquietudes de carácter médico, los ministerios de salud tienden a concentrarse en la prestación de atención de salud antes que en la participación en el debate sobre la política de desarrollo dentro del gobierno. A menudo carecen de liderazgo y de personal preparado en economía y política, y suelen ser incapaces de abogar eficazmente por cuestiones nacionales de salud frente a otros sectores. Al mismo tiempo, la falta de preparación y de coordinación dificulta la recolección de los datos relacionados con la salud y la enfermedad que resultan necesarios para la toma de decisiones y la elaboración y ejecución de políticas.

En definitiva, el desequilibrio de fuerzas entre los sectores es nocivo para la población. Los problemas que requieren enfoques cada vez más multisectoriales no reciben suficiente atención y, por lo tanto, sencillamente se agravan. No obstante, si no cesan, los nuevos intentos conceptuales y prácticos de dar mayor prioridad a las cuestiones de la salud en las actividades vinculadas con el desarrollo pueden dar paso a enfoques más integrados y globales que permitan alcanzar objetivos de salud. Algunos de los intentos y enfoques iniciales se examinan en las secciones siguientes.

REPLANTEAMIENTO DE LA CUESTIÓN DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DESDE UNA PERSPECTIVA MULTIDISCIPLINARIA

Los profesionales de la salud, los economistas, los demógrafos, los sociólogos y otros profesionales de las ciencias sociales suelen analizar situaciones a través de la lente de sus propias disciplinas. En el caso de la salud y el desarrollo, estos análisis ofrecen un panorama de los muchos aspectos de una relación compleja y de la forma en que estos aspectos interactúan hasta formar un conjunto integral. La importancia de las iniciativas que se examinarán a continuación —tales como el índice de desarrollo humano, la iniciativa de Salud en el Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud y la iniciativa de "Salud: condición del desarrollo económico" de la Organización Mundial de la Salud— reside en que trabajan con una combinación de indicadores sociales y económicos para examinar cuestiones y problemas constantes. Alleyne (1989, 1991) subraya enérgicamente la importancia de combinar las "culturas" médica y social en el ámbito de la salud y afirma que la falta de aportes de las ciencias sociales produce una brecha operativa en lo que atañe a la recopilación de datos y la toma de decisiones.

La aceptación de la conexión salud-desarrollo señala la necesidad de reconsiderar posiciones políticas que se habían aceptado sin discusión. Los economistas, sociólogos, profesionales de la salud y otros especialistas deben de ponerse de acuerdo sobre las preguntas claves a las que hay que responder. Partiendo del acuerdo de que el estado de salud es una medida significativa del desarrollo global de una sociedad, los medios necesarios para garantizar que el estado de

salud quede incluido como objetivo clave de las estrategias de desarrollo y las políticas públicas deben tener preeminencia entre estas preguntas. Entre otros, es preciso examinar la función del Estado en la formulación de la política, el manejo de los recursos y la participación en los procesos locales de toma de decisiones y planificación. Tiene que evaluarse la comunicación intersectorial e internacional sobre la salud y el desarrollo. Debe abogarse activamente por que las políticas económicas sean acordes con objetivos de salud y desarrollo.

Se requiere esta clase de enfoque integrado para abordar los problemas del desarrollo desigual y del subdesarrollo en todo el mundo. Cada vez en mayor medida, e independientemente de su riqueza, las naciones comparten los mismos problemas —la juventud desplazada, el abuso de drogas, el bajo peso al nacer, el embarazo de adolescentes y el SIDA— que afectan a sus grupos más vulnerables.

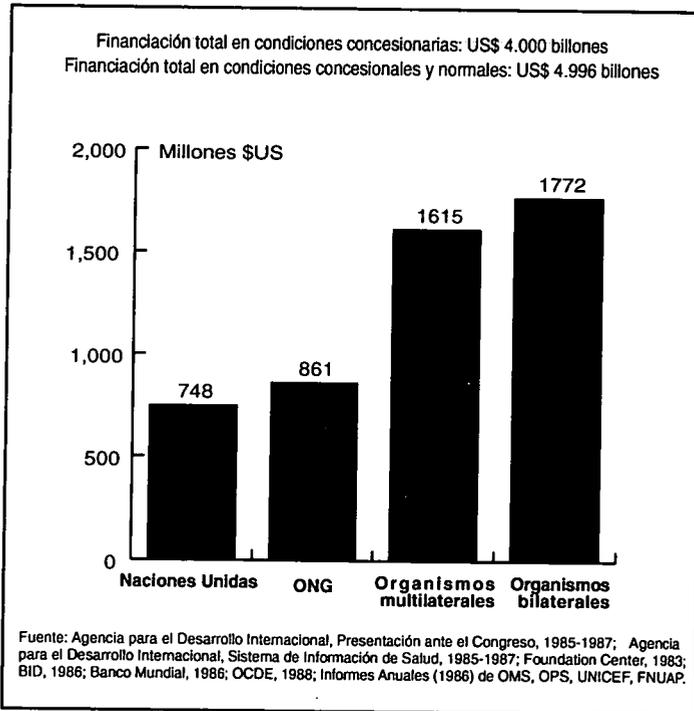
ENFOQUES PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES COMBINADAS EN PRO DE LA SALUD Y EL DESARROLLO

La sección anterior presenta la tesis de que para resolver los problemas mundiales de salud en un marco de salud y desarrollo se requiere un enfoque multidisciplinario. Posteriormente se pondrán de relieve algunos de los enfoques esbozados para abordar varios de estos temas.

Las tentativas de poner en un primer plano los factores de desarrollo y las cuestiones de salud surgieron como consecuencia del empeño por dar respuesta a problemas específicos. Algunas de estas tentativas trajeron aparejada una combinación de indicadores económicos destinada a crear instrumentos que midieran la relación entre el estado de salud y los niveles de desarrollo (Hunter, 1990). Algunos economistas han planteado la hipótesis de "desbordamiento" del desarrollo, la cual propone que la satisfacción de las necesidades humanas básicas, tales como la salud, la nutrición, la educación y el saneamiento, contribuye significativamente al crecimiento económico posterior, aunque el nivel económico previo no contribuye necesariamente a satisfacer las necesidades básicas. "El nivel del desarrollo económico de un país es sustancialmente producto de sus indicadores sociales anteriores. Los indicadores económicos anteriores no predicen significativamente el desarrollo social posterior. Por otra parte, el crecimiento económico parece ser producto de sus indicadores económicos y sociales anteriores". (Newman y Thomson, 1989, citado en André, 1992).

Los investigadores también están empezando a tratar de evaluar el estado y modo de empleo de la tecnología en muchos países. Un estudio efectuado en Nigeria reveló que casi un tercio del equipo en establecimientos sanitarios públicos, en particular el equipo más complejo de los centros de atención terciaria, está frecuentemente descompuesto, mientras el equipo de baja tecnología de los centros primarios está en mejores condiciones, se usa más a menudo y se repara rápidamente si se descompone (Erinosho, 1991).

Figura 4. Principales fuentes de financiamiento concesional a la salud, 1986



Los progresos alcanzados en materia de desarrollo y salud después de la segunda guerra mundial son producto de la combinación de los esfuerzos de organizaciones internacionales, distintas naciones y organizaciones no gubernamentales (véase la figura 4). Howard (1992) señala que de las organizaciones multilaterales, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el UNICEF y la OPS asumieron el liderazgo de la cooperación en salud. Más recientemente, las instituciones de crédito multilaterales, como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), han empezado a ocuparse más de la salud como un factor importante que contribuye al desarrollo, aunque todavía no se han puesto en práctica estrategias a tal efecto (véase el trabajo de Elmendorf, "Obtención de consenso en relación con las estrategias de salud en Africa", p. 96 de este volumen).

Como consecuencia de su destacada labor en el ámbito de la salud y el desarrollo en el período de posguerra, ciertas organizaciones internacionales actúan y se consideran como líderes en la elaboración y promoción de diferentes enfoques del desarrollo y la salud. Por lo tanto, los individuos, las naciones o las organizaciones que procuran desarrollar sus propias ideas sobre temas de salud y desarrollo suelen dirigirse a organizaciones como la OMS, el Banco Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), etc., para conocer las tendencias en estos campos y ajustarse a ellas, criticarlas o proponer alternativas.

Por este motivo, el siguiente examen de las iniciativas sobre salud y desarrollo empieza por considerar las que elaboraron y promovieron las organizaciones internacionales en procura de crear marcos para una mejor integración de las cuestiones de salud y desarrollo. (El cuadro 2 esboza brevemente algunas de las iniciativas que se estudian en esta sección). Después se abordarán las iniciativas de organizaciones bilaterales y no gubernamentales.

Cuadro 2. Características de las iniciativas de salud y desarrollo

Iniciativa	Características	Niveles de acción	Campo de aplicación
"La salud: condición del desarrollo económico" (OMS)	Determinación de los grupos vulnerables, alfabetización funcional, la salud como condición de crédito.	Macro, micro	Mundial
La salud en el desarrollo (OPS)	Las prioridades de salud definidas en el marco del desarrollo. El gobierno satisface las necesidades básicas de salud, desarrollo del liderazgo, cooperación internacional. El desarrollo del sector de la salud y la aplicación de políticas transversales.	Macro	Regional, subregional, las Américas
Índice del desarrollo humano (PNUD)	El índice combina los ingresos, la esperanza de vida y la alfabetización para medir los logros de cada país en desarrollo humano.	Macro	Mundial
Paradigma de salud y desarrollo (GWU)	Marco conceptual que integra a la salud con el desarrollo para el desarrollo de los recursos humanos.	Macro, micro	Enseñanza, investigación

Enfoques multilaterales

La salud en el desarrollo

Las condiciones y acontecimientos mundiales del último decenio han inducido a reevaluar el proceso de desarrollo en América Latina. En los años ochenta, la Organización Panamericana de la Salud empezó a proponer y formular el enfoque de la salud en el marco del

desarrollo para todos los países de las Américas. Este enfoque define la salud en función del modelo de desarrollo elegido, que en este caso es el crecimiento con equidad.

Este modelo se ha diseñado para trabajar en varios niveles. En primer lugar, la estructura de la clase dirigente del sector de la salud se reorienta sobre la base de las prioridades de salud establecidas en el marco del desarrollo. En segundo término, el Estado asume la responsabilidad de satisfacer las necesidades básicas y el sector de la salud cumple un papel más importante como ayuda para determinar esas necesidades y abogar por soluciones que las satisfagan intersectorialmente. En tercer lugar, se desarrollan aptitudes de liderazgo en el sector público y se hace hincapié en la cooperación técnica, tanto con la OPS como entre los países miembros y otros integrantes de la comunidad sanitaria internacional.

Iniciativa de Salud de Centroamérica

El primer experimento que efectuó la OPS para implantar la salud en el enfoque del desarrollo fue la Iniciativa de Salud de Centroamérica (ISCA). Se puso en marcha en 1984 como respuesta a la violencia, el estancamiento económico, el desplazamiento de las poblaciones y el sufrimiento humano generado por conflictos civiles en Centroamérica. El diseño, la coordinación y la ejecución de esta iniciativa dio a la OPS una experiencia práctica que sirvió para elaborar el concepto de salud en el desarrollo.

La primera etapa de la ISCA, *Salud, puente para la paz*, procuró hacer frente a la coyuntura inmediata y promover la cooperación en Centroamérica y con toda la comunidad internacional. La iniciativa regional trató de definir las necesidades prioritarias y de diseñar y financiar proyectos nacionales y regionales. Se reconocieron siete esferas prioritarias: servicios de salud, recursos humanos, medicamentos esenciales, alimentación y nutrición, enfermedades tropicales, supervivencia de los niños, y agua y saneamiento. Los proyectos produjeron la cooperación entre países que habían

experimentado algún grado de hostilidad recíproca. Nicaragua colaboró con Costa Rica y Honduras en las campañas de control de la malaria. Todos los países participaron en intercambios de medicinas y vacunas en ocasión de desastres naturales, epidemias o crisis. En 1985, las primeras suspensiones formales de las hostilidades en El Salvador empezaron a permitir que los trabajadores de salud llegaran a las zonas de conflicto para vacunar a los niños. Los países centroamericanos también compartieron los servicios de adiestramiento en todas las áreas prioritarias, y se establecieron redes de información que vinculaban a todos los países para que se pudiesen intercambiar datos del sector de la salud (OPS, 1991).

Ya abordados en la primera etapa los problemas inmediatos a nivel regional y nacional, la segunda etapa de la ISCA, *Salud y paz para el desarrollo y la democracia*, centrará su atención en la salud en el marco del proceso de desarrollo para mantener el desarrollo y fortalecer la democracia. Con esta iniciativa se han reunido casi US\$700 millones para mejorar las condiciones de salud en los países centroamericanos (OPS, 1991). El gobierno de España ha desempeñado una función clave al facilitar la canalización de los fondos de la Comunidad Económica Europea hacia estas iniciativas.

Iniciativa de "La salud: condición del desarrollo económico"

La iniciativa de la Organización Mundial de la Salud *La salud: condición del desarrollo económico*, que se estableció en 1991, considera que la protección y el mejoramiento de la salud y la calidad de la vida son un objetivo central de las estrategias de desarrollo. De conformidad con la OMS, las estrategias de desarrollo del pasado permitieron que los habitantes de muchos países vivieran más tiempo, pero no mejor, en condiciones básicas de vulnerabilidad. El concepto de vulnerabilidad se define como "condición en la que el bienestar físico y mental requerido para llevar una vida normal y productiva se ha deteriorado y está en riesgo constante" (OMS, 1991).

La iniciativa *La salud: condición del desarrollo económico* requiere reforzar el vínculo entre el componente financiero de los proyectos de desarrollo y el estado de la salud en las etapas iniciales de la formulación del proyecto y del proceso de negociación, a fin de que se mantengan o adopten modos de vida saludables cuando aumenten los ingresos y se mejore y proteja el medio ambiente cuando los grupos vulnerables mejoren la calidad de su vida. Destaca la importancia de poner el crédito al alcance de los grupos vulnerables y sugiere la inserción de una condición de "efecto sanitario" en las políticas y proyectos de desarrollo. Esta "condición" considerará los efectos que sobre la salud producirán los proyectos antes de la aprobación de los préstamos. Este enfoque sugiere también que los criterios de elegibilidad para los préstamos locales incluyan el compromiso del prestatario de mejorar la salud y participar en programas de salud tales como la planificación de la familia o la vacunación. A pesar de que generalmente muchas instituciones de crédito consideran que esos criterios son ajenos a su esfera de actividad, el Banco Mundial sostiene: "Los países que muestran buena disposición para mejorar el acceso a los servicios de salud para los pobres y para emprender reformas en el sistema de salud deben ser firmes candidatos a recibir la ayuda" (Informe sobre el desarrollo mundial 1993).

El enfoque de la OMS también propone una estrategia para identificar a los grupos vulnerables y tomar el análisis de sus necesidades como base de las estrategias de desarrollo y las políticas públicas nacionales. Esto se funda en la premisa de que los gobiernos desearán atender las necesidades de los grupos más vulnerables de la sociedad como medio de aumentar su capacidad de interacción social y económica, mejorando de ese modo las condiciones sociales y económicas globales. En sentido general, la vulnerabilidad es el resultado de la exposición a riesgos y factores de estrés, en tanto que la vulnerabilidad relacionada con la salud se refleja específicamente en la morbilidad, la mortalidad y la fecundidad. La vulnerabilidad se reconoce por la presencia de cuatro condiciones: precario estado de salud; falta de alfabetismo funcional, en el sentido muy amplio de falta de conocimientos y de aptitudes

para evadirse de la condición de vulnerabilidad; baja productividad y poca capacidad de generar ingresos; e impotencia e incapacidad general para tener acceso a recursos y controlarlos (OMS, 1991).

La iniciativa "Salud: condición del desarrollo económico" procura ayudar a que los grupos vulnerables cambien las condiciones que impiden su progreso, destacando que el alfabetismo funcional es un método para obtener información sobre la salud y capacitarse para llevar a cabo una función económica productiva.

Con la finalidad de someter a prueba la validez de estos conceptos, la OMS efectuó un estudio de cinco países para identificar grupos vulnerables de mujeres en Egipto, Ghana, Nigeria, Zambia y Zimbabwe. Estos grupos estaban compuestos por mujeres en edad fecunda que eran analfabetas, vivían por debajo del umbral de pobreza y habían perdido a un hijo, víctima de una enfermedad evitable. En el caso de Egipto, se eligió Ainshams porque es representativa de las zonas deprimidas del país. Los programas establecidos procuraron proporcionar a las mujeres los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para proteger y mejorar el estado de salud de la familia y mejorar su situación económica. Los resultados del proyecto de Ainshams en Egipto indican que en las clases de alfabetismo funcional se transmitieron conocimientos prácticos relacionados con proyectos económicos y se proporcionó información para despertar conciencia de la importancia de la salud, lo que entrañó un mayor uso del centro de salud vecino y mejoró las condiciones de vida de las mujeres en virtud de la creación de nuevas empresas económicas (Bindary, 1991).

Este enfoque de la OMS hace hincapié en la salud de la población como condición previa e imprescindible del desarrollo y centra su atención en la transformación de las condiciones de "grupos vulnerables". Habida cuenta de que los grupos vulnerables se caracterizan por su incapacidad para romper el círculo de la pobreza, la enfermedad, el analfabetismo y la impotencia, esta estrategia procura abordar varios factores al mismo tiempo. Aunque las pruebas se realizaron a nivel micro, la iniciativa global de la OMS

entraña un criterio de nivel macro que declara que la salud es una cuestión prioritaria y pide que la economía se reorganice sobre la base de medidas consecuentes con la declaración. No sistematiza la forma en que la salud se convertirá en una prioridad para el programa nacional ni la manera en que esta perspectiva, que procura la equidad y el mejoramiento del estado de salud de los grupos vulnerables, producirá los cambios necesarios en la política y la estructura institucional. Sin embargo, es una idea convincente que se debe someter a otras pruebas y operacionalizar.

Los enfoques de la OMS y la OPS destacan la importancia de plantear las cuestiones de salud en la primera etapa de los programas de desarrollo económico. Tienden a ser enfoques mundiales, encaminados a reorganizar los sistemas nacionales. Ambos parten de la suposición de que los gobiernos mostrarán voluntad política para promover el crecimiento equitativo y el bienestar de los grupos vulnerables. Habida cuenta de que funcionan de arriba hacia abajo, será difícil lograr que los gobiernos puedan llevar a cabo cambios eficaces, en particular en el marco de una economía inactiva. Las burocracias son lentas para aceptar e incorporar cambios. En verdad, como observan Sidel y Sidel (1977) en relación con una serie de estudios de país, "... los únicos países... en que se han podido introducir cambios en todo el sistema de atención primaria de salud son aquellos en los que ha habido un desplazamiento fundamental de la riqueza y del poder de los que tenían más a los que tenían menos, y en los que ha habido un ejercicio de ese nuevo poder en pro del fortalecimiento de la equidad y de la comunidad". En otras palabras, la política de salud refleja a menudo cambios en la economía política del Estado nacional. Por otra parte, puede haber programas comunitarios para defender, apoyar y producir cambios que complementen la labor del gobierno y provoquen un debate más abierto y un examen de las opciones. Además, se necesitan programas comunitarios para lograr que las necesidades y deseos sociales de las poblaciones queden reflejados en las políticas de salud y desarrollo. Los intentos de experimentar con la salud como condición del desarrollo todavía no han producido indicadores de

aplicación general. Será importante seguir experimentando con este concepto para hacerlo cabalmente operativo.

El índice de desarrollo humano

En 1990, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) resaltó el concepto de desarrollo en toda su complejidad con la creación del índice de desarrollo humano (IDH), "que combina los ingresos con la esperanza de vida y el alfabetismo para dar una cifra y una clasificación generales" (PNUD, 1992). La esperanza de vida, junto con los gastos públicos en salud, el suministro diario de calorías, y el acceso a servicios de salud y agua salubre, se emplea como uno de los indicadores clave para medir el estado de salud de los individuos. El índice clasifica a los países en función del grado que han alcanzado en cada uno de los tres indicadores principales del desarrollo humano: la esperanza de vida, el nivel de educación y los ingresos. El índice se ajusta después tomando en cuenta las diferencias de sexo y de distribución de los ingresos. El desarrollo humano se define globalmente como "el proceso de ampliar el abanico de opciones que se ofrecen a las personas, con lo cual aumentan sus oportunidades de educación, atención de salud, ingresos y empleo, abarcando toda la gama de opciones del ser humano desde un entorno físico seguro hasta libertades económicas y políticas" (PNUD, 1992).

El IDH es un intento importante de captar diversas facetas del desarrollo social y económico en un indicador y de vincular indicadores de salud con indicadores de desarrollo. Sin embargo, no faltan las críticas al IDH. Algunos lo han criticado porque se limita a asociar varias variables socioeconómicas y no puede establecer un vínculo causal entre el desarrollo humano y el crecimiento sostenible. Esto ocurre en parte porque algunos de los datos utilizados para elaborar el índice se consideran deficientes o anticuados en el caso de muchos países y, según se dice, se basan en proyecciones y extrapolaciones, y no en datos reales para los años de referencia (Srinivasan, 1991). Otros críticos indican que el IDH es sobretudo

un promedio, y como tal inadecuado, que oculta indicadores y no identifica realmente las carencias que hay que satisfacer ni señala el modo de hacerlo. Por lo tanto, dos países pueden tener el mismo IDH aunque sus realidades sean distintas. También se ha señalado la sorprendente ausencia de mediciones de resultado entre los indicadores utilizados para elaborar el IDH.

También ha merecido críticas el producto nacional bruto (PNB). Aunque es un buen indicador de la producción, no demuestra el bienestar. Como es un promedio, no siempre refleja las condiciones específicas del país. Además, los indicadores o índices no deben emplearse para dictar estrategias. Por el contrario, los responsables de la política y los planificadores de programas deben emplearlos como instrumentos para trazar estrategias sólidas que también tomen en consideración otros indicadores pertinentes en países cuyas políticas se estén proyectando. A pesar de estos comentarios, el índice de desarrollo humano es sumamente útil y representa un paso muy importante en la combinación de los conceptos de salud y desarrollo.

Enfoques bilaterales

Organismos internacionales de desarrollo

Los enfoques precedentes se caracterizaron por haberse desarrollado en instituciones multilaterales. En lo que se refiere a la ayuda bilateral en materia de salud, la lista de los principales donantes de ayuda incluye hoy a países como los Estados Unidos, Alemania, Italia, Japón, Suecia, Canadá y los miembros de la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP) (Howard, 1992). Aunque estas naciones donantes pueden tener motivos altruistas, los programas que suscriben se caracterizan a menudo por su coincidencia con los objetivos políticos y económicos que ellas mismas persiguen.

Antes de que otras naciones se convirtieran en donantes en los años sesenta y setenta, los Estados Unidos fue el principal donante del período de postguerra. Puesto que los Estados Unidos sigue siendo un donante destacado, examinaremos aquí el programa de ayuda bilateral de los Estados Unidos. Los programas de los Estados Unidos experimentaron diversos cambios y se desarrollaron en el marco de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID). Si bien en el pasado la USAID ha puesto casi siempre el acento en el crecimiento económico mediante la asistencia a la balanza de pagos y programas que promovieran el desarrollo del sector privado en diversos niveles, también incluye entre sus actividades el trabajo sectorial en salud. La USAID funciona por conducto de entidades privadas de beneficencia y organizaciones no gubernamentales a nivel comunitario, en particular en esferas del sector de la salud como la supervivencia infantil, la vacunación y la planificación de la familia. La Agencia ayuda asimismo a los gobiernos en todo el sector, tratanto de colaborar con ellos para instituir políticas y programas que proporcionen más y mejores servicios de salud a la población. Ahora la Agencia está empezando a ayudar a los gobiernos en sus esfuerzos por reexaminar las prioridades presupuestarias y establecer políticas que faciliten la prestación de los servicios de salud y atiendan además las cuestiones del sector, haciendo hincapié en aspectos como la salud ambiental, la salud ocupacional y la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Estos programas se centran en el establecimiento de políticas a más largo plazo y sin la repercusión inmediata en el estado de salud que tienen otros programas de la USAID, encaminados a resolver problemas más concretos, como el de la supervivencia infantil.

Algunos donantes bilaterales, al igual que los donantes y organismos de crédito multilaterales, apoyan cada vez más un enfoque combinado que procura hacer hincapié en el crecimiento económico mientras se reestructura la economía y se incorporan políticas y medidas de inversión social. Esta propuesta de una mayor integración demuestra un creciente interés por el desarrollo humano y social a diversos niveles.

Entidades privadas, de beneficencia y otras organizaciones no gubernamentales

Otra fuente importante de información sobre el desarrollo, la salud y la tecnología, es la red de organizaciones no gubernamentales que funcionan nacional e internacionalmente. Estas entidades han ayudado a elaborar y poner en práctica diferentes enfoques de la salud y el desarrollo (Abed y Chowdhury, 1992).

Al finalizar la segunda guerra mundial solo había unas pocas organizaciones no gubernamentales interesadas en el desarrollo nacional y el auxilio internacional. Entre ellas se contaban principalmente organizaciones religiosas y de socorro como los Servicios Católicos de Ayuda y la Cruz Roja Internacional, que centraban su atención en proyectos e iniciativas locales de ayuda humanitaria. Los cambios políticos, sociales y económicos de la posguerra contribuyeron a que proliferaran mucho las organizaciones no gubernamentales religiosas y seculares; en 1981 totalizaban 3.000. Actualmente, las organizaciones no gubernamentales participan en proyectos que se extienden del desarrollo de la infraestructura a la participación comunitaria y de programas de vacunación a la democratización (Abed y Chowdhury, 1992). Cubren un espectro amplio, que abarca grandes organizaciones privadas internacionales y pequeños grupos comunitarios.

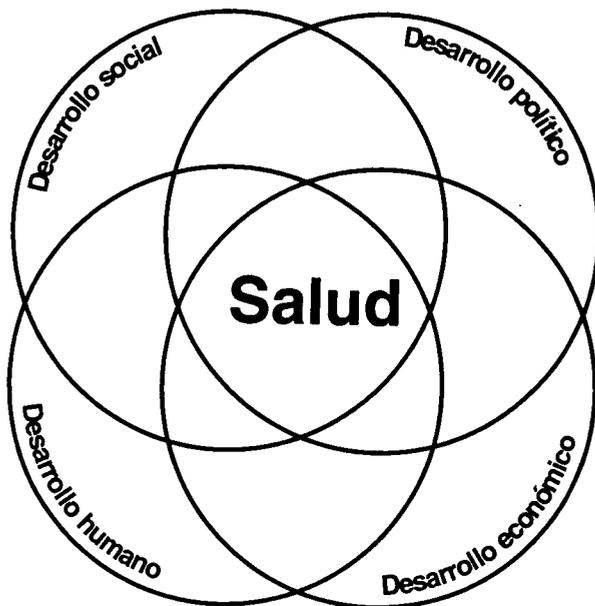
Muchas organizaciones no gubernamentales pueden orientar sus actividades a la atención de necesidades de la comunidad y a la rápida prestación de servicios. Sin embargo, a veces carecen de la flexibilidad que podría permitir la ampliación de programas. Las organizaciones locales son capaces de movilizar los recursos del lugar y ser culturalmente más sensibles ante sus comunidades. En consecuencia, pueden lograr éxitos en su propósito de que grupos de la comunidad adquieran poder de decisión y alcanzar las partes más vulnerables de sus comunidades. Por otra parte, estos grupos pueden estar tan apegados a su territorio que encuentren dificultades para colaborar debidamente con otras organizaciones.

La combinación de un conocimiento profundo de las condiciones de la comunidad con buenas aptitudes en materia de educación y promoción permite que las organizaciones no gubernamentales tengan cierto grado de influencia directa en los procesos políticos y económicos de salud y desarrollo humano. Por ejemplo, los programas de salud maternoinfantil y los servicios y elementos informativos de planificación de la familia facultan a las mujeres a tomar decisiones propias sobre su salud y desarrollan su capacidad de participación en la economía.

Las organizaciones no gubernamentales también han experimentado con diversos modelos para adaptar los sistemas de prestación de servicios de salud a las necesidades de la población. En muchos casos, como ocurre con el Comité de Progreso Rural de Bangladesh, han podido influir en las políticas de salud de sus respectivos gobiernos.

Las organizaciones no gubernamentales promueven eficazmente el desarrollo humano sobre la base de la salud porque hacen hincapié en la participación comunitaria y en las técnicas de capacitación que aportan a la comunidad para aumentar la competencia y mejorar el estado de salud de las personas (Rodríguez-García y Macinko, 1993).

Figura 5. El marco de salud-desarrollo



El paradigma de salud-desarrollo

En 1989, la Universidad George Washington inició un programa académico sobre salud y desarrollo internacional, el primero en los Estados Unidos que pone a la salud en el centro del desarrollo social, económico, político y humano. El marco de salud y desarrollo hace que el programa académico, que mantiene una perspectiva epidemiológica y de ciencias de la salud, gane en profundidad y alcance al recurrir a un esquema global en el que la salud y el desarrollo son parte de un todo que comprende estructuras y sistemas

sociales, individuos y su interacción. "Salud y desarrollo es un marco conceptual integrado que abarca el estudio de las repercusiones de la salud en el desarrollo, los efectos del desarrollo en la salud, y los factores, determinantes, mecanismos, atributos y consecuencias de estas relaciones" (Rodríguez-García y Chandra, 1992). (Véase la figura 5.)

La perspectiva global que se requiere para considerar las amenazas actuales a la salud y el desarrollo exige profesionales capaces de trascender los criterios sectoriales que a menudo pueden ser limitantes, a favor de una perspectiva más integral. El enfoque de la Universidad George Washington guía la formación de un nuevo cuadro de profesionales capaces de examinar los aspectos multifacéticos de los problemas de la salud de hoy y su conexión con el desarrollo, así como la repercusión de las políticas de desarrollo en la salud pública y en las condiciones de vida de los grupos vulnerables en los países industrializados y no industrializados por igual. Los profesionales que obtienen el título que ofrece el programa pueden estudiar la conexión entre salud y desarrollo y guiarse por ella (Rodríguez-García y Chandra, 1992). En este marco, las intervenciones de salud y desarrollo se unen para lograr, no dos metas separadas, sino una meta compartida: la de aumentar el bienestar y mejorar la calidad de vida de las personas.

El esquema de la salud y el desarrollo para la enseñanza y la investigación se ha empleado con éxito durante varios años. La posibilidad de su replicación tiene que continuar a ser examinada.

HACIA LA OPERACIONALIZACIÓN DE LA CONEXIÓN SALUD-DESARROLLO

Tiene decisiva importancia encontrar un punto de confluencia para operacionalizar la conexión salud-desarrollo e incluir a los diferentes actores públicos y privados en el proceso. El análisis anterior ha establecido una base para empezar este proceso.

En primer término, es necesario abordar temas de la trascendencia de la salud como prioridad política, la importancia del compromiso político, la reorientación de los sectores de salud público y privado, la habilitación comunitaria de grupos vulnerables, el medio ambiente y la educación. Luego hay que desarrollar criterios para seleccionar los indicadores de progreso en esas esferas; la comprensión del significado de la equidad y la sostenibilidad facilitará esta tarea. A continuación, hay que identificar los indicadores y los enfoques y evaluarlos sobre el terreno para convalidar esta orientación. Si bien se ha producido un grado significativo de conceptualización a nivel macro, se requiere más operacionalización a nivel micro para poner en práctica y probar algunos de estos conceptos y para operacionalizar la conexión salud-desarrollo. Se procura avanzar en esa dirección en la presente sección.

La salud como prioridad política

La salud es a la vez un fin del proceso de desarrollo y un factor que contribuye al aprovechamiento del capital humano como tal, la

salud desempeña una función digna de convertirse, en sentido amplio, en prioridad de los programas políticos internacionales, regionales, nacionales y locales (Alleyne, 1989). La aspiración de que la salud sea una prioridad política entraña que los gobiernos, centros de estudios, organizaciones no gubernamentales y otras entidades empleen los medios de comunicación y generen o aprovechen oportunidades para hablar de los temas de salud en un contexto más amplio. La investigación y la documentación sobre cuestiones de salud y desarrollo pueden ser útiles para sustentar los debates políticos.

La Cumbre Mundial de las Naciones Unidas en favor de la Infancia, celebrada en 1990 en la ciudad de Nueva York, y la Cumbre Iberoamericana llevada a cabo en julio de 1992 en Madrid, son ejemplos claros del empeño internacional por colocar la salud en el temario político. El objetivo muy evidente de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia fue la ratificación de los programas sociales para los niños, incluidos los de salud. En la Cumbre de Madrid, los presidentes y jefes de Estado de las naciones iberoamericanas apoyaron un Plan Regional de Inversión en Ambiente y Salud propuesto por la OPS. Este Plan requiere esfuerzos coordinados para invertir durante 12 años más de US\$200 mil millones en infraestructura de saneamiento para superar las deficiencias ambientales y de salud existentes en América Latina y el Caribe. El Plan será financiado con recursos locales y fondos de fuentes multilaterales y bilaterales tales como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Comisión de la Comunidad Económica Europea.

Como tema de interés universal, la salud puede servir para establecer un puente de negociación y cooperación entre los países y dentro de ellos y entre los partidos políticos, los funcionarios del gobierno de un país, las organizaciones cívicas, la industria, etc. Entre quienes pueden participar se encuentran, sin duda los jefes de gobierno y sus colaboradores, los candidatos políticos, los legisladores, los alcaldes, las autoridades de los sindicatos y los

dirigentes industriales locales y multinacionales. Considerando a veces de que los gobiernos hablan sólo de dientes para afuera de la importancia de la salud como indicador del desarrollo humano (Alleyne, 1991), los grupos que la defienden pueden subrayar la importancia de asignar recursos financieros a la salud y de sancionar políticas que ejerzan un efecto positivo sobre la salud.

La investigación en política social que examina las bases socioeconómicas de la salud puede legitimar la salud como prioridad política. De esta manera, la salud se puede convertir en un tema que las autoridades responsables aborden concretamente (Vieira, 1991; Elmendorf y Lamboray, 1991) al formular políticas a largo plazo (en esferas tales como la distribución del ingreso) y sectoriales (en esferas tales como los subsidios agrícolas). La consideración de la salud como tema central de una legítima política de desarrollo ayudará a promover el examen de las cuestiones de salud como parte integrante de la planificación socioeconómica y la asignación de recursos entre diversos grupos. Birdsall (1992) recomienda profundizar la investigación en la economía política del gasto público en salud, buscar mecanismos alternativos de financiamiento y de control del costo de la atención de salud, efectuar más indagaciones a nivel familiar y estudiar la salud de los adultos.

Sin embargo, en muchos países el electorado sigue siendo decisivo para hacer de la salud una prioridad política. Los ciudadanos deben estar informados de los temas de salud y de las funciones del gobierno respecto de la provisión de los servicios de salud básicos. La difusión de esta información debe ser una prioridad de los programas destinados a dotar de poder de decisión a la comunidad y de las actividades de los grupos dominantes. Una parte de este proceso comprende la educación del público para que pueda exigir la satisfacción de sus necesidades básicas de salud en lo que se refiere a atención primaria o mantenimiento del medio ambiente. Los medios de difusión, como la prensa y otros, también ocupan una posición central para alertar al público acerca de los problemas relacionados con la salud y para movilizar la opinión nacional e internacional en pro del desarrollo y la salud. Los medios de

comunicación comprometidos con la provisión de información exacta sobre la salud y el desarrollo también pueden contribuir a concertar compromisos políticos en pro de la salud.

La obtención de compromiso político en pro de la salud

Si se promueve una mayor participación de los individuos y los grupos dominantes en el proceso de formulación de políticas y si se les anima a que contraigan o a que muestren buena disposición por contraer primordialmente un compromiso político con la salud, se estará más cerca de alcanzar la meta de una mejor salud y un mayor desarrollo. El compromiso político es esencial mundial y localmente en varios niveles. Esto quiere decir que un gobierno debe formular políticas públicas firmemente comprometidas con la salud y la educación y, aún más, invertir en el desarrollo humano a pesar de la merma de los recursos financieros ante la competencia de otras prioridades. Se trata de un proceso de doble dirección que también "... depende de un electorado habilitado para reconocer primero sus propias necesidades en materia de salud y para movilizar después el poder político y los recursos para atender esas necesidades" (Bezanson, 1991).

Como señala Reich (1992) la expresión "voluntad política" es ambigua, y es difícil evaluar si se ha manifestado y logrado éxito. Un medio posible de evaluación consiste en examinar, por un lado, la función del Estado en la asignación de recursos y costos políticos y económicos y, por el otro, las concesiones recíprocas implícitas en esas decisiones sobre temas de salud y desarrollo. Esta es una manera de "aclarar la función que cumplen la comunidad en general y los organismos públicos ajenos al sector salud" respecto de la salud (Birdsall, 1992).

Otro problema que plantea la expresión "voluntad política" es la suposición implícita —aunque a menudo poco clara— de que las autoridades normativas pueden ejecutar políticas de salud más equitativas con solo optar por hacerlo. Esto menosprecia la función

crucial de la economía política global en que operan y que las constriñe. En los casos en que el Estado adquiere poder en relación con otros actores clave, que en las economías en desarrollo son típicamente las empresas transnacionales y la burguesía nativa, aumenta a menudo la capacidad del Estado de formular políticas de salud que promuevan el desarrollo nacional. Un ejemplo que viene al caso es el Irán posrevolucionario, en el que los servicios de salud se reorientaron y redistribuyeron en favor de servicios para la clase obrera urbana y la población rural en general. Un resultado de esta reorientación ha sido la significativa disminución de las tasas de mortalidad infantil que no fue prevista por las corrientes prerrevolucionarias ni se explica en razón de las tendencias internacionales actuales (Underwood, 1993).

La combinación de compromiso político y asignación de recursos permite que los gobiernos formulen políticas que produzcan resultados. Diversas comparaciones entre los estados de Kerala y Bengala Occidental en la India han demostrado que aunque Bengala Occidental tiene un nivel más alto de desarrollo económico, el compromiso del gobierno estatal de Kerala con la salud y la educación se ha traducido en un mejor estado de salud y en el uso más eficaz del sistema estatal de atención de salud (Nag, 1985).

El compromiso político también se puede evaluar en relación con la salud de la mujer y la salud maternoinfantil, que en muchos países dependen de la condición de la mujer en la sociedad. El compromiso político de mejorar la condición de la mujer es esencial para conseguir una mejor atención de salud para las mujeres y los niños (Coyagi, 1991); en cambio, la provisión de servicios de salud accesibles, incluida la planificación de la familia, "... ejerce efectos sobre la condición de la mujer en la sociedad, el tamaño de la familia y, por consiguiente, el desarrollo mismo" (Sadik, 1991).

La seguridad de las carreteras, la salud ocupacional y los potenciales efectos de los proyectos de industrialización y obras públicas en la salud también se pueden considerar como demostración de la voluntad política de promover la salud y el

desarrollo. Además, el examen de las circunstancias políticas, los actores, los factores económicos y los intereses socioeconómicos del país ayudará a determinar la capacidad de un gobierno para elaborar y llevar a cabo las políticas y para determinar dónde reside el compromiso del Estado.

El compromiso político no puede provenir únicamente de los gobiernos. Otros grupos organizados deben ayudar a configurar el compromiso de atender las necesidades de salud y desarrollo y a compartir las responsabilidades pertinentes. Estos grupos incluyen organizaciones profesionales, donantes, organizaciones no gubernamentales, instituciones de enseñanza superior o empresas en industrias conexas, como la farmacéutica. Esta clase de cooperación puede crear un marco en el que se satisfagan las necesidades de la salud y otras vinculadas con el desarrollo.

La descentralización para la creación de entornos propicios para la salud

La descentralización puede emplearse eficazmente para aumentar la capacidad de las comunidades de satisfacer mejor las necesidades de sus grupos más vulnerables y de fortalecer a sus miembros más aptos. Se pueden sancionar políticas, leyes y reglamentos que estimulen las actividades de salud y desarrollo. Aunque el gobierno tiene la responsabilidad de asegurar que se satisfagan las necesidades básicas de su población en materia de alimentos, servicios de salud, educación y albergue, no necesita participar en cada una de esas actividades. Sin embargo, es fundamental proporcionar los recursos (Elmendorf y Lamboray, 1991; Monekosso, 1991).

A menudo, la descentralización entraña el desplazamiento de los recursos y el poder de los centros urbanos a zonas rurales más remotas. Reich (1991) advierte que "... sin cambios en la estructura socioeconómica de la sociedad rural mediante políticas de protección a los pobres y una movilización social eficaz, lo más probable es que la descentralización perpetúe en vez de corregir las ineficiencias y

desigualdades de la utilización política de los mercados en el desarrollo". A medida que los gobiernos reconocen y tratan de abordar las necesidades, a menudo coordinan soluciones nuevas de manera vertical, que por repetirse innecesariamente y ser ineficaces se tornan a menudo inútiles. Los mecanismos para lograr una integración horizontal de las actividades de salud y desarrollo a nivel nacional y local resultan necesarios y se deben elaborar y ensayar.

Un ejemplo de esos mecanismos lo proporcionan Abed y Chowdhury (1992), que describen el trabajo del Comité de Progreso Rural de Bangladesh (CPRB) como una manera de cubrir las brechas a nivel local. A solicitud del gobierno de Bangladesh, el CPRB ha ayudado a la movilización social y al adiestramiento del personal para trabajar en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y distribuir cápsulas de vitamina A. La meta del CPRB es generar una demanda local de los servicios gubernamentales subutilizados y activar los sistemas oficiales para atender la mayor demanda. Al mismo tiempo, el CPRB proporciona adiestramiento en la gestión de programas de salud a funcionarios del gobierno de categoría baja y media que trabajan sobre el terreno.

La reorientación del sector de la salud

La función del Estado en la salud es fundamental para promover el diálogo del sector de la salud con otros sectores del gobierno y el público. La necesidad del sector de la salud de aumentar su eficiencia en el financiamiento y prestación de los servicios también requiere una reconsideración de la función del Estado en el logro de la salud y el desarrollo. Por ejemplo, el Ministerio de Asuntos Sociales de Suriname, en América del Sur, estuvo de acuerdo en contratar con Stichting Lobi, la asociación local de planificación de la familia, el suministro de servicios gratuitos a los ciudadanos de bajos ingresos con tarjeta de seguridad social. "El gobierno paga una cuota por cada cliente inscrito y se ahorra lo que le hubiera costado prestar estos servicios mediante el sistema de salud pública" (Leckie, 1991, citado por Ashford y Haws, 1992).

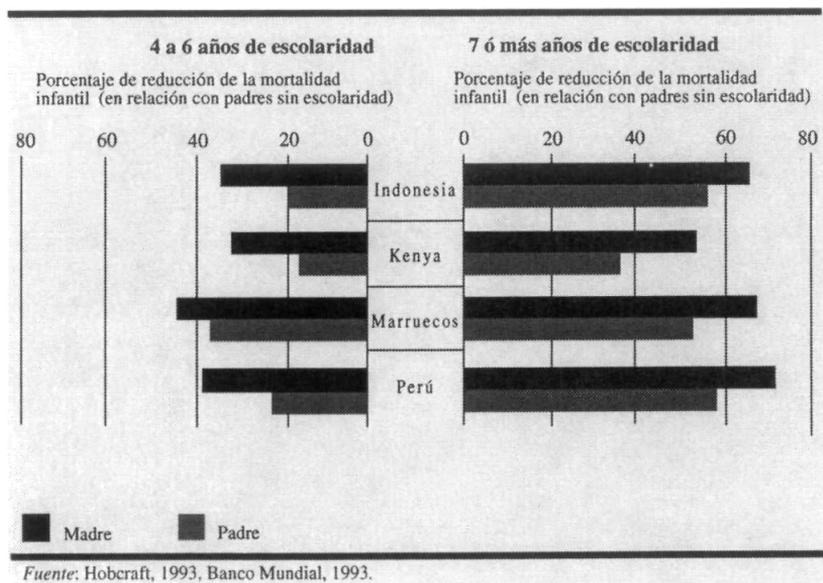
El continuo crecimiento de la población, las migraciones, los desastres civiles y nacionales y la subida de los costos de atención de salud parecen indicar que la función del Estado respecto de la salud se orienta en una dirección. La tendencia apunta a: 1) la creciente función del Estado como regulador y no como proveedor de servicios; 2) la creciente función del sector privado en la prestación de servicios reglamentados por leyes y políticas del gobierno; 3) una renovada insistencia en las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades; 4) la financiación estatal de las actividades de salud pública y de atención preventiva con una mayor participación financiera de los hogares en la atención curativa; 5) el fortalecimiento de las comunidades y grupos locales con el otorgamiento de más poder de decisión en procura de lograr el desarrollo humano y la sostenibilidad de la economía, y 6) el establecimiento de un diálogo con otros sectores a fin de elevar al máximo el apoyo y los recursos para las actividades de salud y desarrollo.

Un diálogo positivo para la salud se define en función de las consecuencias de la salud en el desarrollo socioeconómico y humano. Se abren varios caminos para los ministerios de salud, entre otros: 1) el diálogo con otros sectores en un intento de que se interesen en metas comunes; 2) la captación de un electorado entre las diferentes capas sociales y políticas y las asociaciones profesionales y sociales, y 3) la transmisión a esos sectores de información sobre la contribución del sector de la salud a la economía y el progreso que se puede lograr mejorando la situación de los más vulnerables. El sector de la salud también puede prepararse para expresar sus puntos de vista ante otros organismos oficiales y actores políticos desde una posición más destacada y rodeándose de economistas, demógrafos y otros especialistas y expertos en ciencias sociales (Vieira, 1991).

Educación para la salud y el desarrollo

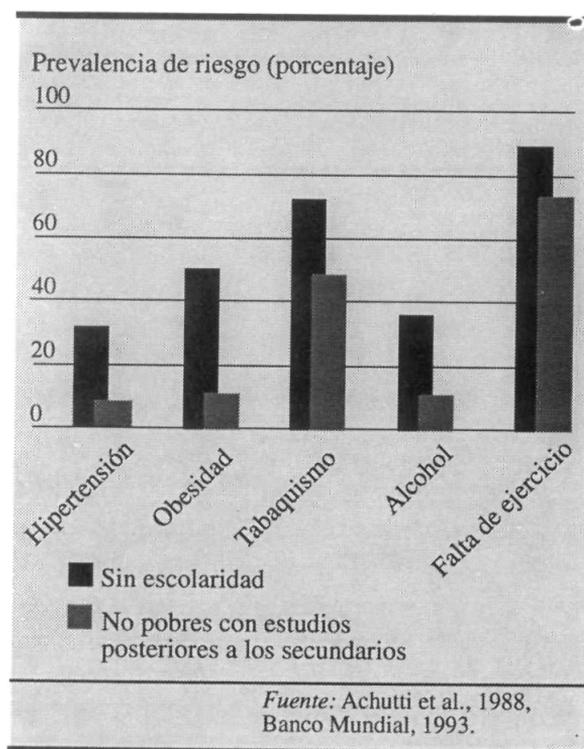
La provisión de educación básica y el desarrollo de aptitudes es importante en diversos niveles. A nivel individual, la alfabetización es un medio de transmitir a la población información sobre la salud y, en general, conocimientos que la ayuden a modificar su situación. Esto queda especialmente claro en el caso de las mujeres. La educación no solo permite que las mujeres disfruten de una vida más saludable y aumenten sus posibilidades de obtener ingresos; les permite hacer buen uso de la información sanitaria y los servicios de salud para mejorar las perspectivas de vida de sus familias. El cuadro 3 muestra la importancia de la educación materna para la reducción de la mortalidad infantil. Los efectos de la educación en el bienestar físico y los hábitos de higiene persisten en la edad adulta.

Cuadro 3. Efectos de la escolaridad de los padres en el riesgo de muerte antes de cumplir los dos años de edad en ciertos países, fines de los años ochenta



Como indica el cuadro 4, en el Brasil las personas analfabetas eran sustancialmente más propensas a la hipertensión, la obesidad, el tabaquismo, el consumo de alcohol y tabaco y la falta de ejercicio. Con respecto a la comunidad, una meta fundamental de la educación es proporcionar información sobre la salud y la prevención de enfermedades en escuelas y proyectos comunitarios y mediante programas de divulgación y comunicaciones colectivas (Hull, 1991).

Cuadro 4. Escolaridad y factores de riesgo para la salud de los adultos en Porto Alegre, Brasil, 1987



A nivel nacional, el ministerio de salud informa e instruye a otras entidades oficiales y no gubernamentales sobre la salud empleando comunicaciones intergubernamentales y colectivas. El programa de radio "El hombre es salud", en Tanzania, que instruye a los lugareños en el control de las enfermedades, indujo a construir cientos de miles de letrinas y produjo un aumento significativo de las ventas de mosquiteros (Hall, 1978). El televisar dramas sociales para difundir información sobre la importancia del espaciamiento de los embarazos en beneficio de la madre y el niño ha tenido mucho éxito. En una serie de seis episodios melodramáticos que se televisaron en el Pakistán a finales de 1990, se comprobó que 39 por ciento de los entrevistados habían comprendido el mensaje sobre la planificación de la familia y la importancia del espaciamiento; 28 por ciento dijo que proyectaba tomar algunas medidas, y 9 por ciento informó que había visitado dispensarios de bienestar familiar después de haber visto la serie (Population Communication Services, 1993). Estos estudios demuestran que la enseñanza escolar, reforzada con la difusión de información por conducto de los medios de comunicación, puede influir profundamente tanto en la salud como en el desarrollo.

Ambiente y población

El examen de la relación entre crecimiento demográfico e inmigración, urbanización, industrialización, pobreza y medio ambiente descubre un considerable volumen de información sobre sus repercusiones y una serie de asuntos que exigen profundizar el estudio. Cooper Weil *et al.* (1990) señalan la necesidad de establecer políticas que regulen la producción de energía y de redoblar esfuerzos para evaluar los riesgos para la salud y el medio ambiente de los proyectos industriales mientras esos proyectos estén todavía en las etapas de planificación. El deterioro ambiental afecta a la salud de las personas en el corto plazo y, con el agotamiento de los

recursos, mina a la larga el desarrollo económico sostenido. Las políticas de desarrollo económico que promueven el crecimiento también deben tener en cuenta la protección de la salud y el manejo de los recursos naturales para incrementar las probabilidades de lograr resultados sostenibles. Ellas pueden incluir medidas de protección de los recursos ambientales, tales como los bosques, y de ordenamiento de la utilización de otros, tales como los recursos minerales y pesqueros. Las políticas que promueven la mitigación de la pobreza con la provisión de educación, saneamiento y agua limpia y con la promoción de la planificación de la familia son muy importantes porque las condiciones de vida de los pobres conducen a menudo a un grave deterioro ambiental.

El crecimiento demográfico ejerce presión sobre la tierra y los recursos agrícolas e hídricos. Si estos recursos no se administran bien, se erosionan gravemente. La investigación agronómica y los servicios de divulgación que proporcionen a los agricultores conocimientos de las condiciones locales, promuevan un enfoque de participación y reconozcan las necesidades de los agricultores pobres, pueden contribuir al tratamiento de una parte de los temas vinculados con el manejo de tierras de labranza. Las políticas y reglamentaciones relativas a los plaguicidas peligrosos son también importantes para proteger la salud de los agricultores y los trabajadores de campo (OMS, 1992).

Equidad

La equidad es la oportunidad de acceder a niveles mínimos de ingresos y servicios; la equidad entraña la redistribución de los recursos. La pobreza absoluta se caracteriza por un acceso desigual o por la falta de acceso a los ingresos, la educación, el saneamiento, el agua o los servicios de atención de salud. Pero el crecimiento económico por sí solo no remedia la pobreza absoluta ni conduce a la equidad social (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 1992); también se requieren cambios institucionales para captar los beneficios del crecimiento económico (Kaneko y Nadaira,

1988). Durante los últimos 30 años, el crecimiento económico y los indicadores sociales han revelado una reducción de los niveles de pobreza general y el mejoramiento de ciertos indicadores sociales que comprenden los ingresos, la esperanza de vida, la matrícula escolar y la mortalidad de los niños menores de 5 años. Sin embargo, la pobreza subsiste en todo el mundo (Borrini, 1986; Birdsall, 1989; Nakajima, 1990) porque todavía no se han atendido las necesidades de algunos grupos o porque los progresos sociales y económicos han impulsado cambios que han generado problemas adicionales. Por ejemplo, la mayoría de los pobres del mundo viven todavía en las zonas rurales (Banco Mundial, 1990) y a menudo se encuentran aislados en función de las oportunidades económicas y del acceso a los servicios (ver cuadro 5). Además la concentración de industrialización y crecimiento económico en las áreas urbanas ha servido de acicate a quienes emigraron a las ciudades en búsqueda de trabajo. Muchos emigrantes terminan viviendo en condiciones de hacinamiento sin acceso a abastecimiento de agua, saneamiento y servicios de salud y enseñanza suficientes.

Cuadro 5. Pobreza rural y urbana en los años ochenta

Región y país	Población rural como % de la población total	Población rural pobre como % de la población total	Mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)		Acceso a agua salubre (% de la población)	
			Rural	Urbana	Rural	Urbana
<i>Africa sub-sahariana</i>						
Côte d'Ivoire	57	86	121	70	10	30
Ghana	65	80	87	67	39	93
Kenya	80	96	59	57	21	61
<i>Asia</i>						
India	77	79	105	57	50	76
Indonesia	73	91	74	57	36	43
Malasia	62	80	--	--	76	96
Filipinas	60	67	55	42	54	49
Tailandia	70	80	43	28	66	56
<i>América Latina</i>						
Guatemala	59	66	85	65	26	89
México	31	37	79	29	51	79
Panamá	50	59	28	22	63	100
Perú	44	52	101	52	17	73
Venezuela	15	20	--	--	80	80

Fuente: Banco Mundial, 1990.

Se requiere una combinación de iniciativas comunitarias mundiales, nacionales y locales para considerar la equidad. Necesitamos comunidades habilitadas y estimuladas para que definan sus necesidades (Bezanson, 1992), organizaciones no gubernamentales que puedan proporcionar a las comunidades los recursos necesarios, y grupos de base que sean socios efectivos en las iniciativas locales. Se necesita el concurso de todos, porque en términos generales estas organizaciones hacen las veces de puentes indispensables entre las comunidades y las autoridades, a menudo

porque están cultural y socialmente cerca de esas comunidades (Bindary, 1991).

Grupos vulnerables

La vulnerabilidad no es un concepto estático sino dinámico. Se refiere a dos grupos de población, los crónicamente pobres y vulnerables, y los que atraviesan momentáneamente una etapa de vulnerabilidad. Los cambios de perfil epidemiológico de las poblaciones indican que en diferentes puntos del proceso continuo de la vida, los individuos se pueden tornar "vulnerables" al afrontar amenazas concretas en determinado momento. (Algunos ejemplos: los adolescentes y el consumo de drogas; los ancianos; las mujeres trabajadoras de la clase media y el tabaquismo; y la juventud y el embarazo.) En los propios países, la vulnerabilidad puede ser también de naturaleza rural o urbana. El nivel más apropiado para definir y superar la vulnerabilidad es el nivel de la comunidad, en el que realmente se pueden coordinar y llevar a cabo múltiples medidas. Las estrategias destinadas a atender las necesidades de grupos vulnerables deben incluir medidas de equidad en relación con la financiación, la prestación y la accesibilidad de la educación básica, el desarrollo de aptitudes, el empleo, el saneamiento y mejores sistemas de agua y servicios de salud. Las comunidades deben desempeñar un papel principal, por medio de sus líderes, en la determinación de sus necesidades y el desarrollo de planes para satisfacerlas.

En Egipto, el proyecto de salud y desarrollo de Ainshams identificó una comunidad que se consideró vulnerable en varios niveles, como la salud, las oportunidades económicas y el medio ambiente. Los más vulnerables de la comunidad fueron las mujeres y los niños. El proyecto destacó la participación personal en las iniciativas de desarrollo comunitario como el mejoramiento del lugar, la educación sanitaria y el desarrollo de aptitudes para generar ingresos. El resultado fue que las mujeres y los jóvenes determinaron sus necesidades, mejoraron el área en que vivían y establecieron un

pequeño centro en el que se llevaban a cabo actividades de educación y salud. Las madres aprendieron prácticas de promoción de la salud familiar y de vigilancia de la salud de sus niños. Aunando esfuerzos y aptitudes con jóvenes miembros desempleados de la comunidad, los participantes en el proyecto procedieron a desarrollar actividades que generaban pequeños ingresos.

Sostenibilidad

El término sostenibilidad sugiere equilibrio y conservación de los recursos y capacidad para mantener los proyectos y programas sin apoyo externo. Esto significa diseñar sistemas que puedan administrar los usuarios y que se sustenten en los recursos financieros disponibles en sus propias comunidades (Bezanson, 1991).

La sostenibilidad es importante porque los servicios, las técnicas y la información que se introducen con recursos de donantes externos solo logran éxito si son institucionalmente viables, se pueden reproducir y son capaces de sobrevivir con apoyo y recursos locales. La sostenibilidad también significa personas para las cuales esos servicios, técnicas e información sean accesibles, tengan aplicación y resulten beneficiosos.

A pesar de que los donantes externos proporcionan una parte más reducida de la asistencia internacional y evalúan más críticamente los proyectos que quieren apoyar, los donantes prestan cada vez más atención al tema de la sostenibilidad y a los factores que contribuyen a mantenerla. Los estudios sobre desarrollo internacional que se efectuaron en Centroamérica y África de 1986 a 1989 para determinar el entorno y las características del proyecto desde el punto de vista de la sostenibilidad sugirieron "que puede haber un umbral económico y político que sirva para distinguir las actividades sostenidas firmemente de las que se sostienen solo marginalmente." El deterioro económico e instituciones gubernamentales débiles contribuyeron a generar un entorno menos propicio para la

sostenibilidad. Aunque las economías centroamericanas no eran muy fuertes, eran más fuertes y contaban con una infraestructura política más institucionalizada que las de África. El análisis también sugirió que independientemente de la solidez del contexto político, la solidez de la institución de ejecución es también importante. En lo que se refiere a las características del proyecto, "los proyectos se deben diseñar y administrar a fin de: 1) demostrar su eficacia para alcanzar metas y objetivos claramente definidos; 2) integrar plenamente sus actividades en las estructuras administrativas establecidas; 3) obtener niveles significativos de financiación de las fuentes nacionales (recuperación de créditos presupuestarios y de costos) durante la vigencia del proyecto; 4) gestionar el diseño del proyecto en un proceso mutuamente respetuoso de reciprocidad, y 5) incluir un sólido componente de adiestramiento".

Al nivel institucional, un programa tiene que funcionar con una planificación cuidadosa, buena administración de los recursos, una actividad empresarial creativa y el apoyo de los usuarios, al mismo tiempo que se mantiene accesible y responde a las demandas de diversos grupos, en particular de las estratas socioeconómicas inferiores (Ashford y Haws, 1992; Haws *et al.*, 1992). Esto significa que las organizaciones deben seguir siendo viables tras el retiro del apoyo del donante externo.

Los estudios sobre las repercusiones de la revocación del apoyo de los donantes a 20 consultorios de esterilización privados no gubernamentales en México, la República Dominicana y el Brasil revelaron que algunas organizaciones pudieron mantener la sostenibilidad, aumentar el número de casos atendidos y continuar prestando servicio a diversos grupos sociales una vez extinguido el apoyo financiero externo. Lo consiguieron hacer mediante una planificación cuidadosa: la determinación de los costos y la fijación de honorarios realistas (incluida la institución de una escala móvil de honorarios), la búsqueda de fuentes de financiamiento alternativas tales como contratos con instituciones gubernamentales o empresas privadas, y la ampliación de los servicios para que incluyeran

vasectomías, tratamiento de la infertilidad y terapéutica de las enfermedades de transmisión sexual (Haws *et al.*, 1992).

La sostenibilidad a nivel personal implica que los usuarios puedan aplicar lo que aprendieron. El Movimiento Vida Familiar de Zambia pudo conseguir que las mujeres analfabetas y semialfabetizadas de su área de operaciones elaborasen y explicasen las gráficas mensuales de planificación natural de la familia. El Movimiento también logró crear una demanda de sus servicios que no existía en 1981, cuando empezó a imponerse a usuarios, líderes de opinión y autoridades del gobierno (Tafira, 1990).

Ejecución de actividades en pro de la salud y el desarrollo

Las intervenciones capaces de lograr salud y desarrollo socioeconómico y humano requieren la concertación de los esfuerzos de los actores de todos los sectores: salud, educación y política económica, entre otros. Los organismos internacionales y bilaterales, las organizaciones privadas y no gubernamentales, las fundaciones, ciertas empresas grandes y los grupos de base desempeñan todas funciones fundamentales en la salud y el desarrollo.

Instituciones internacionales

Mediante la promoción y el apoyo de los intentos de desarrollar una capacidad institucional local para crear políticas más integradas, ponerlas en práctica y evaluar sus resultados en función de sus logros en salud, las instituciones internacionales pueden apoyar la realización de actividades en pro de la salud y el desarrollo. Las instituciones universitarias y de investigación que combinan las creaciones teóricas con los estudios empíricos pueden contribuir al establecimiento de una base de conocimientos accesible para todos los que trabajan por la salud y el desarrollo.

Organizaciones no gubernamentales

Las organizaciones no gubernamentales y entidades filantrópicas son fundamentales para el éxito de la gestión de salud y desarrollo, en particular en lo que se refiere a la prestación de servicios y la ejecución de proyectos comunitarios. Históricamente, también han desempeñado una función constructiva no solo ayudando a las comunidades a definir y articular sus necesidades básicas sino también obteniendo apoyo para sus actividades. Según sea su relación con los gobiernos nacionales y locales, las organizaciones no gubernamentales pueden complementar o reemplazar los servicios oficiales y desarrollar los proyectos de una manera más eficaz en función de los costos, bien organizada y culturalmente apropiada. El diálogo del gobierno con las organizaciones no gubernamentales, las entidades filantrópicas privadas internacionales y los donantes evitaría la superposición de tareas y las brechas en la provisión de servicios.

Como los sectores más vulnerables y más pobres de la población no están generalmente representados en el gobierno ni en las organizaciones cívicas y políticas más conocidas, las organizaciones no gubernamentales que los incluyen se convierten en un medio importante de expresión de sus problemas e inquietudes. Una mayor comunicación entre estas voces y los organismos de financiación y asistencia técnica internacionales puede contribuir a la formación de un criterio más amplio en relación con las necesidades y la coyuntura, buscando el equilibrio de las iniciativas de desarrollo de abajo hacia arriba con las de arriba hacia abajo.

Las instituciones internacionales se crearon para trabajar con los gobiernos. El crecimiento de las organizaciones no gubernamentales ha empezado a cambiar esta situación y recientemente las instituciones internacionales han comenzado a incluir a las organizaciones no gubernamentales en sus proyectos. El mayor empeño de las instituciones internacionales por documentar y evaluar los aspectos positivos y negativos de los diferentes enfoques del desarrollo, incluidos los grandes proyectos oficiales y la

multiplicidad de proyectos comunitarios que comprenden elementos de habilitación y control, puede proporcionar datos muy útiles. Sin duda esta información puede constituir un poderoso argumento que induzca a los gobiernos y donantes internacionales a promover un desarrollo más cercano a las bases en vez de imponer un desarrollo de arriba hacia abajo.

CONCLUSIONES

Este ensayo ha procurado demostrar que los conceptos de desarrollo y salud son interactivos. Los conceptos de salud y desarrollo han evolucionado y ampliado hasta tal punto que su coordinación es importante para impulsar los procesos de desarrollo socioeconómico. Las políticas de desarrollo económico han mostrado tendencia a priorizar el crecimiento económico frente al crecimiento y desarrollo de los servicios sociales, incluidas la salud y la educación. Como resultado, se ha producido un crecimiento económico general y se ha reducido la pobreza en muchas partes del mundo, aunque persisten diferencias sociales y económicas abrumadoras entre las naciones y dentro de ellas. Las autoridades responsables de la política buscan maneras de responder a todo esto y de incorporar a los marginados y pobres en sus economías nacionales como miembros productivos de la sociedad. Este ensayo propone que las cuestiones de salud desempeñen un papel más importante en la planificación de la economía y el desarrollo.

El crecimiento económico ha producido una disminución sustancial de la pobreza y un aumento importante de la calidad de vida. También ha generado resultados acumulativos tales como el crecimiento demográfico.

La urbanización, la industrialización y el progreso tecnológico han tenido una fuerte repercusión en las sociedades. El medio ambiente constituye un punto clave de intersección de los problemas económicos y de salud, porque con el control del medio ambiente (por ejemplo, con el agua potable y el saneamiento) se puede mejorar

la salud de las poblaciones y con el deterioro del medio ambiente (en forma de agotamiento de los recursos o contaminación, o ambas cosas), se pueden disminuir y deteriorar la salud y la productividad futuras.

Este ensayo también ha destacado la importancia de seguir tratando de incorporar aspectos de la salud como componentes fundamentales de las políticas públicas y las estrategias de desarrollo. La premisa es que estos esfuerzos contribuyan a corregir los desajustes del pasado y ayuden a promover modelos de desarrollo económico más equitativos.

En general, las medidas encaminadas a evitar y solucionar los efectos negativos potenciales y concretos del desarrollo en la salud de las personas no se han incorporado sistemáticamente en el proceso de elaboración de las estrategias y políticas de desarrollo. Lamentablemente, los ministerios de salud están a menudo entre los organismos más débiles de sus países, tanto industrializados como en desarrollo, y su función en la política económica suele ser minúscula o inexistente. A la larga, el desequilibrio de fuerzas entre la salud y los sectores financieros es nocivo para la población. Los problemas que requieren cada vez más enfoques multisectoriales no reciben atención adecuada y, por lo tanto, se multiplican. Los renovados intentos teóricos y prácticos de dar mayor prioridad a las temáticas de salud en las actividades relacionadas con el desarrollo probablemente generen enfoques globales más integrados para alcanzar los objetivos de salud.

Este ensayo ha examinado enfoques multilaterales de salud y desarrollo, tal como los que propone la Organización Panamericana de la Salud ("la salud en el desarrollo") y la Organización Mundial de la Salud ("la salud como condición del desarrollo"). Se han señalado los méritos del índice de desarrollo humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Los enfoques bilaterales se ilustraron con una breve descripción de la labor que realiza la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, que según parece combina la salud con el desarrollo cada

vez más a menudo. También se hizo referencia a las organizaciones no gubernamentales y a su aportación a este proceso. Aunque estas organizaciones son a menudo ejecutoras de enfoques formulados por otros, también son pioneras que trabajan con sus propios enfoques.

Deben adoptarse medidas para que se siga abriendo camino el enfoque combinado de la salud y el desarrollo. Las autoridades responsables de formular la política, los profesionales de la salud, los economistas, los sociólogos y otros especialistas en ciencias sociales tienen que seguir buscando puntos de confluencia para definir objetivos y formular planteamientos. Las soluciones que se encuentran deben considerar las diferencias que existen en las sociedades y en sus métodos de planificación.

El estudio de las repercusiones recíprocas entre la salud y el desarrollo generará un cúmulo de conocimientos y demostrará los beneficios de una perspectiva conjunta. Los persistentes intentos de formular enfoques combinados de salud y desarrollo proporcionarán un marco para la investigación y la acción.

Estas ideas e iniciativas deben ejercitarse dentro de un marco social. La relación y los procesos de la salud y el desarrollo deben ser parte de un diálogo social. La última sección del presente documento indica algunas de las esferas que constituyen puntos naturales de partida y de propulsión de este diálogo. Es importante recordar que, en el fondo, éste es un diálogo de educación y de acción a diferentes niveles. Cuando la salud sea una prioridad política, los políticos, los organismos oficiales y las organizaciones cívicas querrán tratar de plantear y resolver las cuestiones de salud.

En estas condiciones, se legitiman el compromiso político con la salud y los objetivos de incorporar la salud como prioridad en los procesos de planificación nacional y de prestación de servicios. El mayor conocimiento de estos temas y de su importancia a nivel comunitario permite que los individuos y las organizaciones desempeñen varias funciones. El medio ambiente, los temas de población, la educación y la capacidad de generar ingresos son todos

ámbitos en los que se mantiene el diálogo entre la salud y el desarrollo. El nivel de salud es un elemento importante para determinar si el desarrollo de la sociedad tiene éxito. En consecuencia, deben ponerse de realce los distintos aspectos de la salud y su función en ese desarrollo para promover un desarrollo sostenible más equitativo.

REFERENCIAS

- Abed, F.H. y Chowdhury, A.M.R. (1992). The role of NGOs in international health development. En: M.R. Reich y E. Marui (Eds.), *International cooperation for health: Problems, prospects and priorities* (pp. 76-88). Dover, MA: Auburn House Publishing Company.
- Alleyne, G. (1989). Health and development. *Caribbean Affairs* 2(3):111-124.
- Alleyne, G. (1991). Public health for all. En: *Health for all: Strengthening the role for public health*. Actas escogidas del sexto Congreso Internacional de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública y la 119ª reunión anual de la Asociación Estadounidense de Salud Pública, 10 a 14 de noviembre, 1991 (pp. 25-30). Washington, DC: American Public Health Association.
- Anand, S. y Ravallion, M. (1993). Human development in poor countries: On the role of private incomes and public services. *Journal of Economic Perspectives* 7(1):133-50.
- Andre, P.T.A. (1992). A Critique on the use of composite indices and path analysis in the study of economic growth and social development linkages. (p.10). Documento. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, Universidade de São Paulo, Brasil, y Organización Panamericana de la Salud.

- Ashford, L.S. y Haws, J.M. (1992). Family planning program sustainability: Threat or opportunity? *Studies in Family Planning* 23(1):63-65.
- Banco Mundial (1987). *World development report 1987*. Nueva York: Oxford University Press.
- Banco Mundial (1990). *World development report 1990: Poverty*. (p.12) Nueva York: Oxford University Press.
- Banco Mundial (1991). *World development report 1991: The Challenge of Development*. Nueva York: Oxford University Press.
- Banco Mundial (1992). *World development report 1992: Development and the Environment*. (p.49) Nueva York: Oxford University Press.
- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Basch, P.F. (1990). *Textbook of international health*. Nueva York: Oxford University Press.
- Behrman, J. (1988). The impact of economic adjustment programs. En: D.E. Bell y M.R. Reich (Eds.), *Health, nutrition and economic crises: Approaches to policy in the third world* (pp. 103-144). Dover, MA: Auburn House Publishing Company.
- Berman, P. y Ormand, B.A. (1988). Changes in health care demand and supply accompanying economic development. En: I. Serageldin y A. Sorkin (Eds.), *Research in human capital development* (pp. 142-172). Greenwich, CT: JAI Press.
- Bezanson, K. (1991). Approaches to ensuring that mothers and children profit from lessons learned. En: *Health for all: Strengthening the role for public health*. Actas escogidas del

- sexto Congreso Internacional de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública y la 119ª reunión anual de la Asociación Estadounidense de Salud Pública, 10 a 14 de noviembre, 1991 (pp. 35-39). Washington, DC: American Public Health Association.
- Bindary, A. (1991). *A ray of hope in a dark place: The Aishams project, Egypt*. Egipto: The Integrated Care Society.
- Birdsall, N. (1989). Thoughts on good health and good government. En: *A world to make: Development in perspective*. *Daedalus* 118(1):89-115.
- Birdsall, N. (1992). Health and development: What can research contribute? En: L.C. Chen, A. Kleinman y N.C. Ware (Eds.), *Advancing health in developing countries: The role of social research* (pp. 159-184). Westport, CT: Auburn House.
- Borrini, G. (1985). Health and development: A marriage of heaven and hell? *Studies in Third World Societies* 34:3-54.
- Bossert, T.J. (1990). Can they get along without us? Sustainability of donor-supported health projects in Central America and Africa. *Social Science and Medicine* 30(9):1015-1023.
- Cardoso, F.H. (1973). Associated dependent development. En: A. Stepan (Ed.), *Authoritarian Brazil*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Chenery, H. (1979). *Structural Change and Development Policy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (1992). *Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado*. Santiago: Naciones Unidas (documento LC/L.668).

- Cornia, G.A. (1989). Investing in human resources: Health, nutrition and development for the 1990s. *Journal of Development Planning* 19:159-187.
- Cooper Weil, D.E., Alicibusan, A.P., Wilson, J.F., Reich, M.R. y Bradley, D.J. (Eds.). (1990). The impact of development policies on health: A review of the literature. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Coyaji, B. (1991) Reducing mortality: The difficult task ahead. En: *Health for all: Strengthening the role for public health*. Actas escogidas del sexto Congreso Internacional de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública y la 119ª reunión anual de la Asociación Estadounidense de Salud Pública, 10 a 14 de noviembre, 1991 (pp. 30-33). Washington, DC: American Public Health Association.
- Dos Santos, T. (1969). The crisis of development theory and the problem of dependence in Latin America. *Siglo 21*.
- Elmendorf, A.E. y Lamboray, J.L. (1991). New challenges and opportunities for health policy development in África. En: *Health for all: Strengthening the role for public health*. Actas escogidas del sexto Congreso Internacional de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública y la 119ª reunión anual de la Asociación Estadounidense de Salud Pública, 10 a 14 de noviembre, 1991 (pp. 132-136). Washington, DC: American Public Health Association.
- Erinosho, O.A. (1991). Health care and medical technology in Nigeria: An appraisal. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 7(4):545-552.
- Fei, J.C.H. y Ranis, G. (1964). *Development of the labor surplus economy: Theory and policy*. Homewood, IL: Irwin.

- Fields, G.S. (1980). *Poverty, inequality and development*. (p.8). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Fishlow, A. (1990). The Latin American state. *Journal of Economic Perspectives* 4(3):61-74.
- Goulet, D. (1971). *The Cruel Choice: A New Concept in The Theory of Development*. Nueva York: Atheneum.
- Hall, B. (1978). *Mtu niafya: Tanzania's health campaign*. Washington, DC: Academy for Educational Development, Clearinghouse on Development Communications.
- Harpham, T. y Stephens C. (1991). Urbanization and health in developing countries. *World Health Statistics Quarterly* 44:62-69.
- Haws, J.M., Bakamjian, L., Williams, T. y Johnson Lasser, K. (1992). Impact of sustainability policies on sterilization services in Latin America. *Studies in Family Planning* 23(2):85-95.
- Hopkins, T.K. y Wallerstein, I. (1977). Patterns of development of the modern world system. *Review* 1:111-145.
- Howard, L. (1989). The evolution of bilateral and multilateral cooperation for health in developing countries. En: M. Reich y E. Marui (Eds.), *International cooperation for health: Problems, prospects and priorities* (pp. 76-88). Dover, MA: Auburn House.
- Hull, V. (1991). Health and development: Seeking the best of both worlds. *Cultural Survival Quarterly* 15:2:24-27.
- Hunter, S.S. (1990). Levels of health development: A new tool for comparative research and policy formulation. *Social Science and Medicine* 4(31):433-444.

- Jackson, B.E. y Ugalde, A. (1985). Impact of development and modern technologies in third world health. *Studies in Third World Societies* 34:3-356.
- Jameson, K.P. (1991). In the time of cholera, death and debt in Peru. *Commonweal* 118:609-611.
- Jamison, D.T. y Mosley, W.H. (1991). Disease control priorities in developing countries: health policy responses to epidemiological change. *American Journal of Public Health* 81(1):15-22.
- Jolly, R. (1985). *Adjustment with a human face*. Nueva York: United Nation's Children's Fund.
- Kaneko, Y. y Nidaira, K. (1988). Towards basic human needs in relation to public health and nutrition. En: D.E. Bell y M.R. Reich (Eds.), *Health, nutrition, and economic crises: Approaches to policy in the third world* (pp. 241-263). Dover, MA: Auburn House.
- Kwangkee, K. y Moody, P. (1992). More resources better health? A cross-national perspective. *Social Science and Medicine* 34(8):837-42.
- Leckie, G. (1991). *Cost recovery experiences at Stichting Lobi*. Documento presentado al seminario de la IPPF sobre sostenibilidad del programa mediante recuperación de costos, Kuala Lumpur, 21 al 25 de octubre. Citado por Ashford y Haws, 1992.
- Lewis, W.A. (1954). Economic development with unlimited supplies of labour. *Manchester School* 22.
- Mahler, H. (1980). People. *Scientific American* 243(3):67-77.
- Mata, L. (1988). A public health approach to the "food-malnutrition-economic recession" complex. En: D.E. Bell and

M.R. Reich (Eds.), *Health, nutrition, and economic crises: Approaches to policy in the third world* (pp. 265-275). Dover, MA: Auburn House.

McKay, J. (1990). The Development Model. *Development, Journal of the Society for International Development* 3(4):55-59.

Monekosso, G.L. (1991) The roles of minorities of health and other national agencies, intergovernmental organizations, and nongovernmental organizations in improving the health of the world's poorest and most vulnerable populations. En: *Health for all: Strengthening the role for public health*. Actas escogidas del sexto Congreso Internacional de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública y la 119ª reunión anual de la Asociación Estadounidense de Salud Pública, 10 a 14 de noviembre, 1991 (pp. 33-35). Washington, DC: American Public Health Association.

Morgan, Jr., R. y Mutalik, G. (1992). *Bringing international health back home*. Washington, DC: National Council for International Health, April 1992.

Mosley, W.H., Jamison, D.T. y Henderson, D. A. (1990). The health sector in developing countries: Problems for the 1990s and beyond. *Annual Review of Public Health* 11:335-58.

Musgrove, P. (1990). *Crisis económica y salud: La experiencia de cinco países latinoamericanos en los años ochenta*. Washington, DC: PAHO, mimeografiado.

Myrdal, G. (1958). *Asian drama*. Nueva York: Pantheon.

Nag, M. (1985) The impact of social and economic development on mortality: Comparative study of Kerala and West Bengal. En: *Good health at low cost*. Nueva York: Rockefeller Foundation.

- National Public Radio (1992). AIDS and Hispanics series. *Morning Edition*, Friday, February 28.
- Newman, B.A. y Thomson, R.J. (1989). Economic growth and social development: A longitudinal analysis of causal priority. *World Development* 17:4: 461-71. Citado por Andre, 1992.
- OMS (1977). Provisional guidelines for evaluating strategies for health for all by the year 2000. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Documento PDWG/REP/3.
- OMS (1990). Documentos básicos, 38ª edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (1991). Health: Conditionality for economic development? Breaking the cycle of poverty and inequity. Documento de antecedentes para la Conferencia de Accra, Ghana, 4 a 6 de diciembre de 1991.
- OMS (1992). Report of the WHO Commission on Health and Environment. Summary. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OPS (PAHO) (1992). Health, the environment and poverty in the Americas, A position paper. Washington, DC: OPS.
- OPS (1991). *Salud y paz para el desarrollo y la democracia*. Organización Panamericana de la Salud, Iniciativa de Salud de Centroamérica, 1991-1995. Tercera Conferencia de Madrid, 2 al 4 de mayo. Washington, DC: OPS.
- OPS (1990). *La salud en el desarrollo*. Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo, SPP15/4, Rev. 1 (Esp.) Washington, DC: OPS.

- OPS (1992). *Salud y turismo*. Preparado para el Comité Ejecutivo del Consejo Directivo, 109ª Reunión, junio. Washington, DC: OPS.
- OPS (1991). *Salud y turismo*. (p.5). Preparado para el Comité Ejecutivo del Consejo Directivo, Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo, 17ª Reunión, 2 a 4 de diciembre. Washington, DC: OPS.
- Petrera, M. y Montoya, M. (1992). Impacto económico de la epidemia del cólera, Perú - 1991. *Boletín Epidemiológico, Organización Panamericana de la Salud* 3(2):9-11.
- Population Communication Services (1992). Annual Report Fiscal Year 1992. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University.
- Portes, A. y Kincaid, A.D. (1989). Sociology and development in the 1990's: Critical challenges and empirical trends. *Sociological Forum* 4(4):479-503.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (1992). *Human development report*. Nueva York: Oxford University Press.
- Reich, M. (1992). The political economy of health transitions. Forthcoming in L. C. Chen, A. Kleinman y N. Ware (Eds.), *Health and social change: An international perspective*.
- Roemer, M.I. y Roemer R. (1990). Global health, national development, and the role of government. *American Journal of Public Health* 80(10):1188-1191.
- Rodriguez-García, R. (1992). Health and development. *Healthlink* August 2-3,10, publicación del National Council for International Health.
- Rodriguez-García, R. y Chandra, P. (1992). The health-development link: Teaching international health within a health-development

- framework. En: *Health for All: Strengthening the Role for Public Health*. Actas escogidas del sexto Congreso Internacional de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública y la 119ª reunión anual de la Asociación Estadounidense de Salud Pública, 10 a 14 de noviembre, 1991. Washington, DC: American Public Health Association.
- Rodriguez-García, R. y Macinko, J.A. (1994). *The role of non governmental organizations in health and development*. International Journal of Health Education and Promotion.
- Rostow, W.W. (1960). *The stages of economic growth: A non-communist manifesto*. Londres: Cambridge University Press.
- Sadik, N. (1991). Public policy and private decisions: World population and world health in the 21st century. En: *Health for all: Strengthening the role for public health*. (p.23). Actas escogidas del sexto Congreso Internacional de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública y la 119ª reunión anual de la Asociación Estadounidense de Salud Pública, 10 a 14 de noviembre, 1991. Washington, DC: American Public Health Association.
- Schultz, T.W. (1964). *Transforming traditional agriculture*. New Haven: Yale University Press.
- Seers, D. (1972). The meaning of development. En: Nancy Bastor (Ed.), *Measuring Development*. Londres: Frank Cass.
- Sen, A.K. (1977) On Weights and Measures: Informational constraints on social welfare analysis. *Econometrica* 45:1539-72. Citado como referencia por Anand y Ravallion (1993). Human development in poor countries: On the role of private incomes and public services. *Journal of Economic Perspectives* 7(1):133-50.

- Sen, A.K. (1984) *The Living Standard*, Oxford Economic Papers. 36 Supplement, 74-90. Referenced in Anand y Ravallion (1993). Human development in poor countries: On the role of private incomes and public services. *Journal of Economic Perspectives* 7(1):133-50.
- Sen, A.K. (1987) *The Standard of Living*, The Tanner Lectures, Cambridge University Press; Cambridge quoted in Anand y Ravallion (1993). Human development in poor countries: On the role of private incomes and public services. *Journal of Economic Perspectives* 7(1):133-50.
- Sidel, V. and Sidel, R. (1977). "Primary health care in relation to socio-political structure." *Social Science and Medicine* 11:415-419.
- Sirageldin, I., Wouters A, M., and Diop, F. (1992). *The rule of government policy for health: Equity versus efficiency or poverty versus fiscal vulnerability*. Working Paper No. 10. Interdepartmental Program in Public Health Economics. Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, Baltimore, MD.
- Smith, S.C. (1991). *Industrial policy in developing countries: Reconsidering real resources of export linked growth*. (p.10). Washington, DC: Economic Policy Institute.
- Sorkin, A. (1988). The impact of water and sanitation on health and development. En: Sirageldin, I. y A. Sorkin (Eds.), *Research in Human Capital Development* (pp. 77-97). Greenwich, CT:JAI Press.
- Srinivasan, T.N. (1991). Economic growth, sustainable human development and poverty alleviation in India: The UNDP's Human Development Reports. Documento. New Haven: Yale University.

- Stone, L. (1989). Cultural crossroads of community participation in development: A case from Nepal. *Human Organization* 48(3), 206-213.
- Sutton, F.X. (1989). Development ideology: Its emergence and decline, in *A World to Make: Development in Perspective*. *Daedalus* 118(1):35-58.
- Tafira, L.M. (1990). Creating a demand for scientific natural family planning: The Zambian experience. En: J.T. Queenan, V.H. Jennings, J.M. Spieler y H. von Hertzen (Eds.), *Proceedings of a conference, Part II: Natural family planning: Current knowledge and new strategies for the 1990s*. Washington, DC: Georgetown University Institute for Reproductive Health.
- Todaro, M.P. (1989). *Economic development in the third world*. Nueva York: Longman.
- Torres-Parodi, C. (1992). *Democracy and health: Cooperation of the Pan American Health Organization with the parliaments of the Americas*. Presentado al Foro Internacional sobre Salud y Desarrollo de la Universidad George Washington, 17 a 19 de junio, 1992.
- Underwood, C. (1993). Child health under revolutionary regimes: The case of the Islamic Republic of Iran. Tesis de doctorado inédita, The Johns Hopkins University.
- Vieira, C. (1991). Health in development. *Journal of Public Health Policy* 12(3):270-277.
- Wade, R. (1990). *Governing the market*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Wallerstein, I. (1974). "The rise and future demise of the world capitalist system: Concepts for comparative analysis." *Comparative Studies in Society and History* 16:387-415.

Westphal, L.E. (1990). Industrial policy in an export-propelled economy: Lessons from South Korea's experience. *The Journal of Economic Perspectives* 4:3.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (1992). *Statement of Richard E. Bissell, Assistant Administrator for Research and Development, U.S. A.I.D., before the U.S. House of Representatives Select Committee on Hunger*, March 11.
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (1992). *Testimony of Ronald W. Roskens, Administrator, U.S. A.I.D., before the U.S. House of Representatives, Appropriations Committee, Subcommittee on Foreign Operations*, March 17.
- Akin, J. S. (1987) Three main problems in the health sector. En: *Financing health services in developing countries: An agenda for reform*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Campino, A.C. (1992). *Social emergency funds: An alternative for financing the health sector*. Documento presentado en nombre del Programa de Desarrollo de Políticas de Salud de la OPS a la Conferencia Internacional sobre Macroeconomía y Salud en los Países más Necesitados, Ginebra, 24 al 26 de junio.
- Claver, D. P. (1989). Health and development. *World Health Forum* 10:417-419.
- Donaldson, P.J. (1986). *U.S. population policy: A twenty-year overview*. Comentarios preparados para una reunión de orientación del personal del Senado de los Estados Unidos acerca de la política de población, 13 de junio de 1986. Washington, DC.
- Esrey, S.A., Habicht, J.-P. y Casella, G. (1992). The complementary effect of latrines and increased water usage on the growth of infants in rural Lesotho. *American Journal of Epidemiology* 135(6):659-666.

- Gordon, A. (1989). The myth of modernization and development. *Sociological Spectrum* 9:175-195.
- Harvey, P. (1991) Commentary: In poor countries, 'self-sufficiency' can be dangerous to your health. *Studies in Family Planning* 22(1):52-54.
- Hu, T.-W. y Meng, Y.-Y. (1991). Medical technology transfer in major Chinese medical schools. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 7(4):553-560.
- Krishnan, T.N. (1985) Health statistics of Kerala State, India. En: *Good health at low cost*. Nueva York: Rockefeller Foundation.
- Krueger, A.O. (1990). Government failures in development. *Journal of Economic Perspectives* 4:3 (Summer).
- López Acuña, D. (1991). Reforma del Estado y desarrollo social en América Latina, publicado en tres partes en el periódico *El Nacional*, México, D.F., México, 8, 15 y 22 de octubre.
- OMS 1991. Working Group on Health Promotion in Developing Countries. A Call for Action: Promoting Health in Developing Countries. *Health Education Quarterly* 18(1).
- OPS (1991). *Análisis del Programa Regional de Salud Ambiental*. Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo, 17ª Reunión, Washington, DC, 2 a 4 de diciembre.
- OPS (1992). *Health, the environment and poverty in the Americas*. Documento de posición del Programa de Salud Ambiental, febrero.
- Panikar, P.G.K. (1985) Health care system in Kerala and its impact on infant mortality. En: *Good health at low cost*. Nueva York: Rockefeller Foundation, October 1985, 47-55

- Shepard, D.S. (1992). Rwanda: A case study on health policy and development in Africa. Presentado al Foro Internacional sobre Salud y Desarrollo de la Universidad George Washington, 17 al 19 de junio.
- Uyanga, J. (1990). Economic development strategies: Maternal and child health. *Social Science and Medicine* 31(6):649-659.
- Waring, M. (1988). Chapter 1: A woman's reckoning: An introduction to the international economic system. En: *If Women Counted: A New Feminist Economics*. San Francisco, CA: Harper and Row.
- Werner, D.B. (1976) *Health care and human dignity: A subjective look at community-based rural health programs in Latin America*. Documento presentado al Simposio sobre Tecnología Adecuada y Prestación de Servicios de Salud y de Asistencia Social para los Discapacitados en los Países en Desarrollo, patrocinado por el Fondo Nacional para Investigaciones sobre Enfermedades Incapacitantes, celebrado en Oxford, Reino Unido, 26 a 30 de septiembre.
- Werner, D.B. (1988). *Empowerment and health*. Charla dictada en la reunión del Comité Mixto de la Comisión Médica Cristiana y CCPD. Manila, Filipinas, 12 a 19 de enero.

**PARTE II: INICIATIVAS EN MATERIA
DE SALUD Y DESARROLLO**

El Proceso de Desarrollo en América Latina y el Caribe y sus consecuencias en la esfera de la salud¹

César Vieira, M.D.²

Los países de las Américas afrontan la necesidad creciente de asignar prioridad al capital humano que representan sus poblaciones. La salud desempeña una función importante en esta situación porque en definitiva entraña la consecución del completo bienestar de la gente, condición esencial para que pueda poner de manifiesto toda su potencialidad creativa y productiva. Por eso, en estos países es urgente consignar y analizar los efectos que tienen el estancamiento, la crisis económica, las desigualdades sociales y la pobreza extrema en el nivel de salud y en la capacidad de atención de salud, que comprende la asignación de recursos públicos y privados al sector de la salud.

La relación entre desarrollo y salud es amarga en tiempos de crisis. Se torna difícil porque precisamente cuando los problemas sociales requieren un grado mayor de atención prioritaria, la reducción de los fondos públicos para gastos sociales es más drástica.

¹ Adaptado de: Organización Panamericana de la Salud (1991).

² Coordinador del Programa de Políticas de Salud de la Organización Panamericana de la Salud.

La crisis económica afecta al sector de la salud y la situación sanitaria de distintas maneras. En primer término, reduce los ingresos de la familia, por lo que resulta más difícil satisfacer las necesidades básicas de salud, que incluyen la necesidad de alimentarse y tomar medicinas. En muchos países en los que las políticas de ajuste han acarreado la eliminación de los subsidios públicos, se han reducido las importaciones de productos alimenticios, han disminuido los ingresos de la familia y han subido vertiginosamente los precios de los alimentos. En segundo lugar, conforme a estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en cooperación con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), durante los primeros años de la crisis (OPS, 1988) el sector de la salud resultó fuertemente castigado por la restricción del gasto público, en especial porque en muchos países se eliminaron prácticamente todas las inversiones nuevas. El efecto más inmediato provino de la limitación de las importaciones de suministros esenciales por la insuficiencia de divisas en la mayor parte de los países de la Región. En tercer término, a medida que aumenta el desempleo, el cual provoca la disminución de los ingresos y de las coberturas de los seguros, aumenta la demanda de servicios públicos de atención de salud. Por último, el efecto combinado de todos estos factores ha sido negativo para la salud de la población. Sin embargo, la información disponible sobre este aspecto de la crisis sigue siendo escasa y se basa en unos pocos y aislados estudios de casos.

En suma, las acentuadas reducciones del gasto público en sectores sociales tales como la salud y la educación, como consecuencia de las políticas de ajuste o reactivación, han reducido o congelado los fondos disponibles para establecer y poner en funcionamiento servicios de salud. Esta situación se ha puesto de manifiesto en forma de restricciones de los gastos en saneamiento básico y en el remplazo, mantenimiento y conservación de equipos y edificios. También se ha traducido en la incapacidad de mantener un nivel adecuado de gastos ordinarios, lo que obstruye el normal financiamiento de los programas que abordan problemas existentes, así como en la restricción del desarrollo gerencial y de la capacitación del personal del sector.

Objetivos estratégicos

Los nueve objetivos estratégicos resumidos en el cuadro 1 fueron adoptados por la Conferencia Sanitaria Panamericana de 1990 con el propósito de reactivar y modernizar el sector de la salud en los países del continente americano. También pueden generar respuestas más eficientes, eficaces y equitativas ante las necesidades de salud de los pueblos de las Américas.

Estos objetivos son de diversa índole: algunos se refieren a políticas y procesos sustantivos, mientras que otros son predominantemente instrumentales. En ambos casos son directrices que deben adoptar los países para mejorar y transformar los sistemas nacionales de salud si quieren avanzar efectivamente hacia la meta de Salud Para Todos en el Año 2000. Por consiguiente, se deben considerar como líneas convergentes que se habilitan recíprocamente y que apuntan en una misma dirección, en el marco global del primer objetivo: la salud en el desarrollo.

Cuadro 1. Los objetivos estratégicos de la OPS en el cuatrienio 1991-1994

- . La salud en el desarrollo
- . Reorganización del sector de la salud
 - fortalecimiento y desarrollo de los sistemas locales de salud
 - incorporación del potencial de la seguridad social
 - orientación del financiamiento externo hacia la reorganización del sector
- . Focalización de acciones en grupos de alto riesgo
- . Promoción de la salud
- . Utilización de la comunicación social en la salud
- . Integración de la mujer en la salud y el desarrollo
- . Administración del conocimiento
- . Movilización de recursos
- . Cooperación entre países

La salud en el desarrollo

Los hechos descritos *supra* han llevado a la salud a una encrucijada en el continente americano. Se plantea una necesidad urgente de revisar las líneas de pensamiento y acción en lo atinente a la aportación que la salud puede hacer al progreso social en las Américas en los próximos decenios, habida cuenta de la profundamente arraigada interdependencia de la salud y el desarrollo sostenido. De ahí la importancia de encontrar una orientación estratégica que realce el papel de la salud, como contribución a un nuevo enfoque del proceso de desarrollo en los países de las Américas.

Este enfoque implica que las actividades de salud asuman una función política en la promoción del desarrollo sostenido, lo que significa que la salud debe:

- a) Contribuir a la búsqueda de la paz y la reducción de la violencia, habida cuenta de la alta estima de que goza el campo de la salud en la defensa de la vida humana y la creación de condiciones que hagan posible la vida.
- b) Promover, desde su esfera, fórmulas y mecanismos que incrementen la integración regional y subregional, así como planes de cooperación entre países.
- c) Patrocinar programas para que la población participe y comparta la responsabilidad de la generación de un mayor bienestar social.
- d) Promover el interés del Estado en cumplir su función de asegurar una atención de salud adecuada para toda la población y, especialmente, para las personas de bajos ingresos; atenuar los efectos de la crisis económica en los sectores más vulnerables y compatibilizar el desarrollo con la necesaria protección y el uso racional del medio ambiente y los recursos naturales.

- e) Promover un clima propicio en los círculos políticos y en la opinión pública para la asignación de atención prioritaria y recursos estables —si no crecientes— a la indispensable transformación de los sistemas de salud, como forma de hacer frente con más eficacia a las necesidades también crecientes y siempre cambiantes de atención de salud de la población.
- f) Propiciar una revalorización de las formas de organización y funcionamiento del sector para afrontar los cambios producidos por el desarrollo en la mayor parte de los países de la Región.
- g) Conciliar las buenas intenciones, aptitudes y recursos de las diversas figuras públicas y privadas que tienen un papel que desempeñar en el aumento de la participación de la población, a fin de promover el proceso de coordinación sectorial e intersectorial.
- h) Contribuir a la estabilidad y la paz sociales, a la valoración y afianzamiento de la democracia y al aumento de la productividad con la satisfacción de las necesidades sociales básicas.

Lo antedicho constituye la piedra angular de la renovada importancia que se adjudica a los beneficios de la salud en la promoción del desarrollo. Avanzar en esta dirección durante los años noventa en los países de las Américas equivaldrá a poner los cimientos de la redefinición de la función social del Estado moderno. Esto no está reñido con las tendencias actuales, que procuran restablecer las dimensiones del Estado en materia de intervención económica directa.

Consecuencias de la salud en el desarrollo

El proceso de desarrollo sostenible entraña necesariamente el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población. El desarrollo económico y social de estas características supone por consiguiente una mejor distribución de la renta y de los servicios sociales básicos (educación, salud, etc.). La mera garantía de crecimiento económico de una región no agota el concepto de desarrollo real y sostenible. Por lo tanto, la orientación estratégica de la salud en el desarrollo implica la asignación de prioridad a la labor encaminada a garantizar un alto grado de equidad en las condiciones de vida y de salud de los habitantes del continente y en el acceso de la población a servicios básicos de salud.

El sector de la salud suele tener poca influencia en la formulación de políticas económicas encaminadas a promover el crecimiento o en la adopción de decisiones destinadas a garantizar una distribución más equitativa de la renta. Por el contrario, tiene una importante capacidad potencial de aumentar la equidad en su esfera de influencia. Sin embargo, esta capacidad potencial requerirá que se incrementen las oportunidades de beneficiarse con medidas de promoción de salud y servicios de salud personales y sociales, así como con intervenciones globales e intersectoriales tendientes a modificar las condiciones de vida y de salud de la población.

Por lo tanto, se deduce naturalmente que la salud en el desarrollo debe tener primordial importancia entre las orientaciones estratégicas para 1991-1994 aprobadas por la Conferencia. También es esencial destacar que la salud en el desarrollo implica necesariamente la reducción al mínimo de las desigualdades sociales en relación con la salud, la atenuación de los efectos de la crisis sobre los más desvalidos mediante el establecimiento de programas globales de bienestar social, el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de las grandes mayorías (en particular de los más desposeídos), y la transformación de los sistemas de salud, haciendo más hincapié en actividades de promoción de la salud dirigidas a toda la población y en medidas de prevención y control de las consecuencias y los

riesgos para la salud, así como en una participación ciudadana más organizada.

Este enfoque tiene repercusiones en la definición del sector de la salud, la reorganización de los servicios para brindar atención individualizada a toda la población y las actividades relativas a las condiciones de vida. Pero sobre todo, tiene importantes consecuencias en la redefinición de las relaciones tanto entre los servicios de salud y las actividades de bienestar social como entre dependencias gubernamentales, centrales y periféricas, y organizaciones civiles.

Aplicación del concepto de la salud en el desarrollo

Se han fijado dos metas como pautas para la aplicación del concepto de la salud en el desarrollo. La primera se refiere a la inclusión del mejoramiento de la salud entre los objetivos de las políticas nacionales de desarrollo, a fin de atenuar las injusticias en el nivel de salud y en el acceso a la atención de salud en los diferentes grupos sociales de cada país. La segunda apunta a mejorar la posición que ocupa la salud en los temarios políticos de los países de las Américas, particularmente en materia de asignación de recursos.

A fin de alcanzar estas metas, será necesario emprender una intensa campaña de promoción de la salud en los países de la Región. Esta campaña se llevará a cabo junto con actividades instrumentales destinadas a consolidar la formulación y ejecución de políticas sociales con el propósito de mejorar la cobertura de las necesidades básicas, incluidas las de salud, para los sectores más vulnerables de la población.

Con este fin, se debe asignar prioridad a la tarea de reconquistar la visibilidad y la preeminencia social y política de la salud en la sociedad y en la gestión de los Gobiernos Miembros de la OPS. Por esta razón será esencial que se lleve el examen de la salud en el

desarrollo a los más importantes foros donde se toman decisiones políticas, tales como las reuniones regionales o subregionales en la cumbre de los jefes de Estado o de gobierno, las legislaturas nacionales y locales y los consejos de los gobiernos nacionales, regionales y municipales.

Para que la salud pueda asumir la función de promover y estimular el desarrollo sostenible, deben redoblar los esfuerzos en todos los países con el propósito de:

- Documentar la naturaleza y la magnitud de los riesgos y de las consecuencias para la salud que se pueden evitar y que son problemas de salud superables si se intensifican ciertas actividades dentro y fuera del sector, si se modifican las condiciones de vida de los grupos sociales más afectados por esos problemas y si la cobertura de los servicios de salud se amplía hasta que alcance a toda la población.
- Elaborar propuestas para transformar los sistemas nacionales de salud, habida cuenta de la necesidad de reducir la desigualdad del nivel de salud, garantizar los servicios y asegurar una adecuada atención de salud a toda la población de cada país de la Región.
- Convertir las propuestas de transformación en políticas y programas eficaces que reúnan un amplio consenso y se articulen para atender en forma gradual la gran cantidad de necesidades de salud insatisfechas de los grupos de población más vulnerables.
- Vincular las políticas y programas de transformación del sistema de salud con el proceso de reestructuración del Estado, particularmente en función de las responsabilidades sociales que este último debe asumir; se incluyen aquí las actividades dirigidas a luchar contra la pobreza y a poner en marcha proyectos de bienestar social.

En atención a lo dicho, es imprescindible que la salud establezca una esfera de influencia en los despachos de los Gobiernos Miembros donde se efectúan análisis y se adoptan decisiones en relación con la planificación social y económica, con el objeto de aportar elementos de dimensión humana al modelo de desarrollo adoptado por los países del continente.

REFERENCIAS

Organización Panamericana de la Salud (1988). *Economic Crisis and Health, the Experience of Five Latin American Countries in the 1980s*. Washington, D.C.: PAHO.

Organización Panamericana de la Salud (1991): *Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas 1991-1994*. Washington, D.C.: OPS

OBTENCIÓN DE CONSENSO EN RELACIÓN CON LAS ESTRATEGIAS DE SALUD EN ÁFRICA

*A. Edward Elmendorf*¹

Los indicadores de salud en África son mucho peores que en otras zonas del mundo en desarrollo. La esperanza de vida al nacer, por ejemplo, era en 1991 de 62 años en los países de bajos ingresos en su conjunto: superior en más de un decenio a la de Africa, donde el promedio era de solo 51 años. Del mismo modo, en el mismo año, mientras murieron solo 71 lactantes en su primer año de vida por cada 1.000 nacidos vivos en los países de bajos ingresos, la tasa en África era de 104 defunciones de lactantes. Finalmente, el flagelo de la mortalidad materna golpea a África con especial fuerza: una tasa de 686 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos duplica la tasa de 308 de los países de bajos ingresos y es seis veces mayor que la de 107 de los países de ingresos medios. Estos datos subrayan la urgencia de que los gobiernos africanos y sus socios internos y externos adopten medidas para el mejoramiento de la salud.

Muchos actores con diversas y divergentes perspectivas participan en el escenario de la salud en África. Este escenario comprende tanto a los hogares como principales actores cuyo comportamiento influirá en la salud como a los gobiernos nacionales, las instituciones internacionales, los donantes bilaterales y las

¹ Especialista Principal en Manejo Gerencial de la División de Población, Salud y Nutrición del Departamento Técnico para Africa del Banco Mundial. Escribió el presente artículo a título personal y los puntos de vista que en él se expresan no se deben atribuir al Banco Mundial ni a ninguna de sus filiales.

numerosas organizaciones no gubernamentales locales e internacionales que trabajan en ese campo.

Los actores del exterior de África son particularmente importantes para la salud de dicho continente, pues financian casi todas las inversiones, proporcionan medicamentos y otras tecnologías decisivas para el mejoramiento de la salud y suministran gran cantidad de asistencia técnica. Se estima que alrededor de una quinta parte de los gastos de salud en África se financia externamente; esto otorga a la comunidad internacional funciones especiales y responsabilidad en el mejoramiento de la salud en África. Aunque el trabajo de la OMS y el UNICEF en atención primaria de salud proporciona un marco de principios, estas ideas rara vez se han operacionalizado y transformado en iniciativas prácticas de políticas y programas a nivel nacional.

Ante estos antecedentes, el Banco Mundial está trabajando, en cooperación con la OMS y el UNICEF, en un estudio de las políticas y estrategias de salud que aspira a facilitar el logro de un consenso que ayude a los muchos y diferentes actores. El estudio del Banco Mundial, *Better Health in Africa*, desarrolla una labor paralela en el campo de la educación (Banco Mundial, 1988) y a nivel mundial (Banco Mundial, 1989). Este capítulo expone el proceso en marcha que procura lograr un nuevo consenso sobre las estrategias de salud en África.

En una primera etapa, el Banco Mundial formó un grupo externo de asesoramiento técnico para que examinara un resumen de la política inicial que describía los planes para el estudio. Integraban este grupo dos altos funcionarios de los países (incluido un ministro de salud africano), el Director Regional de la OMS para Africa, un importante funcionario del UNICEF y reputados especialistas universitarios en la salud de África. La constitución del grupo representó un compromiso del Banco de escuchar y tomar seriamente en consideración las opiniones de figuras importantes de la comunidad de la salud de África. Los participantes subrayaron la importancia de estudiar el cambiante estado de salud de las

poblaciones africanas y las conexiones entre el declive económico y las políticas de ajuste, por un lado, y los gastos en salud y el nivel de salud, por el otro.

El segundo paso fue la Consulta sobre Alta Política con los líderes de la salud de África, que organizó el Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial. Entre los participantes estuvieron ministros de salud y otros altos funcionarios de organismos de salud y planificación económica africanos, proveedores de atención de salud no gubernamentales e investigadores universitarios. Aunque se recurrió al resumen de la política inicial como documento de referencia, el Banco incitó a los participantes a fijar su propio temario, que proporcionaría al Banco un mecanismo para enterarse de los temas de mayor importancia para las autoridades responsables de la política de salud en África. Los temas elegidos fueron: el manejo de la salud; la movilización y asignación de recursos humanos, materiales, financieros e institucionales; la participación y habilitación de la comunidad y los individuos; la coordinación intersectorial, y la medicina tradicional.

Ampliando el diálogo, el Banco organizó después una serie de cuatro talleres sobre políticas y programas de salud en África. Financiados con una subvención del organismo finlandés de ayuda bilateral, los talleres reunieron a 77 ciudadanos africanos, profesionales de la salud de alta jerarquía e investigadores en política de salud —diferenciados de las autoridades normativas superiores—, para aunar criterios con el Banco sobre los temas más críticos. Los participantes asistieron a título personal y las deliberaciones se caracterizaron por los ofrecimientos espontáneos de ideas en remplazo de los enunciados de posiciones oficiales. Se observó una sorprendente semejanza de criterios sobre los principales temas y enfoques que los participantes querían que examinaran los gobiernos africanos y se analizaran en el estudio del Banco Mundial. Quedaba implícito el deseo de reconsiderar la distribución —entre instituciones públicas, filantrópicas y con fines de lucro— de las funciones de proporcionar atención de salud y de financiar y aplicar programas de salud. El pluralismo institucional fue una realidad aceptada y

deseable y la gestión era interés de todos. Se hizo hincapié en el financiamiento del sector de la salud, la reglamentación pública, el desarrollo de capacidad y la promoción de la participación local. Los participantes en el taller insistieron en varios temas que no había destacado el trabajo inicial del Banco, incluida la cooperación técnica entre países en desarrollo, la recopilación y análisis de datos y el SIDA.

Prácticamente en todas las reuniones con los socios africanos de la salud, se plantearon inquietudes sobre los programas de los donantes. Algunos africanos mostraron su preocupación por la posibilidad de que el apoyo de los donantes a actividades coyunturales de control de las enfermedades repercutiera negativamente en el desarrollo a largo plazo de la capacidad para elaborar y ejecutar programas de salud en los países africanos. Otros se mostraron preocupados ante la posibilidad de que la fuerza de atracción del financiamiento de los donantes arrebatará a los gobiernos africanos el liderazgo que les corresponde y creara enclaves geográficos o políticos de conformidad con los deseos específicos de los distintos donantes. Finalmente, muchos preguntaron por las repercusiones de la financiación de los donantes en la sostenibilidad: ¿Qué pasa con un programa de salud apoyado por algún donante cuando cesa la financiación de éste? Así, la colaboración de los países africanos con los donantes para que se lograran mayores beneficios del apoyo financiero externo se convirtió en tema central del estudio *Better Health in Africa*.

A partir de esta amplia gama de perspectivas africanas, el Banco entabló un diálogo con los principales donantes externos que financiaban programas de salud en África. Durante la Asamblea Mundial de la Salud se celebró una reunión con representantes de once grandes donantes, en la que participaron representantes de la OMS y del UNICEF. En esta reunión se destacó especialmente la importancia del hogar y de los organismos no gubernamentales privados. En lo que se refiere al mejoramiento de la salud, los participantes recalcaron la necesidad de una planificación a largo plazo y señalaron que confiaban en que se lograra una mayor

eficiencia y se prestara atención a las intervenciones que procediesen de fuera del sector de la salud. La resistencia a las críticas africanas de las funciones de los donantes y de la financiación externa para el mejoramiento de la salud fue mucho menor de la esperada inicialmente.

Para aumentar el consenso dentro del mismo Banco Mundial, se formó un grupo interno de asesoramiento técnico compuesto por personal del Banco en la Región de Africa. Su comité de dirección incluía a personal de los servicios operativos y de investigación de todo el Banco para que proporcionara orientación al equipo de estudio. Más de dos docenas de especialistas del personal examinaron críticamente un borrador del estudio. Un texto revisado mereció un grado de apoyo sustancial y miembros de las divisiones operativas emprendieron un trabajo de seguimiento que abarcó a los talleres subregionales sobre estrategia de la salud organizados con países de Africa Oriental y Central, incluso antes de la publicación de la versión final del estudio. Estos talleres se han basado en el trabajo analítico del *Informe sobre el desarrollo mundial 1993* y en los aspectos operativos y regionales de *Better Health in Africa*.

Las fases iniciales de la consulta interna y externa pusieron de manifiesto que había un interés generalizado en las lecciones prácticas de la experiencia y que se hacía hincapié en lo que en realidad sirve para mejorar la salud, antes que en exhortaciones generales y declaraciones de principios. Esto ha significado que el estudio pusiera de relieve los éxitos alcanzados, sin por ello subestimar de ninguna manera la magnitud del trabajo de mejoramiento de la salud.

También ha sido importante el establecimiento de un marco coherente de los conceptos implícitos en todo el estudio. Se ha recurrido mucho a los paradigmas de la economía del bienestar, la economía de las finanzas públicas y la teoría de los sistemas. A partir de la economía, la idea de los factores exógenos —beneficios o costos de una actividad, como la vacunación, que rebasa la meta inmediata, lo que justifica el subsidio público— ha sido fundamental

para diseñar en el informe un marco para la financiación pública y privada y la provisión de servicios de salud. En combinación con las dificultades generalizadas de los Estados africanos para prestar servicios administrativos, económicos y sociales en los últimos decenios, estas ideas llevaron naturalmente a poner el acento en las funciones de los socios no gubernamentales respecto de la salud y en la descentralización de la provisión de atención de salud. La eficacia en función de los costos —el costo de cada unidad resultante, en este caso el mejoramiento de la salud— fue la base para la selección de intervenciones que incluyeran en el conjunto de servicios básicos de salud los promovidos en el estudio. La idea de costo-beneficio *no* se ha empleado en el estudio a raíz de la controversia sobre la conversión de las prestaciones de salud en términos financieros.

A partir de la teoría de los sistemas, la idea básica implícita en gran parte de *Better Health in Africa* es el "resultado de la relación insumo-producto". Esto conduce naturalmente a una evaluación de los sitios y procesos en los cuales los insumos de salud, como los fármacos, se transforman en productos, como servicios de salud, y con el tiempo, en resultados en salud. Desplaza rápidamente el centro de la atención del sistema de atención de salud —pues este sistema proporciona solo insumos— a los hogares y las comunidades como unidades básicas del análisis, pues solo su participación plena —como sujetos activos antes que como objetos pasivos o beneficiarios de medidas tendientes al mejoramiento de la salud— inducirá a adoptar un comportamiento que efectivamente produzca resultados beneficiosos para la salud. Por ejemplo, incluso una intervención técnicamente tan sencilla como la vacunación de niños no conducirá al mejoramiento de la salud si las madres no están motivadas y llevan a sus hijos a los centros de salud para recibir el servicio.

Durante la redacción de *Better Health in Africa*, se ha prestado especial atención a la comunicación y colaboración con instituciones africanas. En esta gestión estaban comprendidas las conversaciones con el personal de la Oficina Regional de la OMS para África y las reuniones del Comité Consultivo Africano de Desarrollo Sanitario de

la OMS, un organismo de asesores externos del Director Regional de la OMS. Fue preciso superar el escepticismo frente a las razones de la decisión del Banco de emprender el estudio cuando la OMS tenía el mandato expreso de ocuparse de la política de salud. Se explicó que los grandes compromisos financieros del Banco ante proyectos relacionados con la salud en África —más de \$1.300 millones en rápido aumento— exigían una orientación que entrañara una mayor coherencia del trabajo del Banco en esta área y que sería sumamente útil para el Banco y sus prestatarios que este trabajo se pudiera realizar como empresa de colaboración y de elaboración de consenso. También se establecieron contactos con las otras instituciones relacionadas con la salud más importantes de África: la Comisión Económica para África (CEPA) de las Naciones Unidas y la Organización de la Unidad Africana (OUA).

El Comité Regional de la OMS/AFRO, constituido por los ministros de salud, es un foro particularmente exigente para el examen de los temas en estudio. En un informe elevado al Comité, el personal del Banco Mundial subrayó la importancia de recurrir a políticas y prácticas fructíferas para mejorar la salud y de crear nuevas asociaciones de salud entre los sectores privado y público. Se destacó el establecimiento de nuevos mecanismos que garantizaran que los proveedores de atención de salud fuesen responsables ante los hogares y las comunidades, con el propósito de trasladar el centro de atención de los proveedores de una rudimentaria cadena de mandos en una burocracia pública a un mayor grado de responsabilidad ante los beneficiarios. Esto sugiere medidas tan sencillas como informar a las comunidades sobre las actividades y prioridades y otras más complejas vinculadas con la responsabilidad financiera y la capacitación intensiva.

Finalmente, la declaración del Banco Mundial destacó la importancia del manejo estratégico de los servicios de salud. Se proporcionó un borrador del estudio a cada delegación que asistía a la reunión del Comité Regional. Posteriormente, el Comité aprobó una resolución en la que solicitaba al Director Regional que prosiguiera e intensificara la cooperación, con el Banco Mundial y

otros organismos interesados, en el estudio y especialmente en su seguimiento a nivel internacional y de país.

Otro reflejo de la labor de colaboración de la OMS y el UNICEF en el estudio es el plan de incluir, en el texto publicado, una introducción suscrita por el Director Regional de la OMS para África, un alto funcionario del UNICEF y el Vicepresidente Regional del Banco Mundial para África. Aunque el estudio no es un producto conjunto de las tres instituciones, todas ellas consideran que este reflejo del consenso existente contribuirá a coordinar el seguimiento a nivel de país.

A medida que se iba terminando el estudio, el equipo encargado de su preparación advertía con creciente preocupación que, incluso si lograba articular un consenso preliminar sobre las estrategias de salud, el informe podía permanecer sin seguimiento en los anaqueles de las autoridades responsables de la política. La mejor manera de asegurar el seguimiento era conseguir que expertos en salud africana independientes participaran estrechamente en el análisis final y la revisión del estudio. Por lo tanto, con el apoyo financiero del Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (OSDI), el Banco tomó la iniciativa de formar un equipo de expertos independientes sobre el mejoramiento de la salud en África para que revisara el proyecto de estudio y asesorara sobre su seguimiento. Entre los miembros del equipo estaban un Ministro de Salud en funciones, varios ex ministros, expertos universitarios y representantes de organizaciones públicas y no gubernamentales. Como muestra de la importancia del consenso entre los organismos internacionales interesados, el trabajo del equipo fue copatrocinado por el Banco Africano de Desarrollo (BAFD), la OMS, el UNICEF, el OSDI y el Banco Mundial.

El equipo alabó el proyecto de estudio y efectuó varias propuestas para su seguimiento. También alentó a los miembros para que, en sus propios países, examinaran la posibilidad de organizar talleres preliminares sobre el estudio para poner en marcha un proceso de seguimiento nacional. Comprobó que los grupos de

estudio o foros de salud nacionales podrían hacer las veces de centros de investigación oficiosos reuniendo a los analistas interesados del país. Reconoció que, desde luego, era posible que en ese plan hubiera que tener en cuenta tanto la sincronización como la sustancia de algún otro trabajo sobre políticas y programas de salud que se estuviese haciendo en el país, con prescindencia de que el trabajo fuera enteramente una iniciativa interna o se hubiera emprendido en cooperación con socios externos. Algunos miembros del cuadro expresaron su deseo de tomar la iniciativa en sus propios países, trabajar como peritos y facilitar la creación de grupos especiales de estudio de carácter nacional.

El cuadro pidió que el trabajo de seguimiento del estudio del Banco se impulsara de modo tal que lograra el máximo apoyo de los países africanos. Con ese fin, sus integrantes sugirieron que, una vez que se hubiera publicado el texto final del estudio, los patrocinadores de la reunión del cuadro inicial estudiaran la posibilidad de celebrar una reunión con los ministros de salud y los donantes. Se consideró que esa reunión podría contribuir aún más a forjar un consenso sobre la base de las ideas del estudio. También podría conducir al establecimiento de un consorcio para el mejoramiento de la salud en África que reuniera periódicamente a líderes de la salud africana con altos funcionarios de organismos donantes e instituciones internacionales, así como de entidades filantrópicas privadas, si procediese. Ese consorcio o grupo consultivo podría facilitar la asignación de prioridad a la investigación y la capacitación interpaíses respecto de los servicios de salud. Finalmente, el equipo sugirió que el Banco Mundial y otros copatrocinadores de la reunión señalaran el estudio a la atención de las reuniones internacionales y de los donantes, así como de los gobiernos africanos, incluidos los ministros de planificación y finanzas y los de salud.

La reunión de ministros de salud propuesta tendría los siguientes objetivos:

- destacar la importancia de llevar a cabo un trabajo de seguimiento del estudio en los países africanos e

internacionalmente e impulsar su realización de manera sistemática;

- arribar a un consenso sobre las medidas institucionales apropiadas para considerar de continuo el temario del estudio;
- definir las prioridades y un programa de trabajo preliminar en relación con los temas por tratar internacionalmente, y
- determinar las prioridades del país para un seguimiento a nivel nacional.

En el Banco Mundial se adoptó una última y decisiva providencia tras la reunión del cuadro y la revisión del texto a la luz de su trabajo: la reconsideración del estudio conforme al criterio de la institución en su conjunto, incluido el Comité de Revisión de Política del Banco. Esta consideración proporcionó a los altos funcionarios gubernamentales a cargo de la planificación y las finanzas en todo el mundo la ocasión de conocer el estudio y a los representantes de los países donantes la oportunidad de examinarlo todo en el marco más amplio del criterio del Banco sobre las estrategias de desarrollo en Africa. Aunque se buscó la colaboración de los Directores Ejecutivos, no se les pidió que aprobaran el estudio porque no era una declaración oficial sobre la política del Banco Mundial sino más bien un documento del personal dirigido a los países africanos. Los directores ejecutivos africanos, por ejemplo, solicitaron la amplia difusión del estudio y la preparación de "material didáctico" basado en él.

Un seminario de directores ejecutivos del Banco Mundial reflejó un grado muy amplio de consenso en la sustancia de los temas abordados en el estudio y en la importancia de incrementar la coordinación entre los donantes. Sin embargo, indicó que era necesario efectuar todavía más consultas oficiosas para lograr una comprensión plena de los procesos de seguimiento requeridos, antes de que se justificara la convocación de una conferencia por parte del Banco Mundial. Estas consultas ya están en marcha y entrañan la

promesa de permitir que se avance desde la expresión de las ideas estratégicas comúnmente aceptadas hasta los planes de acción.

Durante todo el trabajo hecho para alcanzar consenso, siempre se reconoció que la clave para mejorar efectivamente la salud en África es trabajar a nivel de país. En Sierra Leona y Zambia, la labor derivada de las ideas desarrolladas a partir del estudio está bastante avanzada. Se revisan y reconsideran las políticas y estrategias de salud en intensos procedimientos de consulta que incluyen a gran número de interesados, se diseña una importante serie de intervenciones eficaces en función de su costo y se examinan las respectivas funciones de los socios públicos y privados.

Después de consultar con el Banco, la OMS y los Directores Regionales del UNICEF para África han dado instrucciones a sus representantes de país para que brinden coordinadamente su apoyo a sistemas de atención de salud descentralizados y distritales, lo cual constituye un enfoque complementario del amplio criterio sectorial del Banco con ventajas comparativas para entablar y desarrollar un diálogo de política con las autoridades normativas nacionales. Sin embargo, los ministros de salud de África necesitan un "grupo de apoyo" mutuo, un foro en el que efectivamente puedan intercambiar experiencias, aprender unos de otros y ponerse gradualmente en posición de *dirigir* a los donantes en vez de ser dirigidos por ellos. Se están realizando consultas con la Coalición Mundial para África —un foro que agrupa a los máximos responsables de formular la política de desarrollo de África y a los donantes— sobre la posibilidad de formular una declaración de principios específicamente acordados sobre la base de *Better Health in Africa* con miras a la futura asistencia externa para la salud. Una vez que los gobiernos africanos y los donantes respalden oficialmente esa declaración, es probable que resulte más fácil garantizar el respeto por las ideas del estudio en la experiencia práctica de campo. Se confía en que la labor de elaboración de un mayor consenso, después de la publicación del estudio del Banco Mundial, facilite esta evolución.

¿Cuáles son, pues, los aspectos más notables del nuevo consenso sobre políticas y estrategias de salud para una mejor salud en África que surge del proceso antes señalado? A continuación se exponen las conclusiones fundamentales del estudio del Banco Mundial:

- Los hogares y las comunidades son las claves del mejoramiento de la salud en África, pues son los primeros responsables de la toma de las decisiones primordiales y sus acciones diarias producirán mejor o peor salud. Esto quiere decir que los líderes de la salud de África tienen que dirigir su atención a la creación y gestión de lo que debe ser un sistema autorizado de información, conocimientos e incentivos que aliente a los hogares, las comunidades y los proveedores de atención de salud a tomar decisiones prudentes y a obrar en consecuencia. Esto implica que la principal responsabilidad de la administración de los establecimientos y servicios de atención de salud se delegue gradualmente en las autoridades locales descentralizadas y en los socios no gubernamentales, para que los ministerios de salud puedan dedicar su atención a las políticas y las normas y a la promoción de su gestión ante otros ministerios, organismos públicos e instituciones no gubernamentales que se interesen por el mejoramiento de la salud. Esto hará que los líderes de la salud de África puedan prestar atención a los muchos factores determinantes de los resultados de salud ajenos al sector de salud, incluidas la educación de niñas y mujeres y la adopción de estrategias macroeconómicas contra la pobreza.

- La fragilidad de la ejecución y del seguimiento de los compromisos contraídos en conferencias internacionales es un tema importante que impide el mejoramiento de la salud en África, la transformación de declaraciones genéricas de principios en políticas de salud prácticas y operativas, la preparación y ejecución de programas de salud públicos y no gubernamentales, la asignación de fondos públicos suficientes y la movilización de recursos privados para la salud, así como la supervisión y la evaluación de los servicios de salud y sus resultados.

- En África se pueden conseguir importantes beneficios para la salud con los niveles de recursos existentes si se utilizan sistemas de atención de salud basados en pequeños centros de salud y hospitales de primera remisión (distritales). Se estima que un programa básico de servicios de salud eficaces en función de los costos cuesta alrededor de \$13 per cápita por año en el África de bajos ingresos y unos \$16 en los países africanos con ingresos más altos, en comparación con el promedio de los gastos en salud de todo el continente, que es de \$14 aproximadamente. No se dice esto para sugerir que el financiamiento de ese programa será fácil, pues habrá que trabajar mucho en la reasignación de recursos. En los países africanos de bajos ingresos, que ahora gastan solo alrededor de \$8 por persona por año, habrá que esforzarse por movilizar recursos importantes de instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales y donantes para conseguir mejoras continuas y a largo plazo de la situación de salud.

- Es esencial manejar mejor los recursos que actualmente se emplean en salud para lograr el mejoramiento a largo plazo de la salud en África. El estudio del Banco Mundial comprobó, por ejemplo, que en algunos países africanos el despilfarro de fármacos es tan grande que, por cada \$100 de los fondos del presupuesto público que se gastan en medicamentos, los pacientes africanos solo consumen efectivamente por valor de \$12. De la misma manera, es factible conseguir un grado mucho mayor de aprovechamiento de los recursos humanos disponibles de África en el sector de la salud y es preciso reorientar los programas de capacitación de personal de atención de salud para que preste servicios en centros de salud, hospitales de primera remisión y equipos de salud distritales. Esto significa que los modelos de capacitación médica y la necesidad de especialización de los países industriales deben ceder paso a fórmulas elaboradas con arreglo a las circunstancias propias de África. Por último, la infraestructura y los equipos de salud necesitan normas de desarrollo y mantenimiento futuro, y se requieren programas de envergadura para la reconstrucción, reparación y renovación de

los establecimientos sanitarios de África, además de mecanismos que aseguren la financiación de los gastos ordinarios en servicios de reparación y mantenimiento.

- Los recursos financieros dedicados al mejoramiento de la salud por los gobiernos africanos han padecido la regresión económica y la falta de compromiso político con la salud. Es crucialmente necesario restablecer las cuotas y niveles anteriores, además de redistribuir los fondos en pro de intervenciones más eficaces en función de los costos, muy distintas de los servicios, incluida en especial la atención terciaria proporcionada en los hospitales urbanos, que ofrecen relativamente pocas ventajas por el dinero gastado. El trabajo que se realice con estos fines puede formar una parte apropiada del diálogo sobre el mejoramiento de la salud en cada país y entre los distintos países africanos y sus socios externos.

- Se deben movilizar recursos financieros tanto gubernamentales como familiares para mejorar la salud en África. Los gastos privados en la salud representan ahora una proporción sustancial de los \$13 por año que se requerirían para financiar un programa básico de servicios de salud en el África de bajos ingresos, pero estos fondos rara vez se encauzan en los servicios más eficaces en función de su costo. Por lo tanto, uno de los principales retos con que se enfrentan los gobiernos africanos que intentan consolidar un medio ambiente propicio para la salud consiste en proporcionar información e incentivos a los hogares para estimularlos a adaptar sus modalidades de gasto a los servicios más eficaces en función de su costo.

- El financiamiento de un programa básico de servicios de salud eficaces en función de su costo en las zonas rurales y en la periferia urbana del África de bajos ingresos costaría por año alrededor de \$1.600 millones más de lo que efectivamente se gasta en salud. De esta suma, se puede esperar que los países africanos financien cerca de \$1.000 millones y los donantes unos \$600 millones. La parte de los donantes duplicaría

aproximadamente el nivel actual de asistencia externa para el mejoramiento de la salud en África.

- Los programas nacionales para el mejoramiento de la salud deben expresar un consenso práctico y operativo entre los interesados locales. Los dirigentes de los países africanos deben crear las condiciones para que ellos mismos y sus socios externos puedan superar la tendencia a asignar enclaves geográficos o políticos a donantes particulares y lograr de ese modo un mayor rendimiento del apoyo de los donantes.

No resultará posible —ni cabe esperar— un consenso sobre todos los temas. Sin embargo, se pueden reducir diferencias y emprender estudios de investigación para convertir disidencias que a veces tienen una base ideológica en problemas empíricos. Entre los principales temas que merecen someterse a nuevas consultas entre los países africanos y sus socios externos están los siguientes:

-La reasignación de recursos públicos financieros y humanos en intervenciones cada vez más eficaces en función de su costo. La asignación intrasectorial del gasto público en salud apenas ha cambiado durante el último decenio, a pesar de los compromisos simbólicos contraídos por los gobiernos africanos y donantes en la Conferencia de Alma-Ata de 1977 y en otras muchas reuniones posteriores. Es preciso oponerse a los grupos médicos y los líderes políticos contrarios al cambio y articular más amplia y fuertemente el interés por la salud pública. Se puede contribuir al cambio haciendo que la información y los estudios de investigación pertinentes sean más accesibles a los interesados directos y a los funcionarios encargados de tomar decisiones; por otra parte, es necesario que el tema asuma una mayor importancia en el diálogo entre los países africanos y los donantes.

- La consolidación de la participación de los países y las instituciones donantes en el consenso sobre la estrategia de salud. Entraña el deseo cada vez más intenso de pasar de las medidas

impuestas por ley para mejorar la salud de manera a menudo insostenible al desarrollo a largo plazo de los sistemas y de la propia capacidad y a la participación en el enrevesado proceso que entrañan los programas de reforma a largo plazo del sector de la salud. Cuando contrae un compromiso para mejorar la salud de un país africano, el donante debe esperar que ese compromiso subsista durante diez o más años. Un compromiso más firme y a más largo plazo de los donantes también implica apartarse de las perspectivas del país donante, incluidos sus fundamentos intelectuales y a veces ideológicos, tanto si se orientan hacia la economía de mercado como si se inclinan por la socialdemocracia europea, y mostrar más sensibilidad ante análisis empíricamente fundados de las realidades epidemiológicas, institucionales y financieras africanas.

¿Qué efectos cabe esperar de la adopción de las propuestas preconizadas en *Better Health in Africa*? Las estimaciones incluidas en el estudio del Banco Mundial indican que, si se ponen efectivamente en práctica esas propuestas, se puede atender más de 90 por ciento de las demandas de atención de salud de la población y que, con el transcurso del tiempo, se puede lograr una reducción de casi 30 por ciento de la carga de morbilidad y mortalidad prematura. ¡Estos resultados representarían sin duda el logro de mejor salud en África!

REFERENCIAS

- Banco Mundial (1988). *Education in Sub-Saharan Africa*. Washington, D.C.
- Banco Mundial (1989). *Sub-Saharan Africa—From Crisis to Sustainable Growth*. Washington, D.C.
- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud*. Oxford University Press.
- Banco Mundial (1994). *Better Health in Africa*. En prensa. Washington, D.C.

PARTE III: EL FORO

RESUMEN

Una amplia variedad de expertos locales e internacionales en salud pública, demografía, medio ambiente, desarrollo económico y sociología asistieron al primer Foro Internacional sobre Salud y Desarrollo. El Foro se inició con una sesión plenaria en la que se examinaron desde diversas perspectivas el significado del desarrollo y la función de la salud en este proceso. Siguió a esta sesión una serie de debates sobre la salud y el género en el desarrollo; la salud, el desarrollo y el medio ambiente; la promoción de la salud y la educación para el desarrollo; la salud, el desarrollo y la población; y la salud, el desarrollo y la juventud.

Se examinó la función del Estado respecto de la salud y el desarrollo en el marco de los cambios políticos y económicos de los últimos años. Los participantes asistieron luego a debates de grupo sobre las políticas de los países en relación con la salud y el desarrollo. Abarcaron las políticas de salud de África, América Latina y Europa del Este. Posteriormente se compararon con las políticas de los Estados Unidos. También fueron temas de debate nuevas iniciativas de cooperación internacional para la salud y el desarrollo y el modo como los países reaccionan ante las amenazas para la salud.

Esta sección contiene los resúmenes de los distintos debates plenarios y de mesa redonda. En el apéndice II se puede encontrar una copia del programa del Foro.

INFORMES DE SECCIÓN

SIGNIFICADO DEL DESARROLLO: PRIMERA PARTE

Moderador del debate

Sir George Alleyne, Subdirector
Organización Panamericana de la Salud

Exposiciones

Consideraciones sobre el significado del desarrollo

Ismail Serageldin, Ph.D., Director
Departamento Técnico de Africa, Banco Mundial

La salud como condición del desarrollo económico

A. El Bindari Hammad, M.D.
Asesora especial en políticas de salud y desarrollo
del Director General de la Organización Mundial de la Salud

Desarrollo con distribución:

¿un reto factible o una ilusión?

Joseph Ramos, Ph.D.
Comisión Económica de las Naciones Unidas para
América Latina y el Caribe

por

Richard Long, Ed.D., Asociación Internacional de la Lectura
Stephen Smith, Ph.D., Departamento de Economía
Universidad George Washington

El moderador del debate, Sir George Alleyne, Subdirector de la Organización Panamericana de la Salud, declaró abierta la sesión plenaria destacando la importancia simbólica de tres patrocinadores —la Universidad George Washington, la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Mundial— que representan la salud, la educación y las finanzas; es decir, los tres elementos del desarrollo humano.

El Dr. Ismail Serageldin, Director del Departamento Técnico de África del Banco Mundial, describió la evolución de la manera de entender el significado del desarrollo. Nuestro enfoque pasa del *desarrollo como crecimiento económico* a las *necesidades básicas* y los explica a partir de la gestión de la economía y el ajuste estructural. Actualmente, el desarrollo se aborda con un criterio holístico que hace hincapié en el desarrollo sostenible, el cual incluye la salud y el medio ambiente. Considera que el desarrollo sostenible se orienta hacia la persona integral.

El expositor aseveró que se ha producido una disminución de la pobreza en todas las zonas del mundo, excepto en el África subsahariana, donde la renta media está estancada y el número de pobres crece. Las causas son el gran crecimiento demográfico y las malas políticas. Aunque hay una correlación positiva en todo el mundo entre el crecimiento y la reducción de la pobreza, ésta persiste a pesar de aquél. Además, los países que han experimentado un mayor crecimiento en promedio son aquellos donde hay menos desigualdad.

El desarrollo efectivo trasciende la mera economía. El Dr. Serageldin utilizó el ejemplo de los resultados del desarrollo en Sri Lanka, donde firmes políticas de desarrollo social han ocasionado una menor mortalidad infantil pero no un fuerte crecimiento económico.

Tras concluir que los países considerados "buenos actores" denotaban mejores indicadores en relación con la equidad y con la renta, el ponente presentó datos para comparar una inversión alta en

productos económicos con la cuota de participación en la educación. Los datos indicaron un margen de crecimiento entre 3 y 5,5 por ciento y pusieron de manifiesto que los que invertían en educación y crecimiento económico tenían tasas de crecimiento más altas a largo plazo. Un estudio del Banco Mundial concluyó que la combinación de una gestión económica poco distorsionada que se caracterizara por bajos niveles de distorsiones macroeconómicas y de inversión en recursos humanos es la clave de este resultado. Otro factor importante es la relación entre el grado de participación cívica y el desarrollo socioeconómico. Un nuevo estudio de Robert Putnam sobre el gobierno regional en Italia señala la relación positiva entre el desempeño de las instituciones y la comunidad cívica. La densidad de la organización social filantrópica de tipo horizontal es la mejor variable predictiva de una buena gobernación. Esta correlación es un argumento convincente en pro del fortalecimiento de la participación de las bases en la elaboración y ejecución de los proyectos de desarrollo.

En lo que se refiere a África, se requieren cambios profundos para integrarla con el resto del mundo. En estos cambios se incluye la creación de un medio propicio para lograr un uso eficaz de los recursos, dotar de poder de decisión a las personas, controlar el crecimiento demográfico, crear una economía regionalmente bien equilibrada e incluir la reprogramación del servicio de la deuda. Dar poder de decisión a las mujeres es un vector del cambio, simple pero muy eficaz. Hay una correlación entre las libertades civiles y las oportunidades de educación de las mujeres. La mortalidad materna al sur del Sahara es 500 veces más alta que en los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE); la mayor instrucción de las mujeres conduce al descenso de la mortalidad.

La Dra. A. El Bindari Hammad, Asesora especial en políticas de salud y desarrollo del Director General de la Organización Mundial de la Salud, hizo hincapié en la iniciativa de la OMS "La salud: condición del desarrollo económico". Describió los problemas comunes con que se enfrentan las sociedades en desarrollo y

desarrolladas y la necesidad de instituir políticas que lleguen a los grupos vulnerables de esas sociedades, pues la mala salud y a menudo la miseria pululan en dichos grupos. La vulnerabilidad se define como condición en la que el bienestar físico y mental que se requiere para llevar una vida productiva normal se ha deteriorado y está en riesgo constante. La disminución de la mortalidad ha ido acompañada por la adaptación a una menor calidad de vida, como se puede ver en la subalimentación, especialmente de madres, lactantes y niños. Las cifras que indican que las personas viven más tiempo nada dicen de cómo viven; a menudo la longevidad no va acompañada por una calidad de vida decente. Las poblaciones de los países en desarrollo también están envejeciendo y haciéndolo más rápidamente que las poblaciones de los países desarrollados; por lo tanto, los ancianos son un grupo particularmente vulnerable.

Para la Dra. Hammad es preciso cambiar el objetivo central del desarrollo para tener en cuenta el nivel de salud como parte del desarrollo económico, porque el desarrollo económico en sí y por sí no ha influido en la calidad de vida de las personas más vulnerables en el mundo. Al evaluar el significado del desarrollo en términos económicos, no se ha dado el caso de que en las naciones con economías en más rápido crecimiento se haya producido algún aumento del nivel de salud de sus pueblos.

La pobreza es uno de los aspectos cruciales de la vulnerabilidad. La poca capacidad de generación de ingresos produce a menudo mala salud y baja participación escolar. Hay también escasez de conocimientos para utilizar los recursos con sensatez. El crecimiento no conducirá automáticamente a un mejoramiento del nivel de salud. Las estrategias de desarrollo que soslayan los grupos vulnerables agrandan las diferencias sociales y económicas y ensanchan la base de la vulnerabilidad. El círculo vicioso de mala salud, nutrición deficiente, baja productividad y falta de conocimientos no se puede romper actuando sobre algún elemento de la vulnerabilidad independientemente de los demás.

Ante esta situación, la Dra. Hammad expuso un enfoque que se propone mejorar la calidad de vida de quienes están más expuestos a la enfermedad, la explotación y la pobreza. El enfoque pretende identificar a los grupos vulnerables y trabajar en procura de mejorar su salud y los indicadores económicos, apelando a la alfabetización funcional como medio de inculcar la noción de salud y técnicas de generar ingresos. Este plan se ha probado sobre el terreno en cinco naciones africanas. Uno de sus mecanismos comprende operaciones crediticias de tipo micro dirigidas a aumentar el bienestar en general, reducir los riesgos para la salud e incrementar la productividad del prestatario en empresas económicas viables. Una de las condiciones de los préstamos podría ser la de ayudar a la mujer a que adopte hábitos más saludables para sí misma y sus hijos. El condicionamiento de salud no se debe interpretar como una carga adicional para los grupos vulnerables. El condicionamiento de salud en las operaciones crediticias también podría aplicarse a los préstamos macro. Los proyectos de desarrollo deben examinarse para determinar los efectos del nivel de salud. Los organismos internacionales pueden incluir el mejoramiento de la salud como condición básica para la asignación de recursos en apoyo de programas de ajuste estructural.

El Dr. Joseph Ramos de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe, señaló que en la historia del desarrollo ha habido crecimiento, democracia y progreso social, en ese orden, y se preguntó en qué medida se pueden lograr simultáneamente.

Hay consenso en que los mercados, la propiedad privada y los precios correctos son condiciones necesarias para el crecimiento y las instituciones democráticas, aunque no son suficientes para lograr un crecimiento con distribución. El crecimiento y la distribución no se oponen, como puede verse en Asia Oriental. Para lograrlos conjuntamente, se requieren cuatro componentes: 1) modernización tecnológica, con ventajas para los que empiezan tarde; 2) empleo plenamente productivo; 3) inversión en recursos humanos, y 4) logro

de competitividad internacional mediante estrategias orientadas al exterior.

El crecimiento no se sostendrá manteniendo bajos los jornales ni destruyendo los recursos naturales, sino con el aumento de la productividad. Los países pueden saltar niveles intermedios de la tecnología gracias a la difusión de medios técnicos. Las pruebas demuestran que una vez que los países despegan, cuanto más hayan tardado en despegar, más rápido crecen. Esta puede ser la base de una estrategia de crecimiento con distribución, que tenga en cuenta la plena difusión del empleo productivo y de la agricultura.

La inversión en recursos humanos es una de las claves. Aunque la capacidad intelectual se distribuye en forma más pareja que otros recursos, no ocurre lo mismo con el acceso a los medios para su desarrollo: la educación. Más escolaridad en América Latina no ha significado mejor calidad de la educación.

Después de la sustitución dinámica de importaciones y de la promoción de exportaciones de mercado libre, una tercera opción de desarrollo es la orientación hacia el exterior con un Estado activo, como se ve en Asia Oriental. Esta orientación resulta necesaria porque si bien la producción para los mercados locales es fácil, la producción para exportaciones es más difícil. Además, no debemos tener una política social que corrija los efectos negativos de los mercados. En cambio, debemos incorporar consideraciones distributivas en esas políticas.

Durante el debate, alguien del público se mostró en desacuerdo con la idea de que el ajuste estructural era inevitable. Se sostuvo que los programas de ajuste estructural tenían consecuencias nocivas para la salud de la mujer. El Dr. Serageldin reconoció que el ajuste estructural podía tener repercusiones negativas en el corto plazo. La persistencia de políticas y situaciones tradicionales insostenibles también es perjudicial. Agregó que la pobreza y la distribución de la renta no son intereses "soberanos".

Se preguntó a la Dra. Hammad si había sanciones por incumplimiento de la condición de salud y sobre las posibles consecuencias de obligar a los grupos vulnerables a adoptar hábitos higiénicos. Dijo que no había ninguna, porque no se pide a nadie que acepte el préstamo con interés preferente, pero que si alguien opta por aceptarlo, las condiciones de salud negociadas forman parte del trato.

SIGNIFICADO DEL DESARROLLO: SEGUNDA PARTE

Moderadora del debate

Shoshanna Sofaer, Dr. P.H., Profesora Adjunta
de la Cátedra de Investigación
Departamento de Ciencias de Atención de Salud
Universidad George Washington

Exposiciones

Desarrollo humano y el índice de desarrollo humano

Leo Goldstone, Director
World Statistics, Ltd.,
Informe sobre el desarrollo humano del PNUD

Nuevas direcciones de la salud y el desarrollo

Dean Jamison, Ph.D., Director de Personal
Banco Mundial, Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993

por

Mary Ann Baily, Ph.D., Política de Salud,
Universidad George Washington
Angelica Domato, División de Evaluación, FNUAP
Paul Robinson, Universidad George Washington

El Dr. Leo Goldstone, Director de World Statistics, Ltd.,
presentó el índice de desarrollo humano (IDH) y explicó su finalidad
y base técnica. El índice pretende suscitar la atención de todos los

responsables de tomar las decisiones que afectan a los países en desarrollo, fuera y dentro de ellos. Abarca 160 países y expresa el nivel general de la situación socioeconómica dentro de los límites de los datos disponibles. Es un "buen artificio político" porque atrae la atención de los gobiernos, la prensa y los encargados de formular las políticas y, por consiguiente, tiene valor para instigar al debate sobre temas de salud y desarrollo.

La decisión de elegir una base de comparación para los 160 países del IDH entraña una tarea compleja; el nivel de nutrición de los niños menores de cinco años no es una medida factible, porque no se dispone de datos de todo el mundo, y un indicador de la esperanza de vida, que es un indicador relativamente confiable, hace caso omiso de la calidad de los factores vitales. Los indicadores empleados para la elaboración del índice fueron la educación, los ingresos y la esperanza de vida al nacer. El primer IDH consideró que la educación era un indicador del desarrollo de los recursos humanos de gran aplicación y el índice se formó con dos tercios de puntuación para el alfabetismo adulto y un tercio para el nivel de instrucción (el promedio de años de escolaridad de los adultos). El segundo IDH mantiene esta fórmula para el nivel de instrucción pero precisa aún más la función de la riqueza en el desarrollo humano recurriendo a un indicador de paridad del poder adquisitivo para comparar los precios de productos similares. Así se supera la dificultad que representa comparar el PIB per cápita, pues en el indicador se ponderan los precios internacionales.

La jerarquización del IDH es una escala de 1 (mejor) a 0 (peor) que refleja la opinión de que los ingresos por encima de cierto nivel producen un rédito decreciente. Al compilar el índice, los componentes se ponderaron por igual para evitar juicios de valor o suposiciones de que un componente como la educación es más importante que cualquiera de los otros, las tasas de mortalidad o los ingresos. A pesar de su poder de seducción, el índice presenta varias deficiencias; no cubre todas las características socioeconómicas de un país y es incapaz de reflejar las diferencias regionales.

El índice es sumamente útil como indicador en la asignación de fondos para programas nacionales de desarrollo. Es también un incentivo para que los funcionarios encargados de tomar decisiones proporcionen los datos necesarios para elaborar los indicadores socioeconómicos a nivel nacional y regional.

El Dr. Dean Jamison, Director de Personal del Banco Mundial, examinó el éxito del desarrollo durante los últimos 25 años, los problemas conexos y las respuestas posibles a las circunstancias actuales. Los cambios de las características socioeconómicas se reflejan en la evolución de indicadores demográficos tales como los expuestos en las Encuestas Demográficas y de Salud. (Las Encuestas Demográficas y de Salud son efectuadas por Westinghouse/Institute for Resource Development/MACRO y financiadas por la Agencia para el Desarrollo Internacional (Estados Unidos) (ADI).) Aunque existen diferencias regionales en el ritmo del avance demográfico, los datos de estudios demográficos y de la salud indican notables mejoras mundiales y regionales. Las tendencias a largo plazo que reflejan los datos de sucesivas encuestas marcan una disminución constante de la mortalidad infantil y un fuerte aumento de la esperanza de vida al nacer, aunque este aumento varía mucho según las regiones (véase la figura 6). La tasa total de fecundidad descendió de 5 a 2,5 niños por mujer a nivel mundial, pero el descenso es más notorio en Europa, América Latina y Asia.

Los cambios espectaculares de las tasas de mortalidad de todas las edades y las modificaciones de las pautas de morbilidad demuestran que las condiciones de salud son mejores. Tras considerar que el aumento de la esperanza de vida y una tasa total de fecundidad en descenso son un éxito, el Dr. Jamison señaló que esto está produciendo una cambiante distribución por edades en los países desarrollados y en desarrollo. Dos problemas que se vinculan con este éxito son la transición demográfica y la mayor importancia adjudicada a la reducción de las tasas de mortalidad. Los cambios producidos en la distribución por edades influyen mucho en el proceso de transición de la salud. La disminución de la fecundidad generó un aumento de la proporción de ancianos en la población, lo

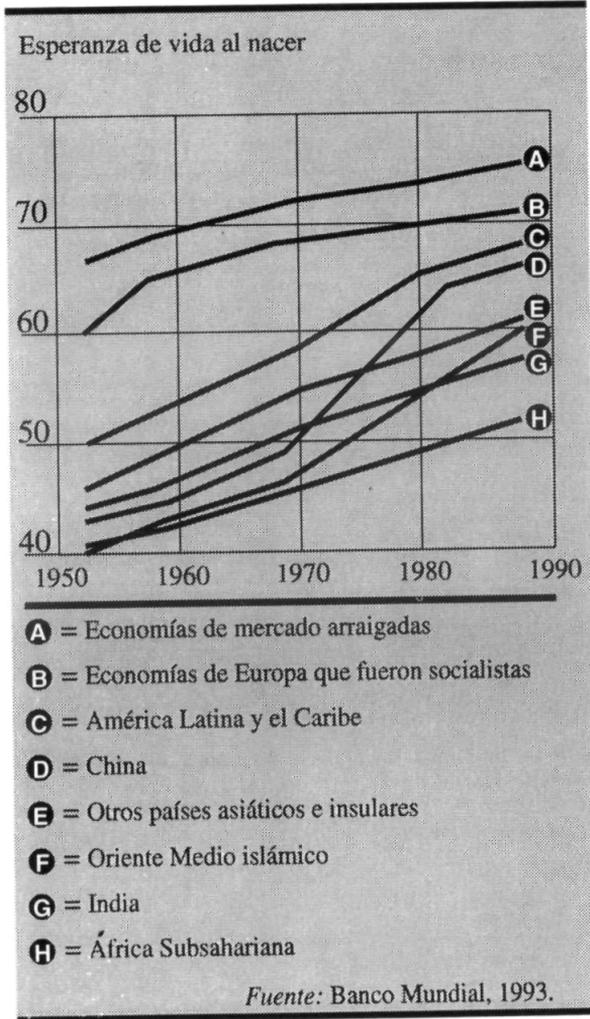
que distorsiona la configuración de los modelos de enfermedades, tal como expresa la relación entre las afecciones del aparato circulatorio y las enfermedades infecciosas como causas de muerte en distintos países. Este fenómeno se registra en todas las regiones pero a un ritmo dispar: no es sorprendente que las economías industriales de mercado tengan la tasa más alta de mortalidad por afecciones del aparato circulatorio ni que recientemente se haya registrado un brusco aumento de este tipo de defunciones en los países de Asia oriental. Finalmente, la tecnología adjudica importancia a la reducción de la mortalidad pero desdeña las consideraciones sobre la calidad de vida. No solo hay que tener en cuenta los problemas de la discapacidad física, sino también los de la discapacidad intelectual derivada de la malnutrición y la baja productividad consiguiente.

La tecnología médica ha experimentado un progreso notable. Sin embargo, la desigual distribución de la riqueza y la inapropiada asignación de los recursos socavan los logros alcanzados.

Las respuestas que vinculen la economía, el desarrollo y la salud tendrán que procurar la elaboración de modelos de asignación de recursos que sean eficaces, pues el envejecimiento de la población obligará a aumentar el gasto per cápita en salud, especialmente en los países en desarrollo, que experimentarán una mayor variación demográfica.

Las soluciones basadas en el mercado tienen que probarse empíricamente en el sector de la salud, pues lo que ha funcionado en el sector agrícola o industrial no necesariamente tendrá éxito en el sector de la salud. Hay varias razones para que así sea: en primer lugar, muchos servicios relacionados con la salud, entre ellos el agua potable, la eliminación inocua de aguas residuales y la vacunación general, son productos públicos. En segundo término, a largo plazo los mercados privados no prestarán servicios a quienes no los puedan pagar. Para determinar qué necesidades de salud atiende mejor el Estado y qué servicios de salud puede proporcionar preferentemente el mercado habrá que tomar en el futuro difíciles decisiones sobre la base de un pragmatismo y empirismo nuevos.

Figura 6. Tendencias de la esperanza de vida por región demográfica, 1950-1990.



En una sesión posterior de preguntas y respuestas se expresó preocupación por las limitaciones del IDH, como la que impide comparar los indicadores actuales con los resultados anteriores y el efecto de la cultura en indicadores como el de la educación. Un defecto reconocido del IDH es su sistema de jerarquización, que compara los países entre sí en vez de utilizar un punto común de referencia. Por lo tanto, "cada vez que el Canadá o Japón mejoran, automáticamente empeora Sierra Leona". Para mejorar el IDH se puede tomar un año, quizás 1990, como punto de referencia para el ordenamiento de los países. En lo que atañe a las diferencias culturales, el Sr. Goldstone cree que sería imprudente que el IDH se ocupara de temas sociales, culturales y de desarrollo específicos, porque intrínsecamente un índice estandariza los países y no puede tomar en cuenta la cultura.

SALUD, DESARROLLO, GÉNERO Y CULTURA

Moderadora del debate
Mary Haney, Consultora
Sociedad para el Desarrollo Internacional
Grupo de la Mujer en el Desarrollo

Exposiciones

El género, la cultura y la salud: una perspectiva local

Deborah Delgado, Subdirectora
Programa de Atención de Salud del Adolescente
en las Escuelas
Centro Médico Nacional para Niños

La violencia como tema de la salud de la mujer

Lori Heise, Directora del Proyecto
Centro Pro Liderazgo Mundial de la Mujer, Universidad Rutgers

Expertos participantes

Paul Bukovec, Director
Proyecto RAP, Servicio de la Familia de Filadelfia
Khadijat Mojidi, CEDPA.

por

Janet Owens y Jessica Wolin
Sociedad para el Desarrollo Internacional
Grupo de la Mujer en el Desarrollo

En primer lugar, la Consultora Mary Haney, de la Sociedad para el Desarrollo Internacional, Grupo de la Mujer en el Desarrollo, se refirió a la creciente atención que se brinda a los temas relacionados con la salud de la mujer en todo el mundo. En importantes conferencias internacionales sobre la salud se han dictado resoluciones relativas a la salud de la mujer. Además, se creó una Comisión Mundial para la Salud de la Mujer que elaborará un Programa de Acción. Por otra parte, durante los últimos decenios ha aumentado la cooperación entre programas locales de promoción de la salud de la mujer y las organizaciones internacionales.

Los cuatro expertos examinaron dos importantes temas relacionados con la salud de la mujer, la planificación de la familia y la violencia, desde el punto de vista de la cultura. Surgieron pocas controversias en el curso del debate.

La Sra. Deborah Delgado, Subdirectora del Programa de Atención de Salud del Adolescente en las Escuelas, Centro Médico Nacional para Niños, destacó cinco temas que afectan a la planificación de la familia en Washington, D.C.:

- La mayor parte de la población de Washington, D.C., se compone de "minorías"; por lo tanto, la cultura y la raza se vinculan indisolublemente con cualquier análisis del nivel de salud de los residentes en la ciudad.
- Los aspectos culturales tienen mucho que ver en la determinación de quiénes reciben atención de salud en esta ciudad. Muchas mujeres latinoamericanas no tienen seguro de salud ni reciben atención de salud por su condición de inmigrantes.
- El movimiento en pro de la libre elección en el uso de anticonceptivos ("pro-choice") —en el área de Washington, D.C. y en gran medida en toda la nación— no es atractivo para las mujeres de color porque es una lucha enfocada en un solo tema y no aborda los temas más amplios que les interesan, como la igualdad.
- El financiamiento es un gran problema para las organizaciones que se ocupan de la atención de salud de la

mujer en el área. Las restricciones establecidas por el Congreso de los Estados Unidos no facilitan el ofrecimiento de la amplia gama de servicios que necesitan las mujeres de la ciudad. En consecuencia, los dispensarios rechazan los dólares federales y tienen que reducir los servicios médicos necesarios e incluso corren el peligro de verse obligados a cerrar.

Estos problemas son cada vez más importantes en el área, pues la tasa de enfermedades de transmisión sexual sube vertiginosamente, el número de abortos aumenta, la cantidad de bebés de madres adolescentes se eleva y el número de defunciones infantiles se incrementa.

Khadijat Mojidi de CEDPA introdujo una perspectiva internacional en el tema de la planificación de la familia y señaló que el financiamiento no es el principal problema de los programas internacionales. En cambio, la cultura es importante para determinar el éxito de los programas. Expuso someramente dos importantes obstáculos culturales:

- Muchos de quienes trabajan en planificación de la familia se capacitan en Occidente y están desconectados de las culturas en las que desenvuelven su actividad.
- La maternidad y el embarazo se reverencian en muchas culturas de los países en desarrollo y a menudo los programas occidentales no comprenden esa actitud.

La Sra. Lori Heise, Directora del Proyecto, Centro Pro Liderazgo Mundial de la Mujer, Universidad Rutgers, sintetizó el profundo problema de salud que es la violencia contra las mujeres y su manifestación en muchas culturas del mundo:

- La violencia contra las mujeres es un problema de salud para ellas en sí y por sí. Además es la causa de muchos otros problemas de salud de las mujeres, como el suicidio.
- En las culturas del mundo hay grupos establecidos que propugnan la violencia contra las mujeres.

- La violencia contra las mujeres se define mejor como "violencia por razón del sexo de la persona" y por lo tanto se asimilará a fenómenos como la "violencia racial".
- La violencia contra las mujeres embarazadas es una problemática particularmente grave.
- Hay estudios que han demostrado que es más probable que los niños sometidos a maltrato sexual en algunas culturas tengan un comportamiento sexual de riesgo.

El Sr. Paul Bukovec, Director del Proyecto RAP, Servicio de la Familia de Filadelfia, convino en que la violencia es un asunto grave de salud de la mujer, pero señaló que desde la perspectiva del hombre, las palizas en sí son un problema cultural, no un problema de salud. Destacó estos puntos:

- En la mayoría de las culturas, se ha inculcado la violencia a los hombres y el comportamiento violento, en gran parte, se perdona.
- Hay dos sistemas para trabajar con los hombres que pegan a las mujeres. Uno es recurrir a programas establecidos por movimientos masculinos y el otro a programas de tipo institucional.
- Existe una gran preocupación por que los programas de tratamiento de los hombres no entrañen restar dinero o apoyo a las agrupaciones femeninas que se oponen a la violencia; deben trabajar de consuno.

Las recomendaciones extraídas de esta sesión son las siguientes:

- Es preciso impugnar las costumbres y valores culturales que perjudican la salud física y mental de los individuos para modificar las condiciones de salud de las mujeres en el mundo.
- Sin embargo, hay que apoyar y utilizar los programas que funcionan en el marco de una cultura determinada y de organizaciones existentes para promover el cambio desde ellas.

Hay que respetar las diferencias culturales, pero no necesariamente se deben aceptar todas las prácticas culturales (por ejemplo, la mutilación genital femenina).

- Se debe contar con auxilio financiero para brindar a la mujer una asistencia de salud irrestricta y se debe dar apoyo fiscal a las agrupaciones que trabajan por la salud de la mujer y contra la violencia en todo el mundo.
- La violencia contra la mujer debe constituir legítimamente un tema de salud de la mujer.

SALUD, DESARROLLO Y AMBIENTE

Moderador del debate

Jacobo Finkelman, M.D., Director
Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud
Organización Panamericana de la Salud, ciudad de México

Exposiciones

La salud en el desarrollo urbano

Carl Bartone, Ph. D., especialista principal en medio ambiente
Banco Mundial

Tendencias de la salud ambiental en América Latina

Jacobo Finkelman, M.D., Organización Panamericana de la Salud

Expositores

John Austin, Ph.D., Agencia de los Estados Unidos
para el Desarrollo Internacional
J. Ossanai, M.D., Banco Interamericano de Desarrollo

Perito/redactor

Stahis Panagides, Ph.D., Fundación Grupo Esquel

El moderador del debate, que acababa de participar en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (CNUMAD), "Cumbre para la Tierra," de Río de

Janeiro, Brasil, hizo un resumen de los procedimientos de la Conferencia y de los principales temas que se trataron en ella. Esta reunión fue un hito de la cooperación internacional y contó con la presencia de 118 jefes de Estado. En ella se reconoció y confirmó la urgencia de cooperar y la necesidad de trabajar para lograr un desarrollo sostenible.

Los temas derivados de la relación Norte-Sur descollaron en la reunión. Los desacuerdos se redujeron a la determinación de quién y cuánto pagará. El tema predominante fue la insistencia en que medio ambiente y desarrollo se traten juntos, pues no son necesariamente antagónicos.

La Conferencia de Río, sus más de dos mil reuniones preparatorias y los sucesos que condujeron a su celebración, confirmaron que la pobreza está en la raíz del deterioro ambiental. Por consiguiente, si el mundo quiere lograr un desarrollo sostenible, debe luchar contra la pobreza. Las poblaciones que crecen rápidamente (un tema que no se consideró suficientemente en la CNUMAD) ejercen una intensa presión sobre los recursos y el medio ambiente. Todas las regiones del mundo están directa e indirectamente afectadas por las consecuencias socioeconómicas generalizadas del deterioro y subdesarrollo ambiental. Quienes lo sufren están obligados a emigrar en número cada vez mayor a otras regiones dentro y fuera de los países en desarrollo.

El medio ambiente, el desarrollo y la salud se reúnen en el todavía indeterminado y a veces polémico concepto de desarrollo sostenible. Los expertos y el público asistente estuvieron de acuerdo en que el desarrollo sostenible debe comprender la distribución equitativa de la riqueza además de actividades compatibles con la sostenibilidad ecológica. Se consideró que la concentración de la riqueza y las excesivas desigualdades de los ingresos, especialmente en América Latina, eran una causa importante de pobreza y deterioro. Es preciso velar por la satisfacción de las necesidades de las generaciones presentes y futuras y por el mantenimiento y aumento de la productividad a largo plazo. El desarrollo sostenible

debe guardar equilibrio ante las necesidades de las generaciones futuras y presentes.

En la sesión se pusieron de relieve los problemas ambientales de salud conexos que eran propios de zonas urbanas en rápido crecimiento, donde se multiplica la transmisión de enfermedades y la infraestructura resulta peligrosamente insuficiente, como en el caso del agua potable. Por ejemplo, la OPS estima que en la región de América Latina y el Caribe se necesitan US\$100 mil millones como inversión básica en saneamiento. Se subrayó que las pérdidas por contaminación podían calcularse en US\$1.100 millones por año en la ciudad de México, que cuenta con más de 20 millones de habitantes. También las zonas rurales siguen estando descuidadas, lo que aumenta el éxodo rural y la presión de la población en las ciudades.

Las conclusiones y recomendaciones de esta sesión se pueden resumir así:

- Se destacó la necesidad de investigar, estudiar y analizar la salud y el desarrollo y, específicamente, la de determinar y cuantificar mejor las consecuencias ambientales.
- Se señaló la debilidad institucional de los países en desarrollo, especialmente la de los ministerios a cargo del desarrollo social. Los ministerios dominantes son los de economía; los profesionales de la salud deben aprender a lidiar con ellos.
- El origen de la pobreza y el deterioro ambiental es de carácter fundamentalmente socioeconómico y político en los países en desarrollo.
- El mejoramiento de la educación y la salud es crucial para el desarrollo sostenible.
- El desarrollo debe basarse en estrategias que incluyan la participación de la sociedad civil, los movimientos de base y las organizaciones no gubernamentales (ONG). El compromiso político de contar con mejores políticas a nivel internacional, nacional y regional es un componente esencial de este proceso.

**PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN SANITARIA
PARA EL DESARROLLO:
MEJORAMIENTO DEL ESTADO DE SALUD
DE GRUPOS VULNERABLES**

Moderadora del debate

Marilyn Rice, M.P.H., Directora
Oficina Regional Norteamericana
Unión Internacional de Educación para la Salud

Exposiciones

Marcel Fabri, Ex Director
Centro de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas
Rumania (CEDOR)

Elsa Gómez, Ph.D.
Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo
Organización Panamericana de la Salud

Expositor

David Werner, Director
Fundación Hesperia

por

Priya Chandra, Universidad George Washington
James Cawley, P.A., M.P.H., Universidad George Washington

Esta sesión versó sobre el desarrollo y la educación sanitaria en relación con grupos vulnerables. La Dra. Elsa Gómez, Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud, empezó por definir el concepto de grupos vulnerables con respecto a la mujer. La mayor vulnerabilidad de la mujer se debe a su posición socioeconómica desfavorecida en la sociedad en relación con los hombres. Por lo tanto, la "vulnerabilidad" varía conforme a las poblaciones y está supeditada a intervenciones y cambios. La vulnerabilidad social está determinada por variables tales como la edad, la situación socioeconómica y la posición social de la mujer frente a la del hombre.

La gestión en pro del desarrollo debe ser equitativa para mujeres y hombres. Las mujeres se deben incorporar en los planes de desarrollo, no como beneficiarias sino como agentes activas y socias con los mismos derechos. El desequilibrio por razón de sexo de la persona está presente en la sociedad; como las mujeres viven más tiempo, cabe suponer que su salud es mejor. Empero, hay en las mujeres una mayor prevalencia de las afecciones agudas, las discapacidades y las enfermedades no mortales que complican su vida.

Ciertos grupos de mujeres son particularmente vulnerables, en opinión de la Dra. Gómez. Se proporcionan los siguientes ejemplos:

- La distribución de los alimentos y la atención de salud dentro del hogar suelen favorecer a los hombres en las Américas (pauta cultural).
- La conjunción de baja autoestima y relaciones de poder asimétricas impide que las mujeres, especialmente cuando son adolescentes, exijan responsabilidad sexual a sus parejas masculinas.
- Las mujeres, en particular las ancianas, padecen enfermedades crónicas y degenerativas más a menudo que los hombres; al mismo tiempo tienen menos acceso a una atención médica apropiada de resultas de la discriminación económica.

- Las mujeres son más pobres que los hombres, constituyen la mayoría de los progenitores solteros de bajos ingresos de la Región y son particularmente vulnerables a las dificultades económicas.

La pregunta es: ¿Cómo puede corregir esta disparidad entre mujeres y hombres la promoción de la salud? La Dra. Gómez propone que se insista en dos cuestiones: la capacitación individual para controlar la propia salud y la equidad.

Las siguientes medidas representan un primer paso:

- Promover una mayor participación y más efectiva representación de la mujer en la planificación y ejecución de programas. (Esto atañe a la invisibilidad del trabajo femenino: hay que reconocer y convalidar las aportaciones de la mujer tanto en el sector estructurado como en el no estructurado.)
- Crear y consolidar servicios apropiados de atención de salud para la mujer. Hacer hincapié en el derecho de la mujer a la autodeterminación.
- Coordinar el trabajo intersectorial.
- Inducir a mujeres y hombres a corregir la antedicha disparidad.

Centrando su exposición en el desarrollo y el cambio, el Sr. Marcel Fabri, ex Director del Centro de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas, Rumaria (CEDOR), señaló que no se puede precipitar el "desarrollo". En la esfera del desarrollo ocurre lo contrario que en la "torre de Babel": se emplea una sola palabra para expresar muchos conceptos e ideas. Dijo que había habido una mala interpretación del desarrollo. Antes se hacía hincapié en el "subdesarrollo". Existe una dicotomía en la que se enfrentan ricos con pobres.

Para caracterizar el desarrollo de un país se recurre con mucha frecuencia al producto nacional bruto (PNB), un indicador

económico. A criterio del Sr. Fabri la pregunta que se debe formular es: ¿basta el crecimiento económico como objetivo del desarrollo?

El Sr. Fabri sostuvo que muchas teorías del desarrollo se definen con una lógica sustentada en la historia occidental. El crecimiento es un proceso que se puede representar con una curva, una trayectoria. Esto significa que el próximo momento medido en la curva es mejor que el de la medición anterior. No obstante, ¿cómo se explica esto en otras culturas? Tenemos un concepto lineal del tiempo. En el antiguo Egipto, el tiempo se consideraba circular, en tanto que en la India el tiempo es estático: se emplea la misma palabra para "ayer" y "mañana".

El Sr. Fabri reiteró su criterio de que el "desarrollo" es para las personas, quienes deben saber qué serán y qué recibirán al participar.

A juicio del Sr. David Werner, Director de la Fundación Hesperia, el mejor desarrollo es el desarrollo logrado por la gente. La mayoría de las personas afectadas por el proceso de desarrollo deben estar representadas en él. Cree que hay que deshacerse de los gobiernos no representativos. Las nociones occidentales de desarrollo se han impuesto a otras. No se han logrado avances; más bien, las cosas están empeorando. El Sr. Werner se lamentó de que no se hubiera hecho mención alguna de la "carga de la deuda".

Una de las preguntas planteadas durante el debate público fue: "¿cómo vamos a hacer para cambiar el sistema que genera los programas internacionales de salud?" En la respuesta, el Sr. Werner subrayó que el cambio debe llegar de abajo hacia arriba. No puede provenir de aquellos a quienes interesa personalmente la perpetuación del sistema. Señaló la necesidad de una mayor solidaridad de las organizaciones de base. Las mujeres, que son las mejores cuidadoras del mundo, deben organizarse. Debemos luchar por los derechos de las organizaciones de grupos pequeños. Por último, se requieren especialmente personas con aptitudes específicas.

Un participante comentó que en el examen del desarrollo no se puede hacer caso omiso de la crisis urbana en los países desarrollados. No nos debemos olvidar del espectro del desarrollo. Y no podemos equiparar el desarrollo con la economía. En lo que se refiere a la educación sanitaria, se deben definir las metas, los beneficiarios y los promotores, al igual que los métodos para impartirla.

Los participantes también observaron que los mandatos institucionales se refieren principalmente a las tasas de supervivencia y reducción de la mortalidad. No obstante, se subrayó la importancia de garantizar una adecuada calidad de vida. Se destacó la necesidad de contar con más índices para medir el nivel de salud y la calidad de vida.

**UN NUEVO ORDEN MUNDIAL Y SUS
CONSECUENCIAS PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO**

Moderador del debate

Michael Reich, Ph.D., Profesor Adjunto de Salud Internacional
Director del Programa Takemi de la Universidad de Harvard

Exposiciones

Democracia y participación en el desarrollo

Cristina Torres Parodi, Ph.D.,
Programa de Desarrollo de Políticas de Salud
Organización Panamericana de la Salud

La función del Estado en el proceso normativo de la salud

Vicente Navarro, M.D., Profesor
Política de Salud, Sociología y Salud Internacional
Universidad Johns Hopkins

***La función de los donantes internacionales en
las políticas de salud y el desarrollo sostenible***

Robert Emrey, M.B.A., M.P.H.
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

por

Stahis Panagides, Ph.D., Fundación Grupo Esquel
Carter Diggs, Ph.D., Universidad George Washington

El tema clave de esta sesión fue la eficacia relativa de las intervenciones de salud desarrolladas por las comunidades, los gobiernos y los donantes. El Dr. Michael Reich, Profesor Adjunto de Salud Internacional y Director del Programa Takemi de la Universidad de Harvard, actuando como director del debate, resumió el temario como la consideración de la necesidad de aplicar políticas que reparen las fallas de los mercados y de los gobiernos que constituyen obstáculos para el mejoramiento de la salud.

La Dra. Cristina Torres Parodi, del Programa de Desarrollo de Políticas de Salud de la OPS, se refirió a la falta de desarrollo social, que probablemente incluye la falta de mejoramiento de la salud pública en América Latina. Relacionó los problemas del desarrollo social con la falta de desarrollo, por ahora, de la democracia, definida como una situación en la que hay crecimiento en el marco de la equidad social y política. Señaló que la democracia era necesaria y suficiente para el desarrollo social, de manera tal que el avance continuado hacia la democracia derivará sin duda en el mejoramiento de la salud pública.

La Dra. Torres Parodi indicó que era inevitable, sin embargo, que con el nuevo orden internacional se establecieran nuevas relaciones económicas, políticas y militares entre las naciones desarrolladas y menos desarrolladas y que estas relaciones fueran multicéntricas y no bipolares, como en el pasado. El efectivo mejoramiento de la salud en América Latina dependerá de la capacidad de negociación de los gobiernos para obtener para sí, en el nuevo orden, una posición económica como componente del desarrollo de la democracia.

El Dr. Vicente Navarro, Profesor de Política de Salud, Sociología y Salud Internacional de la Universidad Johns Hopkins, dio a conocer un estudio empírico sobre la repercusión de las actitudes actuales en los requisitos que exige el mejoramiento de la salud y de sus resultados. La hipótesis fue que la falta de desarrollo de mercados libres inhibe el desarrollo y, por lo tanto, inhibe también el mejoramiento de la salud pública. Se proporcionaron

varios ejemplos de los datos obtenidos que indicaban, entre otras cosas, que la salud pública es mejor en los sistemas socialistas que en los capitalistas. Su interpretación de los datos es que no corroboran la hipótesis. Concluyó que es necesaria una mayor participación de los gobiernos para conseguir un mejoramiento de la salud pública.

La exposición de Robert Emrey versó sobre el empeño de los donantes internacionales por promover un enfoque equilibrado y analítico de las políticas de financiación tanto pública como privada de las medidas de salud. Analizó por qué cabía esperar que las políticas que tomaban en cuenta fallas del mercado lograran en definitiva un mayor mejoramiento de la salud que las políticas que anticipaban ese mejoramiento simplemente como resultado del crecimiento económico. Sobre la base de los casos de Kenya, Bolivia y Egipto, examinó algunas de las medidas resultantes de ese enfoque: 1) concentración de los recursos públicos en atención preventiva y primaria de salud; 2) fomento de la atención curativa privada únicamente cuando hay suficiente oferta de proveedores; 3) uso del mercado social para dotar de poder de decisión a los consumidores de salud; 4) introducción de la participación en la financiación de los gastos en servicios oficiales para aumentar la competencia; 5) aplicación de estructuras de administración del sector privado más eficientes en los servicios públicos, y 6) ofrecimiento de crédito para financiar a los proveedores privados en áreas subatendidas.

En la sesión se pusieron de relieve los problemas cruciales actuales que derivan del incipiente modelo dominante de desarrollo impulsado por el mercado y democracia política. El criterio muy escéptico de uno de los expositores (el Dr. Vicente Navarro) con respecto a este modelo dominante suscitó un rico debate sobre las virtudes de este modelo de orden internacional, especialmente con relación a la política de salud.

Aunque todos admitieron que el modelo de mercado es ahora el paradigma aceptado de desarrollo, hubo desacuerdo en cuanto a la conveniencia social o la suficiencia de este modelo para promover la

salud. Este modelo, si se aplica sin restricciones, trae aparejadas consecuencias socialmente inadmisibles. El peligro de costos sociales inaceptables es alto para los países en que no se dan muchas de las condiciones sociales, culturales, económicas y jurídicas que supuestamente deben estar presentes. Se tuvo la impresión de que así ocurría especialmente en América Latina, la región sobre la cual se centró el debate de los expertos. En este sentido, los indicadores sociales de América Latina se han ido deteriorando en los últimos años con el modelo de mercado capitalista.

Se señaló que a menos que un sistema político representativo y participatorio haga que el sistema económico responda a los deseos de la sociedad, la estructura de poder económico y político predominante conduce a menudo a la desigualdad social y a la "explosión social" final.

El debate sobre el "nuevo orden" giró en torno de la función del Estado en general y respecto de la salud y el desarrollo en particular. Con referencia a América Latina, se observó que la tendencia evidentemente aceptada hacia la privatización y la descentralización no debe entrañar el debilitamiento del Estado. Se consideró que lo que se necesita es reorientar la función del Estado, no debilitarla. En América Latina, el Estado de bienestar jamás tuvo la oportunidad de desarrollarse (excepto, quizás, en el Uruguay). Fue el Estado represivo (dictadura militar y poder económico concentrado) el que dominó.

Todos los expositores y la mayoría de quienes tomaron la palabra estuvieron de acuerdo en que confiar en el mercado exclusivamente es por completo inadecuado cuando se trata de atención de salud. La salud es una esfera de la política de desarrollo en la que las fallas del mercado se deben comprender y prevenir. Sin embargo, el hecho de que, a pesar de los muchos comentarios críticos sobre el modelo basado en el mercado, la mayoría de los oradores apelaran a la confianza en el mercado, siempre que fuese posible, como la mejor solución para la prestación de servicios de atención de salud, puso de manifiesto la falta de una opción mejor. Se considera que

organizaciones no gubernamentales (ONG) tales como las iglesias realizan un mejor trabajo que los gobiernos tanto en función de la cobertura como de los costos (por ejemplo, en África y Bolivia), y es deseable la transferencia de atribuciones sobre centros de salud de la administración gubernamental a las ONG, por ejemplo.

A pesar de la índole polémica de los temas tratados y de los antecedentes muy diversos de los participantes en la reunión, hubo consenso en las siguientes proposiciones fundamentales:

La confianza en el mercado y todo lo que ella implica, la propiedad privada y la competencia, tanto nacional como internacional, debe acompañar a una función fortalecida y redefinida del Estado y a la responsabilidad social en el orden emergente en los países en desarrollo. Este equilibrio se debe adaptar a las circunstancias especiales de cada país en un mundo pluralista, no modelado uniformemente ni impuesto desde fuera.

Independientemente de la manifestación del nuevo orden y de sus consecuencias para la salud y el desarrollo en cada país, un requisito común esencial para la sostenibilidad del "nuevo orden mundial" emergente debe ser la responsabilidad del sistema ante las personas, especialmente la responsabilidad de las estructuras burocráticas y tecnocráticas, que incluyen a la comunidad donante internacional (bilateral y multilateral). Para satisfacer este requisito, se deben desarrollar estructuras participatorias que funcionen a nivel internacional, nacional y local.

POLÍTICA SANITARIA Y DESARROLLO EN ÁFRICA

Moderador del debate

A. Edward Elmendorf, M.A., M.P.H.
Especialista Principal en Manejo Gerencial
División de Población, Salud y Nutrición
Departamento Técnico para África, Banco Mundial

Exposiciones

***Rwanda: Un estudio de caso sobre política de salud y desarrollo
en África***

Donald Shepard, Ph.D., Profesor de Investigación
Instituto de Política de Salud, Universidad Brandeis

Política de fecundidad de adolescentes en África

Asha Mohamud, M.D., Directora
Centro Internacional de Fecundidad de Adolescentes
Centro de Opciones Demográficas

Política de salud en Zimbabwe

Robert M. Hecht, Ph.D., Economista Principal
Departamento de Africa Meridional, Banco Mundial

por

Claudia Stomberg, Universidad George Mason/Banco Mundial

Las exposiciones versaron sobre diversos temas de salud en África y comprendieron análisis de la política de salud y desarrollo y problemas de salud de las mujeres en Rwanda y Zimbabwe.

El Dr. Donald Shepard, Profesor de Investigación del Instituto de Política de Salud de la Universidad de Brandeis, expuso los resultados de dos recientes estudios de casos efectuados en Rwanda. Rwanda es un país africano escarpado, sin litoral, de seis a siete millones de habitantes. Aunque en los años ochenta su crecimiento económico superó levemente el demográfico, no es probable que esta tendencia se prolongue durante los años noventa. El país está asediado por la sequía, una guerra fronteriza y la baja del precio del café.

El primer estudio se ocupó de los costos directos e indirectos de la malaria. Comprobó que la malaria es el principal problema de salud del país y probablemente de África en su conjunto. Estimó el costo económico de la malaria combinando datos epidemiológicos y económicos. El número de casos de malaria y de defunciones ha seguido aumentando en 21 por ciento por año a causa de la emigración, los hábitats cambiantes, la farmacorresistencia y posiblemente otros factores. Los costos han aumentado ocho veces entre 1979 y 1989. Algunas cepas se han vuelto farmacorresistentes y, por consiguiente, la enfermedad que provocan es más grave; en 1995, el costo de la malaria podría elevarse a más del doble del actual. Los gastos realizados que se adeudan como consecuencia de esta sola enfermedad igualan al crecimiento anual de 1 por ciento del producto interno bruto (PIB) de Rwanda y en la actualidad sobrepasan todo el presupuesto del Ministerio de Salud.

Un segundo estudio examinó el costo de todos los casos de SIDA en tres hospitales de Rwanda. Calculado por cápita, el costo total fue mucho menor que el atribuido a la malaria. Aunque todavía no hay muchos casos de SIDA, su número crecerá rápidamente y ejercerá un importante efecto en la economía. Actualmente, los pacientes de SIDA suelen concentrarse en los hospitales terciarios, donde el costo

de una hospitalización es mayor que el gasto que realiza el gobierno en un ciudadano medio durante toda su vida.

El expositor concluyó que los ministerios de salud deben reasignar sus fondos a intervenciones de mayor costo-eficacia. Por lo tanto, el tratamiento de la malaria caso por caso será eficaz en función de su costo en el corto plazo. En lo que al SIDA se refiere, una mayor utilización de los centros de salud y hospitales locales podría proporcionar una atención humanitaria y a la vez menos costosa. El tratamiento por casos del SIDA resulta, pues, necesario para disminuir el costo y la carga de los servicios de salud y brindar más consuelo y confianza al paciente mediante la prestación de atención cerca de su hogar.

La exposición de la Dra. Asha Mohamud, Directora del Centro Internacional de Fecundidad de Adolescentes del Centro de Opciones Demográficas, se centró sobre la salud de la mujer en Kenya. El aborto es ilegal o está restringido en la mayor parte de África. En los hospitales de Kenya se observa un gran número de mujeres con abortos incompletos que presentan complicaciones y ese número aumenta rápidamente. En el Hospital Kenyatta se registra una tasa de 30 a 60 mujeres por día, siete veces superior a la correspondiente a los últimos años ochenta. Algunos sistemas gastan de 50 a 60 por ciento de sus recursos para ginecología y obstetricia en el tratamiento de estas complicaciones. La falta de transfusiones de sangre y el suministro de sangre contaminada, junto con la falta de medicamentos y de camas, tornan prácticamente inútiles los servicios del hospital.

No hay datos recientes sobre la práctica del aborto, pero en una conferencia celebrada en Nairobi se señaló que aumenta el número de mujeres que acuden a los hospitales a causa de esas complicaciones y que también crece el número de mujeres que recurren al aborto como herramienta de planificación de la familia. Los únicos datos disponibles corresponden a mujeres con complicaciones admitidas en el hospital. Esta práctica se debe al

temor de perder el financiamiento de los donantes (principalmente de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional).

Un estudio del Centro de Opciones Demográficas realizado en Kenya reveló que las adolescentes prefieren abortar en servicios médicos no gubernamentales después de un período de gestación más largo. Parece que con el aumento de los niños que asisten a la escuela y de los matrimonios más tardíos crece la demanda de abortos. El programa de planificación de la familia de Kenya, que tiene "un éxito moderado", no ofrece anticonceptivos a menores de 17 años ni se explica en las escuelas. El embarazo fuera del matrimonio tiene graves consecuencias sociales en Kenya y entraña la expulsión de la familia y vivir en la calle, lo que aumenta el riesgo de que las mujeres así castigadas contraigan enfermedades de transmisión sexual.

La expositora señaló que los métodos de aborto tradicionales resultan en hospitales llenos de mujeres con septicemia. Hay métodos nuevos que se pueden practicar en forma ambulatoria y son más seguros. Con ellos se liberan los recursos del hospital para otras tareas y se permite que las mujeres regresen mucho antes a su trabajo. Hay que mantener y ampliar estos métodos nuevos y más seguros y mejorar a la vez la entrega de suministros. El mayor número de abortos entraña una necesidad de anticonceptivos no satisfecha y que se debe atender. La orientación sobre planificación de la familia y el uso de anticonceptivos deben resultar más accesibles, especialmente para los adolescentes.

El estudio sobre Zimbabwe puso de relieve que hay muchos problemas pero que se han logrado muchas mejoras en el sector de la salud. Una de ellas es la importancia que se otorga a la prestación de atención de salud a nivel local y de distrito. Además, la asignación de recursos para vacunaciones y control de enfermedades es cada vez más eficaz en función de los costos. En general, Zimbabwe logró ampliar la cobertura de los servicios de salud y mejorar el nivel sanitario de su población entre 1980 y 1990.

En los años ochenta el crecimiento económico de Zimbabwe se desaceleró y registró una tasa inferior a la de su crecimiento demográfico. A pesar del empeño por proteger los gastos en el sector social, estos gastos están disminuyendo. La base fiscal y el presupuesto del país están en situación precaria, y los ajustes macroeconómicos aumentan las limitaciones. Las políticas de financiación de la salud y prestación de salud pública han sido frágiles. La situación se caracterizó por la falta de vigilancia financiera de los hospitales, el cobro de precios insuficientes y una escasa participación comunitaria. Como consecuencia, se tambalea la sostenibilidad del sistema de prestación de salud.

Entre las recomendaciones que se formulan para lograr mejoras figuran la revisión de ciertas políticas financieras, la aplicación de más medidas eficaces en función de los costos y el aumento de la capacidad técnica. Hay que incorporar en el sistema la distribución de los costos, la facturación y la recaudación.

En lo que se refiere a la aplicación de las reformas, el expositor señaló que se han logrado progresos. El gobierno se muestra ahora dispuesto a considerar nuevas medidas de financiamiento y de distribución de los costos. Los grupos de presión (tabaco, médicos particulares, aseguradores privados) también son fuertes e imposibilitan la labor unilateral del ministerio de salud sin apoyo de algún otro sector del gobierno. Es necesario aumentar la capacidad de planificación y gestión del ministerio y lograr que la responsabilidad por la salud se extienda más allá de su esfera de acción.

**POLÍTICA SANITARIA Y DESARROLLO EN
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

Moderador del debate

César Vieira, M.D., Coordinador
Programa de Desarrollo de Políticas de Salud
Organización Panamericana de la Salud

Exposiciones

La política de salud y el desarrollo en América Latina y el Caribe

Antonio Campino, Ph.D., Asesor Regional en Economía de la Salud
Organización Panamericana de la Salud

Fundación Kellogg: Apoyo al desarrollo de tipo comunitario

Marcos Kasil, Ph.D., Director
Programas Latinoamericanos, Fundación Kellogg

Tecnología y cooperación regional

Ulysses Panisset, M.D., Organización Panamericana de la Salud

Expositores

Joseph Ramos, Ph.D.
Comisión Económica de las Naciones Unidas
para América Latina y el Caribe

Bernardo Ramírez, M.D.
Asociación de Programas Universitarios de Administración
de la Salud

por

Susan Cahn, Organización Panamericana de la Salud
Margarita Hurtado, Organización Panamericana de la Salud

La exposición del Dr. Antonio Campino, Asesor Regional en Economía de la Salud de la OPS, se centró en la economía política del proceso de ajuste y sus efectos en función de los ganadores y perdedores. Parece que los datos cuantitativos no presentan una imagen clara de algún deterioro del nivel de salud a pesar de la reducción de los gastos en salud y del agravamiento de la situación económica. Varios participantes sugirieron que era necesario considerar las desigualdades, reducciones o interrupciones de la secular disminución de la mortalidad y que los datos cuantitativos se complementan con estudios etnográficos cualitativos. Otro participante sugirió que quizás no se hayan producido efectos negativos en el nivel de salud, porque en definitiva factores tales como la educación de las madres y un mayor acceso a los servicios derivado de la urbanización influyeron mucho en los efectos de corto plazo del ciclo económico, como son los menores gastos en salud. También sugirió que la disminución de los gastos se tradujera en una disminución de los salarios del personal de salud que no entrañara necesariamente una reducción de la calidad de los servicios.

En función de la recuperación de los costos de los servicios de salud, el expositor recomendó que los países de América Latina y el Caribe consideraran la posibilidad de incrementar los recursos y los gastos en salud mediante el aumento de la tributación, en vez de obtenerlos de los usuarios estableciendo nuevas tarifas o subiendo las ya vigentes. También sugirió que se podría lograr una mayor eficiencia de los gastos con la reorganización y el mejor uso de los servicios existentes, así como con medidas de contención de costos en el sector de la salud. Además, hay que sondear la posibilidad de recurrir a mecanismos financieros alternativos, tales como los fondos de emergencia social e inversión y el canje de la deuda por actividades de sanidad.

El Dr. Marcos Kisil, Director de Programas Latinoamericanos de la Fundación Kellogg, centró sus comentarios en las estrategias de participación comunitaria para el desarrollo de atención de salud preventiva y primaria de carácter local. Los proyectos comunitarios que patrocina Kellogg se sustentan en las siguientes premisas: un

activo protagonismo de la comunidad; un criterio gradualista del desarrollo, y actividades paralelas simultáneas y tentativas interdependientes. Tienen cuatro componentes esenciales: los sistemas locales de salud; el desarrollo de liderazgo; el otorgamiento de facultades más amplias a las comunidades, y la aportación académica. Además, se están usando los distintos proyectos para formar una red internacional.

La Fundación Kellogg subraya la importancia de los modelos experimentales de tipo comunitario como iniciativas privadas y como campo de investigación teórica y práctica del desarrollo social. Los proyectos de la comunidad pueden servir de modelos y las experiencias locales se pueden emplear entonces para la formulación de las políticas sectoriales. La importancia de los modelos y proyectos experimentales como los que apoya Kellogg —señaló— reside en que es esencial realizar estas experiencias en tiempos de inestabilidad gubernamental, cuando las políticas no sirven, para ayudar a los encargados de las políticas a imaginar alternativas. La meta es desarrollar modelos de prestación de servicios de salud y educación de los profesionales de la salud.

La última exposición versó sobre el sector de la salud considerado como sector económico productivo y no desde el punto de vista tradicional de sector que consume recursos, y por eso se puso de relieve la función que cumple la tecnología de la salud. El Dr. Panisset sostuvo que aunque esta tecnología produce un efecto marginal pero significativo sobre todo el sector de la salud, también puede emplearse como instrumento para conseguir de los gobiernos un mayor financiamiento para la salud, subrayando su importancia como actividad económica. Señaló que en el mercado de tecnología de salud de América Latina y el Caribe se manejaban \$20.000 millones, que representan un tamaño y unas posibilidades considerables. También indicó la función expansiva del sector de la salud como empleador y del seguro de salud en el mercado de servicios financieros, así como el desarrollo del turismo de salud.

En América Latina y el Caribe la antedicha integración proporciona mayores oportunidades para la cooperación comercial y la transferencia de tecnologías a pesar de la presencia de un marco de regulación potencialmente engorroso. Dos esferas de futura investigación en este campo son las consecuencias de la integración de la economía en la salud y los efectos de la salud como sector productivo en la economía global.

En esta sesión se sugirieron varias líneas de acción para impulsar la colaboración entre organizaciones internacionales y nacionales, gubernamentales y no gubernamentales. En primer lugar, la labor de análisis de la información sanitaria y demográfica debe incluir el estudio de pequeñas comunidades tales como los distritos de los municipios. En estas esferas hay que reunir pruebas cualitativas para complementar el análisis estadístico más tradicional de los indicadores del nivel de salud. En segundo término, deben estudiarse las áreas en las que existen datos a largo plazo para modelar potenciales desfases y ciclos de los indicadores del nivel de salud. Tercero, es preciso que haya un debate sustantivo, a nivel nacional e internacional, sobre la función que debe desempeñar el "Estado" en cuanto al abastecimiento, la financiación y la reglamentación del sector de la salud. Cuarto, hay que promover una corriente de información del plano comunitario al federal e internacional para extraer conclusiones de los éxitos y fracasos de las políticas. Por último, los proveedores de servicios de salud a nivel local deben tener más fácil acceso a los centros de determinación de las políticas.

**POLÍTICA SANITARIA Y DESARROLLO
EN LA EUROPA DEL ESTE**

Moderador del debate

Glen Geelhoed, M.D.
Director de Educación Médica Internacional
Universidad George Washington

Exposiciones

Política de población en la Europa del Este

Angelica Domato
Directora de Evaluación
Fondo de Población de las Naciones Unidas

Crecimiento demográfico, educación y desarrollo

Lee-Nah Hsu, Ph.D., Subdirectora y Profesora Adjunta
Oficina de Asia, Europa y Cercano Oriente
Departamento de Salud Internacional
Escuela Johns Hopkins de Higiene y Salud Pública

Expositor

William McGreevy, Ph.D., Especialista Principal
Departamento de Población y Recursos Humanos, Banco Mundial

por

Joy Panagides, Universidad George Washington
Amanda Levites, Universidad George Washington

Esta sesión estuvo dedicada a tres temas: la política de población de la Europa del Este y fundamentalmente de Rumania, la conexión entre crecimiento demográfico, educación y desarrollo, y temas polémicos relativos a la cooperación para el desarrollo prestada a Rumania.

La política de población de la Europa del Este se tradujo en una recopilación de leyes que pretenden cambiar la estructura demográfica de una población. Atañe a la familia, el matrimonio, los niños, la salud y la emigración. Durante la época posterior a la segunda guerra mundial, la Europa del Este ha experimentado tres etapas diferenciadas de la política de población. Finalizada la segunda guerra mundial, tasas de natalidad decrecientes dieron pie a la formulación de una política de población restrictiva que declaró la ilegalidad del aborto. La segunda etapa de la política de población comenzó a mediados de los años cincuenta con la liberalización de las leyes que penalizaban el aborto. Este vuelco de la política se produjo como consecuencia del reconocimiento de que las mujeres controlaban su fecundidad independientemente de la política estatal y con consecuencias nocivas para su salud. A mediados de los años sesenta se volvió a una política restrictiva de población, que marcó la tercera etapa de la política de población de la Europa del Este.

Rumania, bajo el liderazgo de Nicolae Ceausescu, adoptó la política poblacional en pro de la natalidad más estricta y draconiana de toda la Europa del Este. El aborto y la anticoncepción se penalizaron, se obligó a las mujeres a someterse a exámenes ginecológicos mensuales y se estableció un sistema de recompensas y castigos para inducir a las personas a mantener un comportamiento reproductor "correcto". Ceausescu adoptó esta política en pro de la natalidad porque la tasa de crecimiento demográfico de Rumania era sumamente baja, de menos de 1 por ciento en 1966. La política no produjo una explosión demográfica. La tasa de natalidad aumentó solo levemente frente a un significativo incremento de la mortalidad y la morbilidad maternas, provocadas principalmente por los abortos peligrosos.

En la actualidad no hay política de población en la Europa del Este. El colapso del control económico seguido del derrumbe de la política social señaló el final del dominio comunista en la Europa del Este. En el presente período de transición entre comunismo y democracia, hay poco consenso sobre los medios adecuados de promover el desarrollo socioeconómico; en consecuencia, es poco probable que en un futuro próximo alguno de los países de la Europa Central y del Este adopte una política de población, cualquiera que sea.

En Rumania, la conexión entre crecimiento demográfico, desarrollo y educación se consideró en el marco de tasas de aborto continuamente altas, a pesar de que es posible recurrir a la anticoncepción. Esta situación es particularmente interesante porque las mujeres de la Europa del Este tienen una educación relativamente buena en materia de anticoncepción. No obstante, se sugirió que la socialización y los procesos educativos de Rumania no se habían utilizado adecuadamente para promover la efectiva aceptación de la anticoncepción. La Dra. Lee-Nah Hsu, Subdirectora y Profesora Adjunta de la Oficina de Asia, Europa y Cercano Oriente, Departamento de Salud Internacional de la Escuela Johns Hopkins de Higiene y Salud Pública, señaló que un prejuicio de la educación en Rumania estaba influyendo en la dirección del crecimiento demográfico y del desarrollo. El actual sistema educativo prepara a los hombres para ser económicamente productivos pero no les enseña lo suficiente sobre temas de la reproducción. Con las mujeres se da la situación inversa, pues reciben información adecuada sobre temas de la reproducción, pero no sobre temas de productividad económica. La Dra. Hsu subrayó la necesidad de educar por igual a hombres y mujeres tanto en la planificación de la familia y en los temas relacionados con la salud como en los temas de productividad económica. Subrayó la necesidad de que las mujeres de Rumania desempeñaran un papel más activo en el proceso legislativo. La investigación sobre estos temas se debe centrar en el examen de la proyección de los programas de educación sanitaria, los temas de la igualdad de hombres y mujeres en relación con las empresas económicas y el ejercicio compartido del poder.

También se trataron los temas polémicos que atañen a la ayuda para el desarrollo prestada a Rumania, incluidos los gastos en salud, los grupos vulnerables y la actual estrategia de asistencia a Rumania. Los gastos en salud han sido materia de controversia porque surgieron diferencias de opinión sobre el uso más eficaz del dinero prestado, en particular con respecto a equipos de alta tecnología. Quedaron dudas de la conveniencia de tener equipos de alta tecnología en un país sin la infraestructura necesaria para absorberla y con muchas otras necesidades por satisfacer.

Las consecuencias de las privatizaciones en la condición de los niños y las mujeres pusieron de relieve su vulnerabilidad. La red de seguridad de la Europa del Este ha desaparecido y los pueblos que vivían bajo estructuras paternalistas no saben cómo reconstruir su tejido social para brindar protección a sus poblaciones vulnerables. Se manifiestan grandes problemas que se relacionan con la transición de un sistema a otro.

En el caso de una población educada pero dependiente, el desarrollo entraña modelos de asistencia técnica que exigen cambios de la infraestructura básica. Los ciudadanos de los países de la Europa del Este, que ya no están sometidos a un control centralizado, tienen que crear instituciones que sirvan para dar creciente poder de decisión a individuos y grupos.

**POLÍTICAS SANITARIAS COMPARADAS:
CONSENSO Y CONTROVERSIAS**

Moderador del debate

Richard Southby, Ph.D., Jefe
Departamento de Gestión y Política de los Servicios de Salud
Profesor Gordon A. Friesen
Salud Internacional y Política de Salud
Profesor de Ciencias de Atención de Salud
Universidad George Washington

Exposiciones

Política sanitaria en África

A. Edward Elmendorf, M.A., M.P.H.
Banco Mundial

Política sanitaria en América Latina y el Caribe

César Vieira, M.D.
Organización Panamericana de la Salud

Política sanitaria en la Europa del Este

Glenn Geelhoed, M.D.
Universidad George Washington

Las políticas de atención de salud en los Estados Unidos

Roger Battistella, Ph.D.
Profesor de Política y Gestión de Salud
Universidad Cornell

por

Margarita Hurtado, Organización Panamericana de la Salud
Sureka Raghavan, Universidad George Washington

Todos los expertos trazaron un panorama de los temas planteados en sesiones anteriores: la política de salud primaria y el desarrollo en tres regiones del mundo: África, América Latina y Europa del Este. También se examinó la política de atención de salud de los Estados Unidos. A. Edward Elmendorf del Banco Mundial, señaló los problemas fundamentales que se plantean dentro de las limitaciones que enmarcan la salud en África. El Dr. César Vieira de la OPS, esbozó tres enfoques complementarios de la conexión entre la atención de salud y el desarrollo en América Latina. El Dr. Glenn Geelhoed se ocupó de la situación de la salud en Rumania en un estudio específico de los dilemas que afronta el sector de la salud en toda la Europa del Este. Por último, el Dr. Roger Battistella suministró una visión general de la situación de la atención de salud en los Estados Unidos y de la necesidad de privatizar y racionalizar la prestación de servicios de salud para mejorarlos y bajar los costos. Las graves limitaciones que afectan al sector de la salud y la necesidad de asignar más eficazmente recursos cada vez más reducidos fueron reconocidos por todos, aunque por consideraciones regionales se manifestaron disidencias en cuanto a las reformas que se sugirieron.

Política sanitaria en África

En África, el problema principal consiste en que los recursos para la salud son limitados. Actualmente, apenas se dedica a la salud de 3 a 4 por ciento del exiguo producto interno bruto (PIB) de las naciones. Es una proporción mucho menor que en el resto del mundo. Si bien las estrategias de desarrollo para eliminar la pobreza deben girar en torno del incremento de la tasa de crecimiento económico, también es necesario reasignar los recursos públicos para la salud más equitativa y eficientemente.

Asimismo, es importante tener en cuenta que más de 50 por ciento de los gastos en salud en África son privados y que las políticas oficiales deben asegurar que estos recursos se empleen más eficientemente. En lo que se refiere a la tecnología, es preciso considerar más detenidamente las intervenciones de bajo costo. Hay

que estudiar la forma de distribución de los gastos domésticos en salud para que el gasto público no sea sustituido por el privado. Es preciso informar mejor a la opinión pública sobre los problemas de salud y la calidad de la atención para que los recursos privados se puedan emplear más eficazmente. Además, hay que perfeccionar el sistema jurídico para que las organizaciones filantrópicas privadas puedan desempeñar una función más amplia en la atención de salud.

En la actualidad los problemas fundamentales son:

- La política de medicamentos en África funciona muy mal por la falta de listas de medicamentos esenciales, sistemas de distribución ineficientes, malas prácticas de prescripción y adquisiciones deficientes.
- En la esfera de la salud reproductiva, el aborto representa una carga social muy importante, aunque quizás no se refleje en términos económicos. Esto se debe a la gran cantidad y los malos resultados de los abortos ilegales.
- Al contrario de lo que en general se cree, se considera que la malaria es un problema más importante que el SIDA en función de lo que cuesta en materia de productividad.
- La educación sanitaria también es un problema fundamental porque es necesario brindar información y educar a la población con respecto a la calidad de los servicios.

Es esencial que los donantes internacionales, que dan casi \$2 por persona anualmente, modifiquen su modus operandi en África. Deben colaborar con los países africanos para que establezcan políticas sanitarias nacionales, proporcionándoles una asistencia coherente y no trabajando dentro de enclaves geográficos o políticos propios.

Política sanitaria en América Latina

En América Latina lo más importante fue reconocer la interconexión de la salud y el desarrollo y su repercusión en tres niveles diferentes. Desde el primero, una perspectiva de macronivel, se admiten las consecuencias de las crisis económicas y los ajustes

en la salud y la necesidad de disponer de información más cualitativa para medir mejor estos efectos. Es necesario que los países latinoamericanos asignen los recursos con más eficiencia.

Una de las soluciones específicas para los problemas de financiación sanitaria de América Latina consiste en recurrir a la recaudación de la seguridad social y a niveles más altos de tributación en vez de imponer tarifas que paguen los usuarios. En las naciones latinoamericanas la tributación es baja en relación con los países miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Otras soluciones incluyen fondos de emergencia social y canjes de deuda por actividades de sanidad.

La perspectiva del "complejo de tecnología de la salud" reconoce las dimensiones económicas de la salud en función de las posibilidades de generar movilización industrial y nuevos empleos. Es raro que las autoridades sanitarias empleen esta "dimensión económica del sector de la salud" para gestionar mayores gastos del gobierno.

La tercera perspectiva de la salud y el desarrollo, el desarrollo "de abajo hacia arriba", pone de relieve la labor de tipo comunitario. En esta labor se hace hincapié en habilitar a las comunidades, para que puedan definir sus propios problemas de salud y asignar recursos a partir de las necesidades y limitaciones que se perciben en cada lugar. A pesar de los beneficios del enfoque salud-desarrollo, la falta de información, específicamente de datos exactos, sigue siendo un problema fundamental que dificulta la evaluación de la eficacia de cualquiera de estas políticas de salud y desarrollo en América Latina y en cualquier otra parte.

Política sanitaria en la Europa del Este

Se hizo referencia al nivel de salud de Rumania como ejemplo algo extremo de los problemas de salud y desarrollo que enfrenta la Europa del Este. El sistema de salud de Rumania es en parte producto de las draconianas políticas en pro de la natalidad que

estableció Ceaucescu, pero también de decenios de ideología socialista. Se expresó el convencimiento de que en los países de la Europa del Este el deseo de adquirir la avanzada tecnología occidental no es tan intenso como el anhelo de aprender la manera de determinar políticas sanitarias y económicas y de cambiar la mentalidad de sus naciones. El Dr. Glenn Geelhoed de la Universidad George Washington, señaló que el dilema occidental consistía en facilitar el proceso de reforma de la Europa del Este sin alentar a estas naciones a desprenderse de los beneficios del sistema socialista en su impaciencia por adoptar modelos occidentales de los que nosotros mismos no estamos demasiado seguros.

Las políticas de atención de salud en los Estados Unidos

En los Estados Unidos, el sector de la salud afronta costos en continuo aumento, lo que obliga a su población a hacer más y mejor con menos. Por lo tanto, para reducir los costos del sector de salud, que suben con rapidez, el Dr. Roger Battistella, Profesor de Política y Gestión de Salud de la Universidad Cornell, recomendó mantener el impulso que durante veinte años arrastra al sector de la salud hacia los incentivos del mercado y la privatización. Este impulso no debe entrañar el retorno reaccionario al *laissez-faire*, sino un enfoque pragmático de las realidades económicas de hoy y una forma de contrarrestar los intereses a los que se aferra la camarilla médica actual.

Se debe abandonar el propósito de alcanzar la meta de un sistema de atención de salud gratuita. En cambio, hay que reorientar los limitados recursos públicos en inversiones que reditúan altas tasas de crecimiento y empleos. El sector de la salud, que ocupa un lugar inferior en productividad y control de calidad y que es considerado por las autoridades responsables de la política como fuente de gastos de consumo, debe someterse a las políticas de un mercado competitivo. En función de la política pública, esto significa una mejor gestión de los gastos, el reagrupamiento de los proveedores para eliminar superposiciones costosas, la vigilancia y evaluación para suprimir los procedimientos innecesarios, la vinculación de

los reembolsos a los proveedores con los resultados médicos y una mayor toma de conciencia de los consumidores resultante de la consulta de guías de información para el comprador-consumidor. Este enfoque reservaría para el gobierno la función reguladora —de vigilancia y evaluación— para que cumpla con su responsabilidad pública.

En el examen del sistema de atención de salud de los Estados Unidos, se hizo notar que Asia, que no fue una de las regiones estudiadas en el Foro, ofrece de hecho algunos buenos ejemplos de por qué no se deben seguir los ejemplos norteamericanos. Se opuso la situación de Corea a la de Malasia. Corea adoptó el modelo de los Estados Unidos, mientras Malasia ha desarrollado un sistema público muy accesible. Aunque los indicadores de salud clásicos de ambos países —esperanza de vida, mortalidad infantil, etc.— son equivalentes, parece que Malasia está consiguiendo buenos resultados de salud con la mitad del costo: 3,5 por ciento del PNB, en comparación con 7 por ciento de Corea. Este notable ejemplo de las limitaciones del modelo de los Estados Unidos, además de las diferentes situaciones regionales de salud descritas *supra*, pone de manifiesto que no es acertado equiparar al sector de la salud con algún instrumento de fabricación que se puede utilizar en todo el mundo y que los profesionales de la salud y el desarrollo deben darse cuenta de las limitaciones de cada país.

SALUD, DESARROLLO Y POBLACIÓN

Moderador del debate

Lenni Kangas, MPH, Director
Dual & Associates

Exposiciones

Maternidad temprana, salud y desarrollo
Margaret Pruitt Clark, Ph.D., Directora Ejecutiva
Centro de Opciones Demográficas

Principales tendencias demográficas mundiales a largo plazo
Barbara Torrey, Jefa
Centro de Investigación Internacional
Oficina del Censo de los Estados Unidos

Expositores

Richard V. Moore, Vicepresidente
Población y Salud, John Snow, Inc.

Barbara Crane, Miembro de Población Internacional
Oficina de Población
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Expertos/redactores

José Antonio Solís, M.D., Organización Panamericana de la Salud
S. Sherry, Organización Panamericana de la Salud
Germán Mora, M.D., Organización Panamericana de la Salud
Diane Kuntz, M.P.H., Asociación Estadounidense de Salud Pública
Abdel Omran, M.D., Universidad George Washington

En esta sesión se examinaron algunos de los problemas relacionados con la maternidad temprana, las consecuencias de las tendencias demográficas a largo plazo y aspectos de la planificación y ejecución de programas sostenibles de planificación de la familia.

Hay tres temas fundamentales en relación con la maternidad temprana que requieren atención especial en todo el mundo. Son ellos:

- la falta de servicios de planificación de la familia y procreación para los jóvenes,
- los abortos peligrosos, y
- las prácticas tradicionales, especialmente la mutilación genital, que producen efectos negativos en la maternidad.

La cultura y la política se contraponen a todos estos temas.

La biología influye en estos temas en el sentido de que la edad de la menarquia está descendiendo, de manera tal que las niñas de hoy son biológicamente capaces de procrear a una edad cada vez más temprana y son fértiles durante períodos cada vez más largos. Las cambiantes costumbres sociales traen aparejadas más oportunidades de actividad sexual que en el pasado. Al mismo tiempo, los conocimientos, los servicios y la tecnología que atañen a la planificación de la familia todavía se niegan a los jóvenes, especialmente a las mujeres adolescentes.

Aunque los abortos ilegales y sépticos se traducen en una alta tasa de mortalidad materna, sufrimiento generalizado y mayores gastos en servicios obstétricos y ginecológicos, parece que nos hemos endurecido ante el problema. Gran parte del mundo subdesarrollado y una parte del mundo desarrollado no tienen acceso a los abortos legales. Además, ha habido un aumento notable de los abortos peligrosos en todo el mundo.

En algunas naciones la mutilación genital se vincula muy estrechamente con la cultura y la política y es difícil de erradicar. Los criterios y recomendaciones occidentales en esta esfera deben mostrarse culturalmente sensibles y recibir el apoyo de la comunidad.

Las principales tendencias demográficas a largo plazo revelan el alcance del desafío y recalcan las diferencias entre los países desarrollados y los países en desarrollo. Aunque esté disminuyendo la tasa de incremento de la población mundial, las cifras absolutas son enormes y se seguirán duplicando. Tomó 124 años pasar del primero al segundo millar de millones de seres humanos; ahora se suma un millar de millones cada decenio.

Históricamente, la tasa de aumento de la población varía de un país a otro; por ejemplo, el tiempo de duplicación fue de 150 años para Japón, de 80 años para los Estados Unidos y de 22 años para Nigeria. Varía también el número de años que tarda en descender la tasa de fecundidad total (TFT). Por ejemplo, en los E.U.A. tuvieron que pasar 58 años antes de que la TFT bajara de 6 por ciento a 3,5 por ciento. En Colombia pasaron 15 años y ocho años en China. Algunas otras variables son una tasa de crecimiento urbano mayor que la de crecimiento rural, la elevación de la mediana de la edad de 15 ó 16 a 20 años (los de mayor actividad sexual), una proporción de personas ancianas y discapacitadas en aumento y un cambio de la correlación entre hombres y mujeres, pues éstas son cada vez más numerosas que aquéllos.

Las cambiantes tendencias demográficas tendrán enorme repercusión en los programas de planificación de la familia y con respecto a la capacidad de prestación de los servicios dos temas adquieren una importancia cada vez más crucial: la coordinación y la sostenibilidad.

Aunque todos aceptan que lo mejor es la incorporación de los programas de planificación de la familia en los programas de salud materno-infantil y otros sectores de la salud, esta posición es dudosa. Entre las muchas limitaciones de la integración se cuentan las siguientes:

- la tensión entre una ideología que apoya siempre una mayor integración y un empirismo que respalda la integración solo si conduce a resultados positivos;

- la naturaleza cíclica y caprichosa del alegato en pro de la integración;
- los programas de elaboración y ejecución verticales de los ministerios de salud, y
- el financiamiento y la asistencia técnica internacionales que se dividen entre los diversos sectores en vez de canalizarse en un programa integrado.

El tema de la sostenibilidad es más complicado de lo que puede parecer a primera vista. Requiere apoyo administrativo, técnico, logístico y político. El tema no es solo financiero, pues también entraña la sostenibilidad a largo plazo de productos básicos tales como anticonceptivos, vacunas y medicamentos de bajo costo. Aunque la demanda crece, los gastos en salud per cápita disminuyen y los costos aumentan, a veces por encima de la tasa de inflación, como en el caso de las vacunas. Mientras los países menos adelantados (PMA) más ricos probablemente consigan la sostenibilidad respecto de los productos básicos, los PMA pobres probablemente nunca logren esa sostenibilidad y los PMA medios resultarán gravemente afectados en el proceso. Se requiere voluntad política para aplicar, por ejemplo, un enfoque selectivo que primero determine cuáles son los países capaces de lograr la sostenibilidad de sus programas y luego precise cómo se los puede ayudar para que consigan su autosuficiencia. De esta manera se pueden dedicar más recursos a largo plazo a los PMA pobres.

Otro enfoque del problema de la población mundial y la planificación de la familia es deducir cómo trabajar colectivamente y cómo ser selectivos y establecer prioridades. Hay que determinar un punto de equilibrio entre salud y población, evaluando pros y contras. La investigación puede ayudar a aclarar cuál es ese punto de equilibrio; luego debe intervenir la política, por ejemplo en los ámbitos de la financiación y la integración y en la determinación de los sectores beneficiados o excluidos. Actualmente, hay muchas fuerzas que convergen para promover el diálogo entre los sectores de la salud y la población:

- el aumento del SIDA y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y de otras tendencias epidemiológicas y demográficas;
- los adelantos tecnológicos y la necesidad resultante de un control de calidad;
- un nuevo reconocimiento de la necesidad de planificación estratégica;
- la disminución de los recursos, y
- la aparición de un poderoso movimiento transnacional en pro de la salud de las mujeres, que abre oportunidades de influencia política.

Consenso y controversias. Hubo consenso generalizado en la necesidad de comprender la dinámica del proceso de integración. Sin embargo, durante el debate se pusieron de manifiesto opiniones divergentes en cuanto se preguntó si la integración podría lograr los resultados deseados. Por ejemplo, ¿entrañaría la integración de los programas de planificación de la familia y salud materno-infantil una pérdida neta de financiación para los programas de planificación de la familia? ¿Daría demasiada importancia a la función de la mujer como madre en detrimento de su salud como persona? ¿Haría a un lado el papel del hombre?

La función del ambiente y su relación con la población y la salud fue otro tema que inspiró opiniones dispares. También se expresaron diversos puntos de vista sobre la religión, aunque hubo consenso general en la conveniencia de consultar a los líderes religiosos y de buscar su cooperación siempre que se pudiera.

Recomendaciones: La continua investigación y recopilación de datos es vital para mejorar los programas de planificación de la familia. Las mujeres de todas las edades deben disponer de información y tener acceso a la tecnología. Los programas deben tomar en cuenta los aspectos culturales y facultar a las personas para que puedan elegir con fundamento e iniciar el cambio. En aras de la sostenibilidad, son vitales la planificación a largo plazo y el diálogo entre donantes y países en desarrollo. Se convino en que el mayor de

los desafíos consiste en reunir la voluntad política necesaria para avanzar en este tema, un proceso que exige un liderazgo de alto nivel.

SALUD, DESARROLLO Y JUVENTUD

Moderador del debate

Tomas Silber, M.D., Director
Departamento de Medicina de Adolescentes y Adultos Jóvenes
Centro Médico Nacional de Niños

Exposiciones

Salud, desarrollo y juventud en América Latina

Carlos Serrano, M.D., Asesor Regional
Programa de Salud Maternoinfantil
Organización Panamericana de la Salud

Salud, desarrollo y juventud en África

Asha Mohamud, M.D., Director
Centro Internacional de Fecundidad de las Adolescentes
Centro de Opciones Demográficas

Salud, desarrollo y juventud en América del Norte

Ruby Takanishi, Ph.D., Director Ejecutivo
Consejo Carnegie para el Desarrollo de los Adolescentes

Expositores

Ramón Florenzano, M.D., Profesor de Psiquiatría
Universidad de Chile
Mabel Munist, M.D., Médica invitada
Departamento de Medicina de Adolescentes y Adultos Jóvenes
Centro Médico Nacional de Niños
Matilde Maddaleno, M.D., Profesora Adjunta de Pediatría
Universidad de Chile

por

Josephine Peters, Universidad George Washington

La sesión se caracterizó por el consenso de los oradores sobre los temas y los desafíos que se plantean a la juventud en su búsqueda de salud y desarrollo sostenible. Además, los expositores lograron mostrar las diversas etapas del estudio de los temas de la salud de la juventud y los problemas que enfrentan los jóvenes en todo el mundo. Las exposiciones abarcaron a América Latina y el Caribe, Africa, Canadá y los Estados Unidos. Se plantearon como temas que trascienden los límites culturales y nacionales varios factores, que incluyen los que afectan a la condición de los jóvenes y temas comunes de salud de los adolescentes. Habida cuenta de que los jóvenes representan una proporción creciente de la población, deben considerarse un "recurso" valioso aunque hasta ahora "aletargado" (Serrano, 1992). En consecuencia, hay que procurar que se dedique más atención a la superación de las necesidades de los jóvenes.

Se consideró que diversos factores externos influyen en la condición de los jóvenes de todas las regiones; entre ellos se encuentran:

- La educación, entendida como clave de la salud y el desarrollo de los jóvenes; un mayor grado de instrucción permite una mejor asimilación de prácticas saludables y promueve mejores oportunidades de empleo.
- La crisis económica del último decenio, que ha significado menos oportunidades para los jóvenes en función del empleo y de los servicios de salud que necesitan. La mala situación económica ha engendrado una mayor pobreza y un creciente número de jóvenes viven en las calles, donde resultan especialmente vulnerables.
- La tendencia hacia la rápida urbanización ha afectado a los jóvenes; se supone que 80 por ciento de los jóvenes de América Latina y el Caribe vivirá en zonas urbanas en 2000. La urbanización ha contribuido al deterioro de la estructura familiar y al aumento del número de personas consideradas vulnerables, entre las que las mujeres adolescentes corren especial riesgo.
- Los sistemas jurídicos nacionales promueven a menudo un entorno excesivamente protector para los jóvenes, con lo que

producen dependencia, merman la confianza y reducen la participación de la juventud.

- La cultura y la sociedad experimentan cambios que están provocando el debilitamiento de la estructura familiar y de las prácticas y valores tradicionales. El consiguiente aumento de las situaciones familiares denigrantes, los problemas de salud mental y los jóvenes sin hogar tiene una repercusión muy negativa en las oportunidades que en materia de salud y desarrollo se ofrecen a los jóvenes.

Se consideró que tres temas de salud tenían especial importancia para los jóvenes: el primero es la salud reproductiva de los adolescentes. En Africa y otras regiones del mundo en desarrollo fue el punto principal del debate y de la composición del programa. En el marco de la salud reproductiva de los adolescentes se examinaron varios temas de interés:

- el embarazo de las adolescentes, con sus secuelas de riesgos para la salud y limitaciones de las posibilidades de ampliar las metas educativas en procura de mejores oportunidades económicas;
- el aborto como causa importante de mortalidad materna;
- las enfermedades de transmisión sexual y su riesgo de infertilidad en el futuro;
- la exposición a la infección por el VIH (en Uganda, el grupo de 15 a 25 años de edad es el grupo con seropositividad de VIH que más crece [Mohamud]);
- la prevalencia de uso de anticonceptivos, y
- la actividad sexual temprana.

El segundo es la farmacodependencia, que constituyó un foco de gran preocupación, pues los jóvenes inhalan y se inyectan sustancias tóxicas para escapar momentáneamente del hambre, de la pobreza y, a veces, de una vida familiar denigrante. La disfunción familiar, que a menudo se produce por presiones sociales y económicas, tiene importantes consecuencias en la salud del adolescente, pues es un factor más de los trastornos de salud mental y del aumento de la incidencia de la farmacodependencia (Florenzano).

Finalmente, se planteó el tema de las lesiones intencionales y no intencionales como fuente principal de preocupación en los Estados Unidos y el Canadá. Esta categoría es causa principal de muerte entre los jóvenes del Canadá y los Estados Unidos; los Estados Unidos están a la cabeza en el número de defunciones por homicidio y el Canadá es el primero en el número de defunciones por suicidio. Aunque las razones de estas conductas sean conjeturales, Takanishi sugirió que la existencia de pistolas al alcance de la mano en los hogares de los Estados Unidos puede ser un factor desencadenante de importancia.

En el campo de la salud del adolescente, la definición de adolescencia ha suscitado cierta polémica. El desarrollo biológico, emocional y mental de los jóvenes no es uniforme; no hay marcador biológico que defina la terminación de la adolescencia (Takanishi). La Oficina de Evaluación de Tecnologías de los Estados Unidos define la adolescencia de la siguiente manera: la primera adolescencia se vive de los nueve a los 14 años y la adolescencia tardía de los 15 a los 19 (Takanishi). La falta de una definición clara aumenta la dificultad de reunir datos uniformes sobre temas de la salud del adolescente y el desarrollo.

Entre las recomendaciones y necesidades expuestas durante el debate, se encuentran:

- La necesidad de establecer programas con la participación de iguales, pues se reconoce que las opiniones de los jóvenes sobre temas de su salud difieren de las que sustentan los adultos.
- Una investigación específica sobre los años de la adolescencia.
- Profesionales que se preparen especialmente para satisfacer las necesidades de los adolescentes y que no consideren que los jóvenes constituyen el problema, sino que centren su atención en los factores causales más importantes de su problemática y se muestren receptivos ante los aspectos culturales.

- El compromiso político de los gobiernos nacionales de fomentar políticas en pro de los jóvenes, la salud y el desarrollo que cuenten con el respaldo de programas realistas de promoción de los jóvenes, la salud y el desarrollo, como por ejemplo los programas de vida en familia.
- Una red en cada país y entre los distintos países para compartir las experiencias de los programas y coordinar las tareas.
- El desarrollo de programas de apoyo de la comunidad que defiendan a la juventud y la familia, por ejemplo, mediante el enfoque del centro multiservicios.
- La financiación de la elaboración y la ejecución de programas de investigación.

Habida cuenta de que los jóvenes representan un recurso nacional apreciable y en aumento, los temas de la salud de la juventud y el desarrollo exigen y merecen atención.

**NUEVAS INICIATIVAS DE COOPERACIÓN
INTERNACIONAL PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO**

Moderador del debate

José Romero Teruel, M.D., Director
Infraestructura de los Sistemas de Salud
Organización Panamericana de la Salud

Exposiciones

Iniciativas de salud en América Latina y el Caribe

Daniel López Acuña, M.D.

Ex Asesor Principal de Análisis y Planificación Estratégica
Organización Panamericana de la Salud

*La visión europea de la cooperación internacional
para la salud y el desarrollo*

Alberto Infante, M.D.

Ministerio de Sanidad y Consumo, España

Desarrollo de la capacidad de gestión de la política de salud

Armand M.J. Van Nimmen, Jefe

División de Recursos Humanos, Instituto de Desarrollo Económico
Banco Mundial

*Promoción de la salud internacional como
proceso de aprendizaje recíproco*

Russell Morgan, Dr. P.H., Ex Presidente
Consejo Nacional para la Salud Internacional

por

Reinaldo Flores, M.D., Organización Panamericana de la Salud
Carter Diggs, Ph.D., Universidad George Washington

En esta sesión se examinaron las iniciativas actuales de cooperación internacional en salud y desarrollo. América Latina y el Caribe ocuparon el centro de la atención. El Dr. José Romero Teruel, Director de la División de Infraestructura de los Sistemas de Salud, de la OPS, en su calidad de director del debate, señaló que a pesar de la pobreza generalizada en la Región, la enorme carga de la deuda ha dado lugar a una corriente de capital del Sur al Norte. Cuarenta por ciento de la población de América Latina y el Caribe no tiene acceso a la atención de salud. La privatización ha fracasado porque los supuestos consumidores de salud no disponen de fondos para gastar. Opinó que la población pide ayuda con creciente insistencia y transmite ese pedido a los participantes.

El Sr. Armand M.J. Van Nimmen, Jefe de la División de Recursos Humanos del Instituto de Desarrollo Económico (IDE), del Banco Mundial, ofreció una reseña del IDE. La visión a largo plazo del IDE incluye una respuesta a los problemas de salud basada en la iniciativa local. Con ese fin, el IDE se propone como objetivos la promoción del desarrollo de políticas mediante la ampliación del material de estudio, la celebración de foros para que los funcionarios nacionales de alta jerarquía examinen temas de política y el desarrollo de la capacidad de las instituciones de los países destinatarios. Las principales metas del desarrollo institucional son la autodeterminación, la reforma y la sostenibilidad. Los requisitos para alcanzar esos objetivos son voluntad y paciencia políticas, estabilidad del liderazgo, participación profesional y financiamiento.

Mediante la combinación de diapositivas que mostraban las deficientes condiciones de salud de los países en desarrollo con datos de salud de los Estados Unidos, el Dr. Russell Morgan, ex Presidente del Consejo Nacional para la Salud Internacional, presentó una prueba elocuente de que las condiciones de la salud pública en los Estados Unidos son, en algunas áreas, tan deficientes como en los países "en desarrollo". Hizo notar que los Estados Unidos deben servir de ejemplo en materia de salud como parte de un "nuevo orden de salud internacional". La cooperación en salud tiene que ser una calle de doble dirección, por la que transite el

sistema de salud pública de los Estados Unidos aprendiendo también de las experiencias de otros países.

El Dr. Alberto Infante del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, resumió las iniciativas internacionales de salud de la Comunidad Económica Europea (CEE) y España. La gestión de la CEE abarca tres regiones: 1) África, el Caribe y el Pacífico; 2) América Latina y Asia, y 3) Europa. Estas regiones reciben 10.800 millones de ecus (unidades monetarias europeas), 3.000 millones de ecus y 4.000 millones de ecus, respectivamente. La actual situación de Europa hace que sea necesario mantener la proporción de lo que se destina a Europa al menos al nivel de hoy.

España ha contraído un importante compromiso con Centroamérica y la Región Andina en el continente americano. Se hace hincapié en la prestación de servicios y en el desarrollo institucional, especialmente al nivel de la pequeña dependencia administrativa.

El Dr. López Acuña reseñó los elementos de la orientación estratégica del plan cuatrienal de salud de la OPS para América Latina y el Caribe. Este plan postula:

- una función crucial de la salud en el marco del desarrollo;
- la reorganización del sector de salud;
- atención especial a los grupos de alto riesgo; promoción más activa de la salud;
- el uso de la comunicación social en la salud;
- la integración de la mujer en la salud y el desarrollo;
- el mejoramiento de la administración del conocimiento, y
- la movilización de los recursos y la cooperación entre los países.

Estos elementos se amplían en las *Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas, 1991-1994*. Destacó el principio básico de que la provisión internacional de servicios de salud no se debe considerar como caridad sino como calle de doble dirección por la que transitan donantes y adjudicatarios que resultan todos

beneficiados. Proporcionó ejemplos de dos iniciativas específicas actuales: la Iniciativa de Salud de Centroamérica, que ya tiene ocho años, y un nuevo intento de mejorar el abastecimiento de agua, el saneamiento y la eliminación de aguas residuales, así como la infraestructura hospitalaria de América Latina. La epidemia de cólera en América Latina puso otra vez de relieve estas necesidades.

Consenso y controversias: En el debate salió a relucir el tema perenne de la conveniencia de las "donaciones" y se expresó la opinión de que con ellas se inhibiría el desarrollo de la autosuficiencia. Otro tema fue el insistente pedido de que se preste atención al personal directivo intermedio, pues se supone que los nombramientos políticos se efectúan con frecuencia por corto plazo, mientras que el personal directivo intermedio permanece en sus cargos durante decenios. Como respuesta se puso de manifiesto la intención de incluir al personal directivo intermedio y al pueblo en los procesos de provisión de servicios de salud. En particular, el Dr. Infante subrayó que el programa español giraba en torno de las municipalidades, que constituyen el más bajo nivel administrativo en casi toda América Latina. También se contempló la necesidad de que la OPS procurara la participación de otros ministerios que no fueran el de salud, como por ejemplo el de economía.

**POLÍTICAS DE LOS PAÍSES Y RESPUESTAS CONDUCTUALES
FRENTE A LAS AMENAZAS PARA LA SALUD**

Moderadora del debate

María Inés Romero, M.D., Profesora de Salud Pública
Universidad Católica de Chile

Exposiciones

Defunciones maternoinfantiles

João Yunes, M.D., Coordinador
Programa de Salud Maternoinfantil
Organización Panamericana de la Salud

SIDA: un tema mundial

Peter Lamptey, M.D., Director
AIDS-CAP, Family Health International

*Programas de atención primaria de orientación comunitaria
para los adultos*

Jaime Gofin, M.D.
Escuela Hadassah de Salud Pública y Medicina de la Comunidad
Universidad Hebrea, Jerusalén

por

Sylvia Silver, D.A., Universidad George Washington
Kwesi Dugbatey, M.D., Banco Mundial

En la sesión se pusieron de relieve diversos enfoques de los problemas de salud y se hizo hincapié en la mortalidad maternoinfantil, el SIDA y la atención primaria de salud con orientación comunitaria. Las conclusiones de los expositores y de los participantes en la sesión se presentan a continuación.

El manejo que los países en desarrollo hacen de su deuda externa afecta su desarrollo socioeconómico y, en consecuencia, la mortalidad maternoinfantil. Se debe disponer de más financiamiento para la salud. Se debe lograr que los servicios de salud sean más equitativos. Para conseguir todo esto es esencial el compromiso político.

La transmisión heterosexual del SIDA está sobrepasando a la transmisión homosexual en el mundo. En los países en desarrollo las condiciones socioeconómicas influyen en la propagación del VIH, principalmente como consecuencia de la prostitución. Sin el SIDA, la tasa de mortalidad infantil descenderá; con el SIDA, se duplicará.

La salud debe suponer más que la orientación del servicio. La información sanitaria de la comunidad puede constituir un instrumento de acción. La atención primaria con participación comunitaria quizás pueda influir en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Resulta fundamental la coordinación de las iniciativas de salud con otras iniciativas de la comunidad, pues muchos de los cambios del nivel de salud son el resultado de otros cambios producidos en la comunidad, tales como mejor vivienda, saneamiento y mejor nutrición derivada de una mayor producción agropecuaria.

SESIÓN DE CLAUSURA

Moderador del debate

Jorge Ríos, M.D., Jefe
Departamento de Medicina, Universidad George Washington

Exposiciones

Enunciados de las mesas redondas y el debate

Ayman El-Mohandes, M.D.
Departamento de Pediatría, Universidad George Washington

Comentarios finales: la conexión salud-desarrollo

Russell Morgan, Jr., Dr. P.H., Ex Presidente
Consejo Nacional para la Salud Internacional

por

Paul Robinson, Universidad George Washington

El Dr. El-Mohandes presentó resúmenes de las mesas redondas:

- Promoción de la salud y educación sanitaria para el desarrollo
- Salud, desarrollo y ambiente
- Salud, desarrollo y juventud
- Salud, desarrollo y población
- El género en la salud y el desarrollo

Los temas comunes de las mesas redondas pusieron de manifiesto las relaciones entre la salud y el desarrollo y la necesidad de un diálogo entre economía y salud. Con el reconocimiento de que existen perspectivas tanto mundiales como regionales, hubo un llamamiento a la acción a nivel económico, social y político. El desarrollo debe ser para la gente, y la cultura y las aportaciones locales se deben tener en cuenta para formular y ejecutar los programas.

El enfoque comunitario fue también importante para la sostenibilidad, pues afecta no solo a las generaciones futuras sino también a la generación actual. Se han generalizado el deseo de un mayor financiamiento de los proyectos de salud y desarrollo y la idea de que posiblemente sea necesario volver a examinar las definiciones actuales de salud y de que el "desarrollo" no es tanto una cuestión de "desarrollados" frente a "subdesarrollados", sino más bien de un crecimiento "equilibrado" frente a uno "desequilibrado".

El Dr. Ayman El-Mohandes del Departamento de Pediatría de la Universidad George Washington, concluyó su exposición señalando el peligro de que los sistemas de salud y de economía de los gobiernos nacionales trataran de emular los modelos occidentales. A pesar de la similitud de los problemas, es esencial conocer la cultura local, en particular para tener en cuenta las costumbres y los tipos de conducta locales.

Las observaciones finales del Dr. Russell Morgan giraron en torno de la función cambiante y de las realizaciones del sector de la salud. Señaló que el sector de la salud ha venido soportando la carga de otros sectores del desarrollo que hacen caso omiso del costo de la salud y afirmó que el aislamiento de los programas y las personas ya no era aceptable. Afirmó que los movimientos en pro de la salud de la mujer han hecho mucho por incrementar los conocimientos sobre la condición y la salud de la mujer y que la influencia femenina en el proceso de adopción de decisiones ha sido positiva. Del mismo modo, con una mayor participación de la gente ("proceso constitutivo") se podría invertir el proceso de "desbordamiento" del

pasado reciente. Sin embargo, varios temas siguen sin resolverse en cuanto a la división de las funciones entre los sectores público y privado en este proceso. Si el gobierno ha de tener menos influencia, ¿cuál será la función del sector privado y cuál el grado de su alcance? Esta es una consideración importante, habida cuenta de las responsabilidades financieras implícitas en los futuros proyectos de salud y desarrollo. En conclusión, el Dr. Morgan sugirió que los más grandes cambios pueden ser de índole institucional, especialmente en lo que se refiere al adiestramiento y la educación de los profesionales de la salud.

Los comentarios formulados en la sesión de clausura se hicieron eco de los temas en los que se puso el acento durante toda la conferencia. La terminología siguió planteando obstáculos en las definiciones de salud, desarrollo, crecimiento y sostenibilidad y despertaron interés las connotaciones de términos tales como "desarrollado", "subdesarrollado" y "tercer mundo". Muchos reconocieron que, a pesar de su experiencia en estos sectores y de su participación en el debate sobre salud y desarrollo, todavía abrigaban dudas sobre el verdadero significado de este nuevo enfoque de la conexión salud-desarrollo.

No se discutió la premisa de la conferencia —la conexión salud-desarrollo— pero se señaló que desarrollo y progreso significan cosas distintas para diferentes personas. Por lo tanto, se consideró que era muy importante eludir generalizaciones culturales y buscar la participación y la perspectiva locales para el diseño y la ejecución de cualquier proyecto. También debe haber una coordinación de los temas de salud y desarrollo a nivel interinstitucional para mejorar la asignación de recursos y permitir que las organizaciones aporten lo mejor de sí a los proyectos. El último aspecto que se destacó fue el nexo entre donantes y adjudicatarios, que debe evolucionar de una relación de "caridad" a una de cooperación, en la que las personas y las organizaciones trabajen juntas para resolver problemas comunes.

**PARTE IV:
CONCLUSIONES**

CONCLUSIONES SOBRE LA CONEXIÓN SALUD-DESARROLLO

La proposición fundamental del presente volumen es que la salud influye en el desarrollo y el desarrollo influye en la salud. Se han examinado las tentativas teóricas y prácticas de vincular el desarrollo social y humano, principalmente en lo que se refiere a la salud, con el crecimiento económico. El marco teórico aquí propuesto coloca a la salud en el centro del desarrollo, entendiendo como tal el desarrollo humano, social, político y económico.

En relación con los estudios tanto teóricos como empíricos, la ventaja de este paradigma consiste en que el desarrollo ya no se puede definir restringidamente en función del crecimiento económico, sino que se debe entender integralmente. Además, este paradigma sirve para poner de relieve la interacción fundamental implícita en sectores que a menudo tratamos como si fueran autónomos. En la parte I, titulada "Una perspectiva de la salud y el desarrollo," se examinan las consecuencias prácticas de este enfoque. Las políticas de desarrollo han mostrado tendencia a asignar prioridad al crecimiento económico y a considerar que los servicios sociales, como la salud y la educación, son intereses secundarios. Como resultado de este enfoque unilateral del desarrollo, persisten altas tasas de mortalidad y morbilidad junto con bajos niveles de instrucción en parte de la población mundial a pesar del fuerte crecimiento económico y la significativa reducción de la pobreza en muchas zonas del mundo. Estas discrepancias, que se manifiestan no solo entre las naciones, sino dentro de ellas y de sus propios barrios, son una amenaza para un mayor desarrollo económico.

Cuando no se consideran como parte de una política integral de salud-desarrollo, incluso los beneficios del crecimiento económico, tales como una mayor productividad y el progreso tecnológico, pueden tener efectos perjudiciales, como demuestran las graves consecuencias para el medio ambiente a nivel mundial, regional y local. Otro resultado, aunque sea indirecto, del desarrollo económicamente asimétrico es un crecimiento demográfico que amenaza abrumar las infraestructuras socioeconómicas de gran parte del mundo en desarrollo, donde el descenso de las tasas de mortalidad precede a una disminución equivalente de las tasas de fecundidad. Cuando la educación, los servicios de salud, incluida la planificación de la familia, y las consecuencias nocivas para el medio ambiente, tanto potenciales como reales, se incorporan en la estrategia global de desarrollo, quizás el crecimiento económico a corto plazo de algunos sectores no sea tan rápido como el derivado de una política de crecimiento económico aislada, pero promete un proceso de desarrollo más equitativo y, en última instancia, sostenible.

La esperanza de los autores del presente volumen es que los responsables de las políticas tengan en cuenta la inversión potencial en gastos sanitarios y la incorporen en sus políticas de desarrollo. Esta es una manera para que las preocupaciones de salud se tornen más importantes en la planificación de la economía y del desarrollo. Las investigaciones han demostrado que los indicadores del nivel de salud son variables predictivas de gran significación para el comportamiento de la economía. Los organismos internacionales de desarrollo han reconocido la posición central de la salud en el desarrollo, como ponen de manifiesto la exhortación de la OMS de hacer de la salud una condición del desarrollo y la propuesta del Banco Mundial de que se considere que los países dispuestos a emprender cambios de envergadura en su política de salud son merecedores de mayor ayuda.

Aunque un mejor nivel de salud tiene consecuencias prácticas y económicas en una fuerza de trabajo sana y capaz, este es, fundamentalmente, un tema ético. Esta problemática se planteó

implícitamente en muchos de los análisis efectuados en el curso del Foro. El tenor general del Foro, insinuado en "Una perspectiva de la salud y el desarrollo," se podría caracterizar con tres términos: equidad, poder de decisión y cooperación.

Los participantes en el Foro se mostraron plenamente convencidos de la necesidad de incorporar consideraciones de equidad en las estrategias, políticas y programas de salud y desarrollo. La equidad, o el acceso a un nivel mínimo de ingresos, servicios y oportunidades, implica la redistribución de la riqueza. La pobreza, que indica la falta de equidad en una comunidad, nación-Estado o región, es la causa de la mala salud, el deterioro ambiental y una inferior calidad de vida. Habida cuenta de que la pobreza se origina en fuerzas socioeconómicas y políticas y en sus efectos, la mitigación de la pobreza solo se puede lograr con diferentes estrategias de desarrollo que propugnen una distribución más equitativa de la riqueza. La función del Estado se consideró desde este punto de vista, pues es el Estado el que elabora y ejecuta la estrategia general de desarrollo de un país dado, aunque dentro de los límites que imponen las fuerzas políticas, económicas y sociales mundiales y locales. Los participantes en el Foro señalaron que los gobiernos deben participar en las actividades tendientes a mejorar la salud pública, pues por sí solo el mercado no proporcionará todos los servicios de salud requeridos, ya que muchos de los servicios relacionados con la salud son bienes públicos. Como indicó un participante, la meta de la comunidad del desarrollo debe entrañar la reorientación de la función del Estado, no su debilitamiento. Los gobiernos disponen de una manera de abordar el tema de la equidad en los servicios de salud: mediante la reasignación de los fondos de intervenciones poco eficaces en función de los costos a otras de más eficacia relativa. En particular, los fondos se pueden reorientar de inversiones en hospitales de atención terciaria a servicios básicos y preventivos.

Aunque los gobiernos nacionales desempeñen un papel importante en la provisión de los servicios de salud, los participantes en el Foro reiteraron la necesidad de otorgar poder de decisión a los

grupos vulnerables, las mujeres y las comunidades locales para que pudieran definir sus propias necesidades de salud y asignar los recursos de conformidad con las necesidades, vulnerabilidades y limitaciones percibidas localmente. En este sentido, se sugirió que se facilitara —o exigiera— a los proveedores locales de servicios de salud un mayor acceso a los centros de determinación de las políticas pertinentes. Se argumentó que los programas y proyectos desarrollados con la participación de las comunidades locales tienen mayores probabilidades de resultar sostenibles que los puestos en marcha sin aportaciones de sus supuestos beneficiarios.

El tercer tema del Foro y de la parte I fue la función fundamental de la cooperación a nivel internacional, regional y local. Las iniciativas descritas en el presente volumen ponen de relieve la importancia de la participación de la nación beneficiaria en la toma de decisiones sobre la forma de emplear y distribuir la ayuda. Otra recomendación derivada del proceso de desarrollo de las iniciativas latinoamericanas y africanas fue la necesidad de que los países, en particular los que tuvieran pendiente de solución problemas similares, cooperaran entre sí. Los grupos de base que colaboren con organizaciones no gubernamentales pueden resultar socios eficaces de las iniciativas locales. Cuando la gente local trabaja en tándem con organizaciones de desarrollo, los problemas comunes se pueden resolver de manera sostenible.

Aunque la información y los datos exactos siguen siendo insuficientes en muchas naciones, es preciso disponer de ellos para tomar decisiones atinadas que se sustenten en la equidad, el otorgamiento de poder de decisión y la cooperación. Si bien no se debe subestimar la importancia de medidas cuantitativas en la evaluación del desarrollo, también las consideraciones cualitativas pueden contribuir mucho a que comprendamos la interacción de salud y desarrollo. Las consideraciones cualitativas son pertinentes no solo en lo que se refiere a los datos empíricos, que se pueden contextualizar y enriquecer con estudios etnográficos y locales, sino en lo que atañe al propio proceso de toma de decisiones. Conforme se señaló en el Foro, más instrucción no indica necesariamente

mayor calidad educacional y una mayor longevidad no va acompañada necesariamente de una aceptable calidad de la vida.

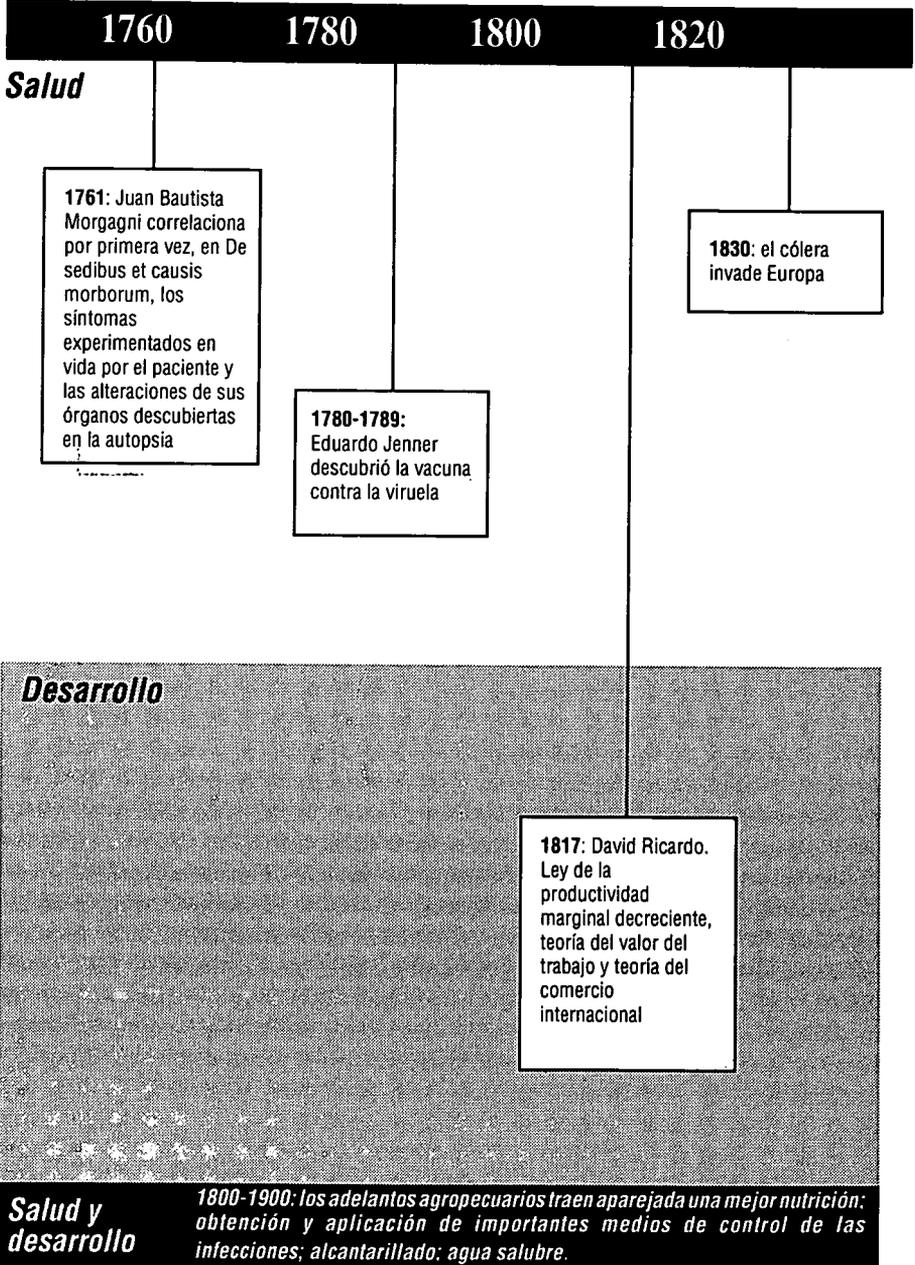
A fin de cuentas, el crecimiento económico solamente no es un objetivo aceptable del desarrollo. No obstante, la economía importa. Las oportunidades en la vida, el empleo productivo, los logros educativos y el estado de salud están todos influidos positivamente por los mayores ingresos. Lo que no debe perderse de vista al estudiar el desarrollo en toda su complejidad es que también influyen en el crecimiento económico la instrucción, el buen estado de salud y el trabajo productivo, antes que una noción abstracta del desarrollo, y que se puede lograr crecimiento económico, democracia, progreso social y desarrollo humano simultáneamente. Sostenemos que la salud es lo esencial de esta meta.

APÉNDICES

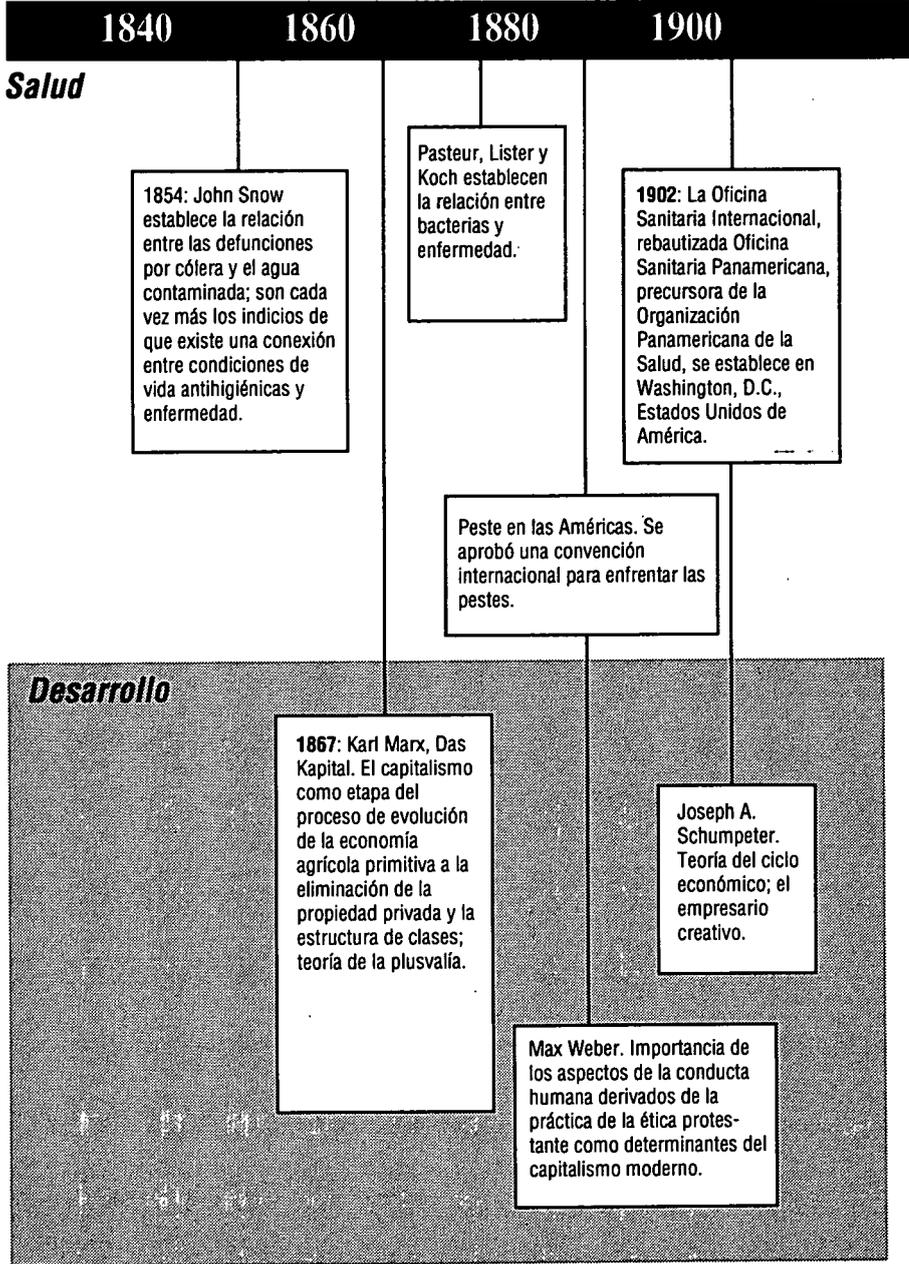
APÉNDICE I

*Evolución de las aportaciones a la salud y
de los conceptos de desarrollo socioeconómico*

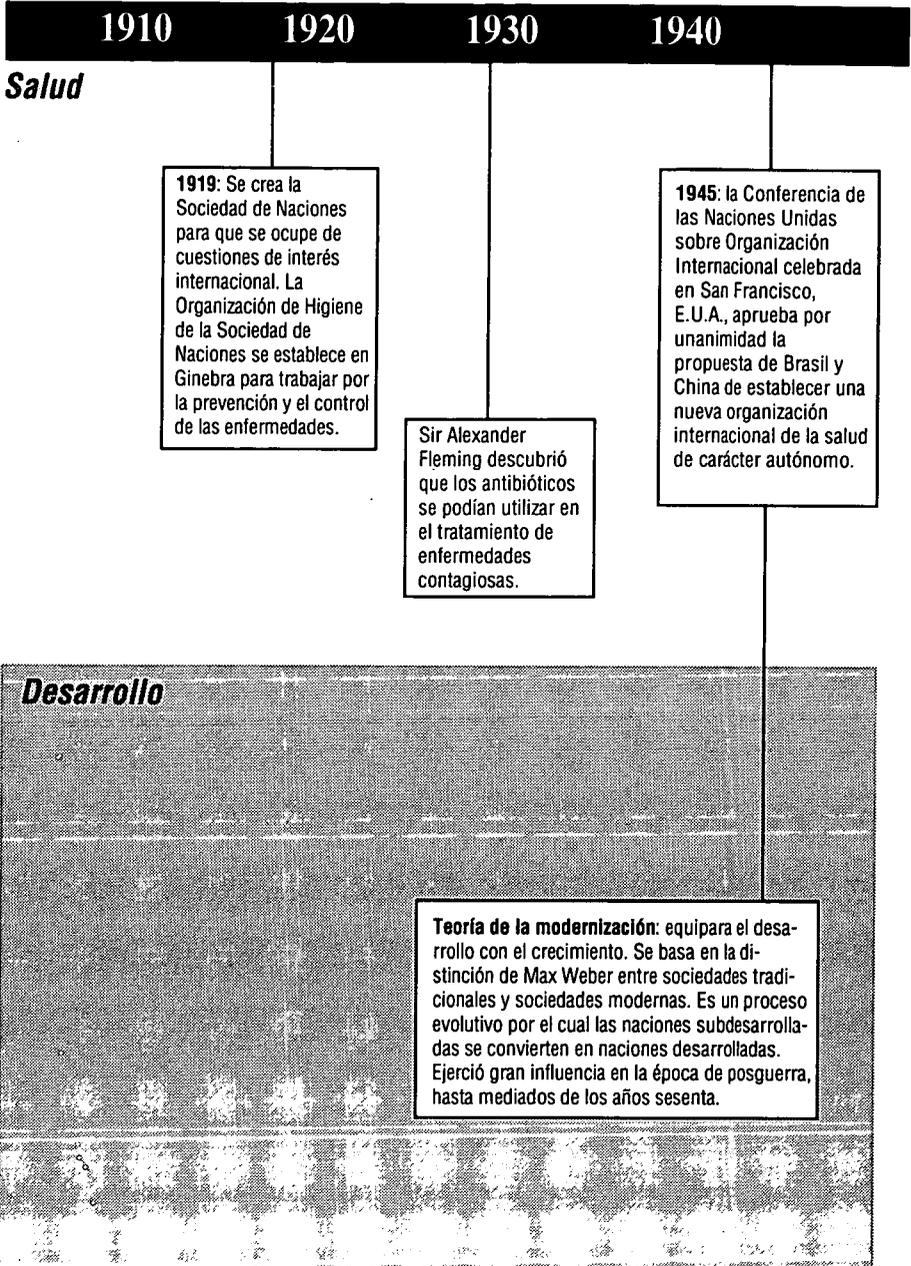
Evolución de las aportaciones a la salud y de los conceptos de desarrollo socioeconómico



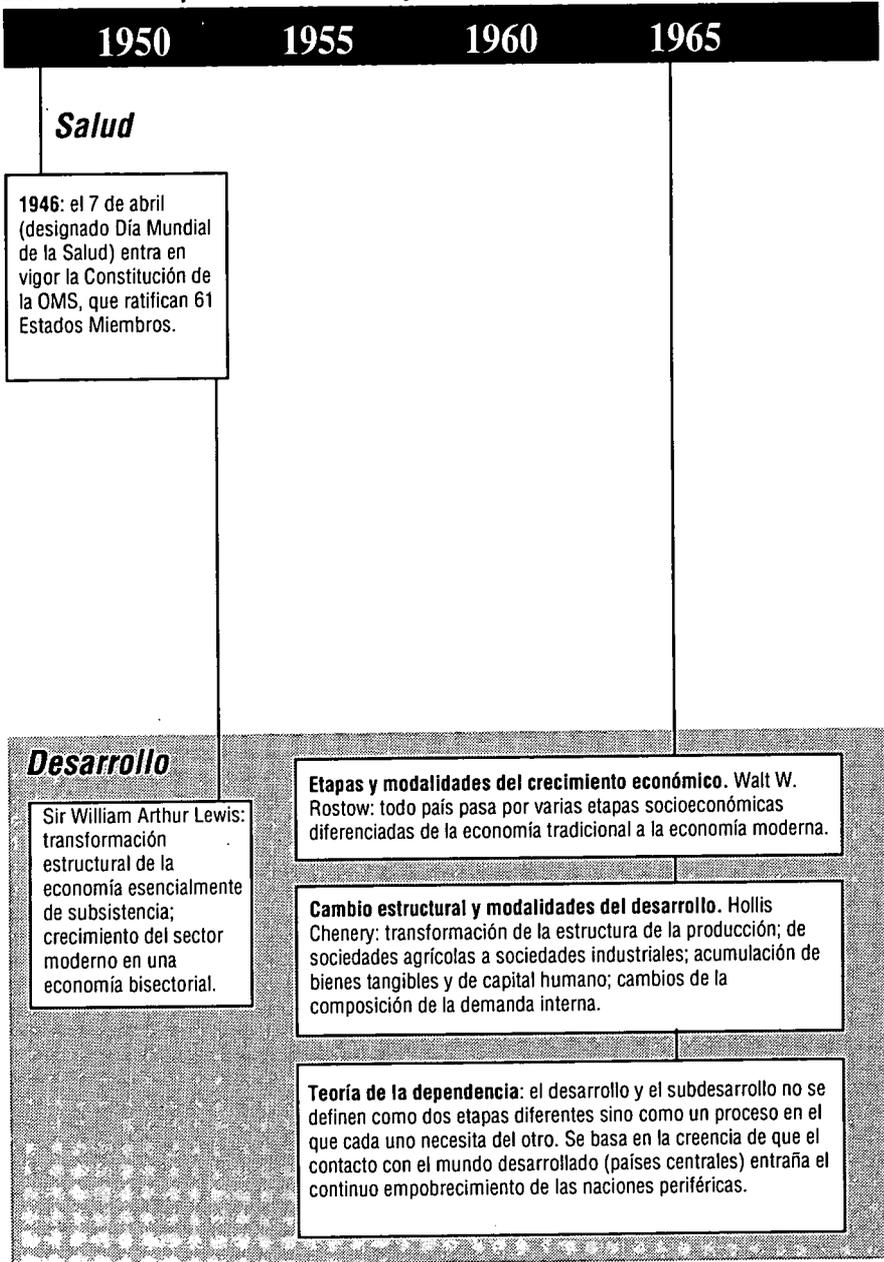
Evolución de las aportaciones a la salud y de los conceptos de desarrollo socioeconómico



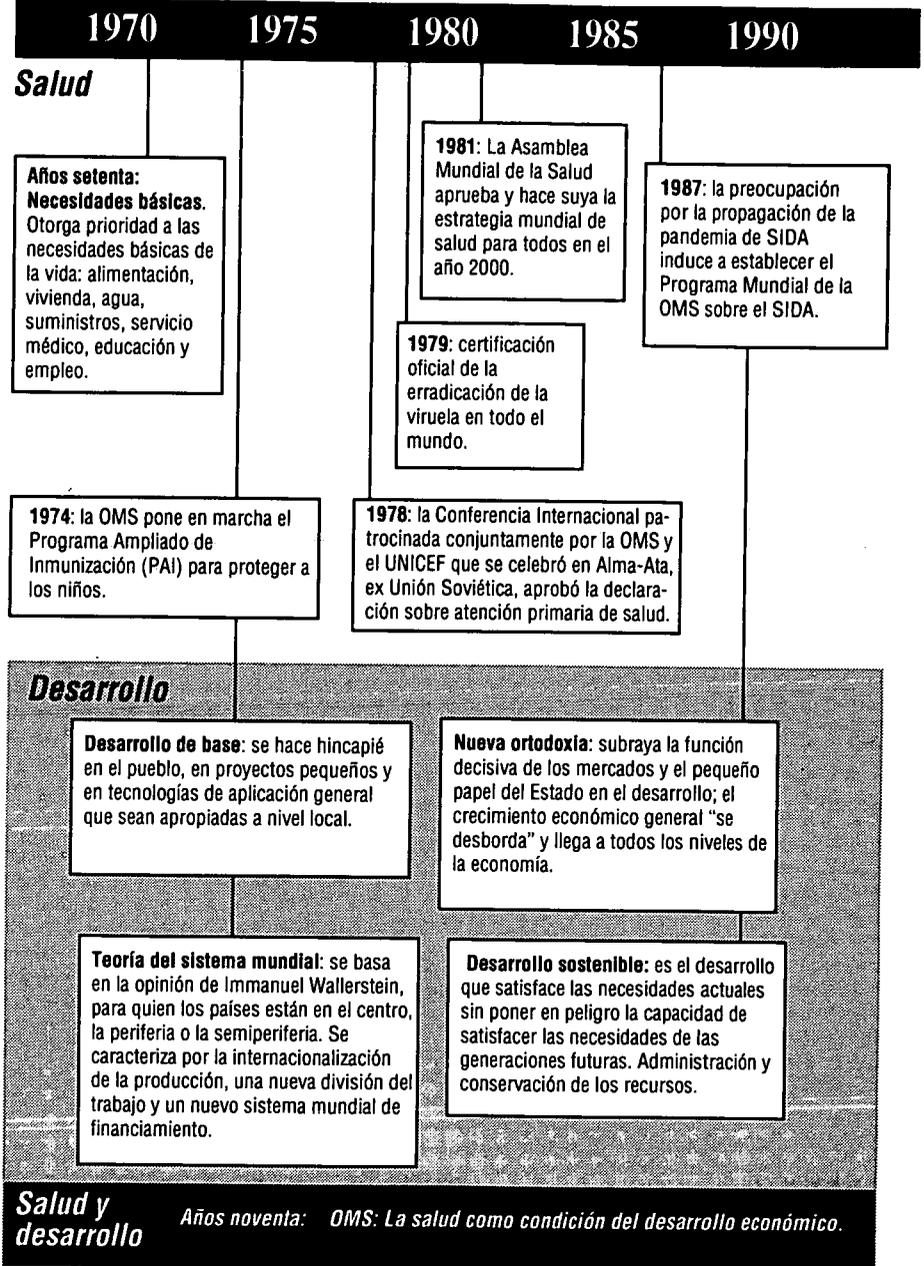
Evolución de las aportaciones a la salud y de los conceptos de desarrollo socioeconómico



Evolución de las aportaciones a la salud y de los conceptos de desarrollo socioeconómico



Evolución de las aportaciones a la salud y de los conceptos de desarrollo socioeconómico



APÉNDICE II

PROGRAMA

UNIVERSIDAD GEORGE WASHINGTON
PROGRAMAS DE VERANO DE POLÍTICA DE SALUD

FORO INTERNACIONAL SOBRE SALUD Y DESARROLLO
17 a 19 de junio de 1992 • Washington D.C., E.U.A.

Patrocinado por

Universidad George Washington
Organización Panamericana de la Salud
y
Banco Mundial

con

Centro para la Salud Internacional
Centro Médico de la
Universidad George Washington (UGW)

Programa de Desarrollo de
Políticas de Salud, OPS/OMS

Maestría del
Programa de Salud Pública, UGW

Departamento Técnico para África
del Banco Mundial

Departamento de Gestión y Política
de los Servicios de Salud, UGW

Escuela Elliott de
Asuntos Internacionales, UGW

EL FORO INTERNACIONAL SOBRE SALUD Y DESARROLLO

es una tribuna para examinar, debatir y documentar
nuevos temas de salud y desarrollo que trascienden
las fronteras académicas, profesionales y geográficas.

COMITÉ DE PLANIFICACIÓN DEL FORO

Presidenta

Rosalía Rodríguez-García
Profesora Adjunta de Ciencias de
Atención de Salud y Medicina
Directora del Centro para la
Salud Internacional de la
Universidad George Washington

Maurice East
Decano de la Escuela Elliott de
Asuntos Internacionales y
Ciencias Políticas de la
Universidad George Washington

César Vieira
Coordinador del Programa de
Desarrollo de Políticas de Salud de
la Organización Panamericana de
la Salud

Jorge Ríos
Jefe del
Departamento de Medicina
Profesor Eugene Meyer
de Medicina de la
Universidad George Washington

A. Edward Elmendorf
Especialista Principal
en Administración de la
División de
Población, Salud y Nutrición del
Departamento Técnico para África
del Banco Mundial

Richard F. Southby
Jefe del Departamento de Gestión
y Política de los Servicios de Salud
Profesor Gordon A. Friesen
de Salud Internacional y
Política de Salud
Profesor de Ciencias de Atención de Salud
de la Universidad George Washington

Profesorado

Los profesores que intervienen en el Foro provienen de la Universidad George Washington, el Banco Mundial, la Organización Panamericana de la Salud, las Naciones Unidas y otras universidades y organismos de desarrollo, y de organizaciones filantrópicas privadas. El profesorado está formado por expertos en salud, política y desarrollo internacionales de todo el mundo. Las mesas redondas y los recesos proporcionarán a los participantes la oportunidad de ponerse en contacto entre sí y con los expositores.

El Foro se celebrará en el Rosslyn Westpark Hotel, 1900 North Fort Myer Drive, Arlington, Virginia, E.U.A.

Tema: La conexión salud-desarrollo

PROGRAMA

Miércoles 17 de junio, 12.00 a 13.30 horas

Orador principal en el almuerzo:

Stephen Joel Trachtenberg

Presidente de la Universidad George Washington

MIÉRCOLES 17 DE JUNIO

13.30 horas

Palabras de bienvenida: R. Rodríguez-García, Directora del Centro para la Salud Internacional de la UGW

Discurso inaugural: M. East, Decano de la Escuela Elliott de Asuntos Internacionales de la UGW

14.00 - 15.30 horas **Cuadro de expertos** Significado del desarrollo

15.45 - 16.45 horas Significado del desarrollo (cont.)

Primera sesión

17.00 - 18.30 horas **Sesiones simultáneas**

1. Promoción de la salud y educación sanitaria para el desarrollo:
Mejoramiento del nivel de salud de los grupos vulnerables
2. Salud, desarrollo y ambiente
3. Salud, desarrollo, género y cultura

JUEVES 18 DE JUNIO

Segunda sesión

8.30 a 10.15 horas Un nuevo orden mundial y sus consecuencias para la salud y el desarrollo

10.30 a 12.30 horas **Sesiones simultáneas:** Políticas comparadas de salud, del sector de la salud y de atención de salud

1. Política de salud y desarrollo en África
2. Política de salud y desarrollo en América Latina y el Caribe
3. Política de salud y desarrollo en la Europa del Este

13.30 a 15.15 horas **Sesión plenaria del cuadro de expertos:** Políticas comparadas de salud: consenso y controversias

15.30 a 17.30 horas **Sesiones simultáneas**

4. Salud, desarrollo y población
5. Salud, desarrollo y juventud

VIERNES 19 DE JUNIO

8.30 a 10.30 horas Nuevas iniciativas de cooperación internacional para la salud y el desarrollo

10.45 a 11.45 horas Políticas de los países y respuestas conductuales frente a las amenazas para la salud

16.45 horas **Sesión de clausura**

CENTRO PARA LA SALUD INTERNACIONAL DE LA UNIVERSIDAD GEORGE WASHINGTON

Un Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud, el Centro para la Salud Internacional de la Universidad George Washington (UGW) proporciona un panorama de la salud internacional y de las actividades vinculadas con la salud y el desarrollo que se llevan a cabo en la UGW y constituye a la vez un mecanismo que facilita la cooperación con organismos nacionales e internacionales. Su misión consiste en establecer un programa de realizaciones coherentes en materia de educación, servicio y estudio, tales como proyectos de campo o investigaciones en salud internacional y en salud y desarrollo en colaboración con otros departamentos y programas universitarios, organismos internacionales e instituciones locales. Además, el Centro es el lugar de acceso y de coordinación de grupos externos, cuerpo docente y personal que desempeña tareas relacionadas con la salud y el desarrollo internacional.

Directora

R. Rodriguez-García, MSc, Ph.D
Profesora Adjunta de Medicina y
Ciencias de Atención de Salud
y de Asuntos Internacionales

Junta consultiva

Jorge C. Rios, M.D., Jefe
del Departamento de Medicina
Profesor Eugene Meyer de Medicina
y de Medicina por Computadora

Maurice A. East, Ph.D.,
Decano de la Escuela Elliott de
Asuntos Internacionales y Profesor
de Asuntos Internacionales y Ciencia
Política

Richard Riegelman, M.D., Ph.D.
Director de los Programas de Salud
Pública y Profesor de Ciencias de
Atención de Salud, Medicina y
Gestión y Política de los Servicios de
Salud

Richard F. Southby, Ph. D.
Jefe del Departamento
de Gestión y Política de los
Servicios de Salud
Profesor Gordon A. Friesen de Salud
Internacional y Política
de Salud y de Ciencias de Atención
de Salud

Miembros ex officio

Robert I. Keomowitz, M.D.
Decano Académico del Centro
Médico y Profesor de Medicina y
Ciencias de Atención de Salud

Roger E. Meyer, M.D.
Vicepresidente de Asuntos Médicos
y Decano Ejecutivo del Centro
Médico



Programa de Políticas de Salud
División de Salud y Desarrollo
Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana • Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

(202) 861-3235
FAX (202) 861-2647

The **GW** Center for
INTERNATIONAL HEALTH



Centro para Salud Internacional
Universidad George Washington
2300 I Street, N.W.
Ross Hall 605
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

(202) 994-5682
FAX (202) 994-0900

The
George
Washington
University
WASHINGTON DC
MEDICAL CENTER



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD