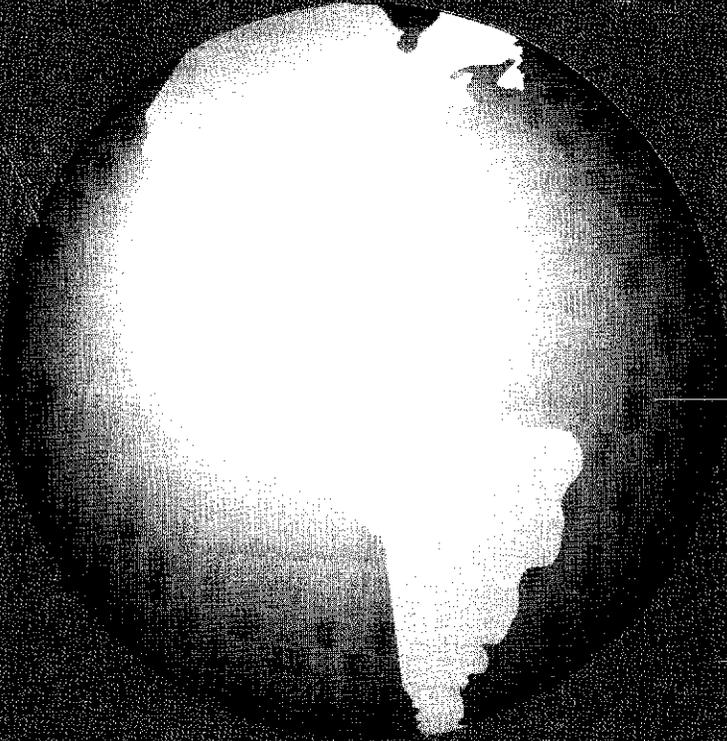


Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No. 95

# SALUD INTERNACIONAL

## Un Debate Norte-Sur



SALUD INTERNACIONAL UN DEBATE NORTE-SUR

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

# SALUD INTERNACIONAL

Un Debate Norte-Sur



**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**

Oficina Sanitaria Panamericana • Oficina Regional de la

**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

525 Twenty-third Street, N.W.

Washington, D.C. 20037, EUA

1992

Organización Panamericana de la Salud

Salud Internacional : Un Debate Norte-Sur.

Washington, D.C. : OPS, © 1992. -- xxx, 262 p.

(Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No. 95)

ISBN 92 75 32081 0

I. Título

1. SALUD MUNDIAL

3. COOPERACION TECNICA

NLM: WA540.1

II. (Serie)

2. SALUD PUBLICA--educ

4. OPS

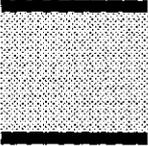
ISBN 92 75 32081 0

©Organización Panamericana de la Salud, 1992

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trabajo de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud no apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.



## Presentación

**Carlyle Guerra de Macedo**

Este libro ha sido elaborado en base al material presentado así como a las deliberaciones sostenidas en el Seminario-Taller "La Salud Internacional: Un Campo de Estudio y Práctica Profesional" que se realizó en Quebec, Canadá, del 18 al 20 de marzo de 1991. El evento reunió a un grupo de salubristas, sociólogos, economistas, ecólogos y profesores universitarios de los Estados Unidos de América, Canadá y algunos países de América Latina, así como a funcionarios de organismos internacionales y agencias de cooperación técnica y financiera.

La reunión fue convocada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y el Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Quebec, para considerar tres temas fundamentales:

- Analizar los grandes desafíos que enfrenta la salud de la región de las Américas y sus implicaciones en la formación de personal de salud internacional.
- Examinar las experiencias sobre la formación de personal en el campo de la salud internacional que se desarrollan en el continente.
- Establecer las bases para la formulación del concepto de salud internacional y proponer lineamientos para el trabajo futuro.

Estos objetivos se inscriben en el marco de un reconocimiento a la importancia de la acción internacional para el logro de mejores condiciones de salud para nuestras poblaciones.

El término salud internacional ha sido y es comúnmente utilizado para designar programas y acciones de carácter educativo, asistencial, técnico o financiero, realizadas por diversos organismos, agencias e instituciones de carácter gubernamental o no gubernamental. Frente a esa variedad de actores y acciones cabe preguntarse ¿por qué salud internacional? ¿qué se entiende por salud internacional? y ¿cuáles son sus prácticas fundamentales? La más conocida de esas prácticas es la cooperación técnica y es a ella sobre todo a la que se han orientado las acciones de la Organización Panamericana de la Salud a partir de su creación en 1902, convirtiéndose así en la más antigua de las instituciones intergubernamentales en el campo de la salud internacional.

En el desempeño de sus tareas de cooperación técnica a los países y en el contexto de las acciones para contribuir al desarrollo de liderazgo en el campo de la salud en la región, la Organización Panamericana de la Salud inició en 1985 el desarrollo de un Programa de Formación en Salud Internacional, el cual es parte de una presentación especial en este libro. A través de este programa ha sido posible estimular la reflexión y análisis en el campo de la salud internacional, cuya importancia crece día a día en un mundo cada vez más

internacionalizado, en una región en donde la acción internacional y los esfuerzos solidarios entre países se vuelven más necesarios.

Este esfuerzo de la Organización se da en el contexto de un escenario caracterizado por un creciente interés en el campo de la salud internacional en los países desarrollados. Ese interés se manifiesta por la estructuración de unidades de salud internacional particularmente en las universidades, el desarrollo de experiencias educativas y de investigación en los países en desarrollo y en el incremento de cursos de posgrado sobre todo en las escuelas de salud pública, situación que también es objeto de otra presentación en esta misma publicación.

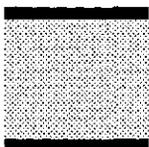
Diversos seminarios y publicaciones sobre el tema dan cuenta de lo anterior, sobre todo en los Estados Unidos de América, situación que contrasta con la ausencia de experiencias educativas y de reflexión sobre el tema en las escuelas de salud pública de América Latina, pese al desarrollo de una abundante producción teórica latinoamericana en el campo de las ciencias sociales aplicadas a la salud abordando temáticas relacionadas con este campo.

El avance en el análisis del tema en el seno de la Organización y el interés manifestado por algunas escuelas de salud pública latinoamericanas sobre todo en México y Brasil fueron un estímulo para la organización de esta reunión. Por otra parte, la decisión de convocar este evento recibió un amplio respaldo del Gobierno de Canadá a través del Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y el Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Quebec, entidades que desde la creación del Programa de Formación en Salud Internacional han brindado una importante colaboración y estímulo a su desarrollo.

La reunión ofreció la oportunidad para un fructífero intercambio entre representantes del norte y del sur de la región, el cual es recogido tanto en el contenido de las ponencias, como en el resumen analítico elaborado tanto en base a los planteamientos esenciales contenidos en las presentaciones como en las discusiones surgidas alrededor de cada tema.

Los trabajos presentados han sido agrupados en dos partes, en la primera se ubican los relacionados con los grandes desafíos de la salud de las Américas y su impacto en la salud internacional y en una segunda parte, se ubican aquellos trabajos orientados más específicamente al análisis del concepto y práctica de salud internacional, entre los cuales los referidos a las experiencias educativas ocuparon un lugar importante.

Esperamos que el contenido de este libro contribuya no sólo a estimular la reflexión colectiva y a un productivo intercambio entre los trabajadores de la salud en la región sobre el campo de salud internacional, sino también a incrementar el desarrollo de acciones que a través de la colaboración y acción conjunta entre los países tiendan a asegurar un futuro mejor para la salud en las Américas.

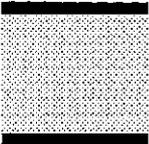


## Contenido

|  |      |
|--|------|
| <i>Carlyle Guerra de Macedo:</i> Presentación  | i    |
| Contenido  | iii  |
| Los Editores, los Colaboradores y los Participantes  | v    |
| Reconocimientos  | ix   |
| Glosario de Algunas Siglas Utilizadas  | xi   |
| <i>Norbert Préfontaine:</i> Prefacio   | xiii |
| <i>José Roberto Ferreira, Charles Godue, Laura Nervi y María Isabel Rodríguez:</i> Recapitulación y Análisis de la Reunión de Quebec | xv   |
| <b>PRIMERA PARTE: Los Grandes Desafíos para la Salud en las Américas</b>   |      |
| <i>Carlyle Guerra de Macedo:</i> Los Grandes Desafíos de la Década del Noventa y su impacto sobre la Salud Internacional             | 1    |
| <i>Eduardo S. Bustelo:</i> La Creación del Estado de Malestar: Políticas de Ajuste y Políticas Sociales en América Latina            | 7    |
| <i>Frédéric Lesemann:</i> Políticas Económicas y Políticas Sociales  | 29   |
| <i>Alfredo Gastal:</i> El Medio Ambiente y sus Efectos sobre la Salud  | 39   |
| <i>E. Richard Brown:</i> Los Problemas de la Cobertura de Seguro y los Costos de Atención de Salud en los Estados Unidos             | 47   |
| <i>Milton Terris:</i> La Situación de Salud en el Continente Americano   | 75   |
| <i>André Pierre Contandriopoulos:</i> Costo y Equidad de los Sistemas de Salud   | 91   |

**SEGUNDA PARTE: El Concepto y la Práctica de Salud Internacional con Referencia Especialmente a las Experiencias de Capacitación**

|   |     |
|---|-----|
| <i>Lise Gravel and Paul-A. Lamarche:</i> Reflexiones sobre Salud Internacional  | 109 |
| <i>Charles Godue:</i> Salud Internacional y Escuelas de Salud Pública en los Estados Unidos   | 117 |
| <i>María Isabel Rodríguez:</i> El Programa de Salud Internacional de la Organización Panamericana de la Salud   | 133 |
| <i>Mario Rovere:</i> Dimensiones Internacionales de la Salud  | 153 |
| <i>Ulysses B. Panisset:</i> Reflexiones acerca de la Salud como Asunto Internacional  | 169 |
| <i>Vic Neufeld:</i> Formación en Salud Internacional: Perspectiva Canadiense  | 197 |
| <i>Julio Frenk y Fernando Chacón:</i> Bases Conceptuales de la Educación y de la Investigación en Salud Internacional   | 209 |
| <i>Eleutério Rodrigues Neto, Ivo Ferreira Brito y Alina María de A. Souza:</i> Salud Internacional e Integración Latinoamericana (Reseña de una Propuesta de Programa en Salud Internacional) | 225 |
| <i>Paulo Marchiori Buss:</i> Salud Internacional. Aproximaciones al Concepto y a las Prácticas  | 241 |
| <i>Paul F. Basch:</i> La Transferencia de Tecnología y la Profesión de Salud Internacional  | 251 |



## Los Editores, los Colaboradores y los Participantes

La edición y la publicación de *Salud Internacional: Un Debate Norte-Sur* es una iniciativa del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud.

El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos tiene como misión colaborar con los gobiernos de la región de las Américas en reforzar sus capacidades de coordinación, planificación, formación y utilización de recursos humanos para mejorar los niveles de salud de sus poblaciones.

El equipo editorial estuvo constituido por José Roberto Ferreira, Charles Godue y María Isabel Rodríguez.

Los trabajos que aparecen en este libro son versiones revisadas por los autores de las principales presentaciones que se dieron durante la conferencia. Los puntos de vista de los autores son suyos exclusivamente y no representan necesariamente los de la Organización Panamericana de la Salud o de las instituciones con las cuales están asociados, y ellos tienen la responsabilidad exclusiva de la exactitud de la información, consignada a inicios de 1991, en sus trabajos. Aquellos que tomaron parte en la Conferencia o que contribuyeron a la publicación de este volumen, junto con los puestos que ocupaban al momento de la Conferencia en marzo de 1991, son:

**Gilles Arès**, científico político canadiense, Consultor del Ministerio de Transporte de Quebec, en Quebec.

**Paul F. Basch**, médico estadounidense, Profesor de Salud Internacional del Departamento de Políticas e Investigación en Salud, Universidad de Stanford, California.

**E. Richard Brown**, sociólogo estadounidense, Profesor Adjunto en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California, Los Angeles.

**Paulo Marchiori Buss**, médico brasileño, Director de la Escuela de Salud Pública en Río de Janeiro.

**Eduardo S. Bustelo**, economista argentino, Director del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) de Argentina, en Buenos Aires.

**Fernando Chacón**, salubrista mexicano, Coordinador de la Unidad de Estudios Internacionales en Salud Pública, en el Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca.

**André Pierre Contandriopoulos**, economista canadiense, Director del Grupo de Investigación Interdisciplinaria en Salud y Profesor en los Departamentos de Administración de Salud y de Medicina Preventiva y Social en la Universidad de Montreal.

**Octavio de Caso**, médico mexicano, Director de Promoción y Desarrollo en la Fundación Mexicana de Salud en Ciudad de México.

**Gilles Dussault**, sociólogo canadiense, Director Suplente del Departamento de Administración de Salud en la Universidad de Montreal.

**Ray Elling**, sociólogo estadounidense, Profesor del Departamento de Medicina Comunitaria del Centro de Salud de la Universidad de Connecticut, en Farmington.

**José Roberto Ferreira**, médico brasileño, Coordinador del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud en Washington, D.C.

**Julio Frenk**, médico mexicano, Director General del Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca.

**Alfredo Gastal**, economista brasileño, Director de la División de Asentamientos Humanos y del Medio Ambiente de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CEPAL), Santiago de Chile.

**Jacques E. Girard**, médico canadiense, Profesor de Salud Comunitaria en la Facultad de Medicina, Universidad Laval, Quebec.

**Charles Godue**, médico canadiense, Director Adjunto del Departamento de Salud Comunitaria, Hospital Maisonneuve Rosemont, Montreal.

**Eric Goon**, médico malayo, Director de la División de Desarrollo de Recursos Humanos para la Salud en la Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

**Lise Gravel**, especialista en salud comunitaria canadiense, Asesora en Cooperación Internacional en la Dirección General de Planificación y Evaluación, Ministerio de Salud y Servicios Sociales, Quebec.

**Carlyle Guerra de Macedo**, médico brasileño, Director de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

**Polly F. Harrison**, antropóloga estadounidense, Directora de la División de Salud Internacional, Instituto de Medicina, Washington, D.C.

**Margaret Hilson**, enfermera de salud pública canadiense, Subdirectora Ejecutiva, Asociación Canadiense de Salud Pública, Ottawa.

**Margarita Hurtado**, bióloga colombiana, Residente del Programa de Formación en Salud Internacional, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

**Robert F. Knouss**, médico estadounidense, Director Adjunto de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

**Paul-A. Lamarche**, sociólogo canadiense, Viceministro Adjunto en el Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Quebec.

**Frédéric Lesemann**, sociólogo canadiense, Profesor de la Escuela de Servicios Sociales en la Universidad de Montreal.

**Miguel Malo**, médico ecuatoriano, Residente del Programa de Formación en Salud Internacional, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

**Patricio Márquez**, sociólogo ecuatoriano, Especialista en la División de Población, Salud y Nutrición en el Banco Mundial, Washington, D.C.

**Maurice McGregor**, médico canadiense, Presidente del Consejo de Evaluación de Tecnología en Salud, Quebec.

**Jean-Paul Menu**, médico francés, Funcionario Médico en Jefe de la Administración de Recursos Humanos, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

**Laura Nervi**, antropóloga argentina, Consultora del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

**Vic Neufeld**, médico canadiense, Director del Centro de Salud Internacional en la Universidad McMaster, Hamilton, Ontario.

**Ulysses B. Panisset**, médico brasileño, Consultor del Programa de Políticas de Salud en la Organización Panamericana de la Salud en Washington, D.C.

**Norbert Préfontaine**, canadiense, Vicedirector Adjunto de la División de Asuntos Intergubernamentales e Internacionales, Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá.

**Eleutério Rodrigues Neto**, médico brasileño, Profesor de la Universidad de Brasilia, investigador en la Unidad del Núcleo de Estudios en Salud Pública (NESP), de la Universidad de Brasilia y Asesor Jurídico de la Cámara de Diputados en Brasilia.

**María Isabel Rodríguez**, médica salvadoreña, Coordinadora del Programa de Formación en Salud Internacional, Organización Panamericana de la Salud, en Washington, D.C.

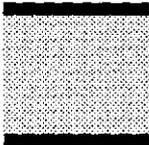
**Mario Rovere**, médico argentino, Asesor Regional del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, en Lima, Perú.

**Steven Simon**, médico canadiense, Director de la Dirección de Población y Salud, de la Agencia para el Desarrollo Internacional del Canadá, en Ottawa.

**José María Salazar Buchelli**, médico colombiano, Jefe de la Coordinación de Relaciones Externas, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

**Milton Terris**, médico estadounidense, Director del Journal of Public Health Policy, en South Burlington, Vermont.

**Carlos Vidal**, médico peruano, Ex-Ministro de Salud del Perú.



## Reconocimientos

La idea de publicar *Salud Internacional: Un Debate Norte-Sur* se gestó a partir del Seminario-Taller titulado "Salud Internacional: Un Campo de Estudio y Práctica Profesional", que llevaron a cabo la Organización Panamericana de la Salud en cooperación con el Ministerio de Salud y Bienestar Social del Canadá y el Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Quebec del 18 al 20 de marzo de 1991 en Quebec.

La Organización Panamericana de la Salud desea agradecer a los Gobiernos de Quebec y de Canadá así como a sus respectivos ministerios por su hospitalidad y su apoyo indispensable en la realización de la conferencia. Deseamos agradecer especialmente a Lise Gravel, del Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Quebec por su dinamismo y eficiencia en la organización de la reunión.

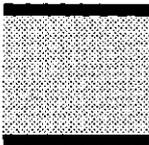
Los editores también desean agradecer a los distinguidos profesionales que tomaron parte de la reunión y garantizaron su éxito. Ellos son: Eduardo S. Bustelo, de la Argentina, Paulo Marchiori Buss y Eléuterio Rodrigues Neto del Brasil, Lise Gravel y Margaret Hilson así como Gilles Arès, André Pierre Contandriopoulos, Paul-A. Lamarche, Frédéric Lesemann, Maurice McGregor, Vic Neufeld y Norbert Préfontaine de Canadá, Alfredo Gastal, de Chile; Polly F. Harrison y Paul Basch, E. Richard Brown, Ray Elling y Milton Terris, de los Estados Unidos; Julio Frenk, de México; Carlos Vidal, del Perú; Eric Goon y Jean-Paul Menu de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, y finalmente a nuestro Director, Carlyle Guerra de Macedo; a nuestros colegas, Robert F. Knouss, Ulysses B. Panisset, Mario Rovere y José María Salazar Buchelli, así como a los residentes del Programa de Formación en Salud Internacional, Margarita Hurtado y Miguel Malo, de la Organización Panamericana de la Salud.

Deseamos manifestar nuestro reconocimiento a Gilles Dussault, Jacques Girard y Steven Simon del Canadá; a Fernando Chacón y Octavio de Caso, de México y a Patricio Márquez del Banco Mundial, por su participación en el debate como observadores.

Finalmente, nuestro más cálido reconocimiento al equipo de producción: Sylvia Chavarry y Olga Ringgold por el apoyo de secretaría y el montaje del texto; la traducción al castellano y la subsiguiente revisión de pruebas corrió a cargo de Gustavo Strittmatter y Eleana Gómez Calcaño, y Laura Nervi produjo una síntesis extraordinaria de la reunión.

Los Editores

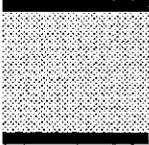




## Glosario de Algunas Siglas Utilizadas

|        |   |
|--------|---|
| CEPAL  | Comisión Económica para América Latina (más tarde Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas)              |
| CIEPP  | Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas, Buenos Aires   |
| FLACSO | Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales   |
| GATT   | Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio  |
| FMI    | Fondo Monetario Internacional   |
| NESP   | Núcleo de Estudios en Salud Pública, Universidad de Brasilia  |
| ONG    | Organización No Gubernamental   |
| OCDE   | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Europeos   |
| OPS    | Organización Panamericana de la Salud   |
| PNUD   | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo  |
| PREALC | Programa Regional de Empleo para América Latina y el Caribe (forma parte de la Organización Internacional del Trabajo), Santiago de Chile |
| SELA   | Sistema Económico Latinoamericano, Caracas  |
| CTPD   | Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo  |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia   |
| OMS    | Organización Mundial de la Salud  |





## Prefacio

**Norbert Préfontaine**

En marzo de 1991, tuve el placer de dirigir unas palabras al Seminario de Salud Internacional de la OPS/OMS. En ese momento sugerí la necesidad de definir qué es la salud internacional y qué es lo que podrían o deberían ser los especialistas en este campo. Creo que estas cuestiones siguen teniendo hoy en día la misma importancia que tenían en ese momento.

¿Qué es exactamente, entonces, la salud internacional? ¿Es una disciplina claramente diferente? ¿Una especialidad como cardiología o salud pública? ¿Hay quienes suministran salud internacional y quienes la consumen? ¿O "salud internacional" es más un término descriptivo para calificar el área en la cual trabajan aquellos que en el sector salud están a nivel internacional?

Para determinar las cualidades necesarias de un trabajador de salud internacional, quizás debiéramos analizar en mayor profundidad qué es lo que hace exactamente un trabajador de salud internacional en el momento actual e identificar las capacidades que él o ella tienen que poseer para operar en forma eficiente.

No me sorprendería que las capacidades requeridas a nivel internacional sean idénticas a las que se demandan a los trabajadores de salud a nivel nacional. Las inquietudes principales de salud internacional son los problemas nacionales y multinacionales más que los internacionales. Es un hecho real que un problema que está presente en una cantidad de países es un problema multinacional y no necesariamente internacional.

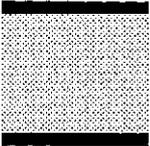
Hoy más que nunca consideramos a la salud un campo multisectorial. Por consiguiente precisamos, a nivel nacional, gente con formación en antropología, sociología, ciencia política, epidemiología, comercialización, administración, comunicación, derecho. En otras palabras, precisamos de los "universalistas" tanto como de los técnicos.

En mi opinión, la salud internacional también tiene una gran necesidad de generalistas tanto como de los especialistas, con el bagaje adquirido de lo que podríamos llamar "ciencias de la salud internacional" (una especialidad a la que yo personalmente tendría una gran dificultad en definir con la claridad suficiente como para elaborar un programa a nivel de posgrado).

Los amigos con los que he hablado acerca de esto me han dicho que la expresión "salud internacional" cubre cosas tales como enfermedades transmitidas por las migraciones animales y humanas, contaminación ambiental (especialmente del aire y del agua), en otras palabras, fenómenos que no conocen fronteras. Dudaría, sin embargo, que los que están empeñados en hacer que la salud internacional sea reconocida como un campo de actividad profesional estuvieran satisfechos con una definición tan estrecha. La creación de un programa de

posgrado o de doctorado en salud internacional requerirá que se definan los elementos esenciales de la disciplina.

Todavía nos falta un buen trecho por recorrer. Este informe puede servirnos para determinar cómo lo vamos a hacer y, lo que es más importante, si debemos hacerlo.



## **Recapitulación y Análisis de la Reunión de Quebec**

**José Roberto Ferreira, Charles Godue,  
Laura Nervi, María Isabel Rodríguez**

La reunión que se llevara a cabo en Quebec del 18 al 20 de marzo de 1991, bajo el título de "Salud Internacional: Un Campo de Estudio y Práctica Profesional", puso de manifiesto la pertinencia de un encuentro que tomara como objeto de análisis el estado del pensamiento en el campo de la salud internacional.

De acuerdo con lo expuesto durante las sesiones, dicha pertinencia fue enfatizada desde tres perspectivas. En la primera se encuentran aquellos participantes que sostuvieron que esta reunión podría marcar un hito, contribuyendo a avanzar en el pasaje de la vieja a la nueva salud internacional, del concepto colonial o neocolonial hasta ahora dominante a un modelo independiente-cooperativo. En la segunda están aquellos que opinaron que más que una ruptura, la reunión estableció el estado de la cuestión en el campo, hasta dónde se había avanzado y se preocuparon por el impacto que podría tener en la formulación de nuevas aproximaciones al tema. Por último, algunos participantes enfatizaron en la relación entre salud pública y salud internacional y señalaron que la reunión puso en evidencia algunas limitaciones de aquellas explicaciones proporcionadas exclusivamente desde el sector salud.

Con la idea de recuperar algunos puntos centrales del debate, en este capítulo se retoman de manera muy esquemática algunos puntos de la reflexión colectiva, para abordar posteriormente aspectos que se consideran centrales en la definición de un campo de estudio y práctica. Por último, se enumeran algunas propuestas para el desarrollo del campo de salud internacional en los niveles de producción de conocimientos y formación de recursos humanos.

### **Recapitulación: Hacia la Construcción de una Alternativa al Enfoque Clásico de Salud Internacional**

A partir de los debates que se presentaron durante la reunión, es posible identificar la vigencia de al menos tres aproximaciones a la cuestión de salud internacional, según la delimitación de su objeto de estudio. En efecto, este es el aspecto que fue abordado más ampliamente durante las discusiones.

La salud internacional enfocada desde el punto de vista de la delimitación de su objeto, no agota el conjunto de aspectos que diversos autores han tomado en cuenta para definir este campo. Los enfoques que están implícitos en un número igual de acepciones del concepto de salud internacional, tomando diversas variables, han sido motivo de un relevamiento que se consigna en uno de los

trabajos que aquí se publican. Dichos enfoques implican otras tantas maneras de definir prioridades, marcos teóricos y áreas de aplicación<sup>1</sup>.

La primera de las tres aproximaciones que se identificaron durante la reunión y que podría denominarse "enfoque clásico", construye su objeto de estudio e intervención sobre la salud de los países subdesarrollados y en algunos casos, a esta delimitación le suma la de las minorías y grupos marginales de los países centrales. Fundamentalmente, este enfoque se presenta en la mayoría de los programas de salud internacional ofrecidos por las escuelas de salud pública de los Estados Unidos.

La segunda aproximación intenta superar el enfoque clásico, destacando la necesidad de construir una "nueva salud internacional" cuyo objeto no estaría definido ya por una delimitación en base al nivel de desarrollo alcanzado por los países, sino por el reconocimiento de que existen espacios nacionales y espacios internacionales. La salud internacional sería el correlato de la salud pública en el plano de los ... "fenómenos, vínculos, acciones e interacciones del proceso salud-enfermedad que se producen entre los sujetos y los espacios de la sociedad internacional"<sup>2</sup>.

Por último, la tercera aproximación, conjuga las dimensiones internacionales de la salud con la salud como asunto internacional. Se diferencia de la primera en que no delimita su objeto sobre los países subdesarrollados; al contrario, caracteriza a una visión de este tipo como etnocéntrica. Y se diferencia de la segunda en que no prioriza para su delimitación la relación nacional-internacional, sino la estructura, los procesos y las relaciones de poder mundial que inciden a su vez, con distinto alcance y manifestaciones, en la configuración del proceso salud-enfermedad y en los sistemas de atención que se presentan al interior de cada unidad nacional.

**El enfoque clásico.** Las discusiones llevadas a cabo durante la reunión que nos ocupa, pusieron en evidencia los rasgos estructurantes del modelo que sustenta el enfoque clásico de salud internacional. Sobre las características de dichos rasgos se presentó un acuerdo básico.

Los rasgos destacados hacen referencia tanto al recorte del objeto de estudio como a las prácticas que se derivan de este.

Tratando de presentar esquemáticamente las características de este modelo clásico, según se discutió durante la reunión, se observa la naturaleza ideológica del recorte del objeto de estudio que, con base en una concepción etnocéntrica, define el objeto de la salud internacional en relación con los "otros". Este recorte implica un intento de captación de lo diferente desde un posicionamiento sobre un "nosotros" implícito. El "otro" pueden ser los países periféricos o las minorías de los países centrales. La salud pública queda reservada para explicar e intervenir sobre la cuestión sanitaria de los países centrales, excluyendo, en algunos casos, a las minorías. Por eso, en base a esta concepción, el objeto de

la salud pública se define en base a ese "nosotros" implícito, mientras que el de la salud internacional se construye en relación al "otro" cultural o económico.

Esta definición no parte de un análisis relacional, es decir, de una aproximación que explique la emergencia de un estado de desarrollo (por ejemplo el subdesarrollo tecnológico) mediante la observación de aquellos procesos globales que arrojan estados de superdesarrollo tecnológico, por un lado, asociados a situaciones de subdesarrollo tecnológico, por el otro lado.

En efecto, en esta aproximación, cada categoría (países subdesarrollados o minorías) aparece como un sistema total, para explicar el cual, no hay que remitirse más que a las funciones y las relaciones internas del sistema.

De esta manera, se oculta la asimetría del poder que se da a escala mundial y, por lo tanto, el hecho de que esta puede explicar en gran medida las condiciones en las que se desenvuelven los países de la periferia.

De la misma forma, se omite frecuentemente el hecho de que las relaciones asimétricas de los diferentes conjuntos sociales al interior de una unidad nacional, pueden explicar las estructuras y procesos sobre los que se articulan los conjuntos sociales subalternos al interior de los países centrales.

Una de las consecuencias de este recorte, según se discutió durante la reunión, es que se uniformiza el objeto de estudio. Los países periféricos aparecen como objetos de acciones uniformes. El enfoque clásico ha trabajado en muchos casos bajo el supuesto de que dichos países son homogéneos entre sí y al interior de cada uno de ellos.

Lo antedicho se ha expresado, en las actividades llevadas a cabo con esta visión, en respuestas homogéneas y descontextualizadas, impuestas a las realidades heterogéneas, tanto desde el punto de vista cultural como económico, de los países periféricos.

Así mismo, se señaló entre otras, la concepción asistencialista que está implícita en el enfoque clásico y que determina al conjunto de actividades que se desencadenan a partir de esta visión y que reduce a la contraparte a un interiorizador acrítico de modelos y tecnologías, cuya prioridad y pertinencia fue decidida desde un ámbito extranacional y desde una perspectiva unilateral. De igual forma, se puso de relevancia la vigencia de esta concepción asistencialista en el tratamiento que se les proporciona a los grupos sociales definidos como minorías.

Esa concepción asistencialista ha impedido el desarrollo de actividades destinadas al fortalecimiento de la capacidad científico tecnológica de los países subdesarrollados.

**Algunas categorías que podrían estructurar una visión alternativa de salud internacional.** Durante la reunión, no sólo se presentaron puntos de acuerdo en relación a la crítica del enfoque clásico. También pudieron identificarse algunas categorías, destacadas por participantes que sustentan

diferentes enfoques, que podrían estructurar una visión alternativa en el tema de salud internacional.

En otras palabras, se presentó un consenso en dos puntos: por un lado, en el reconocimiento de las limitaciones de los denominados enfoques clásicos; por otro lado, la necesidad de construir nuevas aproximaciones, situándose en un proceso ya iniciado por diversos colectivos en la región.

Las características propuestas para la elaboración de ese nuevo enfoque incluyen los aspectos de la delimitación del objeto de estudio, de los marcos teórico-metodológicos adecuados, así como aquellos aspectos referentes a los mecanismos a partir de los cuales pueden instrumentarse los principios de la salud internacional.

Se destacó la necesidad de construir aproximaciones independientes, que no reproduzcan acríticamente la concepción dominante de la salud internacional de los países desarrollados. Esta construcción debe incluir las contribuciones de los investigadores de dichos países que compartan la necesidad de llegar a un enfoque cooperativo.

Se insistió sobre la importancia de no establecer una falsa dicotomía entre las posiciones del norte y las del sur, sino de hacer un esfuerzo por desarrollar, en vista de la escasa reflexión en este campo en América Latina, una alternativa de pensamiento latinoamericano así como la autorreflexión para el conjunto de actores involucrados en cuestiones de salud internacional en el mundo desarrollado.

Con respecto a la delimitación del objeto de estudio, se entendió que la salud internacional no debe limitarse al campo de los países subdesarrollados. Se destacó que hay temas comunes en la cuestión sanitaria regional que ameritan una reflexión común, fundamentalmente a nivel de los incentivos poderosos que determinan a los sistemas de salud de la mayoría de los países por encima de la relación norte-sur y que se cristalizan en problemas de financiamiento del sistema; de medicalización; de asimetría en las relaciones entre las diferentes categorías profesionales que trabajan en el sector; de las limitaciones de las propuestas que descansan en el voluntariado, de quienes se espera que suplan las insuficiencias del sistema; la introducción de tecnologías indiscriminadas; los intentos de solucionar, con criterios biomédicos, problemas sociales que derivan de determinantes socio-económicos, los riesgos del ambiente y la atomización del sistema de salud.

Según se enfatizó en la reunión, el campo de salud internacional exige un abordaje interdisciplinario. Esto implica la concurrencia, tanto de aquellas disciplinas que focalizan el análisis en el espacio internacional, como la contribución de la salud pública y las ciencias sociales.

Así mismo, se destacó el carácter intersectorial de las problemáticas de salud internacional, para atender las cuales deben participar tanto los sectores

vinculados directamente a la atención de la salud, como los relacionados con sus condicionantes y determinantes.

Se consideró como central en la construcción de un enfoque alternativo, la contextualización histórica, nacional y regional de las acciones planteadas, con el fin de evitar acciones normativas uniformizadoras de los países, con carencia de conocimientos sobre los procesos nacionales. Dicha contextualización se apoyaría en el reconocimiento de la heterogeneidad cultural y económica entre los países y al interior de cada uno de ellos.

El objetivo primordial de una cooperación internacional en salud ajustada a este nuevo enfoque sería fortalecer la autocalidad de los países intervinientes en el proceso de cooperación, en una concepción según la cual las actividades internacionales de salud de un país sean utilizadas como instrumento de diplomacia y solidaridad y no como mecanismo de dominación.

A su vez, se enfatizó en la necesidad de fortalecer la cooperación técnica entre países, entendiéndose por esta un proceso de interacción, que no tiene carácter unidireccional, y que se realiza no solamente en el sentido en que clásicamente se ha presentado, es decir, desde los países tecnológicamente desarrollados hacia los subdesarrollados. En efecto, se consideró la necesidad de impulsar la cooperación también entre países en desarrollo, entre los países desarrollados y desde los primeros hacia los últimos, destacándose los temas de financiamiento, organización y desarrollo de los servicios de atención médica, desarrollo de recursos humanos, participación social en salud y medio-ambiente.

**Dos abordajes para la elaboración de modelos alternativos en salud internacional.** Durante la reunión se plantearon dos abordajes del campo de salud internacional, con vistas a superar las limitaciones de los enfoques clásicos. El primero se definió como "nueva salud internacional" frente a la "salud internacional tradicional"<sup>2</sup>. El segundo abordaje remite a dos dimensiones de análisis: por un lado se ubican las cuestiones que, desde el ámbito internacional, sobredeterminan al proceso salud-enfermedad y a los sistemas de atención de la salud que se presentan a nivel nacional (dimensiones internacionales de la salud); por otro lado, está la cuestión de salud como asunto internacional.

Estas dimensiones de análisis<sup>3,4</sup> aparecen desarrolladas por sus autores en este libro y reflejan los trabajos presentados durante la reunión.

El primer abordaje parte de la idea de que la salud internacional tradicional se centra en los problemas de salud que afectan a los países en desarrollo, mientras que la nueva salud internacional alcanza a los problemas de salud que afectan a todos los países.

La salud internacional tradicional se caracterizaría por un enfoque basado en una visión de países en desarrollo supuestamente homogéneos, mientras que la nueva salud internacional toma en consideración la diversidad entre y al interior de los países en desarrollo. La salud internacional tradicional propugnaría medidas unilaterales del centro a la periferia, mientras que la nueva

salud internacional impulsaría medidas bilaterales y multilaterales. La salud internacional tradicional se basaría en el concepto de asistencia en la prestación de servicios de salud, mientras que la salud internacional nueva entendería la relación bajo el concepto y práctica de cooperación, en un abanico que incluiría la enseñanza, investigación y servicios de salud. El enfoque de la salud internacional tradicional se basaría en el concepto de dependencia, mientras que la nueva salud internacional se desarrollaría a través del concepto de interdependencia. A su vez, entre la salud internacional tradicional y la nueva, habría una diferencia de énfasis: mientras que la primera se ocuparía de las enfermedades transmisibles, la segunda actuaría a partir de la transición epidemiológica. Por último, mientras la salud internacional tradicional trabajaría sobre servicios de salud primitivos, la nueva salud internacional operaría sobre y para la transición de los servicios de salud<sup>2</sup>.

En esta aproximación, se define a la salud internacional como campo de la salud pública, destacando su naturaleza interdisciplinaria. Entre una y otra la diferencia estaría puesta en los ámbitos de acción: mientras que la salud pública constituiría un campo de investigación y de acción en salud definida por su nivel poblacional y enmarcada dentro de las fronteras político-administrativas de los países, la salud internacional daría cuenta de las cuestiones que trascienden las fronteras de un país, utilizando los instrumentos de la salud pública y el conocimiento aportado por otras disciplinas.

El segundo abordaje se apoya en dos elementos sustantivos: la consideración de la salud internacional como división del vasto campo de las relaciones internacionales, pensadas estas como sistema de relaciones de poder y, en segundo lugar, la salud internacional como campo de la salud, pensada esta a partir de su internacionalización como parte de la transnacionalización de la economía<sup>5</sup>.

Estos dos elementos se articulan para delimitar un campo que se expresa de la siguiente manera:

"...uno que corresponde a un recorte en el amplio campo de las relaciones internacionales considerada como superestructura política, económica, militar, etc. que regula la relación entre las naciones y denominamos Salud como Asunto Internacional. La Salud como Asunto Internacional nos permite analizar...los reglamentos, regulaciones, usos y costumbres de índole sanitaria en el ámbito internacional, los recursos financieros, bienes y servicios que fluyen de un lugar a otro del planeta, su participación en flujos globales, y ciertos hechos sanitarios que se transforman en hechos políticos (cierres de fronteras) económicos (cuarentenas), bélicos (bloqueo de medicamentos e insumos médicos, etc.)"... "Otra línea de reflexión se instala desde los espacios nacionales de los países latinoamericanos, es decir desde los Sistemas Nacionales de Salud, tratando de develar aquellos fenómenos

o procesos de naturaleza internacional. A esta segunda línea de trabajo la hemos denominado dimensiones internacionales de la salud<sup>3</sup>.

Este abordaje intentaría poner en evidencia dimensiones que están sistemáticamente ocultas en la mayoría de las investigaciones sobre el sector sanitario y que están, por ejemplo, relacionados con la marcada y creciente dependencia que presentan los sistemas de salud a nivel nacional hacia el complejo médico industrial transnacionalizado.

Desde esta perspectiva se enfatiza que el concepto de interdependencia, usado para dar cuenta de las relaciones entre países con diferente desarrollo tecnológico, económico y militar oculta la asimetría de dichas relaciones. "Es obvio que un Estado nación avanzado tecnológicamente necesita los mercados, recursos humanos y materiales de otras naciones con el fin de garantizar su desarrollo y en este sentido existe algún nivel de interdependencia, pero la calidad de las dos 'dependencias' es distinta"<sup>4</sup>.

## **Elementos para Definir un Campo**

Uno de los avances de la reunión fue la formulación articulada de un conjunto de preguntas sobre salud internacional. Algunas de estas preguntas son de orden estratégico, otras de carácter teórico-metodológico y otras referidas a las prácticas. Todas ellas remiten a puntos que aparecieron como centrales en los debates y expresan implícita o explícitamente esa necesidad varias veces destacada de construir modelos explicativos que se sumen, desde la salud internacional, a la búsqueda en la que se encuentran diversos colectivos en la región que, desde diferentes vertientes disciplinarias, abordan el proceso salud-enfermedad y los sistemas de atención.

De ese conjunto de preguntas, se destacan aquellas que se refieren específicamente a la salud internacional como objeto de reflexión y cuyo punto de partida es: ¿qué se entiende por el concepto de salud internacional? y continúa con las siguientes: ¿cuando se habla de salud internacional se está remitiendo a un modelo explicativo, a una disciplina, a un campo intelectual, a un área problemática dentro de la salud pública o a un tema de reflexión?

Y, en todo caso: ¿cuál es la utilidad estratégica de disputar legitimidad en un campo en el que predomina una concepción que fue calificada como etnocéntrica por la mayoría de los participantes de la reunión?

Y entonces: si hasta ahora salud internacional tiene que ver con la salud en los países en desarrollo recortada según las perspectivas de algunos intereses de los países centrales, ¿qué sentido tiene el tema de salud internacional visto desde la perspectiva de los países periféricos?

Y en tal caso: ¿es pertinente elaborar otra visión de salud internacional que tenga capacidad explicativa acerca de los problemas que tenemos que enfrentar en la región y por lo tanto relevante en el norte y en el sur?

¿Cuál sería el cuerpo de conocimientos, las habilidades específicas y el campo de aplicación de la salud internacional?

Esas y otras preguntas debieran ser abordadas para definir la naturaleza de la cuestión. Algunas de ellas se encuentran, así mismo, presentes en los trabajos aquí presentados.

**¿Por qué salud internacional?** Sin otra pretensión que la de iniciar una problematización y, en todo caso, una contextualización de las preguntas antedichas, se entiende que es importante observar que, en la preocupación de los equipos que vienen intentando desarrollar la salud internacional como objeto de reflexión, convergen dos constataciones: la primera de orden sociohistórico y la segunda de orden teórico.

En la primera se hace referencia a la intensificación de procesos económicos y políticos a nivel mundial durante la última década, con repercusiones en el campo sanitario, que traen como consecuencia la adopción en la región de medidas de ajuste económico que reducen la capacidad de los sistemas de salud para atender a la salud de la población, a la vez que aumenta la pobreza y empeoran las condiciones sanitarias.

Según consta en uno de los trabajos que se presentan en esta publicación, al inicio de los 90 las economías latinoamericanas habían sufrido un grave retroceso económico, que acentuó sus características básicas de tasas de inflación, endeudamiento externo y desigualdades en la distribución del ingreso de entre las mayores registradas en el mundo<sup>6</sup>.

La regresión económica de América Latina, como consigna otro de los trabajos que se publican, impuesta en gran medida por el ocultamiento del carácter geopolítico de la deuda externa, se produce en un mundo que ha sufrido transformaciones durante la última década, caracterizadas por el desarrollo de la multipolaridad de los centros de poder mundial, un período de inestabilidad de los países industrializados caracterizado por procesos inflacionarios crónicos, reducción de sus tasas de crecimiento y desequilibrio en la balanza de pagos, inclusión de los países periféricos en el nuevo orden mundial, en condiciones de asimetría caracterizadas en lo económico por la internacionalización de sus mercados nacionales y por el endeudamiento externo y un fortalecimiento de las relaciones de interdependencia económica y política estimuladas por la expansión de los mercados financieros, los intereses de las empresas transnacionales y la apertura de las fronteras económicas producida por la liberalización del intercambio<sup>5</sup>.

Los países industrializados participan de este proceso de internacionalización económica integrando alianzas internas entre los intereses económicos, las instancias de cooperación y el Estado. Para ello, redefinen

también el papel del Estado y adaptan sus políticas nacionales en función de la nueva etapa y, formulando a través de aquél las reglas que estimulen los intercambios comerciales y distintas formas bilaterales y multilaterales de cooperación.

Mientras tanto, la periferia asiste a ese proceso con estados nacionales debilitados a los que se les imponen reglas de integración muchas veces contrarias a los intereses nacionales, por causa del endeudamiento externo y las relaciones de subalternidad con los centros de poder.

En América Latina se discute acerca de la necesidad de la integración regional como una manera de enfrentar dicha situación de subalternidad. Se reconoce que el sector salud puede contribuir a aquélla mediante la elaboración de políticas conjuntas diseñadas e implementadas mediante diferentes mecanismos de cooperación técnica y financiera entre países.

Para apoyar los procesos de elaboración de esas políticas conjuntas, sean estas o no de carácter estatal, así como para dar cuenta de las condiciones socio-económicas y sanitarias en las que se formularán, se requiere de un nivel de explicación que puede ubicarse dentro del campo de la salud internacional, tal como se lo definirá más adelante.

Lo anterior no significa que aquel nivel de explicación requerido no pueda ser encontrado con otro tipo de aproximaciones, sino que el concepto de salud internacional remite necesariamente a la consideración de las condiciones socio-históricas y sanitarias anteriormente mencionadas con una unidad de análisis implícita que es el sistema social mundial.

Hasta aquí, las razones de orden socio-histórico que nos acercan a la salud internacional, una caracterización de las cuales quedan consignadas en la primera parte de este libro.

La segunda constatación a la que nos referimos es de orden teórico y parte de la noción de que los modelos explicativos que intentan dar cuenta de los procesos de orden económico, político y de los sistemas de salud que está sufriendo América Latina, atraviesan por una crisis o estancamiento que se inicia hace unos quince años y que corresponde a la crisis del modelo de desarrollo latinoamericano impulsado desde los años 50.

Tanto en la salud pública como en las ciencias sociales y en las ciencias sociales aplicadas a salud, se está en un proceso de definición de nuevas aproximaciones que incluyen una reconstrucción de su fundamentación epistemológica, teórica y temática que superen las que hoy aparecen como explicaciones mecanicistas, con bajo poder de explicación y predicción.

Igualmente, en las ciencias sociales y en la salud pública, se cuestiona la capacidad actual de intervención y la falta de eficacia de las acciones desprendidas de principios normativos y ahistóricos.

Las preocupaciones de los equipos que vienen intentando desarrollar el campo de salud internacional se inscriben, pues, en un movimiento que intenta

apuntar a la construcción de nuevos marcos de análisis, recuperando los saberes producidos en un conjunto de áreas y disciplinas, de las cuales aquélla forma parte. Esos marcos de análisis apoyarán a su vez la configuración de alternativas de intervención acordes a las explicaciones obtenidas.

**Elementos para definir un concepto de salud internacional.** En la bibliografía sobre salud internacional pueden identificarse abordajes que la presentan como disciplina, otros que la sitúan como enfoque o como modelo explicativo y otros que la definen como un campo. Algunas de estas aproximaciones quedan ilustradas en los trabajos presentados en este libro y otras han servido como base para la elaboración de algunos de los artículos que se discutieron en la reunión.

En la bibliografía publicada sobre salud internacional que define a esta como un campo, se sitúan los autores que circunscriben ese campo a un conjunto de actividades de cooperación técnica y financiera internacional en salud y aquellos que lo definen como un campo de conocimientos y práctica profesional.

En la perspectiva que aquí se propone, la salud internacional no es una disciplina, en el sentido de conformar un cuerpo de conocimientos y una metodología particulares, como tampoco es una disciplina la salud pública. La salud internacional se configura a partir de los saberes producidos por diferentes disciplinas que convergen en un área de problematización específica.

Según la dirección en la que se ha preferido indagar, el concepto de salud internacional remite a dos niveles, que es pertinente circunscribir: el primero hace referencia a salud internacional como enfoque y el segundo a un campo de estudio y práctica. En esta perspectiva, ambos niveles no son excluyentes; al contrario, se entiende que se participa en la delimitación de un campo desde un enfoque particular.

El enfoque en salud internacional intenta hacer referencia a una dimensión del análisis sobre el proceso salud-enfermedad y los sistemas de atención que implica la consideración explícita o no de un conjunto de determinaciones que se dan a escala mundial y que no sólo remiten a los procesos económicos y políticos, sino también a los sanitarios. En este enfoque, la categoría de totalidad es una exigencia tanto teórica como metodológica en la construcción de los objetos de estudio.

Superar algunos abordajes reduccionistas de la salud pública, implica no sólo el pasaje de una perspectiva sectorial a una multisectorial, o de una mirada institucional a un enfoque relacional con el eje puesto en los conjuntos sociales, sino también el tránsito a la consideración del sistema social mundial como unidad de reproducción de las relaciones de poder, que determinan con distinto peso la configuración del perfil de morbi-mortalidad y la estructura, desarrollo y capacidad de respuesta de los sistemas de salud.

Explicar el proceso salud-enfermedad y los sistemas de atención implica, en la mayoría de los casos, tener en cuenta el funcionamiento del sistema

capitalista a escala mundial y la división internacional del trabajo entre los países capitalistas centrales y la periferia y la asimetría en las relaciones de poder derivada de tal estructura.

En segundo lugar, con el concepto de salud internacional se intenta circunscribir un campo de estudio y práctica profesional, adoptando un recorte alternativo a la definición tradicional, según la cual salud internacional es el estudio de la salud de los países subdesarrollados.

En esta perspectiva alternativa, se usa el término de salud internacional para designar un campo de investigación e intervención que designa las dimensiones internacionales del proceso salud-enfermedad y de los sistemas de atención. Esto remite a un nivel de análisis que incluye la focalización, tanto en los determinantes económicos, políticos y sanitarios externos, como en la determinación recíproca de la salud de los pueblos.

Para dar cuenta de los problemas identificados en este campo, se requiere de la articulación de saberes producidos desde diferentes disciplinas.

Los procesos de intervención en salud internacional incluyen, entre otras dimensiones, la cooperación técnica y financiera internacional en salud y el análisis de los supuestos y de los mecanismos a partir de los cuales se define esa cooperación.

Un enfoque de estas características puede poner en evidencia otros niveles de explicaciones a las más recurrentes ofrecidas por la salud pública, promoviendo la producción de conocimientos acerca de los espacios internacionales y de los procesos externos que determinan a los sistemas de salud a nivel nacional.

**Salud internacional y compromiso.** Uno de los énfasis de la reunión fue puesto en la idea de que hablar de salud internacional implica también reconocer una dimensión de acción política que defina al servicio de qué proyecto estratégico estará el conocimiento producido y las prácticas que de él se deriven.

Esto se remarcó fundamentalmente porque la salud internacional es definida como un campo de intervención, además de campo de estudio y práctica profesional.

Si las actividades de un país pueden ser utilizadas tanto como instrumento de diplomacia y cooperación como de dominación, entonces un enfoque independiente en salud internacional tiene un papel que cumplir para apoyar el fortalecimiento de la solidaridad entre los pueblos.

Ese compromiso implica también la producción de conocimientos sobre áreas problemáticas estratégicas que apoyen tanto el desarrollo de la conciencia sanitaria a nivel de los conjuntos sociales, como el desencadenamiento de procesos orientados a redefinir las relaciones de subalternidad de los países periféricos frente a los centrales.

En el nivel de la formación de recursos humanos, además de los aspectos académicos relacionados con la formación de investigadores orientados desde

diversas disciplinas a la producción científica, es importante considerar los espacios de acción internacional en los cuales se desarrollan una parte importante de las prácticas en el tema que nos ocupa y el compromiso de los sujetos frente a los procesos de cooperación.

Según deja constancia el trabajo que hace referencia al programa de salud internacional de la OPS:

... "la articulación de un sujeto en una práctica de cooperación per se no garantiza la transformación del individuo ni el desarrollo de un compromiso. Una articulación acrítica que haga al individuo solamente tomar conocimiento de cómo ser un gerente exitoso, sin compromiso real con los países, sería realmente frustrante. Consideramos que la dinámica de desarrollo del proceso, la reflexión colectiva y el esfuerzo del individuo consciente de su responsabilidad como sujeto social son elementos básicos para asegurar una adecuada interacción de los participantes en los diferentes espacios de trabajo de la institución y es un elemento favorecedor de su inserción futura...

El programa ha estado muy claro en que no es su objetivo capacitar a los individuos para que ingresen en el mercado de la competencia, o en lo que Taussig llama la rebatiña de las subvenciones. Por el contrario, estamos convencidos que el individuo no sólo debe formular un proyecto, conocer las instituciones financiadoras y sus políticas, sino y por encima de todo debe conocer el impacto o las implicaciones de una ayuda, el papel que cumplen, la oportunidad de su concesión y la responsabilidad del seguimiento de su utilización. No quisiéramos que nuestros ex-residentes se incorporaran a ese mercado de trabajo de expertos que desfilan por los países, sin ningún compromiso y con total desarraigo del país y de los grupos a los que suponen ayudar y para lo cual son remunerados. Por eso reiteramos que lo más importante en esta articulación en el trabajo de salud internacional es esa excelencia técnica que incorpora el compromiso solidario. Reconocer que trabajar en salud internacional no es solamente conocer los recursos técnicos y financieros que se mueven en el campo, no es sólo ser participante acrítico de esa historia"<sup>7</sup>.

## **Algunas Propuestas**

Cabe destacar que las contribuciones realizadas durante la reunión se centraron fundamentalmente en los aspectos anteriormente señalados, sin que, por razones de tiempo, pudieran abordarse en profundidad las propuestas para desarrollar líneas de trabajo en los diferentes niveles.

Las propuestas que se consignan aquí en parte fueron extraídas de las realizadas por los participantes durante las discusiones y pueden organizarse en dos ítems: En primer lugar, se destacan aquellas que tienen que ver con la

producción de conocimientos; en segundo lugar, las que tratan los aspectos de formación de recursos humanos en el campo.

**Producción de conocimientos.** Se entiende que es necesario desarrollar la producción de conocimientos en tres niveles principales: a) en cada una de las áreas problemáticas que aparecen como los componentes más destacados del campo de salud internacional; b) en los aspectos de concepción, transmisión del saber y práctica en salud internacional y c) sobre los procesos y mecanismos de la cooperación técnica y financiera internacional en salud.

- a) Las áreas problemáticas identificadas inicialmente fueron: 1) proceso salud-enfermedad: los determinantes internacionales de la salud ambiental (incluyendo medio-ambiente y salud de los trabajadores); 2) proceso salud-enfermedad: perfiles de morbi-mortalidad, liberalización de las fronteras y enfermedades transmisibles; 3) procesos de atención a la salud: complejo médico industrial, modelo médico y difusión de modelos prestadores a escala internacional; 4) procesos de atención a la salud: sistemas nacionales de salud comparados; 5) procesos de atención a la salud: sistemas informales de atención a la salud comparados; 6) proceso salud-enfermedad y políticas internacionales para el control de la natalidad, de las enfermedades transmisibles y para el desarrollo de los servicios de salud nacionales.
- b) Un segundo aspecto a tomar en cuenta es la producción de conocimientos en base al campo de salud internacional tomado como objeto de reflexión, es decir sobre aquellos aspectos que refieren al estudio de la concepción, transmisión del saber y práctica en salud internacional. Los objetivos serían: 1) reconstruir el surgimiento y desarrollo del concepto de salud internacional y analizar los procesos históricos que lo determinaron; 2) continuar la investigación sobre la enseñanza de la salud internacional en las escuelas de salud pública de los Estados Unidos, determinando los momentos de estructuración de las unidades y los determinantes de la misma, así como los montos y orígenes del financiamiento obtenido; 3) desarrollar una tarea de relevamiento de las instituciones académicas de América Latina que trabajen en campos que, por su contenido, interesen al campo de salud internacional, no reduciéndose a la observación de los programas de las escuelas de salud pública; 4) estudiar el estado del pensamiento en salud internacional, entendiendo por esto la puesta al día del conocimiento en cada una de las áreas problemáticas identificadas.
- c) Por último, se consideró que se requiere la producción de conocimientos acerca de los procesos y los mecanismos de la cooperación técnica y financiera internacional en salud. Los aspectos centrales a destacar son: 1) cooperación internacional en salud: los determinantes internacionales de orden económico y político en los procesos de cooperación; 2)

cooperación internacional en salud: los actores y los espacios en los procesos de cooperación internacional; las naciones y las agencias, bancos y organismos de cooperación; estrategias; 3) cooperación internacional en salud: las políticas internacionales en materia sanitaria y sus procesos de instrumentación.

**Formación de recursos humanos en el campo de salud internacional.**

Las características de la formación de recursos humanos en el campo de salud internacional están determinadas tanto por los enfoques sostenidos por las instituciones formadoras como por los ámbitos de reclutamiento de personal calificado.

Con la finalidad de analizar los intereses de las instituciones formadoras, los objetivos que se persiguen con el desarrollo del campo de salud internacional en cada institución y las necesidades nacionales en las que ellas operan, para diseñar finalmente la naturaleza de la formación en este campo así como los espacios de práctica profesional, hay que apoyar el desarrollo de un proceso de discusión regional que aborde aspectos tales como: 1) alcances de la formación en salud internacional: área de especialización o programas complementarios de la formación de salubristas, científicos sociales o especialistas en asuntos internacionales; 2) alcances de la formación en salud internacional: articulación salud pública-salud internacional, analizado tanto en los niveles teórico-metodológicos, de la delimitación de sus objetos de estudio y de intervención, como de los aspectos referentes a la profesionalización vigente o esperada en cada área; 3) alcances de la formación en salud internacional: instituciones formadoras y circunscripción o no de la formación a las escuelas de salud pública; 4) alcances de la formación en salud internacional: definición de contenidos ligados a la producción de conocimientos en el campo; 5) alcances de la formación en salud internacional: programas de entrenamiento para la cooperación internacional en salud.

## **A Manera de Reflexión Final**

Hasta aquí, una reseña de las contribuciones realizadas durante los debates de la reunión de Quebec y algunas propuestas de reflexión que han surgido en gran medida de los aportes que se hicieron en aquélla.

El significado que pueda tener este encuentro dependerá de la capacidad de aquellos que participaron para llevar adelante y profundizar las orientaciones que se perfilaron y, a su vez, promover en los ámbitos pertinentes la producción de conocimientos, la formación de recursos humanos y la acción en el campo de salud internacional, de acuerdo a una concepción que supere las limitaciones de los modelos clásicos y que establezca apropiadamente los actores vinculados al compromiso con la salud y la solidaridad entre los pueblos.

La reunión de Quebec ha representado un avance en esta dirección porque puso en evidencia, de manera explícita y prácticamente unánime, la necesidad de fortalecer la comunicación norte-sur mediante la construcción conjunta de alternativas, tanto para el desarrollo de enfoques que puedan dar cuenta de los problemas que debe enfrentar la salud internacional, como para una reelaboración de sus prácticas.

Para lo antedicho, los participantes del Norte contribuyeron con una mirada crítica sobre los principios que han predominado en el saber y las prácticas en ese campo, reconociendo los problemas comunes que enfrenta el Norte y el Sur en la cuestión salud y la importancia de conjugar esfuerzos para enfrentarlos.

A su vez, los participantes del Sur, coincidieron en la limitada contribución que hasta ahora se ha efectuado desde allí en cuanto a la salud internacional como objeto de reflexión, aún cuando se reconocieran como parte de ella en tanto campo de prácticas, la más definida de las cuales ha sido hasta ahora la de la cooperación técnica y financiera internacional en salud.

El momento de enfrentar crítica y conjuntamente los problemas comunes, o aquellos que son sólo explicables a partir de la consideración de la articulación subordinada que tiene el Sur con respecto al Norte, está determinado por la importancia de las transformaciones que están ocurriendo en el mundo a finales de siglo y que involucra todas las dimensiones del mundo social de la vida bajo el principio de una reestructuración del esquema de poder a nivel internacional, con base en el reordenamiento de las relaciones económicas.

El Nuevo Orden Mundial plantea nuevos desafíos y consolida viejas inequidades que no pueden ser abordados, sobre todo en salud, con los modelos explicativos que han dominado hasta el momento. Es importante destacar que a la crisis profunda que se observa en los planos económico, político y social a nivel mundial, hay que agregarle otra crisis, la de los modelos teóricos y de intervención producidos para tratar los procesos sociales y, dentro de ellos, en particular el proceso salud-enfermedad. Hoy se habla de la crisis de los paradigmas, de la crisis de las explicaciones mecanicistas, de la crisis de la capacidad explicativa de los modelos biólogos, histórico-estructurales y culturales, así como de las explicaciones que parten de los sujetos en tanto individuos sociales aislados. Y también se habla de la crisis de la salud pública, tanto a nivel de su capacidad explicativa como operacional en relación a las actividades que se desarrollan alrededor del proceso salud-enfermedad desde el sector.

Las explicaciones que aparezcan en el campo de la salud internacional no pueden eludir el doble desafío que significa a su vez enfrentar los determinantes que surgen de los procesos económicos, políticos y sociales de la crisis de finales de siglo con la crisis de los modelos teórico-metodológicos y operacionales que han intentado dar cuenta de esos procesos.

La construcción de ese "modelo independiente-cooperativo" del que se habló con énfasis en la reunión de Quebec implica repensar también, en concreto, el rol de las agencias, de las universidades, de las instituciones que favorecen la cooperación técnica y financiera internacional en salud, de los organismos bilaterales y multilaterales en el campo de salud internacional. E implica, fundamentalmente, la participación de los movimientos sociales y las organizaciones que los representan en la cristalización de un compromiso que permita apoyar las cuestiones de equidad, eficacia y democratización en salud que son, al final, las cuestiones por las que militan tantos, así en el Norte como en el Sur y a las que se oponen aquellos intereses cuyo poder emana de la mercantilización de la atención médica, de la medicalización de la vida y de la injusticia social tanto en un hemisferio como en el otro.

### Referencias

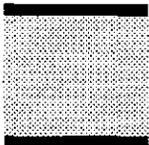
1. Godue, C. La Salud Internacional: Un concepto en formación. Documento de trabajo. Mimeo, 29 pags. Montreal, enero de 1990. Presentado en la reunión de Quebec, Canadá, 1991\*.
2. Frenk, J. y Chacón, F. Educación, Investigación y Acción en Salud Internacional. Mimeo, 14 pags. Quebec, Canadá, 1991\*.
3. Rovere, M. Dimensiones internacionales de la salud. Mimeo, 15 pags. Quebec, Canadá, 1991\*.
4. Panisset, U. Reflexiones sobre salud como asunto internacional. Mimeo, 27 pags. Quebec, Canadá, 1991\*.
5. Rodríguez Neto, E.; Ferreira Brito, I. y Almeida Souza, A. "Saúde internacional e integração latinoamericana". Mimeo, 12 pags. Quebec, Canadá, 1991\*.
6. Bustelo, E. La producción del Estado de malestar: Ajuste y política social en América Latina. Mimeo, 20 pags. Quebec, Canadá, 1991\*.
7. Rodríguez, M.I. El Programa de Salud Internacional de la OPS. Mimeo, 19 pags. Quebec, Canadá, 1991\*.

---

\* Todos los artículos se encuentran publicados en este libro.

**PRIMERA PARTE**

**LOS GRANDES DESAFIOS  
PARA LA SALUD EN LAS AMERICAS**



## Los Grandes Desafíos de los Años 90 y su Impacto en Salud Internacional\*

Carlyle Guerra de Macedo

Cuando hablamos de los retos que enfrenta el sector salud en América Latina, no los podemos separar de los otros grandes desafíos globales que la región tiene que enfrentar en este final de siglo. Y el mayor de ellos es el desafío del desarrollo. No hablamos exclusivamente de crecimiento, sino más bien del desarrollo en cuanto a calidad, al modelo en sí. Incluso en los momentos en que ciertos modelos de desarrollo eran considerados milagros económicos, ese "desarrollo" no bastó para resolver el problema central de las sociedades organizadas, de los estados y de los sistemas económicos que es el bienestar de los pueblos. Para citar un solo ejemplo, en la década de los 70, antes de la crisis actual, la cantidad absoluta de pobres aumentó en casi 40 millones de personas durante un período en que prácticamente todas las economías de América Latina estuvieron creciendo a tasas bastante aceleradas.

Los problemas que nosotros enfrentamos en cuanto a desajustes, desequilibrios económicos, y sobre todo a la ineficacia de nuestras economías para dar respuesta a los problemas de vida y de bienestar de las poblaciones, no provienen esencialmente de la crisis ni de la década perdida. Son problemas mucho más profundos, de naturaleza estructural relacionados con el propio modelo de desarrollo que hemos estado aplicando históricamente en nuestras sociedades.

La exposición de Eduardo Bustelo acerca de las características indeseables de los acontecimientos actuales es elocuente. De ella se desprende que no es posible retomar los modelos de desarrollo del pasado. Necesitamos dar respuesta al reto del progreso para América Latina en el momento actual creando un nuevo modelo, rescatando algunas de las características que desde la perspectiva de la salud son fundamentales. Voy a citar seis de ellas, corriendo el riesgo de simplificar demasiado, pero quisiera enfatizarlas.

Primero, el desarrollo exige crecimiento, producción, productividad. El primer desafío es crear las condiciones para que esa producción pueda darse en forma eficiente y que aumente la productividad. Debe haber condiciones institucionales para resolver los desequilibrios existentes en la economía, la inflación, el servicio de la deuda, el déficit fiscal y sobre todo, la capacidad de inversión tan reducida, que compromete el futuro de todos nosotros.

---

\* Resumen de los comentarios del Dr. Carlyle Guerra de Macedo presentados al final de la primera sesión de trabajo del Seminario-Taller.

Segundo, no es suficiente el aumento de la producción en sí y por sí, sino que ese aumento tiene que reflejarse en equidad y bienestar social. Esto no puede darse automáticamente como resultado del libre juego de los mercados, con lo complejo que es el marco social y las condiciones particulares de la economía en América Latina. La magia del mercado no basta para organizar las actividades productivas a través del estímulo de la iniciativa y de la creatividad privadas, que en sí no resuelven el problema de la equidad. Esto tiene que ser objeto explícito de la voluntad política y de decisiones específicas y definidas.

La tercera característica se refiere a que el nuevo modelo de desarrollo exige la vigencia de regímenes que aseguren libertad y democracia. Eduardo Bustelo hace mención en su trabajo que "capitalismo habrá aún sin democracia", y yo creo que eso es verdad. No habrá desarrollo tal como lo estamos definiendo si la democracia se limita a elegir periódicamente las autoridades, aunque eso es importante. La democracia debe identificarse con un modelo de vida, con la posibilidad de la participación, con la capacitación de los marginados de hoy y de la población entera para participar en las decisiones sobre su propio destino, día a día, en la participación sujeto. En nuestra región se teorizó tiempo atrás sobre la posible mayor eficiencia de las tecnocracias sustentadas en los gobiernos de hecho, para promover a través de decisiones llamadas racionales el desarrollo de nuestros países. En algunos casos, fueron efectivas para promover el crecimiento económico, pero no el verdadero desarrollo que depende de la participación de todos.

La cuarta característica es la de que no actuamos aislados del contexto universal. El desarrollo de los países de América Latina y de la región como un todo, tiene que buscarse a través de una inserción mejor en la economía mundial, a través de la internacionalización de esta economía. Desde la perspectiva individual de cada país va a ser imposible acompañar ese proceso, debido a la insuficiencia de su poder político y económico en términos universales. El desarrollo necesario de América Latina tiene que basarse en la búsqueda incesante de la integración regional. Ella ya no será un ideal o un lema heredado de los fundadores de nuestras patrias sino más bien una necesidad de supervivencia.

En quinto lugar, no necesitamos un desarrollo que se limite a factores coyunturales o eventuales favorables. El desarrollo que debemos construir tiene que tener continuidad. Además de las condiciones institucionales para construirlo, tiene que haber paz social y dominio del conocimiento, de la ciencia y de la técnica y la capacidad de utilizarlas para promover el desarrollo que queremos; la cultura; el cambio de valores para crear las condiciones que hacen posible el desarrollo y la protección del ambiente. Los recursos naturales deben ser parte de los recursos con que contamos para promover el desarrollo necesario. Existe, por lo tanto, la obligación de protegerlos para que ese desarrollo sea permanente y duradero, y para proteger el futuro de las nuevas generaciones. La

protección del medio ambiente constituye otro desafío dentro del proceso de desarrollo, pero al mismo tiempo tiene implicancias para la salud.

Y por último, en sexto lugar, el problema central del papel del Estado en cuanto a asegurar las condiciones del bienestar de las poblaciones, pese a la ideologización de los procesos sociales en el mundo. Veo con preocupación, al terminar el conflicto ideológico Este-Oeste que se plantea la privatización como solución mágica de todos los problemas. Existe un concepto de que el Estado es el responsable de todo lo que está mal. En América Latina eso conlleva un peligro muy grande, no porque el Estado no deba alejarse de las funciones menores de producción de bienes, para las que no tiene idoneidad, y que pueden ser hechas de manera mucho más eficaz y eficiente por la iniciativa privada. El hecho es que incluso en las sociedades más complejas, el Estado tiene una fuerte presencia. Para asegurar el bienestar de todos, así como nuestro desarrollo, necesitamos más Estado, pero un Estado diferente del que conocimos en el pasado, más operante, con más capacidad de decisión, que no esté privatizado y que por lo tanto adquiera un cierto grado de autonomía en relación con los grupos de intereses, y sobre todo, con los intereses del capital.

En el campo de la salud, eso es más evidente. La salud y el desarrollo, por ser construcciones históricas y sociales, son esencialmente el resultado de una decisión y de un proceso político y comprenden la participación de todos los actores sociales. El más importante de los cambios institucionales es democratización del uso del poder y, por lo tanto, de la capacidad de decidir.

Dentro de ese contexto, me gustaría referirme a los desafíos específicos de la salud, siendo el primero de ellos su inserción adecuada dentro de los procesos de desarrollo necesarios de América Latina, no sólo como fin en sí mismo sino como parte integrante de ese proceso de desarrollo.

Las acciones de salud en las Américas siguen enfrentando los problemas derivados de las extremas desigualdades y de la marginalización de grandes sectores de nuestra población; más o menos una tercera parte de la población de América Latina sigue todavía privada del acceso regular a los servicios de salud mínimos esenciales para el cuidado de su salud.

El sector salud ha realizado también algunas contribuciones importantes. Quisiera hacer referencia al descenso de la mortalidad en medio de la crisis. Si las tasas de mortalidad observadas en América Latina en 1981, el año inmediatamente anterior a la crisis actual, se hubieran mantenido constantes en 1990, nosotros habiéramos tenido 700.000 muertes más de las que realmente ocurrieron. Esto no puede atribuirse a las mejores condiciones de vida ni a un mayor bienestar de la población, porque el ingreso se ha reducido en casi un 10% per cápita, y además se ha concentrado mucho más que en el pasado. Los pobres son hoy cerca de 190 millones de personas, la mitad de las cuales viven en estado de indigencia.

Ese resultado no se debe exclusivamente a la acción de las actividades de salud. Sin embargo, de los estudios empíricos que estamos haciendo, de las informaciones que estamos recabando, surge que el sector salud en América Latina en general tuvo una capacidad de ajuste y de focalización en los problemas principales. La mayor explicación de esta reducción tan extraordinaria de la mortalidad radica en el nivel de información de las familias y sobre todo de las madres, incluso la información sobre el uso de los pocos servicios disponibles en sus estrategias de supervivencia. Esta es una contribución que el sector salud hace al proceso de desarrollo. Salud tiene una responsabilidad extraordinaria y hace esta contribución a la creación de ese ambiente psicosocial favorable a la realización de las actividades productivas y a la implantación del desarrollo que necesitamos para contrarrestar la desesperanza y el descreimiento creado por las políticas de ajuste y por las experiencias con modelos económicos y con políticas impuestas desde hace tiempo en la mayoría de nuestros países.

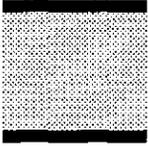
En los próximos diez años, la salud en América Latina tiene que enfrentar ese cambio en cuanto a los problemas, a los riesgos y a sus determinantes y a esa situación de coexistencia entre lo nuevo y lo viejo. Las desigualdades internas de los países hacen que lo viejo corra parejo con lo nuevo: nuevos problemas, más complejos, más exigentes y más caros de atender. La población se agranda aún más a pesar de la reducción de la fecundidad, se hace más vieja y se urbaniza cada vez más, se informa más y mejor, y por eso también demanda y exige más. Estos desafíos del cambio de nuestras condiciones de trabajo, de los riesgos y de las respuestas a estas incitaciones coexisten con las restricciones de los recursos que van a continuar. Al mismo tiempo, aumenta la importancia de la reorganización de los sistemas de salud en prácticamente todos los países de la región, adecuándolos a las características epidemiológicas de los desafíos. Se trata, sobre todo, de crear nuevos modelos de atención, de establecer nuevas prácticas de salud que son obras prácticas de vida.

La ciencia y la tecnología constituyen los factores singulares más importantes para dar respuesta a ese tipo de sistemas que necesitamos. Una de las características de la tradición histórica de todo el proceso administrativo de nuestras sociedades estriba en la centralización que explica la extraordinaria ineficiencia de los sistemas actuales. La descentralización no debe ser simplemente la disculpa o el pretexto para transferir la responsabilidad sin recurso y alejar al Estado de sus responsabilidades con la salud, sino conducir a aproximar los servicios a las comunidades a las que sirven y a establecer responsabilidad mutua entre servicios y comunidades. De hecho, en América Latina, nadie es responsable por la muerte de un niño, de una madre, de un viejo, de un hombre o de una mujer, por la falta de una gota de vacuna, o de sales de rehidratación o al dar a luz un nuevo ser humano.

La noción de cambio, aún en los casos en que hemos tenido éxito, es el mayor de los desafíos específicos para el sector salud. Decía el Dr. Terris que

se pueden hacer muchas cosas en América Latina. Hay experiencias concretas a nivel nacional y hay experiencias menores dentro de los países. Todo depende de la voluntad, de la capacidad de liderazgo, de organización, de promoción, de plantear los problemas de salud en el plano político y en el plano del desarrollo. Esos desafíos para la salud y para el desarrollo en este final de siglo, tienen profundas implicaciones para la salud internacional. El problema de la salud internacional no se deriva exclusivamente de lo relacionado directamente con la salud, es decir los problemas o los riesgos, sino de la imbricación entre salud y desarrollo. Salud es parte del proceso de desarrollo, implica la preocupación que viene de la internacionalización de la economía, y por extensión, por el campo de las actividades o de las relaciones internacionales, de la cual la salud es cada día una parte más importante. Al mismo tiempo, la internacionalización de los problemas de salud tiene lugar, se agrava en cuanto a sus riesgos, a sus problemas, a los insumos que utilizamos para la organización de los sistemas y la prestación de los servicios. Ello sucede en términos de transferencia del conocimiento y de la tecnología, de los patrones de organización. En cada uno de estos campos, se hace necesaria la acción internacional como complemento a lo que se hace dentro de cada país. Desde la perspectiva de la Organización Panamericana de la Salud, eso significa el desafío de un cambio también en la forma en cómo debe desarrollarse la cooperación, nuestro quehacer.





# La Producción del Estado de Malestar: Ajuste y Política Social en América Latina

Eduardo S. Bustelo

"Vinieron los sarracenos y nos molieron a palos, que Dios está con los malos cuando son más que los buenos".  
(Del Refranero Español)

## Introducción

Este trabajo pretende dar algunas informaciones básicas recientes que documentan los efectos regresivos del endeudamiento externo y trata de avanzar algunas reflexiones sobre lo que se denomina el Estado de Malestar que, vía políticas de ajuste, se está produciendo en la región como opuesto al clásico Estado de Bienestar. También plantea algunos puntos que parecen insoslayables en el debate aún abierto sobre la relación crecimiento-equidad en América Latina.

En primer lugar, se hace una revisión de los principales indicadores económicos y sociales al iniciarse la década del 90. En segundo lugar, se presentan sintéticamente los paradigmas de ajuste introducidos y se analizan algunos de sus problemas y resultados. En tercer lugar, y como efecto de la implementación de sucesivos ajustes que no han logrado ni los equilibrios macroeconómicos deseados ni el crecimiento económico, se analiza la producción del Estado de Malestar mediante el desguace del incipiente Estado de Bienestar existente en la región. Esta desarticulación conlleva una reducción significativa de la cantidad y calidad de servicios sociales del sector público y la exclusión de un segmento aún mayor de la población que queda relegado al sector de la economía informal de subsistencia y baja productividad. No se pretende negar la necesidad del ajuste, ni tampoco que el mismo debe abarcar también a los sectores sociales, en donde significativas asignaciones financieras para combatir la miseria y la pobreza no han evitado que se expanda, por no decir que deberían haberla suprimido. El problema no es el ajuste, sino qué ajuste y para quién. En cuarto lugar, el trabajo pretende en la parte final, plantear algunas ideas sobre una economía mixta de bienestar, que recupere el potencial del sector público y el mercado en una instancia de macro regulación colectiva que posibilite las inversiones necesarias para financiar un crecimiento con mayor integración social.

## América Latina en los Años 80

Al iniciarse la década del 90, las economías de América Latina conservaban sus tres características básicas: son las de más alta inflación; las de

más alto endeudamiento externo y las de más desigual distribución del ingreso en el mundo.

El endeudamiento externo continúa siendo el factor más limitante para el crecimiento de la región. América Latina sigue siendo una exportadora neta de capitales al mundo desarrollado: entre 1983 y 1990, la transferencia neta de recursos superó los EU\$ 200,000 millones (cuadro 1). No se han restaurado las corrientes de inversión externa en la región y todavía más traumático, en los últimos años, América Latina ha experimentado una transferencia negativa de recursos global entre EU\$ 2,000 y 3,000 millones por año a los organismos financieros multilaterales tales como el Fondo Monetario Internacional, El Banco Mundial y hasta el Banco Interamericano de Desarrollo<sup>17</sup>.

La transferencia de recursos por causa del endeudamiento externo y las políticas de ajuste implementadas han reducido significativamente la dinámica de crecimiento. El Producto Interno Bruto (PIB) que en el período 1950-80 creció a un 5.5% anual, durante la década del 80, creció sólo a un ritmo del 1.2% anual. De este modo, el PIB por habitante se redujo 9.6% entre 1981 y 1990 (cuadro 1). Esto fue acompañado de una brusca caída de las remuneraciones reales, que significó una disminución del 42% de los ingresos medios del sector informal urbano y del 24% de los salarios mínimos urbanos (cuadro 2). Esto adquiere una significación especial ya que el 74% de la población económicamente activa en América Latina es urbana. Así mismo la región, que había registrado una histórica caída de la subutilización de la fuerza de trabajo (desempleo abierto más subempleo) durante 1950-1980, este coeficiente aumentó en la década del 80, de 40% a un 42%. Esto a su vez está asociado a cambios en el mercado de trabajo hacia empleos de baja productividad (aumento del sector informal urbano de 24% en 1980 a 30% en 1989) conjuntamente con un proceso de precarización del trabajo.

Con los indicadores presentados, no es de extrañar que en América Latina haya aumentado la pobreza en el decenio de los 80. En efecto (cuadro 3), la pobreza y la indigencia han aumentado en números absolutos y relativos y ha aumentado tanto en las áreas urbanas como en las rurales. Debido a que la tasa de fecundidad en la región es todavía muy alta, los grupos poblacionales con más peso en la pobreza son niños y jóvenes<sup>1</sup>. Sin embargo, lo más llamativo de la crisis de la década del 80 es que, como resultado de la caída de las remuneraciones reales, la pérdida de calidad de los puestos de trabajo y el crecimiento de la subutilización de la mano de obra, han surgido los "nuevos pobres". Los "nuevos pobres" son trabajadores de los sectores medios que habían conseguido salir de la pobreza estructural y habían tenido acceso a un mercado de bienes y servicios más amplio comprendiendo vestuario, electrodomésticos, vivienda y servicios en educación y salud. Los "nuevos pobres" han experimentado una pérdida salarial equivalente a 4 puntos del PIB durante el período 1980-1989 (PREALC, 1990). El conjunto de los trabajadores

perdió un volumen salarial equivalente a 6 puntos del PIB (cuadro 4), al mismo tiempo que los sectores en pobreza estructural perdieron el equivalente a sólo 2 puntos del PIB (cuadro 5). Esto significa que gran parte de la crisis recayó sobre los sectores urbanos medios.

La situación generada con los "nuevos pobres" tiene una importancia particular en América Latina. En efecto, la región consiguió durante las décadas del 60 y parte del 70 avances significativos en salud (descenso de la mortalidad materno-infantil) y educación (aumento de la escolaridad primaria y secundaria y caída del analfabetismo) gracias a la expansión de los sectores medios. Son en definitiva los sectores medios los que han posibilitado y aún posibilitan la sustentación del largo, difícil y aún incompleto proceso de democratización en la región. La crisis socioeconómica presente, al configurar sociedades más duales y congelar los mecanismos de movilidad social, será un desafío muy grande para la consolidación de los procesos democráticos en términos de procesar más y más complejas demandas con menor disponibilidad de recursos.

Debe destacarse que la situación descrita se da en un cuadro en donde varios países de la región ya exhibían desigualdades en la distribución del ingreso entre las más altas del mundo<sup>8,15</sup>, lo que probablemente empeoró durante la década, como lo demuestran los datos sobre distribución funcional del ingreso (cuadro 4).

Los procesos de ajuste han sido acompañados por elevados índices de inflación. En 1990 casi ningún país de América Latina y el Caribe tuvo índices inflacionarios inferiores al 25% anual y el índice de precios al consumidor para toda la región ponderado por el tamaño de la población casi alcanzó un 1500% anual (cuadro 1). Si la crisis del Golfo Pérsico incrementa los precios del petróleo se pueden agudizar aún más las tendencias inflacionarias.

Debido a los elevados ritmos inflacionarios, la mayoría de los países de la región han implementado durísimos paquetes de ajuste destinados a controlar el déficit fiscal. Como efecto combinado de la inflación y la dureza del ajuste, la tasa de formación de capital cayó del 22.7% del PIB en 1980 a 16.4% en 1989<sup>18</sup>. La caída de la inversión pública y privada, las transferencias de capital a los países desarrollados por pagos de servicios de la deuda externa y los términos de intercambio negativos, plantean serias dificultades a la formación de ahorro y, por lo tanto, a la posibilidad de retomar el crecimiento en la región.

En síntesis, América Latina ha sufrido durante el decenio de los 80 un severo revés en términos de un grave retroceso económico que ha acentuado el endeudamiento externo, elevado los procesos inflacionarios y agudizado las desigualdades sociales.

Cuadro 1  
América Latina y el Caribe Indicadores Económicos

| Conceptos  | 1983  | 1984  | 1985  | 1986  | 1987  | 1988  | 1989   | 1990  | Variaciones<br>1981-1990 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|--------------------------|
| Producto interno bruto a precios de mercado (índice base 1980=100) | 96.4  | 99.7  | 103.2 | 107.0 | 110.3 | 111.3 | 113.0  | 112.4 |                          |
| Población (millones de habitantes)                                 | 381.4 | 390.3 | 398.8 | 407.4 | 416.1 | 424.9 | 433.7  | 442.6 |                          |
| Producto interno bruto por habitante (índice base 1980=100)        | 90.0  | 91.0  | 92.2  | 93.6  | 94.5  | 93.3  | 92.8   | 90.4  |                          |
| <i>Tasa de crecimiento</i>   |       |       |       |       |       |       |        |       |                          |
| Producto interno bruto   | -2.7  | 3.5   | 3.5   | 3.7   | 3.1   | 0.9   | 1.5    | -0.5  | 12.4                     |
| Producto interno bruto por habitante                               | -4.8  | 1.2   | 1.2   | 1.5   | 0.9   | -1.2  | -0.6   | -2.6  | 9.6                      |
| Precios al consumidor  | 130.5 | 184.7 | 274.1 | 64.5  | 198.5 | 778.8 | 1161.0 | 491.5 |                          |
| Relación de precios del intercambio de bienes                      | 1.3   | 6.6   | -4.4  | -10.3 | -0.8  | -1.1  | 3.3    | -1.2  | 20.6                     |
| <i>Miles de millones de dólares</i>                                |       |       |       |       |       |       |        |       |                          |
| Deuda externa global bruta   | 356.7 | 373.5 | 383.5 | 399.4 | 426.0 | 417.9 | 417.5  | 422.6 |                          |
| Transferencia neta de recursos                                     | -31.6 | -26.9 | -32.3 | -22.8 | -16.3 | -28.8 | -27.3  | -18.9 |                          |

Fuente: CEPAL, 1990 a)

Cuadro 2  
 América Latina: Evolución de los Salarios e Ingresos Medios Reales  
 por Rama de Actividad Económica y Segmento del Mercado de Trabajo  
 1980-89\* (Porcentajes)

|  | Tasa Anual de Crecimiento |         |         | Indice 1989<br>(1980=100) |
|--|---------------------------|---------|---------|---------------------------|
|  | 1980-83                   | 1983-86 | 1986-89 |                           |
| <b>Rama de actividad económica</b>     |                           |         |         |                           |
| Agricultura**                          | -4.3                      | 0.4     | -3.3    | 80.0                      |
| Industria manufacturera                | -1.8                      | 0.6     | -0.6    | 95.0                      |
| Construcción                           | -2.1                      | 2.7     | 2.5     | 93.0                      |
| <b>Segmento del mercado de trabajo</b> |                           |         |         |                           |
| Sector formal privado                  |                           |         |         |                           |
| Empresas medianas y grandes            | -4.5                      | 4.8     | -2.4    | 93.0                      |
| Empresas pequeñas                      | -3.1                      | -3.4    | -5.1    | 70.0                      |
| Sector público                         | -6.4                      | -1.9    | -3.5    | 70.0                      |
| Sector informal                        | -10.3                     | -0.3    | -6.5    | 58.0                      |
| <b>Salarios mínimos</b>                |                           |         |         |                           |
| Mínimos urbanos                        | -3.4                      | -2.0    | -3.7    | 76.0                      |

\* Los ingresos medios corresponden al sector informal.

\*\* Representa la evolución de los salarios mínimos agrícolas en la mayoría de los países.

Fuente: PREALC (1990)

Cuadro 3  
América Latina: Magnitud de la Pobreza en la Población

|        | 1980    |    |            |    | 1989    |    |            |    |
|--------|---------|----|------------|----|---------|----|------------|----|
|        | POBREZA |    | INDIGENCIA |    | POBREZA |    | INDIGENCIA |    |
|        | Miles   | %  | Miles      | %  | Miles   | %  | Miles      | %  |
| Total  | 135,900 | 41 | 62,400     | 19 | 183,200 | 44 | 87,700     | 21 |
| Urbano | 62,900  | 30 | 22,000     | 11 | 103,700 | 36 | 39,400     | 14 |
| Rural  | 73,000  | 60 | 39,900     | 33 | 79,500  | 61 | 48,300     | 37 |

Fuente: CEPAL-PNUD (1990)

Cuadro 4  
 América Latina: Producto Interno Bruto y Distribución  
 Funcional del Ingreso 1980-89 (Porcentajes)

|   | Composición |      |      |      | Tasa anual de<br>crecimiento<br>1980-89 |
|---|-------------|------|------|------|---|
|   | 1980        | 1983 | 1986 | 1989 |   |
| Ingreso nacional bruto a precios de mercado | 97          | 92   | 91   | 91   | 0.2                                     |
| Ingresos de trabajo*                        | 44          | 41   | 40   | 38   | 0.6                                     |
| Ingresos brutos del capital                 | 53          | 51   | 51   | 53   | 1.2                                     |
| Distribución funcional del ingreso**        |             |      |      |      |   |
| Ingresos del trabajo                        | 45          | 45   | 44   | 42   |   |
| Ingresos brutos del capital                 | 55          | 55   | 56   | 58   |   |

\* Estimación con base en datos de Cuentas Nacionales de CEPAL. Los ingresos brutos del capital fueron calculados como residuo.

\*\* Corresponde a la distribución del Ingreso Nacional Bruto a precios de mercado.

Fuente: PREALC (1990)

Cuadro 5  
América Latina: Estimación de las Brechas de  
Pobreza e Indigencia, 1980-89

| Componente                               | 1980 | 1989 | Incremento 1980-89 |
|--|------|------|--------------------|
| <b>Brecha de la pobreza<sup>a/</sup></b> | 3.2  | 5.2  | 2.0                |
| Extensión de la pobreza <sup>a/</sup>    | 40   | 44   | 4.0                |
| Intensidad de la pobreza <sup>b/</sup>   | 32   | 47   | 15.0               |
| Línea de pobreza/Ingreso medio           | 33   | 33   | --                 |
| <b>Brecha de la indigencia</b>           | 3.2  | 1.1  | 0.5                |
| Extensión de la indigencia               | 19   | 21   | 2.0                |
| Intensidad de la indigencia              | 27   | 40   | 13.0               |
| Línea de indigencia/Ingreso medio        | 17   | 17   | --                 |

<sup>a/</sup> Insuficiencia o brecha de ingresos respecto a la línea de pobreza o indigencia. Esta brecha está medida como porcentaje respecto al Producto Bruto Interno (PIB). En este cálculo el ingreso medio de las personas equivale a un 75% del PIB per cápita.

<sup>b/</sup> Porcentaje de condición de pobreza o indigencia.

<sup>c/</sup> Porcentaje de insuficiencia del ingreso medio respecto al ingreso de las líneas de pobreza o indigencia.

Fuente: Estimaciones de PREALC 1990, con base en CEPAL-PNUD 1990.

## **El Cansancio del Ajuste**

Durante la década de los 80 se implementaron una gran variedad de paquetes de ajuste en general, todos con un mismo paradigma aunque con distintas modalidades.

En un primer momento la concepción del ajuste parte del endeudamiento externo. Se trata de lograr un equilibrio en la balanza de pagos generando un superávit en la balanza comercial, expandiendo las exportaciones de bienes transables, comprimiendo las importaciones y controlando las restantes variables macroeconómicas, sobre todo la demanda agregada y su correlato, el déficit fiscal.

Las hipótesis subyacentes de este enfoque esperaban un comercio internacional en expansión con los países industrializados recuperando sus niveles de crecimiento y un mercado internacional de capitales con tasas de interés en baja. Estabilizados los precios y generado un excedente para el pago de los servicios del endeudamiento externo, se restauraría rápidamente la inversión y retornaría el flujo de capitales externos. El ajuste sería por tanto de corta duración y, en general, el tiempo del mismo indirectamente proporcional a su drasticidad.

Ni el escenario internacional se comportó de acuerdo a las hipótesis ni las medidas introducidas fueron eficaces. El resultado fue que la inversión no se recuperó, por lo tanto las economías no crecieron y tampoco se consiguió la ansiada estabilidad de precios. Si bien hay muchas razones para explicar lo sucedido -varias de ellas como se mencionó, de origen exógeno- el continuo superávit de la balanza comercial parece ser una razón relevante. En efecto, si bien la reducción de importaciones y el aumento de exportaciones pueden solucionar los problemas de divisas para el pago de los servicios de la deuda externa, esto no resuelve el problema de su captación. En efecto, el sector público debe generar los recursos para comprar los dólares a los exportadores para el pago de los servicios del endeudamiento externo. El superávit comercial se entronca así con el problema del desequilibrio fiscal que aparece como el núcleo central de la crisis. Cabe destacar que sólo el endeudamiento externo, equivale a un peso de casi cinco puntos del PIB que quedan encapsulados en el déficit fiscal.

Se propone entonces una nueva modalidad de ajuste que parte del déficit fiscal y sus componentes tanto interno como externo. Se intenta su equilibrio tanto por el lado del gasto como de los ingresos del sector público. Por el lado del gasto, se utilizan varios instrumentos para su reducción: ajuste de las remuneraciones del empleo público por debajo de la inflación; suspensión de la

inversión pública; atraso a los pagos de la deuda interna y externa\*; reducción del gasto social; control de transferencias a municipios y provincias; esquemas de despido, retiro y/o jubilación forzosa de empleados públicos; etc.. Por el lado de los ingresos, se han implementado varias modalidades de reforma tributaria que no han dado los resultados esperados ya que éstos no advienen en el corto plazo. Por lo tanto, se ha apelado al uso de impuestos indirectos, particularmente aquellos que gravan el consumo generalizado y son de fácil recolección y al incremento de las tarifas de las empresas públicas.

Un balance preliminar indicaría que, por el lado del gasto, pareciera que en principio se obtuvieron algunos éxitos en su reducción, no así en los ingresos fiscales. Los sistemas tributarios de la región son complejos y sensibles a las fluctuaciones internas, a los cambios en los precios relativos y al volumen y precios del comercio exterior<sup>17</sup>. Así, una caída de los precios del comercio exterior en algunos productos cruciales reduce significativamente la recaudación tributaria. Igualmente, el descenso de los niveles de ingreso, la inflación y la recesión operan en un sentido procíclico. Como resultado, el déficit fiscal después de una caída inicial no ha podido ser controlado. Agotado el recurso del endeudamiento tanto interno como externo no ha habido más remedio que incursionar en un financiamiento espurio y, por lo tanto, en elevados niveles de inflación.

En la medida en que el déficit fiscal presentaba crecientes dificultades de equilibrio y las presiones inflacionarias se agudizaban, comenzó a pensarse en ajustes más drásticos y relacionados a transformaciones sustantivas de mediano plazo. Conseguir la estabilidad necesaria para restaurar el crecimiento requeriría, según este enfoque, de cambios institucionales de envergadura relacionados al perfil de la oferta y la demanda y a la relación entre lo público y lo privado. Comienza así el desmontaje explícito del aparato del sector público a través de lo que denomino la producción del Estado de Malestar.

Para paliar los efectos de exclusión social de los ajustes, una serie de medidas fueron implementadas. Las políticas sociales introducidas -particularmente los fondos de desarrollo social- aunque puedan haber alcanzado algunos sectores perjudicados por el ajuste, no han compensado la reducción salarial ni la caída en la cantidad y calidad de los servicios sociales básicos y han soslayado el tratamiento de la equidad en el financiamiento del déficit fiscal<sup>5</sup>.

Ajuste tras ajuste, la región vive ahora un proceso de cansancio<sup>10</sup>. No tan sólo eso: los paquetes de ajuste adquieren cada vez más corta duración (5 ó 6 meses a lo sumo) debido a que los desequilibrios se aceleran por el comportamiento exponencial de alguna variable de significación en el esquema (tipo de cambio, tasa de interés, caída de la recaudación fiscal, etc.). Sin

---

\* El atraso del pago de los servicios de la deuda externa en América Latina alcanzó a US\$ 11,000 millones en 1990 (PREALC, 1990).

embargo, las medidas introducidas continúan sin producir los resultados esperados: la recesión se prolonga; la inflación crece; el desequilibrio fiscal se agudiza; los empresarios continúan sin invertir y los trabajadores todavía no reciben mejoras en su calidad de vida, por lo menos, para reparar en parte los elevados costos sociales de los sucesivos ajustes.

## **El Estado de Malestar**

La situación socioeconómica durante la década del 80 en América Latina que se describe en ítem anteriores, ha puesto en evidencia las limitaciones del incipiente Estado de Bienestar en la región.

En particular, numerosos estudios han señalado la exclusión de un importante sector de la población de los beneficios de la política social, así como la ineficiencia asignativa del gasto social<sup>4</sup>. Visto desde los pobres, el Estado de Bienestar es un ausente o su presencia circunstancial, fragmentada y/o acotada. Esta constatación fundamenta la crítica a la presencia del Estado en la política social, particularmente a la prestación estatal de servicios sociales en salud y educación.

Pero del cuestionamiento del Estado de Bienestar y, principalmente, de la presencia estatal como instancia correctiva en la distribución del ingreso a través del sistema de transferencias netas que opera con el financiamiento y el gasto social, se pasa a una política de desarticulación explícita del andamiaje institucional del mismo. Esto a su vez va acompañado de una prédica contra la ineficiencia del Estado y sus servicios y de la inutilidad del pago de impuestos destinado a su financiamiento; prédica cuyo destino es generar las bases de legitimidad social que posibiliten la anulación o el recorte de la presencia del Estado en la economía. De la crisis del Estado de Bienestar y sus intentos de reforma se pasa entonces a la producción del Estado de Malestar. Aunque el paradigma del Estado de Malestar no puede ser aplicado uniformemente a todos los países de América Latina debe admitirse que, en los procesos de ajuste, su difusión es bastante generalizada.

El concepto Estado de Malestar tiene dos dimensiones básicas estrechamente relacionadas: una psicosocial y otra institucional.

La dimensión psicosocial se genera en la conformación de una sociedad más dual en donde los estratos medios tienden a desvanecerse y en donde se congelan las perspectivas de movilidad social ascendente. Sobre la comprobada ausencia de los servicios sociales básicos del Estado en los sectores de menores ingresos, se construye un discurso de un individualismo dogmático que deja a cada persona librada a su propia suerte, resintiendo el tejido social y las redes comunitarias de solidaridad.

La dimensión psicosocial que, como se ve, tiene referentes reales concretos, hace referencia a una percepción colectiva o estado de ánimo -particularmente de los

sectores de bajos ingresos y los "nuevos pobres"- que se traduce en dos aspectos. En primer lugar, un estado de desesperanza que se deriva de una situación de continuo retroceso social en términos de ingresos reales y oportunidades de empleo decrecientes. En el caso de los "nuevos pobres", acceso restringido a posiciones de trabajo de baja calificación, baja productividad y bajos salarios. En segundo lugar, un estado de descreimiento ya que los servicios de los sectores sociales públicos casi nunca fueron accesibles para los sectores de bajos ingresos o, en el caso de los "nuevos pobres", acceso a servicios deteriorados y sobrecargados.

Estos sentimientos de desesperanza y descreimiento, que en su interacción se refuerzan mutuamente, producen un Estado de Malestar que se traduce en una caída generalizada de las expectativas relacionadas al mejoramiento de la calidad de vida. Sobre estas percepciones se produce concomitantemente la dimensión institucional del Estado de Malestar, que consiste principalmente en el desguace del incipiente Estado de Bienestar que alguna vez se pensó consolidar en América Latina.

El desarme de la estructura de los servicios sociales públicos se produce en los siguientes términos:

1. Comportamiento procíclico: desde su expansión, el Estado de Bienestar fue pensado al interior de una propuesta macroeconómica como un mecanismo contracíclico, tanto desde el punto de vista del gasto como de su financiamiento. El proceso de ajuste en América Latina al concebir al gasto social como "blando" procede a su corte y reducción dejando sobrevivir mínimos mecanismos compensadores. Del lado del financiamiento, hay un alto componente de impuestos indirectos debido, entre otras cosas, a la presencia de elementos "rígidos" tales como subsidios al capital y la imposición directa sobre los ingresos altos y la riqueza<sup>3</sup>. De este modo, el 80% del mismo tiene un contenido procíclico lo que, a su vez, produce continuas crisis fiscales para las cuales se proponen sucesivos recortes del gasto.
2. Vaciamiento presupuestario: como consecuencia de lo anterior, se produce una reducción del presupuesto disponible para los sectores sociales, comenzando por el gasto en inversión y posteriormente el corte de los gastos de operación. Lo primero tiene como consecuencia la no expansión de los servicios, por lo menos a un ritmo como para absorber la presión demográfica, produciendo una saturación de los servicios por exceso de demanda. La reducción de los costos de operación se traduce en la falta de insumos básicos, tales como: útiles escolares, tizas y mantenimiento edilicio en las escuelas; drogas básicas, algodón, jeringas, etc., en el sector salud. Esto último va acompañado así mismo por una dramática caída de las remuneraciones reales particularmente del personal calificado como médicos y maestros, que se traduce entre otras cosas en huelgas, ausentismo y una degradación profesional en un contexto de trabajo de escasez

de recursos e insumos críticos. Todo lo anterior redundará por último en una caída generalizada en la calidad de los servicios<sup>14</sup>.

El vaciamiento del presupuesto obedece así mismo a una lógica de poder y presiones de profundo contenido regresivo. Así, los servicios en lugares más apartados y/o los que sirven a los sectores más pobres y menos organizados son cortados primero, con respecto por ejemplo a servicios urbanos que atienden a sectores de ingresos medios o altos o con un buen nivel de organización sindical<sup>13</sup>.

3. "Descentralización" de Servicios: el estado nacional transfiere servicios (redes de hospitales y puestos de salud, escuelas, etc.), a los estados locales (provincias y municipios) completamente deteriorados y desfinanciados. Los estados provinciales a su vez con mayores restricciones fiscales que el estado nacional, reciben estos "servicios" o para cerrarlos o para mantenerlos en funcionamiento a un nivel mínimo. El estado nacional se "libera" así de los servicios más que nada, no para descentralizar un sistema, sino para transferir un problema.

4. Privatización total o parcial de servicios: al abolir la gratuidad de los servicios sociales básicos se facilita la exclusión de mayores sectores sociales de los mismos. En algunos países, los servicios conservan su carácter público pero con la introducción de tarifas en los mismos sin el correspondiente sistema de selectividad que asegure las prestaciones gratuitas mínimas a los sectores de menores ingresos. En algunos países se integra a empresarios privados para hacerse cargo de los servicios sociales públicos para instaurar la "eficiencia privada" en la administración pública.

5. Ritualización de los ministerios sociales: los ministerios sociales, al quedar sólo con la responsabilidad administrativa de las erogaciones corrientes (que significa más del 90% salarios), se transforman en gestores ante el Ministerio de Economía y/o Hacienda de los fondos que se negocian entre los desmantelados sindicatos y/o grupos corporativos organizados que sobreviven (médicos, laboratorios, etc.). Al no tener fondos para transferir a los niveles locales, la función ministerial se reduce a un rito y los ministerios nacionales pierden la posibilidad de determinar la orientación final de la política social. Los ministerios sociales son ministerios sin políticas y/o sin posibilidades de implementarlas. Los ministerios tampoco tienen la capacidad para administrar una realidad más "fragmentada" y por lo tanto más compleja.

6. "Utilización" de organismos no gubernamentales y la familia: se produce un retorno a la familia y a distintos organismos de la sociedad civil sin fines de lucro, como efectores de bienestar. Esto que en un principio es muy positivo, se hace desde el desmantelamiento y la renuncia explícita del Estado a asumir su responsabilidad en términos de una provisión de servicios sociales básicos mínimos en salud y educación sobre bases universales. Se "favorecen" sistemas de autoayuda no por sus méritos organizativo-participativos, sino por su nula

significación financiera para el sector público. No existe una transferencia de conocimientos y prácticas a las familias y comunidades de modo que ellas puedan hacer frente a los problemas de salud y educación que las aquejan.

7. Focalización restringida: el gasto social debe concentrarse solamente sobre los pobres estructurales. Los "pobres cíclicos" no son una preocupación de la política social y serán absorbidos cuando se restaure el crecimiento económico. Por evitar un error de tipo B (incluir no pobres) se cae en un error de tipo A (excluir pobres). No existe focalización sobre los ingresos del sector público.

8. "Flexibilización" de las relaciones de trabajo: la idea es disminuir los costos fijos de las empresas para posibilitar una mayor generación de empleo. Con ese objetivo, se trata de modificar la legislación laboral para "flexibilizar" las relaciones laborales dando una mayor discrecionalidad a las empresas y una menor intervención sindical. Se garantizan mayores facilidades para despidos y contratación de obreros sin relación de estabilidad; movilidad entre puestos y labores, turnos y fijación de ritmos de trabajo; y una drástica reducción de prestaciones económicas y costos laborables. Como resultado, se ha producido una mayor precarización de las condiciones de trabajo.

En resumen, hay una ausencia de una preocupación explícita y/o que se traduzca en hechos concretos, para definir una política social interactuante con la política económica de manera que, con sentido contracíclico, sostenga un consumo social, básico y universal que concilie equidad con crecimiento. Los ajustes han tenido un contenido recesivo deprimiendo las oportunidades de empleo, las remuneraciones reales y han precarizado las condiciones de trabajo. Se ha intentado reducir el déficit fiscal a través del desmantelamiento del aparato estatal de bienestar y su estructura de subsidios y transferencias, lo que genera como consecuencia el Estado de Malestar en el que queda institucionalizada la ausencia de toda preocupación distributiva. El cuadro se completa con el principio de "la maldad" del Estado convertido en la instancia social que concentra monocausalmente todas las culpas: el Estado genera déficit, causa inflación; el Estado no proporciona servicios; es ineficiente; el Estado es fiscalmente voraz y finalmente, corrupto.

## **Hacia una Economía Mixta de Bienestar**

Existe en América Latina y el Caribe básicamente un solo enfoque alternativo al paradigma de ajuste descrito en ítem anteriores<sup>20</sup>. La propuesta de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe es en realidad un enfoque más amplio sobre desarrollo que incluye procesos de ajuste y/o estabilización. Principalmente, éste se centra en la generación del crecimiento a través de la incorporación de la región al mercado mundial vía la innovación tecnológica y mayor productividad en bienes manufacturados. Las

exportaciones constituyen así el elemento dinámico del crecimiento y las que generan el excedente para financiar el desarrollo. Propuestas complementarias a este enfoque proponen las políticas sociales necesarias para conciliar equidad con crecimiento<sup>12,20</sup>.

No hay lugar aquí para hacer un análisis de los enfoques anteriores cuyo tratamiento excedería las posibilidades de este trabajo. Sin embargo, y a la luz de la dolorosa experiencia regional, no podrán soslayarse dos puntos cruciales. Cuaquiera fuere en definitiva la modalidad de ajuste-estabilidad-crecimiento por la que se opte, hay dos temas cuyo tratamiento no podría ser obviado: uno es la cuestión del equilibrio fiscal como base de estabilidad económica y el otro la inversión necesaria para financiar el crecimiento.

Después de décadas de intensa puja distributiva, principalmente expresada a través de procesos inflacionarios que "lubrificaban" en el tiempo la relación salario-precios relativos, parece ahora que se llega al punto de concentración principal de la misma: el déficit fiscal. Este déficit fiscal está relacionado por un lado al endeudamiento externo y por el otro a la cuestión de la distribución de los ingresos, en tanto que el sector público puede "modelar" la misma a través de la estructura de transferencias netas que opera vía ingresos y gastos del sector público.

En cuanto al endeudamiento externo, debe esclarecerse que los sectores sociales que lo contrajeron no son los mismos que aquellos que lo están pagando. En la medida en que el pago de la deuda externa no sea al menos proporcionalmente distribuido entre los sectores sociales que la contrajeron, existe un componente de regresividad explícito. Este razonamiento se aplica aún distinguiendo entre deuda pública y privada, ya que la segunda ha sido en varios países nacionalizada o fue contraída bajo garantías reales proporcionadas por el sector público. Para atender los pagos del endeudamiento externo, se hace necesario generar un superávit comercial dada la situación de transferencia externa negativa.

Teniendo en cuenta la relativa inflexibilidad de las exportaciones y un contexto de términos de intercambio negativo, el ajuste externo se realiza deprimiendo las importaciones vía devaluaciones que conllevan como efecto asociado la elevación de los precios, la caída de los salarios, la compresión del consumo popular y una pérdida de dinamismo económico<sup>2</sup>.

El endeudamiento externo está entonces, por un lado, asociado al déficit fiscal, en tanto que el sector público debe comprar las divisas para el pago del mismo a los exportadores; por otro lado, impone una relación a la remuneración de factores internos favorable a la transferencia externa en términos de bienes transables y en devaluaciones que suponen una combinación desempleo-caída de los salarios reales. El equilibrio fiscal, a su vez, está asociado al corte del gasto público y/o incremento de su financiamiento. En estas circunstancias, la cuestión del financiamiento del déficit fiscal y el endeudamiento externo encierra la

definición central básica sobre cómo deben distribuirse los costos de la presente crisis.

Es necesario entonces hacer transparente qué sectores sociales deben pagar la deuda externa y financiar el déficit fiscal. Los márgenes para evadir la identificación de los agentes sociales relacionados al problema de la distribución de los costos del ajuste se ha estrechado, ya que el déficit fiscal no puede seguirse financiando con mayor endeudamiento externo y/o interno y que la producción de mayores Estados de Malestar, en términos de desempleo-subempleo-caída de los salarios reales y contracción del gasto social, parece estar alcanzando sus umbrales críticos.

Observando la distribución del ingreso en América Latina y la evolución de los ingresos del capital y el trabajo (cuadro 4) no cabe duda de que el costo mayor de los ajustes fiscales necesarios debe ser absorbido por los sectores de más altos ingresos y riqueza, ya que éstos deben ser proporcionales a las responsabilidades respectivas de cada grupo social respecto al endeudamiento externo. Debido a las altas tasas de evasión fiscal y a la insuficiencia informativa de los sistemas impositivos se ha argumentado que esta propuesta no es viable. Pero entonces, así como se propugna mejorar los sistemas de información estadística sobre la pobreza y los pobres, parece también necesario desarrollar mejores informaciones sobre la riqueza y su reproducción, de modo que se posibilite la focalización sobre quiénes deben financiar el déficit fiscal.

Por otro lado, toda propuesta de crecimiento -con o sin equidad- necesita a su vez de la identificación de los agentes sociales que puedan financiarla. Las propuestas de transformación productiva con equidad, así como las modalidades de ajuste implementadas, asumen que será el empresariado el punto focal dinámico que hará las inversiones necesarias para impulsar el crecimiento. Aún más, se asume que la mentalidad empresarial puede ser fácilmente esparcida a empresas medianas y pequeñas dedicadas al mercado interno y que técnicas de gestión mejorarán la productividad de los microemprendimientos informales. Pero veamos qué rol se le demanda a los empresarios latinoamericanos y si ellos, en su práctica presente, están preparados para asumirlo. Según los enfoques mencionados, el empresario tendría que básicamente integrar el capital necesario para un crecimiento económico autosostenido. Adicionalmente, tendría que desplazar su consumo suntuario y posibilitar mayores márgenes de inversión necesaria para integrar los países a los mercados internacionales de manufacturas; incorporar mayor tecnología aumentando la productividad e incrementando la competitividad; modernizar las técnicas de gestión de las empresas; abandonar la realización de excedentes financieros (sobre todo los depositados en el exterior) para colocarlos en inversiones productivas con períodos de amortización largos y de elevado riesgo. La realidad pareciese mostrar que en un contexto de décadas inflacionarias y mercados cautivos garantizados directa o indirectamente desde el sector público, los empresarios -particularmente los que operan en

sectores de bienes transables- están muy lejos del paradigma deseado. En efecto, se trata de un agente social que busca elevadas tasas de rentabilidad y en cortos plazos de tiempo; rápidos períodos de amortización del capital; control monopólico y oligopólico sobre los mercados de operación (internos o externos); respuesta a la demanda por incentivos de precios; producción de bienes cuya competitividad se define por costos variables (principalmente salarios), el tipo de cambio y la productividad del trabajo (obtenida por caída de los requerimientos de empleo)<sup>9</sup>.

El héroe deseado impregnado de valores cívicos, con una visión de mediano plazo que prevalece sobre la realización rápida de la ganancia, dinámico y eficiente no corresponde a lo que sucede en la práctica de nuestros países. El punto es que tampoco se puede en el capitalismo prescindir de los empresarios, lo que implica que la lógica de la ganancia es una condición necesaria para la manutención del Estado y en definitiva, la supervivencia de la democracia. Porque vale la pena aclararlo: capitalismo habrá con democracia o sin ella.

Se tocan aquí problemas complejos relacionados a las relaciones sociedad civil y Estado, cuyo tratamiento también excede las posibilidades del presente trabajo. Sin embargo, más allá de esa discusión, puede postularse que en el capitalismo, el Estado es estructuralmente dependiente del capital y propenso a realizar sus intereses. Más sin negar el principio de la dependencia estructural, puede plantearse en condiciones de democracia estables una autonomía relativa u operacional del Estado, en la que los distintos sectores sociales -particularmente los trabajadores- acepten la propiedad privada y el control de los empresarios de la inversión y éstos a su vez, acepten la democracia y por consiguiente, políticas públicas favorables a los sectores sociales menos favorecidos por parte del Estado.

El concepto de autonomía relativa del Estado funda así la posibilidad de plantear una economía mixta de bienestar. Ningún economista podría proponer una alternativa de desarrollo basándose en el interés altruista de los empresarios, ni pensar el Estado como independiente de esos intereses. Esto no implica que a esos intereses no pueda dárseles una direccionalidad a través de una regulación que supere la regulación burocrática del Estado y la regulación del mercado. Para una economía mixta de bienestar el punto es que, partiendo de esos intereses egoístas operando en el mercado, sea posible desarrollar una institucionalidad pública relativamente autónoma de intereses sectoriales y lo suficientemente compleja como para no ser una correspondencia puntual de los mismos. El principio constitutivo de una economía mixta de bienestar se basa en lo siguiente: el máximo grado de interés consiste en no poner en el grado más alto los intereses propios. Se encontraría así una medida y responsabilidad que no viniesen dictadas por los principios de racionalidad económica de la empresa privada o de una lógica exclusivamente corporativa<sup>11</sup>.

El carácter "mixto" que se postula está menos asociado a la propiedad de los medios de producción y más a la configuración de un espacio institucional, en donde se defina el perfil de los sectores que serán las puntas de generación de un nuevo dinamismo económico de alta productividad y sinergismo. Así planteado, se trata de que los flujos financieros captados por el sector público vía ahorro externo y/o principalmente interno, se asocien al ahorro privado externo y/o interno para restaurar el proceso de formación de capital sobre bases estables y sustentables. Todo esto implica una arquitectura jurídico-política que especifique claramente el rol del sector público, del sector privado, los sindicatos, los distintos grupos sociales y sobre todo, un acuerdo explícito sobre el bienestar; esto es, cómo se distribuirán los frutos del crecimiento económico y el progreso técnico.

Retornando a nuestros dos temas básicos: el déficit fiscal y la recuperación de la inversión. En una economía mixta de bienestar, parece sensato pensar que el endeudamiento externo y el déficit fiscal -asumiendo el no relajamiento de las restricciones externas- deben ser financiados lo más proporcionalmente posible con respecto a la distribución del ingreso. Igualmente, en una economía mixta de bienestar la inversión podrá ser restaurada en puntos de articulación estratégicos en donde -como se dijo- el escaso ahorro público disponible pueda ser articulado con el ahorro privado.

Sería ingenuo postular una reforma moral y pensar que los activos financieros depositados en el exterior volverán, si es que no hay una garantía de ganancia institucionalmente pactada. Por lo tanto, en ambos casos, el déficit fiscal y la recuperación de la inversión presuponen con realismo un sector público que tendrá una direccionalidad propia que no podrá ignorar los agentes sociales concretos que lo financian. Aún así, la generación de una economía mixta de bienestar -en un contexto como el de América Latina de creciente pobreza y desigualdades sociales- se funda en la posibilidad de introducir una direccionalidad social a la apropiación privada del excedente. La superación de una regulación estatal hipertrofiada no es la vuelta a un status-quo anterior a una economía de mercado<sup>6</sup>; ni el achicamiento del Estado de Bienestar es conducente a la reducción de las desigualdades sociales<sup>7</sup>. En las condiciones presentes, la inversión no se recuperará si la acción estatal es marginal y no activa involucrando al capital en un proceso de desarrollo positivo. La hipótesis básica es que sería posible definir un espacio político mediante la articulación de enclaves suprasectoriales que hayan superado la lógica faccional-corporativa y por lo tanto, viabilizar una economía mixta de bienestar. Estos "espacios de universalidad" pueden ser parcialmente identificados en sectores de la burocracia estatal, en técnicos, intelectuales y comunidad académica, en algunos grupos de empresarios y sindicatos, en sectores de los partidos políticos y en el amplio espectro de organismos no gubernamentales. Una economía mixta de bienestar requerirá, por tanto, una ingeniería política capaz de identificar y "enhebrar" esos

intereses en una conformación estatal-privada que posibilite la generación de la inversión y la recuperación de un dinamismo económico con integración social. Una economía mixta de bienestar implicaría así una nueva forma de regulación colectiva parcialmente desestatizada y descentralizada, pero no carente de una direccionalidad universal y pública. Obviamente, este punto requiere una elaboración más allá de los límites de este trabajo.

En conclusión, la reducción y caída del Estado de Bienestar a través de la producción del Estado de Malestar no es ni económica ni políticamente sustentable. Las fuerzas motrices del mercado articuladas con la acción estatal pueden confluír generando un proceso de inversión en capital humano, físico y tecnología -y sus efectos sinérgicos- que genere un proceso de desarrollo con creciente integración social. Una economía mixta de bienestar concebida como un espacio de macroregulación, en donde articulaciones estatal-empresarias y otros sectores sociales se organizan sobre una lógica posganancia, pareciera ser una alternativa socialmente viable para la recuperación de la inversión y el crecimiento en América Latina.

### Referencias

1. Albáñez, T. et al. "Economic Decline and Child Survival: The Plight of Latin America in the Eighties". Florencia, Italia, Ospedale degli Innocenti, Innocenti Occasional Papers N° 1 (1989).
2. Altimir, O. "Desarrollo, Crisis y Equidad en América Latina". En Gurrieri, A. y Torres-Rivas, E. Los Años Noventa: Desarrollo con Equidad. San José, Costa Rica, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe, 1990.
3. Barbeito, A.C. "Crisis, Distribución de Ingresos y Estado de Bienestar". CIEPP, Mimeo, Buenos Aires, Argentina, 1990.
4. Bustelo, E.S. "Política Social en un Contexto de Crisis: ¿Será que se Puede?". UNICEF; Buenos Aires, Argentina, 1988.
5. Bustelo, E.S. e Isuani, E.A. "El Ajuste en su Laberinto: Fondos Sociales y Política Social en América Latina". UNICEF, Buenos Aires, Argentina, 1990.
6. Friedman, R.R. et al. "Modern Welfare State. A Comparative View, Trends and Prospects". New York University Press, New York. Años 80. Documento LC/L. 533, Santiago de Chile, 1987.

7. Krugman, P. "The Age of Diminished Expectations - US Economic Policy in the 1990". The MIT Press, Cambridge Massachusetts, London, England, 1990.
8. Londoño, J.L. "Distribución Nacional del Ingreso en 1988: Una mirada en Perspectiva". Fedesarrollo, Coyuntura Social N° 1, Bogotá, Colombia, 1988.
9. Lo Vuolo, R.M. "Economía Política del Estado de Bienestar: Mitología Neoliberal y Keynesianismo Populista". CIEPP; Mimeo, Buenos Aires, Argentina, 1990.
10. Nelson, J. "Fragile Coalitions. The Politics of Economic Adjustment". Overseas Development Council. Washington D.C., 1989.
11. Offe, C. "Partidos Políticos y Nuevos Movimientos Sociales". Editorial Sistema, Madrid, España, 1988.
12. PREALC. "Empleo y Equidad: Desafío de los 90". Documento N° 354, Santiago de Chile, 1990.
13. UNICEF. "Efectos de la Recesión Mundial sobre la Infancia". Siglo XXI de España Editores. Madrid, España, 1984.
14. UNICEF. "Ajuste con Rostro Humano". Siglo XXI de España Editores. Madrid, España, 1987.
15. PNUD. "Human Development Report 1990". Oxford University Press, New York, 1990.
16. PNUD. "Desarrollo sin Pobreza". Documento presentado a la Primera Conferencia Regional sobre la Pobreza en América Latina y el Caribe, 20-23 de Noviembre de 1990; Quito, Ecuador, 1990.
17. CEPAL. "Endeudamiento Externo y Crecimiento Económico en América Latina y el Caribe: Consecuencias Económicas de la Propuesta de Reducción de la Carga de la Deuda Formulada por La Secretaría Permanente del SELA Comparadas con las de Escenarios Alternativos". Documento LC/R. 841. Santiago de Chile, 1989.
18. CEPAL. "Anuario Estadístico de América Latina y El Caribe 1989". Santiago de Chile, 1989.

19. CEPAL. "Balance Preliminar de la Economía de América Latina y El Caribe 1990". Documento LC/G.1646, Santiago de Chile, 1990.
20. CEPAL. "Transformación Productiva con Equidad. La tarea prioritaria en América Latina y el Caribe en los años noventa". (LC/G.1601-P), Santiago de Chile, marzo de 1990. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.90II.G.6, 1990.
21. CEPAL-PNUD. "América Latina: La Política Fiscal en los 80". Proyecto Regional de Política Fiscal CEPAL-PNUD; Serie Política Fiscal 2. Santiago de Chile, 1989.
22. CEPAL-PNUD. "Magnitud de la Pobreza en América Latina en los años 80". Documento LC/L 533. Santiago de Chile, 1990.



# Políticas Económicas y Políticas Sociales

Frédéric Lesemann

Antes de entrar en materia, debo formular tres precisiones:

En primer lugar, pienso que para que esta presentación refleje la intención de los organizadores de este seminario, debe tener el sentido de comparación entre lo que acontece en el hemisferio norte y lo que sucede en el sur en términos de políticas económicas y de políticas sociales y, más específicamente, en lo relativo a la crítica de las funciones, de la evolución y de las tendencias de los gobiernos a intervenir en el sector socio-sanitario. Puede dar la impresión, en efecto, de que existe una cierta convergencia entre el Norte y el Sur de preocupaciones y de análisis de la gestión de los programas sociales y sanitarios, de la evolución de las formas de organización de los programas y de los servicios, de las limitaciones financieras y presupuestarias que condicionan el desarrollo y las restricciones de las intervenciones públicas, en la cultura sanitaria, los modelos de formación de personal de salud y de los servicios sociales. ¿Hasta dónde hay convergencia, por qué se dan y cuáles son algunas de las implicaciones de esta convergencia? Pero así mismo, ¿en qué hay profundas divergencias de perspectivas y cuáles son las consecuencias sociales y políticas? El análisis que voy a proponer debiera despejar estos interrogantes.

En segundo término, agradezco a los organizadores el haber tenido la oportunidad de leer la conferencia del señor Bustelo en momentos en que preparaba el texto de la mía. Fue una suerte, porque de no ser así, esencialmente habría repetido lo que él acaba de decirnos. En efecto, comparto lo esencial de su análisis económico en cuanto tal. Una vez establecido esto para nuestros debates, he podido orientarme directamente hacia un análisis de sociología política más que de economía política, lo que constituye una visión distinta y a la vez complementaria de la expuesta por el señor Bustelo.

En tercer lugar, para este análisis me he inspirado en buena medida en la obra publicada por el sociólogo francés Alain Touraine, "La parole et le sang, politique et société en Amérique Latine" (París, Odile Jacob, 1988). Touraine conoce perfectamente América Latina: es uno de los mejores especialistas francófonos en el tema. Yo mismo hice mis estudios de doctorado con Touraine en la década del 70, en momentos en que él publicaba su trabajo acerca del Chile de la Unidad Popular, en el cual analizaba las sociedades dependientes. Era una época en la que interpretábamos la situación particular de la sociedad de Quebec, dentro del conjunto de la América del Norte, a través de la estructura de análisis de las sociedades dependientes. Touraine viajaba a menudo a América Latina, y muchos intelectuales de Quebec ya habían forjado vínculos especiales e intensos con diversos países latinoamericanos. Se estableció un verdadero circuito, una "conexión". Y esto no es producto de la casualidad. Pueda que tengamos la oportunidad de intercambiar ideas acerca de ello. Preparar esta presentación, por

ende, me ha brindado la oportunidad de leer "La parole et le sang", obra que yo no conocía, y una vez más he hallado el análisis de Touraine magnífico y renovador en momentos en que nos ha dejado paralizados el análisis económico que nos hace olvidar que, más allá de las terribles limitaciones de la deuda, de los programas de ajuste estructural y de la influencia de la ideología neoliberal del "laissez faire", hay sociedades que viven y que sufren pero que, como dice Touraine, se "van forjando" a través de sus propios conflictos. Esta es una visión mucho más activa que pasiva de estas sociedades que existen, pese a todo, más allá de los dictados del Fondo Monetario Internacional (FMI) o del Banco Mundial. Esta perspectiva constituye un interrogatorio profundo a los esquemas conceptuales que arman y organizan nuestras propias estructuras, aquellas de los intelectuales y planificadores que se sienten fascinados, positiva o negativamente, por el pensamiento económico mundial.

De una manera muy esquemática yo propondría, inspirado por Touraine, que para fundamentar una reflexión acerca de nuestras sociedades, se debe presumir la existencia de por lo menos tres "actores" en el sentido colectivo del término. Ellos son el Capital, el Estado y las comunidades. Estos tres "actores" pueden verse representados en América Latina en tres hechos actuales: con toda seguridad la deuda, y lo que ella revela acerca de las relaciones económicas entre el centro del imperio financiero y su periferia, la transición de las dictaduras a regímenes más democráticos y la persistente resistencia comunitaria ligada a la segregación de amplias categorías sociales marginadas. Lo importante consiste en elaborar la reflexión en función de estos tres "actores" y no de solamente uno de ellos, teniendo en cuenta sus interrelaciones. Si bien ese esquema teórico es válido, en principio, para todas las sociedades contemporáneas, se ha de constatar que en América Latina cada uno de estos tres "actores" cumple con una función específica de importancia mientras que, por el contrario, en América del Norte la economía determina directamente tanto las formas del Estado cuanto las relaciones sociales, que están sólidamente integradas al mecanismo de mercado.

Pero describamos un poco más a cada uno de estos "actores".

En primer término tenemos lo económico, el Capital, el "todo al mercado", el consumo desenfrenado. Es Wall Street con las presiones de los bancos para que las deudas nacionales se paguen, para promover un desarrollo exógeno de las economías nacionales. Un "actor" que intenta proyectar su pensamiento sobre el conjunto del comportamiento humano, que se impone en la orientación del desarrollo de los servicios, en la evaluación de su pertinencia y de su eficacia. Es el modelo occidental de la modernidad triunfante por la extensión de las relaciones comerciales.

Está el Estado que, originalmente en América Latina adoptó la forma del Estado revolucionario, agente de la modernización. Pero se trata de una modernización que a menudo pasa por una burocracia autoritaria y represiva que sofoca a la sociedad civil, hace añicos los esfuerzos de participación, elimina las

instituciones que sirven de vehículo de las demandas sociales, tales como los sindicatos o los partidos políticos. Constituye un acceso autoritario a la modernidad.

Tenemos el tercer "actor", aquel que actúa de portavoz de la defensa de la identidad comunitaria contra la universalidad destructiva del mercado o la autoridad no menos destructiva del Estado. Su accionar pretende establecer un orden nacionalista o religioso, haciendo un llamado a la identidad que pretende combatir las dominaciones tanto interiores como exteriores, asociadas con la modernización. De allí proviene el desarrollo espectacular de las formas de expresión religiosa, las sectas, los fenómenos carismáticos, los mitos de identificación, las prácticas de autoconstrucción y de autodefensa en las barriadas de emergencia.

La identificación de esos tres actores y el reconocimiento de su coexistencia en el seno de las sociedades latinoamericanas tienen, me da la impresión, la virtud de hacer más compleja la comprensión de los fenómenos políticos, económicos y sociales que están actuando, y por ende de desmultiplicar las posibilidades de análisis de las estrategias de cambio. Ello cierra el paso a un análisis más simple y fundamentalmente pesimista de las sociedades latinoamericanas que las caracterice como esencialmente determinadas por las limitaciones económicas exteriores. Esto vuelve a colocar en el centro del análisis a los actores del cambio: las clases dirigentes financieras, industriales, comerciales, las altas esferas tecnocráticas de los sectores públicos, las clases medias de los servicios, los grupos profesionales, los sindicatos, los partidos políticos, los movimientos comunitarios, las expresiones de protesta de los excluidos y de los marginados. En este sentido, ello dinamiza nuestras estructuras, las abre. Porque, ciertamente, lo que deciden el FMI o el Banco Mundial en Washington es en extremo determinante para el porvenir de las sociedades, pero es por demás evidente que las dinámicas profundas de esas sociedades no actúan a partir de Washington o de sus embajadores en el lugar y que son irreductibles. Puede ser que se trate de una estructura que nos fascine pero también tengamos la clarividencia de reconocer que ésta viene directamente de nuestra enorme proximidad cultural con las clases dirigentes que las producen.

Esta perspectiva de análisis permite, así mismo, hacer más compleja nuestra comprensión de la crisis de la modernidad en las sociedades latinoamericanas y de nuestras estructuras sobre el desarrollo. Precisamente porque hay debate, conflicto en lo que respecta a los objetivos del acceso a la modernidad, sobre la concepción del "bienestar". Y no solamente sobre las modalidades de acceso: por medio del mercado o de la planificación más o menos autoritaria, sino también sobre las consecuencias de ese acceso en términos de la extensión muy selectiva y no igualitaria del pensamiento comercial a los bienes y a los servicios que deberían introducir al "bienestar" y a la "libertad". Este pensamiento entraña en forma efectiva la destrucción de las identidades

pensamiento entraña en forma efectiva la destrucción de las identidades comunitarias y la exclusión de categorías sociales íntegras. En este sentido, el "desarrollo" destruye. De allí que, los movimientos sociales que arraigan en las comunidades amenazadas no son movimientos arcaicos, expresiones del subdesarrollo. Constituyen una impugnación viva a las finalidades mismas del desarrollo y a las clases dirigentes que las promueven.

Este análisis centrado sobre la multiplicidad y la diversidad de los actores sociales: las clases dirigentes económicas, el Estado, los movimientos sociales, permite por fin subrayar las diferencias fundamentales entre las sociedades de América del Norte y las sociedades latinoamericanas: la América del Norte se caracteriza esencialmente en la actualidad, casi por definición, por la dominación de las leyes del mercado sobre la casi totalidad de las esferas vitales, por la penetración del pensamiento comercial en casi todas las conductas tanto públicas como privadas. No existen en la América del Norte el Partido-Estado, ni movimientos revolucionarios. Los fenómenos carismáticos y sectarios son allí muy limitados y marginales. El Estado está sólidamente integrado al mercado. Ello es lo que se denomina la democracia liberal que nuestros poderosos vecinos inmediatos del Sur no vacilan en promover como modelo universal y como ideal al que todos los pueblos debieran aspirar. Yo pienso que no es necesario insistir en el hecho de que la extensión de la democracia liberal es por definición inseparable de una expansión de los mercados. Si hace algunas décadas o algunos siglos, los misioneros facilitaron la conquista y el dominio colonial, hoy en día son los heraldos de la democracia liberal los que abren el camino al libre intercambio intercontinental.

Otra consecuencia de esta integración del mercado con la democracia liberal, típica del modelo norteamericano y occidental de desarrollo, es la expansión formidable de las clases medias, expresión de la enorme capacidad de integración de los marginados en ese tipo de sociedades. Esas clases medias se definen justamente a la vez por su gran acceso a los mercados (lo que constituye su poder de consumo), su considerable influencia sobre el sistema político y su participación cultural. La expansión del Estado benefactor en los sectores de la educación, de la salud y de los servicios sociales es producto directo de esta influencia, y yo pienso que constituye la garantía de su perdurabilidad.

En comparación, las sociedades latinoamericanas se caracterizan en principio por el hecho de su dualidad, por no decir de su fragmentación. Las clases medias están mucho menos extendidas. Su participación es esencialmente política y cultural, pero su papel en la economía es mucho menor. Constituidas, sobre todo, a partir de su acceso a los sistemas de educación y a menudo por el desarrollo del sector público y de los sistemas de seguridad social, las clases medias han conocido en el transcurso de las dos últimas décadas una dualidad cada vez mayor. En muchos países, el Estado intervencionista y su proyecto nacional y popular han entrado en crisis. La clase media vinculada a las grandes

empresas y al comercio internacional prospera. La que está ligada a la función pública, a los profesionales asalariados, así como también a los pequeños comerciantes, declina notablemente y se une a veces con el sector informal de la economía. La existencia misma de este sector y su expansión están en función directa del agravamiento de las desigualdades sociales. Constituye la demostración viviente del carácter no integrado de las sociedades latinoamericanas. La marginalización de una creciente proporción de la población en relación con el empleo, la vivienda, la influencia política, la educación, la cultura, y naturalmente con la salud, genera una diferencia radical entre las sociedades del Centro y del Sur del Continente con las del Norte.

En función de esos elementos de reflexión, podremos ahora comentar brevemente algunas características de la reciente evolución de los programas de salud pública, tanto en el Norte como en el Sur. Si nosotros los analizamos desde un punto de vista estrictamente económico, no podremos sino asombrarnos de la gran convergencia de las transformaciones en curso tanto en el Norte como en el Sur y tendremos esencialmente que subrayar las diferencias de intensidad y de impacto. Al introducir componentes políticos y sociales en el análisis, yo creo que deberemos en ese caso hablar directamente de diferencias de naturaleza.

Fuera de toda duda, la deuda constituye un determinante esencial de la evolución de los programas y de las inversiones públicas. Sin embargo, tal como sabemos, la deuda de los Estados Unidos o la del Canadá es mucho más considerable que las de los países latinoamericanos, tanto en cifras absolutas como relativas. De allí que ¿cómo es que resulta que las deudas tengan un impacto infinitamente menor sobre los programas públicos norteamericanos o canadienses que sobre los de los países del Sur? Constatamos, en primer término, que no es entonces la deuda en sí, vale decir en tanto que fenómeno económico y financiero lo que constituye el problema. Es más bien la relación de poder entre los países del centro y los de la periferia lo que determina la importancia relativa de la deuda. Dicho de otra forma, la deuda no es un fenómeno económico en primer término, sino más bien un fenómeno político y probablemente hasta geopolítico. Si la deuda tiene que comprenderse en primer término dentro de su dimensión de relación política internacional, también tiene que entenderse dentro de su dinámica política interna.

Concretamente el Canadá, desde un punto de vista económico, está tan a la periferia de los Estados Unidos como cualquier otro país latinoamericano. Su dependencia es extrema. En el curso de su historia, sin embargo, profundamente asociada a la evolución de la sociedad norteamericana, la sociedad canadiense ha constituido clases medias extendidas y sólidas; ha trabajado activamente por el desarrollo de sus programas sociales en la integración económica y social de sus categorías marginales. De tal forma que hoy en día ningún partido político puede seriamente correr el riesgo electoral de reducir en forma drástica los programas sociales. El Canadá no cuenta con una estructura

económica más sana o que tenga un rendimiento mayor que las de la mayor parte de los países latinoamericanos, sino todo lo contrario. Y por ende, a pesar de una gigantesca deuda pública federal (CAN\$400 mil millones a los que deben agregarse las deudas de los gobiernos provinciales y municipales) un coeficiente de endeudamiento de las personas privadas asombroso (CAN\$30,000 por persona) un déficit comercial creciente, los grandes programas públicos (educación, salud, social) siguen su expansión, si bien moderadamente. Ciertamente, hay algunas reducciones en lo que hace a los programas de lucha contra la pobreza, pero éstas siguen siendo limitadas.

Podría hacer, en forma muy sucinta, un juicio comparable acerca de los Estados Unidos. Más allá del fanatismo ideológico del gobierno de Reagan, los grandes programas sociales no han sufrido sino pocos cortes, salvo en el campo de la vivienda y de ciertos programas de lucha contra la pobreza. Ciertamente, la sociedad americana se ha vuelto un poco menos igualitaria por el sesgo de los cambios fiscales, del crecimiento de la tendencia a la privatización de los servicios. No obstante, allí donde ciertos cambios eran demasiado desfavorables para los pobres y representaban una amenaza para los intereses electorales del Partido Republicano, fueron corregidos<sup>1</sup>. Es decir entonces que la integración social y política muy sólida de las clases en las sociedades norteamericanas impide toda transformación brutal y de envergadura del status quo. Los regímenes políticos, las estructuras de consumo, necesitan fundamentalmente de las clases medias y de los programas sociales que las refuerzan para que duren y se reproduzcan.

En las estrategias de control de los costos de los servicios públicos - y repito, control y no reducción - se va a intentar en el campo de la salud, con toda seguridad, promover los programas de prevención, favorecer el recurso a los sistemas de atención primaria más que dejar abierto el acceso directo a los sistemas especializados (hablo aquí de los programas de acceso universal y gratuito, como es el caso de Canadá), se trata, en pocas palabras, de promover un uso más racional de los recursos. Se va a procurar controlar la expansión de la mano de obra médica, favorecer una mejor distribución territorial. Se va a reducir la duración de las internaciones hospitalarias, revalorizar los sistemas de atención a domicilio, el papel de las familias, de la beneficencia. Se va a procurar descentralizar los recursos, privatizar en forma muy moderada ciertos sectores de servicios. Pero el conjunto de estos arreglos se dirige con la perspectiva de poder continuar asegurando el acceso universal a los servicios y a los beneficios de los programas, de aumentar la eficiencia de los recursos y por consiguiente de manejar bien el crecimiento de los costos. Esto es lo que sucede en Quebec y, con el agregado de algunos pequeños matices, también en el Canadá. La situación en los Estados Unidos es diferente en el sentido de que allí no se pretende ofrecer servicios universales sino garantizar, al menos en principio, una forma de protección básica para todos los ciudadanos.

Evidentemente, los temas de la reducción de los gastos, de la descentralización, de la privatización, del recurso a la familia, carecen de medida común, ni siquiera de una significación común con lo que sucede en los países latinoamericanos, de acuerdo con lo que ha presentado el señor Bustelo en su descripción del "Estado de Malestar". El riesgo de la formación de una dualidad radical en la sociedad no existe en América del Norte, al menos en la significación práctica que la noción adquiere en las sociedades del Sur. No hay prácticamente sector informal de la economía: todo el continente participa de los circuitos económicos de producción y de consumo formales. Además, es dable pensar que una buena parte de la pobreza norteamericana esté ligada a la inexistencia de un sector informal. No hay poblaciones en términos globales (salvo quizás entre los inmigrantes clandestinos latinoamericanos) que no reciban algún beneficio, por pequeño que sea, de los programas de protección gubernamental.

El continente sigue estando socialmente integrado. Esta es la razón por la cual numerosos programas de salud pública, de empleos y de servicios sociales utilizan eficazmente las formas de participación más o menos extendidas de los individuos o de los grupos constituidos. La participación no equivale en lo más mínimo a un desentendimiento del sector público, sino más bien a un reconocimiento del derecho y de la competencia de los individuos y de los grupos a definir qué es lo más adecuado para ellos. Se trata del ejercicio de una colaboración, de un reconocimiento de los límites de la competencia de los expertos y de los profesionales, de compartir las responsabilidades dado que el Estado siempre ofrece un respaldo financiero y de conocimientos y experiencia. No puede haber demostración más elocuente de una sólida integración política y social.

Antes de concluir, quisiera formular un último comentario en referencia, una vez más, a la importancia de la influencia de la visión económica sobre nuestras sociedades y a sus consecuencias en el terreno de la salud pública. En las sociedades del Norte, tal como lo he subrayado e ilustrado, el mercado es soberano: impregna todos nuestros análisis, todos nuestros juicios. Ha penetrado toda nuestra cultura, todos nuestros valores incluyendo nuestras conductas profesionales. Lo que se valora es lo que es eficaz desde el punto de vista económico. Se hace posible una influencia parecida de la economía de mercado en los países del Norte (lo cual no quiere decir que sea necesariamente aceptada) porque ella corresponde a una realidad práctica: los grupos sociales acceden en gran medida al consumo privado y público de los bienes y de los servicios. Este acceso mismo es lo que los constituye como tales.

En consecuencia, no es sorprendente que un campo de práctica como es el de la salud pública esté también, dado que está construido, elaborado y conceptualizado en el Norte, moldeado por los referentes económicos. Concretamente, normas de evaluación, objetivos estrictamente definidos en

términos de costos y de beneficios económicos. ¿Qué ocurre entonces si ese paradigma nórdico, producido dentro del marco de una sociedad integrada desde el punto de vista social y político, se exporta y se implanta sin hacer alguna crítica en las sociedades del Sur caracterizadas por su fragmentación, su débil integración económica, política y social? Corre el riesgo de no poder funcionar si no es con referencia a aquella parte muy limitada de los servicios a los que tiene acceso una clase media selecta y aislada del resto de la sociedad. Corre el riesgo de enceguecer y ensordecer a los responsables del programa, vale decir incapacitarlos para escuchar y reconocer la demanda social de participación proveniente de los sectores no integrados de la sociedad, incapaces, consecuentemente, de producir una respuesta adecuada, de usar como apoyo, por ejemplo, las prácticas de salud populares, de reconocer necesidades específicas, recursos insospechados que no corresponden a las normas elaboradas por los países del Norte. Corre el riesgo, en fin, de paralizar a los dirigentes, que habiendo aprendido e integrado los comportamientos del Norte según los cuales sin presupuestos considerables no se puede hacer nada, se desorientan a consecuencia de las reducciones presupuestarias que se les imponen.

Para terminar, propondría orientar la reflexión para la acción, en función de cada uno de los tres "actores" que he identificado.

En el terreno de lo económico, allí donde la interdependencia entre el Sur y el Norte se expresa en forma más directa, debe tenerse en claro que la cuestión de la deuda sólo podrá resolverse por medios políticos dado que ella es, tal como lo he indicado, de naturaleza profundamente política. El peso de la deuda es insoportable, sus consecuencias sobre las economías internas de los países del Sur, sobre las relaciones sociales internas, la bifurcación, por no decir la desarticulación de las sociedades del Sur, intolerable. Las consecuencias de esta situación tanto para el Sur como para el Norte -y no pensemos más que en los movimientos migratorios del Sur hacia el Norte- son incalculables. Fue necesaria una presión fuerte al Norte para convencer no sólo a los bancos que ya han recibido beneficios enormes provenientes de la deuda latinoamericana, sino también al Banco Mundial y al Fondo Monetario, de que abandonen una lógica estrictamente financiera para dar paso a una lógica política que solucione el problema de la deuda. Habida cuenta del impacto de la deuda sobre los programas de salud pública y sobre la salud misma de las poblaciones, las instituciones internacionales de salud no pueden considerar que la deuda esté fuera de su campo de competencia y de responsabilidad.

A nivel de los gobiernos, de las relaciones políticas y de las condiciones de desarrollo de la democracia, resulta evidente que la capacidad de acción de los gobiernos se torna más que nunca estratégica. Hace falta tomar medidas para defender la economía de los países contra las distorsiones que entraña la deuda y para defender la integridad nacional: pero también hace falta adoptar medidas para luchar contra una distribución injusta del ingreso nacional, contra la

formación de una dualidad creciente, contra una extensión incontrolada del sector informal. El gobierno debe, en este sentido, orientarse hacia la reintroducción de los asalariados del sector informal dentro de los sectores productivos, sostener el desarrollo de esos sectores productivos, calificar y proteger la mano de obra.

En el extremo opuesto de una filosofía económica del "laissez faire" que no puede ser sino catastrófica para el porvenir de esas sociedades, se debe reconocer a los gobiernos una capacidad de dirección y los medios necesarios destinados a construir una verdadera participación económica y social.

Desde una perspectiva similar, se deberían negociar las políticas de ajuste estructural para que ellas garanticen:

- el mantenimiento de los niveles de producción, de inversión y de satisfacción de las necesidades humanas en el lapso total del ajuste;
- la instauración de políticas sectoriales con vistas a la reestructuración del sector productivo para reforzar el empleo y acrecentar la productividad de las actividades de baja rentabilidad (agricultura en pequeña escala, sector informal de la industria y de los servicios);
- la instauración de políticas orientadas hacia una eficacia mayor del sector sanitario y social, privilegiando los servicios básicos;
- la salvaguarda de los servicios socio-sanitarios básicos, la creación de servicios compensatorios con vistas a proteger la salud y la nutrición de las poblaciones vulnerables, en particular con la subvención de ciertos productos alimenticios para grupos específicos entre los cuales, con toda seguridad, los niños tienen una gran prioridad;
- el establecimiento de un sistema de indicadores bastante sensibles sobre el estado de nutrición y de salud de la población que sea tan determinante en la orientación de las decisiones como lo son el índice de inflación y la tasa de crecimiento del PNB<sup>2</sup>.

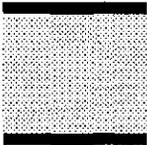
En lo que atañe, por fin, al actor comunitario, su mismo reconocimiento plantea el interrogante familiar a todos los que intervienen en el desarrollo internacional del papel que desempeñan las poblaciones en la determinación de las necesidades y de las orientaciones de los programas, en el establecimiento de las prioridades, en el reconocimiento de las prácticas tradicionales de salud, de alimentación, de vivienda, en síntesis, de las prácticas culturales, y de su articulación con la intervención sanitaria exterior. El reconocimiento de la primacía del papel de las comunidades, el desarrollo de intervenciones de modernización que respeten las prácticas ancestrales, están en la base misma de todo esfuerzo de mejoramiento de la salud y de las condiciones de vida. Estas iniciativas que son técnicamente sencillas, poco costosas, que las comunidades pueden sostener fácilmente, son en sí mismas eficaces en extremo. Pero no son gratuitas. El sector público debe contar con los medios financieros para sostenerlas y en este sentido debe darle prioridad en gran medida a los sistemas comunitarios sobre cualquier otra forma de sistema. No debería permitirse que

el reconocimiento de las comunidades legitime una desvinculación creciente de parte del Estado con respecto a esos sectores necesariamente prioritarios.

Si lo económico, lo político y lo social son los componentes indisociables del análisis, lo son igualmente de las estrategias de solución.

### **Referencias**

1. Lesemann, F. "La politique sociale américaine". Paris, Syros and Montreal, St. Martin, 1988.
2. Estas propuestas resumen una parte de las mencionadas por R. Jolly y D. Caillaux en *Le Monde Diplomatique*, enero de 1987, p. 15.



## El Medio Ambiente y sus Efectos sobre la Salud

Alfredo Gastal

Las inversiones en salud en América Latina y el Caribe han disminuido cerca de 61%, sólo entre 1979 y 1984. Sin embargo, la "década perdida" -así llamada por la CEPAL en su documento *Transformación productiva con equidad*<sup>1</sup>- no ha terminado aún. Durante la década de los ochenta, caracterizada por el agobio de la deuda externa y la reducción de los ingresos fiscales, se registraron procesos inflacionarios sin precedentes en la región que llevaron a la aplicación de políticas de ajuste frecuentemente draconianas. Estas variables afectaron también a los sectores de la salud y de la nutrición con una fuerza nunca antes vista. Por consiguiente, iniciamos la nueva década, la última de este siglo, con un déficit económico y social de una proporción tal, que resulta difícil prever las consecuencias que tendrá en campos tan diversos como la salud, la política, la educación y el medio ambiente.

En 1988, en un estudio epidemiológico<sup>2</sup> sobre los efectos de la contaminación atmosférica en Santiago de Chile se señalaba que, en comparación con la vecina ciudad de Los Andes, había un mayor riesgo relativo de patologías respiratorias de tipo irritativo y obstructivo y de neumonías. También se anotaba que "en las enfermedades de tipo irritativo se dio un aumento general de los riesgos relativos (RR) (relación de tasas de determinada enfermedad: tasa en Santiago/tasa en Los Andes), los cuales se incrementaron en los meses de alta contaminación". Los grupos etéreos más afectados resultaron ser los escolares (con un RR de 1.87%, lo que significa que un niño de Santiago tiene casi dos veces más probabilidades de contraer una enfermedad de ese tipo específico que un niño de Los Andes) y los ancianos (RR 4.39). Los accesos de obstrucción bronquial registraron un RR anual de 1.76, que aumentó a 2.41 en invierno, afectando principalmente a los lactantes menores (RR 2.5) y a los ancianos (RR 8.95). Las neumopatías cuyo RR general fue de 3.72, también demostraron estar relacionadas con los cambios en los niveles de contaminación atmosférica; los grupos más afectados eran los lactantes mayores (RR 5.54) y los preescolares (RR 4.56). Así mismo, se estableció que en Santiago había un gran número de muertes atribuibles a enfermedades respiratorias también asociadas con los altos niveles de contaminación del aire.

Por otro lado, en México, según informaciones contenidas en el Programa Nacional para la Protección del Medio Ambiente 1990-1994, 36% de la demanda bioquímica de oxígeno es de origen municipal, mientras que 64% proviene de la industria. Se estima que en el año 2000, el volumen de aguas residuales alcanzará a 207 metros cúbicos por segundo, en tanto que la capacidad actual de tratamiento de las descargas municipales sólo llega a 15.7% y a 15.5% en el caso de las industriales. En 1989, había 8 millones de vehículos motorizados en todo el país, que consumían 57.5 millones de litros de gasolina diarios.

El aire de la región metropolitana de la ciudad de México recibe diariamente cinco millones de toneladas de contaminantes; cuatro millones provienen de los vehículos motorizados, 570,000 toneladas de la industria, y el resto, de fenómenos "naturales" (tolvaneras, partículas procedentes de los grandes vertederos de basura, excretas expuestas al aire libre, etc.). Como resultado, la calidad promedio del aire ha sido insatisfactoria durante casi 45% del tiempo en que la Red de Monitoreo de Calidad del Aire<sup>3</sup> realizó observaciones. En 1989, en Ciudad de México se concentraba 20% de los establecimientos industriales, 40% de la inversión industrial total, y 42% de la población económicamente activa. Así mismo, la ciudad consume más de 30% de las inversiones federales para subsidiar la alimentación, el abastecimiento de agua (60% de los medidores no funciona) y los transportes públicos. Casi once millones de habitantes del Distrito Federal no tienen acceso al sistema de abastecimiento de agua potable y solamente poco más de 35% de la población dispone de servicio de alcantarillado. Ante este cuadro, no es sorprendente que las diarreas y las afecciones respiratorias constituyan la primera causa de defunción en el Distrito Federal.

En la región, la lista de ejemplos de este tipo es vasta, pero los dos casos presentados dan base suficiente para establecer que existe una estrecha relación entre los problemas ambientales y la salud, la que a su vez refleja los modelos de desarrollo adoptados y también el estado de la economía. Así mismo, resulta evidente que la tradicional sectorialización con la que se ha tratado los problemas ambientales y sanitarios ha provocado un efecto negativo, al aislar a estos sectores del proceso de desarrollo nacional. Este, por lo general, es evaluado sólo en función de indicadores de progreso económico que, a su vez, frecuentemente son considerados fuera del contexto de las realidades sociales y políticas de cada país.

La relación entre el ambiente, la salud y la economía a menudo se manifiesta a través del costo económico que significa para la sociedad el tratamiento inadecuado de los dos primeros de estos sectores, y del círculo vicioso que así se genera -determinado por la degradación ambiental, el aumento de las enfermedades derivadas de problemas ambientales y las crecientes restricciones económicas para dar atención a ambos sectores.

En la región, la concentración urbana es un fenómeno que se ha producido con una rapidez e intensidad que no tienen parangón en los países desarrollados. Hoy día, el grado de urbanización de varios países supera el 60%, en tanto que 30% de la población urbana regional se concentra en apenas 12 regiones metropolitanas, con una población superior a 2.7 millones de personas cada una (véase cuadro 1).

Cuadro 1  
Población de los Principales Conglomerados  
Urbanos de América Latina (Millones de Habitantes)

| Rango | Conglomerado<br>Urbano | Población |      |      |
|-------|------------------------|-----------|------|------|
|       |                        | 1950      | 1985 | 2000 |
| 1     | Ciudad de México       | 3.0       | 17.3 | 25.8 |
| 2     | São Paulo              | 2.7       | 15.8 | 23.9 |
| 3     | Buenos Aires           | 5.2       | 10.8 | 13.2 |
| 4     | Rio de Janeiro         | 3.5       | 10.4 | 13.2 |
| 5     | Lima/Callao            | 1.0       | 5.7  | 9.1  |
| 6     | Bogotá                 | 0.7       | 4.5  | 6.5  |
| 7     | Santiago               | 1.4       | 4.2  | 5.3  |
| 8     | Caracas                | 0.7       | 3.7  | 5.0  |
| 9     | Belo Horizonte         | 0.5       | 3.2  | 5.1  |
| 10    | Guadalajara            | 0.4       | 2.8  | 4.1  |
| 11    | Porto Alegre           | 0.7       | 2.7  | 4.0  |
| 12    | Recife                 | 0.8       | 2.7  | 3.6  |

Fuente: Naciones Unidas: *The Prospects of World Urbanization*. Revised as of 1984-85, serie Population Studies N° 101 (ST/ESA/SER.A/101), Nueva York, 1987. Publicación de las Naciones Unidas, N°. de venta: E.87.XIII.3.

No obstante este acelerado proceso de urbanización, debido a veces a la baja capacidad de inversión o bien a acciones deliberadas, no se han desarrollado las políticas públicas necesarias para proveer la infraestructura y los servicios básicos necesarios, o para reglamentar la localización espacial de las inversiones y de la población (organización del territorio). Por consiguiente, los problemas ambientales y sanitarios han surgido a la par con la ocupación inadecuada -ya sea industrial o residencial- de cerros, valles, áreas ribereñas, y así sucesivamente, que provoca la contaminación de las aguas, las inundaciones y la erosión de los suelos.

A lo anterior se asocia también el problema de los desechos domésticos que, en áreas de bajos ingresos, como favelas, barriadas y poblaciones, se convierten en hábitat de vectores de infecciones; además estas acumulaciones de desechos suelen provocar desastres de proporciones trágicas al deslizarse por las faldas de los cerros, segando a su paso decenas y hasta centenas de vidas, como ha ocurrido con frecuencia impresionante en favelas de Río de Janeiro.

Este círculo vicioso se establece por el hecho de que la vida humana y su desarrollo no son normalmente considerados en nuestras sociedades como un capital indispensable para el desarrollo. Si no se valora el capital humano, ¿por qué valorar, entonces, el capital natural constituido por el medio ambiente y los

recursos naturales?, o ¿por qué valorar el trabajo discreto y silencioso en el área de la salud pública preventiva, si ninguno de ellos altera a corto plazo el indicador de ingreso per cápita?

Desde que se adoptaron los sistemas de cuentas nacionales en el mundo occidental, hace ya cerca de medio siglo, el ingreso per cápita ha sido el índice más conocido de progreso económico. Sin embargo, si bien inicialmente este indicador también pudo medir, hasta cierto punto, el crecimiento del bienestar social en los países del norte, donde las instituciones políticas se desarrollaban a la par con el progreso económico, la aparición de otros fenómenos económicos y sociales lo desvirtuaron, volviéndolo cada vez menos satisfactorio para evaluar el progreso real, especialmente en los países en desarrollo. Por ejemplo, no permite medir la degradación ambiental, la distribución de la riqueza, los niveles de salud de la población ni su grado de alfabetización o de organización social. En el caso específico de la región latinoamericana y del Caribe, en la que el estilo de desarrollo predominante ha favorecido el surgimiento de enclaves de modernidad que contrastan radicalmente con el vasto territorio de la pobreza que los rodea, hablar exclusivamente de ingreso per cápita bordea la ironía<sup>4</sup>.

Por su naturaleza interdisciplinaria, esta reunión sobre salud internacional es, sin duda, una ocasión única para señalar, aunque sea en principio, la necesidad de establecer una relación más directa y armoniosa entre los sectores de la salud y del medio ambiente, en un contexto de desarrollo. El progreso en ambos campos depende sustancialmente de los avances científicos y tecnológicos, de la disponibilidad de recursos humanos adecuados y de recursos financieros para inversiones sistemáticas y, finalmente, de la participación de amplios estratos de la población en su promoción y gestión, la que sólo puede darse en la medida en que se consoliden los estados democráticos de la región.

Además de las consideraciones anteriores, otro hecho que debe reconocer es que muchos problemas ambientales no tienen bandera ni nacionalidad, ya que están por encima de las fronteras políticas y sus consecuencias se concatenan provocando efectos transfronterizos a niveles regionales e incluso globales. Así, habría que considerar la importancia de los procesos de consolidación de la cooperación interregional, tanto en el ámbito económico como en los del medio ambiente y de la salud. Por otra parte, tomando en cuenta algunos de los aspectos globales de los problemas del medio ambiente -como el deterioro de la capa de ozono y el efecto de invernadero, para mencionar sólo algunos-, se hace necesario también empezar a plantear nuevos parámetros para la cooperación internacional así como innovar las concepciones de cooperación internacional y las de desarrollo. El debate sobre ambos temas debería considerar prioritariamente la sustentabilidad ambiental del planeta y, en consecuencia, buscar la forma de restringir el sobreconsumo y el desperdicio que frecuentemente caracterizan los modelos de desarrollo vigentes en los países

desarrollados y que han sido copiados por muchos de los países de América Latina y el Caribe.

Quizás para entender el dilema de la ambigüedad del desarrollo en la región se deba aceptar primero que está arraigado en algunos de los rasgos propios de nuestra cultura. Desde la época de la independencia, largos períodos de gobiernos fuertemente centralizados y, luego, muchos años de dictadura, han hecho que aquí el tema del desarrollo haya sido, con frecuencia, manipulado por una élite, cuyo paradigma de progreso estaba representado por las sociedades de consumo del occidente desarrollado.

Así mismo, el desconocimiento de la diversidad cultural al interior de cada país ha llevado a una interpretación errónea de las realidades nacionales, que ha favorecido el surgimiento de modelos de desarrollo concebidos desde arriba hacia abajo. Ahora bien, al llevar a la práctica tales modelos de desarrollo, con frecuencia importados acríticamente desde los países industrializados, se ha desconocido en forma sistemática la capacidad de resistencia de las culturas de las grandes mayorías nacionales que, desde tiempos inmemoriales viven por sus propios medios, marginadas en los enclaves de modernidad creados por las élites culturales, políticas y económicas de acuerdo con su paradigma de progreso.

La situación descrita ocurre prácticamente en cualquier campo de actividad: la salud, la vivienda, la industrialización, la explotación de los recursos naturales, etc.. En el ámbito de la salud, por ejemplo, se advierte una notable desproporción entre las inversiones en medicina preventiva y las inversiones en medicina curativa: mientras el número de puestos de asistencia vecinales y rurales disminuye o se mantiene constante, a pesar del crecimiento demográfico, o bien mientras reaparecen -por falta de control preventivo- epidemias que ya habían sido controladas o erradicadas, se concentran recursos públicos en áreas muy sofisticadas -como las de los trasplantes de órganos-, cuya capacidad de atención es altamente limitada por la carencia de recursos técnicos y humanos. Es así que conseguimos formar sociedades que, por un lado, son capaces de incorporar los avances científicos y tecnológicos más complejos de este fin de siglo, pero, por el otro, arrastran estructuras sociales comparables solamente con las del período medieval europeo.

La meta básica del proceso de industrialización de nuestra región ha sido el mercado externo y muy poco se ha hecho por desarrollar los mercados internos. Los costos de mantenimiento de este modelo, sobre todo a partir del momento en que la crisis cortó el flujo de inversión hacia la región y ésta se convirtió en exportadora neta de capitales, se han pagado con la reducción de los presupuestos destinados al sector social, principalmente a la salud, la educación, la vivienda, la infraestructura y los servicios urbanos.

Por otro lado, tanto para mantener este modelo, aunque sea precariamente, como para pagar el servicio de la deuda, con frecuencia el sector público ha recurrido a la sobre explotación de los recursos naturales del país, sin

considerar mayormente los efectos ambientales de tales métodos de explotación. Paralelamente, grupos industriales extranjeros, presionados por las crecientes limitaciones que les impone la legislación ambiental en los países desarrollados, tratan de introducirse en países de la región, donde las normas son más flexibles, no sólo por incapacidad técnica o por falta de tradición, sino porque las demandas de divisas y de generación de empleos hacen este trueque aparentemente ventajoso.

Sin embargo, el examen del panorama de la región no revela solamente estas situaciones que, aunque reales, son poco halagüeñas y profundamente dañinas para el futuro económico, social y político. Por ejemplo, es notable el hecho de que la reinstauración de los procesos democráticos haya exigido a las poblaciones nacionales un esfuerzo de organización social sin precedentes en la historia regional. La proliferación de organismos no gubernamentales, por su parte, ha permitido la creación de nuevas organizaciones sociales, más conscientes de sus derechos ciudadanos y más activas políticamente. Además, a raíz de los hechos políticos y sociales que se han vivido, la élite posee ahora un conocimiento más objetivo de las realidades nacionales, y los gobiernos surgidos de este proceso se han visto compelidos a buscar nuevas maneras de hacer política y de planificar el desarrollo de estas sociedades. Hay que reconocer también que gran parte de esta evolución ha contado con el decidido apoyo de la comunidad internacional, ya fuera oficialmente, a nivel de gobierno, o por intermedio de los organismos no gubernamentales.

Uno de los cambios más importantes ocurridos ahora último ha sido el reconocimiento de que la defensa del medio ambiente y del bienestar de la población no constituyen tan sólo problemas de carácter ético o moral. Tanto la sustentabilidad ambiental como el desarrollo social tienen profundas raíces en el proceso de desarrollo económico y son, por ende, estrechamente interdependientes. De acuerdo con el documento presentado por la CEPAL a la Reunión Regional Preparatoria de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, que tuvo lugar en México, "la consecución del desarrollo sustentable conduce hacia un equilibrio dinámico entre todas las formas de capital que participan en el proceso de desarrollo, esto es, tanto el capital humano, natural, físico y financiero, como el acervo o capital institucional y cultural"<sup>5</sup>.

En dicha reunión, los países latinoamericanos y del Caribe miembros de la CEPAL aprobaron por intermedio de sus Ministros, la Plataforma de Tlatelolco sobre Medio Ambiente y Desarrollo. En este documento se señalan, una vez más, las vinculaciones entre los campos de la salud internacional y del medio ambiente y se hace hincapié en algunos requisitos fundamentales para el proceso de ambos: desarrollo de la capacidad científica y tecnológica regional, condiciones internacionales que permitan a la región el acceso a tecnologías de

avanzada, obtención de recursos adicionales para garantizar el desarrollo sustentable y formación intensiva de recursos humanos.

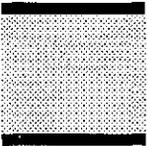
Al concluir esta breve presentación, es fundamental reiterar la importancia de dar un enfoque multisectorial a las soluciones que se propongan, tanto para los problemas ambientales como para los de salud en la región. En torno a este punto, cabe sugerir que en los programas de formación de recursos humanos en materia de salud internacional se dé más énfasis al estudio y a la investigación de los problemas ambientales y de sus interrelaciones con el estado de la salud pública vinculando ambos temas con los aspectos culturales y económicos del desarrollo, al cual tanto el uno como el otro pueden contribuir positiva o negativamente. En otras palabras, es necesario aclarar aquí que el problema de la salud pública, más que ético o moral, es un problema económico y que afecta a uno de los capitales fundamentales para la promoción del desarrollo: el capital humano, ya que el hombre es a la vez sujeto y objeto primordial del desarrollo y de cualquier realización en este campo.

### **Referencias**

1. CEPAL. "Transformación productiva con equidad. La tarea prioritaria de América Latina y el Caribe en los años noventa". (LC/G.1601-P), Santiago de Chile, marzo de 1990. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.90.II.G.6.
2. Este estudio, encargado por la Intendencia Regional Metropolitana, fue realizado por el consorcio formado por las empresas ARA, SEEBLA y CONSECOL, Santiago de Chile, mimeografiado, diciembre de 1989. Citado en el documento: La contaminación del aire y sus efectos sobre la salud (LC/R.1025 [Sem. 61/24]), elaborado por el consultor Señor Hernán Sandoval para la Unidad Conjunta CEPAL/PNUMA de Desarrollo y Medio Ambiente de la División de Medio Ambiente y Asentamientos Humanos, Santiago de Chile, CEPAL, julio de 1991.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). "Las Condiciones de Salud en las Américas." Serie Publicación Científica N° 524, Vol. 2, Washington, D.C., 1991.
4. De acuerdo con Lester R. Brown, hay dos interesantes esfuerzos recientes en este campo que son el Human Development Index (Índice de Desarrollo Humano) (HDI), sugerido por las Naciones Unidas, y el Index of Sustainable Economic Welfare (Índice de Bienestar Económico Sustentable) (ISEW), desarrollado por Herman Dayly y John Cobb,

Worldwatch Institute, State of the World, Nueva York, W.W. Norton & Company, 1991.

5. CEPAL. "El desarrollo sustentable: transformación productiva, equidad y medio ambiente". (LC/G.1648-P), Santiago de Chile, febrero de 1991. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.91.II.G.5.



## Los Problemas de los Costos de la Cobertura del Seguro y de la Atención a la Salud en los Estados Unidos

E. Richard Brown

A pesar del atractivo aparente que muchos países encuentran en las propuestas encaminadas a privatizar sus sistemas de financiamiento de la atención a la salud, principalmente público, Estados Unidos camina en dirección opuesta. En casi todos los países miembros de la OCDE, los desembolsos públicos representan más de tres cuartas partes de los gastos en salud, frente a sólo 40 por ciento, aproximadamente, en Estados Unidos<sup>1</sup>. Al presente existe un consenso casi universal en Estados Unidos de que el actual sistema de financiamiento de la atención a la salud, principalmente privado, es un fracaso. Comparten este criterio nueve de cada diez norteamericanos, incluidas las mismas proporciones del público en general y los altos ejecutivos de las principales empresas del país<sup>2</sup>.

En muchos países, el debate se centra en la disyuntiva de si privatizar parte o la totalidad de los programas de seguro de los servicios de salud pública o de los servicios nacionales de salud. En Estados Unidos, existe un amplio consenso de que el gobierno debe proporcionar seguro social para los servicios de salud de una proporción mucho más elevada de la población que jamás en el pasado. El debate político gira en torno al hecho de si este programa de seguro público debería complementar un sistema ampliado de seguro privado o sustituir al seguro privado. El debate de la política pública gira en torno a si establecer un sistema dirigido por el gobierno de seguro de salud basado en el empleo, en el que el programa público ampliado proporciona cobertura a quienes queden excluidos de la cobertura del seguro privado o crear, en vez de ello, un programa universal de seguro nacional de salud, ampliando así la participación del gobierno para proporcionar cobertura a toda la población.

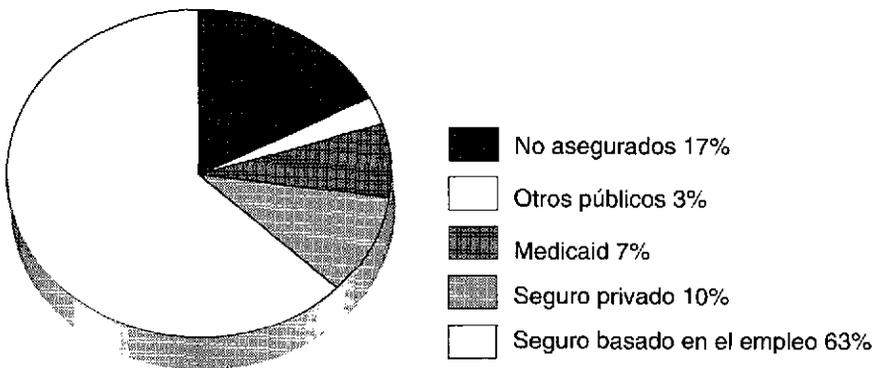
Durante la década de 1980, Estados Unidos y la mayoría de los Estados individualmente han sido golpeados por dos problemas fundamentales relacionados con el financiamiento de los servicios de salud. Un problema es el costo galopante de la atención a la salud y del seguro de salud, problema que comparte en cierto grado con la mayoría de los países industrializados. Un segundo problema es el creciente número de personas que no están aseguradas para los gastos de atención a la salud, problema que, entre los países industrializados, es prácticamente único de Estados Unidos y de la forma que este país financia los servicios de salud. La presión combinada de estas dos fuerzas ha generado un creciente apoyo político para reformas amplias a fin de resolver estos problemas y está llevando al país a un punto crítico de decisión.

## Cobertura del seguro de salud

La mayoría de las personas en Estados Unidos tienen algún tipo de cobertura de seguro de salud. Casi toda la población anciana, de 65 años de edad o más, está amparada por Medicare, un programa federal de seguro social que proporciona cobertura para la mitad, aproximadamente, de los costos de la atención a la salud de los ancianos. Para pagar algunos de los gastos que Medicare no sufraga, la mayoría de estas personas ancianas tienen también seguro privado o Medicaid, un programa basado en la asistencia social que proporciona cobertura a la mitad, aproximadamente, de la población más pobre (principalmente a quienes reúnen las condiciones para recibir ayuda pública federal).

La población no asegurada es extensa y está creciendo. Sin embargo, en la población no anciana, la cobertura es mucho más variable y muchas personas no tienen protección alguna en absoluto contra los gastos médicos. En 1989, 74 por ciento de la población no anciana tenía cobertura del seguro privado, incluyendo 64 por ciento que obtenía de sus propios beneficios de salud basados en el empleo o que contaba con cobertura merced al empleo de un miembro de la familia, y otro 10 por ciento que tenía cobertura de seguro adquirido privadamente. Otro 10 por ciento de la población no anciana tenía cobertura del Medicaid, un programa federal-estatal relacionado con la asistencia social que proporciona cobertura a la mitad de los segmentos pobres de la población, u otro programa público (véase gráfico 1)<sup>3</sup>.

Gráfico 1  
Distribución de Personas No Ancianas por Cobertura de Seguro  
y por Fuente de Cobertura, Estados Unidos, 1989

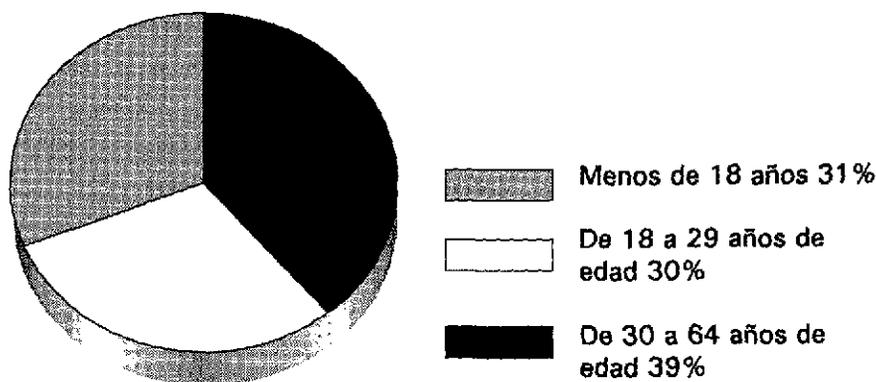


Pero el 17 por ciento de la población no anciana, más de 35 millones de norteamericanos, no tiene cobertura de ninguna clase -ni seguro privado, ni Medicare, ni Medicaid, ni ningún otro tipo de cobertura-. Así pues, estas personas carecen de protección contra los gastos de la atención médica para ellas mismas y para sus familias.

El problema en algunas regiones y estados, especialmente en los Estados del Sur y el Sudoeste, es aún más agudo que para el país en su conjunto. En California, por ejemplo, 22.5 por ciento de la población con menos de 65 años de edad -5.9 millones de personas- carece de seguro y, en el condado de Los Angeles, una de cada tres personas no ancianas carece totalmente de cobertura.

**Los no asegurados son desproporcionadamente jóvenes, de bajos ingresos y minorías étnicas.** Una tercera parte de todos los no asegurados son niños menores de 18 años de edad, casi otra tercera parte son personas entre los 18 y 29 años de edad y el resto está constituido por personas entre los 30 y 64 años de edad (véase el gráfico 2). Los jóvenes adultos tienen mayor riesgo de carecer de seguro; una de cada cuatro personas de 18 a 29 años de edad carece de protección (en California, uno de cada tres jóvenes adultos carece de protección del seguro) (véase el gráfico 3).

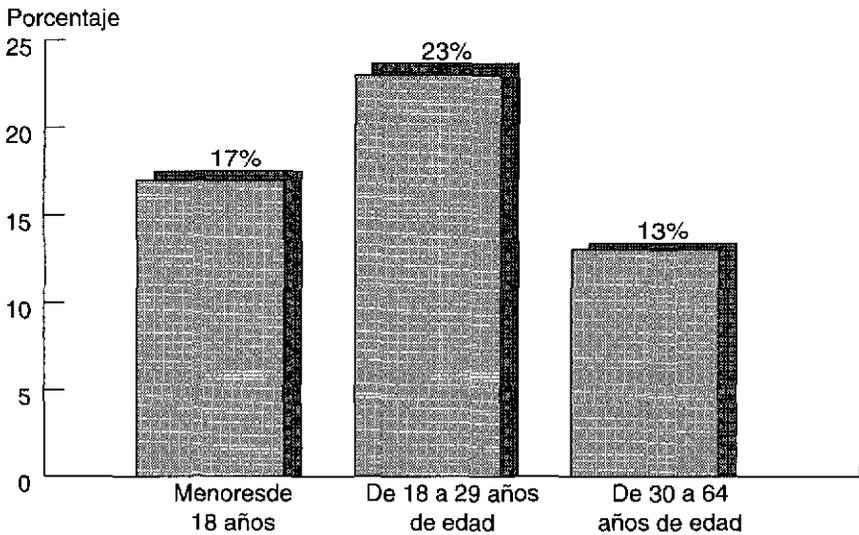
Gráfico 2  
Distribución de Personas No Ancianas No Aseguradas  
por Edad, Estados Unidos, 1989



Casi la mitad (47 por ciento) de todos los no asegurados en Estados Unidos son niños y adultos pobres o casi pobres (en 1989, un ingreso anual de unos EU\$19,000 o menos para una familia de cuatro). La pobreza relativa de los no asegurados es importante para el debate de la política pública, debido a que

no es probable que la mayoría de los no asegurados puedan pagar mucho, si es que pueden pagar algo, por su cobertura. Sin embargo, una gran proporción de los no asegurados no son pobres en absoluto. Veintidos por ciento de los no asegurados tienen ingresos familiares de al menos tres veces el nivel de pobreza (aproximadamente EU\$38,000 o más para una familia de cuatro).

Gráfico 3  
Personas No Ancianas No Aseguradas  
por Edad, Estados Unidos, 1989

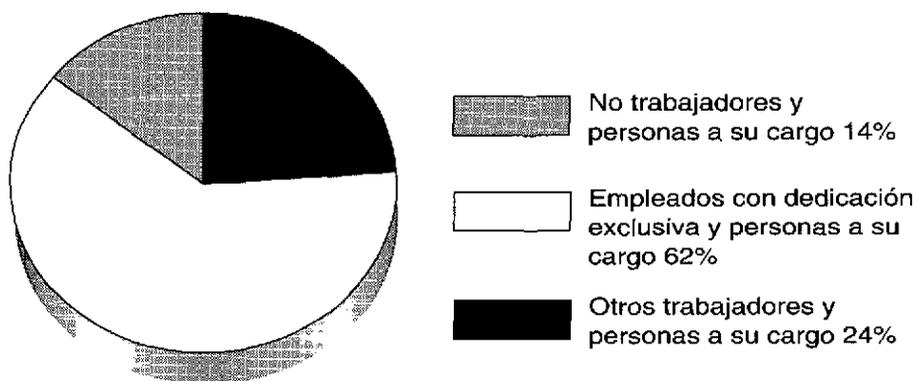


Las personas de bajos ingresos tienen una probabilidad de carecer de seguro mucho mayor que la población más adinerada. En 1989, 36 por ciento de las personas que tenían ingresos familiares por debajo de la línea de pobreza (EU\$12,675 para una familia de cuatro) y 36 por ciento de quienes estaban justamente por encima de la línea de pobreza no tenían cobertura, en comparación con 19 por ciento de aquellas personas cuyos ingresos familiares oscilaban entre 150 y 299 por ciento de la línea de pobreza y sólo 7 por ciento de la población más adinerada.

En 1989, 38 por ciento de todos los latinos no ancianos carecían de seguro, la tasa más elevada entre todos los grupos étnicos (tres veces más elevada que la tasa para los blancos no latinos). Aunque inferiores a la tasa para los latinos, las proporciones de los negros y asiáticos no asegurados, y de otros grupos minoritarios étnicos sin seguro, son dos terceras partes más altas que la tasa para los blancos no latinos.

Casi nueve de cada diez personas no aseguradas son trabajadores o miembros de familias encabezadas por un trabajador. La abrumadora mayoría de no asegurados está constituida por trabajadores y sus familias. Casi 9 de cada 10 personas no aseguradas -86 por ciento de los no asegurados- son trabajadores o pertenecientes a una familia encabezada al menos por un trabajador. Sesenta y dos por ciento de los no asegurados son trabajadores a tiempo completo con sus cónyuges e hijos a su cargo. Otro 24 por ciento son otros trabajadores -empleados con dedicación parcial y los trabajadores autónomos- y las personas a su cargo (véase el gráfico 4).

Gráfico 4  
Distribución de Personas No Ancianas No Aseguradas  
por Situación Laboral de los Adultos en la Familia  
Estados Unidos, 1989

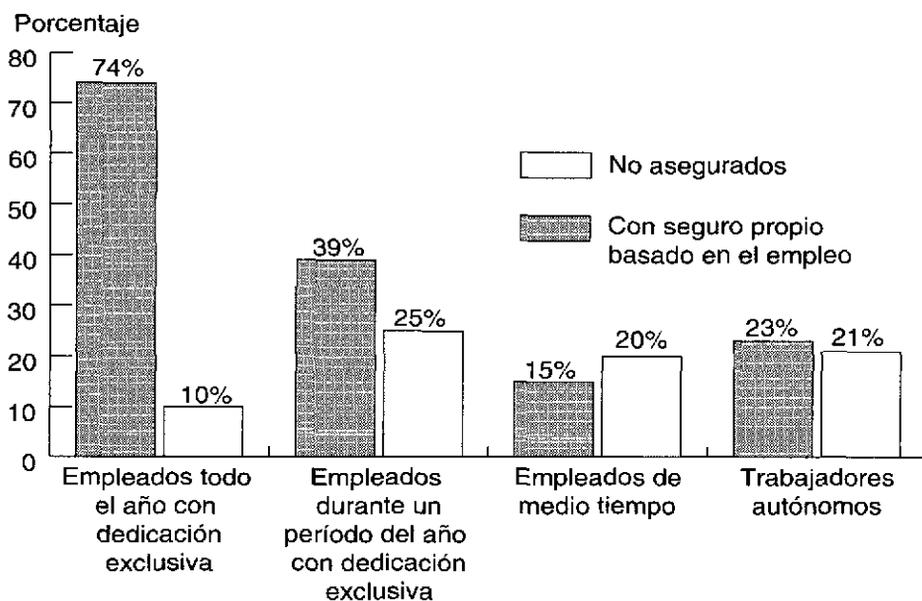


Aunque la mayoría de los norteamericanos obtienen acceso al seguro de salud como beneficio marginal de su empleo, la proporción muy elevada de personas no aseguradas que trabajan y sus familias es clara evidencia de que el seguro de salud voluntario, privado, basado en el empleo proporciona una cobertura inadecuada incluso a la población trabajadora.

Los empleados que trabajan con dedicación exclusiva durante todo el año (al menos 35 horas por semana y al menos 50 semanas por año) tienen mayor probabilidad que otros empleados o trabajadores autónomos de obtener beneficios de salud a través de su empleo. Por tanto, no sorprende que 74 por ciento de los empleados con dedicación exclusiva, durante todo el año, estuvieran amparados por el plan de seguro de salud de su empresa en 1989. Otro 16 por ciento recibió cobertura a través del seguro de otro miembro de la familia o de alguna otra fuente, pero eso dejó 10 por ciento que carecía totalmente de seguro. Los

empleados con dedicación exclusiva, que trabajan parte del año, y los empleados autónomos, tienen dos y media veces más probabilidad de carecer de seguro (véase el gráfico 5).

Gráfico 5  
Porcentaje de Empleados que Trabajan todo el Año con Dedicación Exclusiva con su Propio Seguro Basado en el Empleo y de Desempleados de 18 a 64 Años de Edad, Estados Unidos, 1989



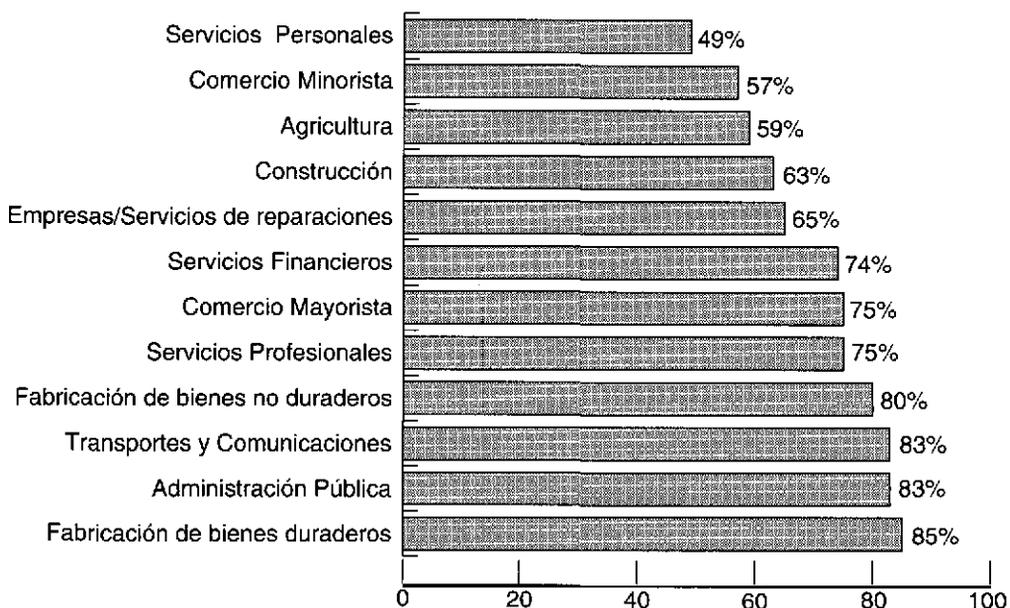
Los empleados de bajos ingresos tienen mucha menos probabilidad de disponer de beneficios de salud a través de su empleo y tienen mucha más probabilidad de permanecer totalmente sin seguro. Aún entre los empleados con dedicación exclusiva, durante todo el año, cuanto mayores son sus ingresos por año, tanto mayor será la probabilidad de que estén amparados por seguros de salud personales o por los de algún miembro de su familia y tanto menor será la probabilidad de que carezcan de seguro. Un número mayor de empleados con dedicación exclusiva, durante todo el año, con ingresos personales por debajo de \$10,000, carecen de seguro que el número amparado por el seguro de salud basado en el empleo.

Una encuesta de 1988 entre empleados del hogar en Los Angeles, por ejemplo, constató que 65 por ciento de estos empleados de bajos ingresos en el sector servicios carecía de seguro. Estos trabajadores, que percibían \$3.72 por hora prestando servicios personales para los ancianos y personas incapacitadas,

no recibían seguro de salud a través de sus empleos. Quienes no estaban amparados por un plan grupal de seguro de salud de un miembro de la familia (muchas eran personas solteras o madres no casadas) dependían de los hospitales del condado apoyados por los contribuyentes, para la mayor parte de su atención, aunque un número reducido podía acogerse a Medicaid<sup>4</sup>.

La proporción de empleados con dedicación exclusiva, durante todo el año, que reciben beneficios de salud basados en el empleo difiere considerablemente según la industria. Algunas industrias -entre ellas la del transporte, las comunicaciones y los servicios públicos; las manufacturas, los servicios profesionales; los servicios financieros; el comercio al por mayor; y la administración pública- tienen una probabilidad mucho mayor que otras industrias de proporcionar beneficios de salud al menos a sus empleados a tiempo completo, durante todo el año, -especialmente la agricultura, la silvicultura, la pesca y la minería; la construcción, los servicios personales; los servicios mercantiles y de reparación; y el comercio al por menor (véase el gráfico 6)-. Quienes trabajan por patronos particulares tienen una probabilidad mucho menor de recibir beneficios de salud en su empleo y tienen una probabilidad mucho mayor de carecer de seguro que la de los empleados del sector público.

Gráfico 6  
Porcentaje de Empleados que Trabajan todo el Año con Dedicación Exclusiva con su Propio Seguro Basado en el Empleo por Industria, de 18 a 64 Años de Edad, Estados Unidos, 1989



Los trabajadores que pertenecen a un sindicato tienen mucha más probabilidad que los que no pertenecen a un sindicato de obtener seguro de salud basado en el empleo. Entre los trabajadores afiliados a un sindicato, 82 por ciento obtienen sus propios beneficios de salud, en comparación con 56 por ciento de quienes no están amparados por un sindicato. Históricamente, la cobertura basada en el empleo, especialmente para los trabajadores manuales, se obtuvo merced a la negociación colectiva por los sindicatos en nombre de sus miembros, lo que explica en parte la cobertura de seguro más elevada en las industrias con mayor afiliación sindical. Pero con sólo 19 por ciento de los trabajadores norteamericanos afiliados a un sindicato o amparados por un contrato sindical, este factor ha perdido parte de su influencia para la población trabajadora en su conjunto.

Los empleados que trabajan en empresas pequeñas tienen mucho menor probabilidad de obtener beneficios de salud patrocinados por la empresa. Aunque 8 de cada 10 empleados con dedicación exclusiva, durante todo el año, en empresas de 100 o más trabajadores reciben sus propios beneficios, un número menor de 7 de cada 10 en empresas de 25 a 99 trabajadores obtienen esos beneficios, y menos de la mitad en las empresas que tienen menos de 25 empleados los reciben (véase el gráfico 7). Las empresas pequeñas son uno de los factores centrales contribuyentes al problema de falta de cobertura del seguro. Aunque 22 por ciento de todos los empleados en Estados Unidos trabajan en empresas con menos de 25 empleados, 42 por ciento de todos los empleados no asegurados trabajan en empresas de esta dimensión.

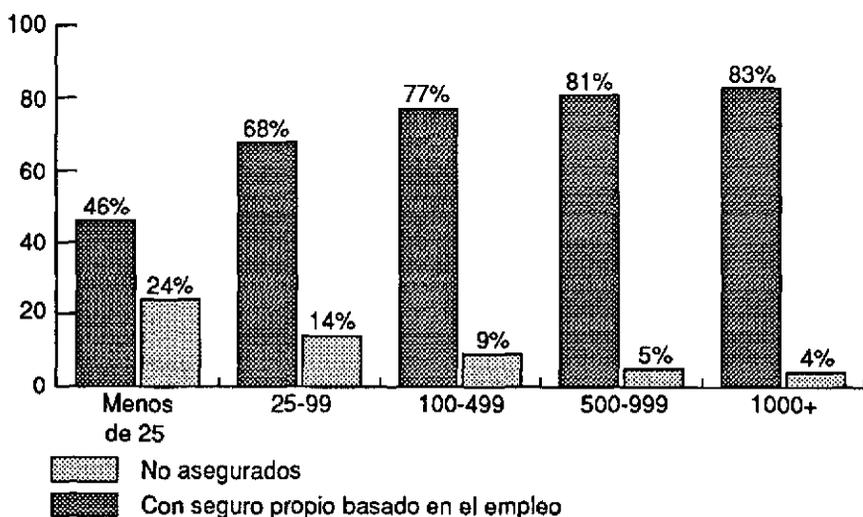
La disminución en la cobertura del seguro basada en el empleo entre los trabajadores y sus familias se debe en gran parte a un descenso en los puestos de trabajo en las manufacturas y otros sectores de la economía con mayores salarios y mayor afiliación sindical y un incremento en el empleo en los sectores de venta al por menor y de servicios<sup>5</sup>. El empleo cada vez menor en industrias que tradicionalmente han proporcionado beneficios de salud, y el rápido crecimiento de los puestos de trabajo en pequeñas empresas de venta al por menor y de servicios, donde prevalecen sueldos bajos y empleo estacional, ha hecho que un número creciente de personas pongan en tela de juicio la dependencia continua del seguro de salud privado basado en el empleo en los Estados Unidos.

Además de la población que carece totalmente de seguro en cualquier momento dado, una proporción sustancial de la población está amparada en forma inadecuada por el seguro de salud, dejándoles expuestos a importantes pérdidas financieras o deudas debido a la atención médica costosa. El análisis más definitivo de este problema estimó que, incluidas las personas inadecuadamente aseguradas y las personas totalmente carentes de seguro, entre 24 y 37 por ciento de la población no anciana están incompletamente aseguradas contra los riesgos pronosticables de gastos médicos cuantiosos. Este grupo incluía en 1977, 9 por ciento aproximadamente, de la población que carecía de seguro durante todo el

año, además de otro 9 por ciento que carecían de seguro parte del año y al menos otro 5-18 por ciento que tenían cobertura del seguro privado que los dejaba vulnerables a riesgos importantes de tener que dedicar al menos 10 por ciento de su ingreso familiar a sufragar gastos médicos<sup>6</sup>. Es probable que las personas insuficientemente aseguradas representen ahora considerablemente más de una cuarta a una tercera parte de la población de lo que era hace una década y media.

Gráfico 7

Porcentaje de Empleados que Trabajan todo el Año con Dedicación Exclusiva con su Propio Seguro Basado en el Empleo y No Asegurados, por Tamaño de la Empresa, de 18 a 64 Años de Edad, Estados Unidos, 1989



**¿Por qué es un problema la creciente falta de seguro de salud?** Varios factores hacen que la falta de seguro de salud sea un grave problema tanto para los no asegurados como para los proveedores de la atención a la salud, los gobiernos locales y los patronos que proporcionan cobertura del seguro de salud, los no asegurados tienen un acceso mucho menor a la atención médica necesaria. Tienen una probabilidad menor de ver a un médico en un año, menor probabilidad de que sus hijos reciban vacunas adecuadas, menor probabilidad de recibir atención prenatal en el primer trimestre del embarazo, menor probabilidad de comprobar su presión sanguínea y sólo la mitad de probabilidad de ver a un médico dentro de 30 días si tienen síntomas graves tales como fiebre alta persistente, náusea o pérdida de sangre<sup>7</sup>.

Segundo, el acceso reducido a la atención médica debido a la falta de cobertura del seguro puede contribuir a un grave deterioro en el estado de salud

del individuo. Los estudios de investigación han encontrado que las mujeres embarazadas y sus hijos y las personas con enfermedades crónicas están sometidas a un riesgo particular<sup>8</sup>.

Finalmente, aunque los no asegurados reciben menos atención que la población asegurada, todo el mundo paga la atención que reciben los no asegurados. Cuando los no asegurados necesitan atención urgente, van de ordinario a los hospitales y clínicas. La atención no compensada (deudas incobrables y atención de caridad, principalmente para los no asegurados) costó a los hospitales en California, por ejemplo, \$975 millones en el ejercicio fiscal de 1985-86 -84 por ciento más que en 1981-82 y 49 por ciento más después de introducir los ajustes necesarios para tomar en cuenta la inflación<sup>9</sup>. La atención caritativa costó a los hospitales estadounidenses más de \$8,000 millones en 1988. Los contribuyentes individuales y comerciales asumen la carga financiera de la atención no compensada proporcionada por los hospitales públicos, pero estas instalaciones públicas permanecen deprimentemente subfinanciadas, carentes de personal y mal equipadas para atender las necesidades de atención médica de esta población<sup>10</sup>.

Los patronos y empleados pagan gran parte de la atención no compensada proporcionada por los hospitales privados es decir, los costos de esta atención que no son pagados directamente por el paciente se desvían a las facturas de los pacientes asegurados, principalmente los empleados de empresas que no proporcionan beneficios de salud. Pero debido a que este "desvío de los costos" se ha hecho más difícil en el curso de estos últimos años puesto que los patronos exigen tasas de descuento de los hospitales, un número cada vez mayor de hospitales privados han encontrado formas de excluir a los pacientes no asegurados. Hospitales en muchas ciudades de todo el país han cerrado esporádicamente sus salas de emergencia, otros los han degradado permanentemente, cerrando las puertas de las salas de emergencia a las ambulancias de socorro que respondan a la llamada al número "911" y muchos han cerrado sus centros traumatológicos. Estas medidas afectan a toda la comunidad, a las personas tanto con seguro como sin seguro.

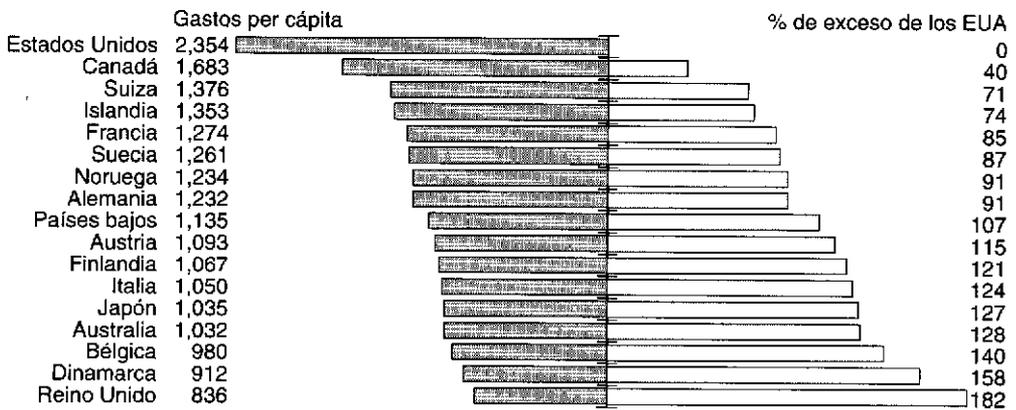
## **Costos Crecientes de la Atención a la Salud**

El otro problema importante de financiamiento de la atención a la salud que asedia a Estados Unidos es el rápido incremento en los desembolsos por concepto de atención médica. La atención a la salud en Estados Unidos ha estado consumiendo una porción cada vez mayor de nuestros recursos económicos, de 6 por ciento de nuestro producto interno bruto en 1965 a más del 12 por ciento en la actualidad<sup>11</sup>. Parte del incremento en los desembolsos totales se debe al rápido aumento en los costos y precios de la atención médica, que han estado creciendo a un ritmo más acelerado que la inflación en el resto de la economía.

Gran parte de este incremento se debe a una "intensidad" creciente de los servicios proporcionados a cada paciente, muchos de los cuales no son necesarios ni eficaces.

Estados Unidos gasta más que cualquier otro país del mundo en la atención a la salud (véase el gráfico 8), 40 por ciento más por persona que el Canadá, el segundo sistema de salud más costoso, que proporciona cobertura a toda su población mediante un programa de seguro de salud universal administrado por el gobierno y financiado con los impuestos en cada provincia<sup>12</sup>.

Gráfico 8  
Gasto de Salud Per Cápita en Países Seleccionados de la OCDE, 1989



Datos de la OCDE y Health Affairs 1991

**¿Obtiene Estados Unidos réditos adecuados por sus elevados gastos en salud?** A pesar del gasto por persona más elevado en la atención a la salud, los indicadores de salud en los Estados Unidos demuestran que debería estar recibiendo más por su inversión. Muchos países menos desarrollados tienen una mortalidad infantil más baja y un expectativa de vida tan buena o mejor que la de los Estados Unidos. Otros diecinueve países industrializados, por ejemplo, tenían tasas de mortalidad infantil más bajas en 1987 que Estados Unidos, aunque la atención médica contribuye menos a determinar el hecho de que las personas están más saludables o enfermas, que el ambiente social y físico -tales como los recursos financieros, las condiciones de vida y de trabajo, y la cultura- así como el estilo de vida personal, muchos tipos de atención preventiva y curativa han demostrado que producen un efecto significativo e importante en determinar quién vive y quién muere.

Una razón por la que Estados Unidos obtiene menos réditos de lo que debería por la cantidad que emplea en la atención médica es porque se emplea en administración una porción de los desembolsos de salud mayor que en otros países. En los Estados Unidos, 1,500 planes privados de salud separados y una cifra estimada de 175,000 planes de autoseguro del empleador<sup>13</sup> compiten entre sí por captar afiliados, cada uno de ellos soportando costos sustanciales de mercadeo, analizando los riesgos financieros de los solicitantes, negociando pagos con los médicos y hospitales individuales, examinando las decisiones clínicas de los médicos y tramitando facturas y reclamaciones individuales de los proveedores de la atención a la salud y los afiliados. Durante las décadas de 1970 y 1980, los costos administrativos acapararon una porción rápidamente creciente del gasto total en la atención a la salud<sup>14</sup>. Los costos de administración del seguro de salud son aproximadamente el uno por ciento de los desembolsos totales en el sistema de seguro público del Canadá, un tres por ciento, aproximadamente, de los costos totales del programa público de Medicare en los Estados Unidos y de 11 a 12 por ciento, aproximadamente, para los planes del seguro privado en Estados Unidos<sup>15</sup>. Estos costos generales del seguro no incluyen los costos administrativos mucho más elevados de los médicos y hospitales estadounidenses por concepto de facturación y cobro de un sistema fragmentado de seguro y pago<sup>16</sup>. Los costos administrativos más elevados parecen ser una consecuencia de un sistema privatizado de financiamiento de la atención a la salud.

Es tal la fragmentación de quienes pagan seguro de terceras personas que ha impedido que los pagadores negocien colectiva y eficazmente con los hospitales y la profesión médica. Sólo el programa federal de Medicare tiene una porción suficiente del mercado para darle una influencia sustancial en la política de reembolso, permitiéndole innovar reformas de pago para los hospitales y los médicos que surten efecto en todos los pagadores, tanto públicos como privados. Hasta hace muy poco incluso el programa de Medicare reembolsa a los hospitales sus gastos por todos los servicios prestados y abonaba a los médicos sus pagos "habituales y ordinarios" por todos los servicios amparados por el seguro. El cambio de Medicare en el reembolso de los hospitales a una política prospectiva de precios por admisión, basando el pago en la clasificación del paciente en uno de varios centenares de grupos relacionados con el diagnóstico (DRG) ha influido en la atención hospitalaria y los gastos de hospital con todos los pagadores terceras partes<sup>17</sup>. Medicare está reformando ahora también el pago de los servicios de los médicos convirtiéndolo en un programa de pagos fijos diseñado con los incentivos financieros para promover más atención primaria a expensas de los especialistas orientados a los procedimientos<sup>18</sup>.

Aunque las reformas de reembolso de Medicare han influido en otros pagadores, los propios planes competitivos del seguro privado de enfermedad han dependido de la competencia entre los hospitales y los médicos para negociar precios individualmente. Esa estrategia de una solución competitiva privada al

problema del costo ha dejado a los pagadores de los servicios de salud divididos y los costos de la atención médica prácticamente descontrolados.

**El seguro de salud se ha vuelto inaccesible para muchos.** Costos de la atención médica más elevados significan primas más altas. A medida que han escalado los costos de la atención, los costos de los beneficios de salud aumentaron en consecuencia. Entre 1977 y 1987, los aportes de primas promedio para los beneficios de salud basados en el empleo por persona amparada por el seguro aumentaron 49 por ciento en dólares ajustados para tomar en cuenta la inflación, pasando de \$1,111 a \$1,656 (ambas cifras corresponden a dólares de 1987)<sup>19</sup>. Cada año, los empleadores han de soportar aumentos sustanciales de dos dígitos en el porcentaje de costos de beneficios de salud<sup>20</sup>.

Las pequeñas empresas han debido soportar una carga muy pesada debido al aumento de los costos de la atención sanitaria y primas del seguro. Ciertamente, un factor que contribuye al costo elevado del seguro para las empresas individuales y los grupos de empleadores es la calificación de experiencia<sup>21</sup>, que ha aislado a los grupos de riesgo más pequeños y les ha expuesto a tasas cada vez más altas.

Los costos crecientes han hecho difícil para las pequeñas empresas adquirir seguro. El mercado del seguro de salud para los grupos pequeños está desapareciendo en todo el país; desde 1988, al menos 34 aseguradores han dejado de vender pólizas en grupo a pequeñas empresas en California<sup>22</sup>. Encontrar seguro de salud para pequeños grupos en el que uno o más miembros tienen una condición médica preexistente es difícil incluso para el agente de seguros más consagrado. Además, a medida que un mayor número de aseguradores se desvían de la calificación de la comunidad a la calificación de la experiencia, los empleadores han tenido que hacer frente a primas cada vez más elevadas del seguro de salud.

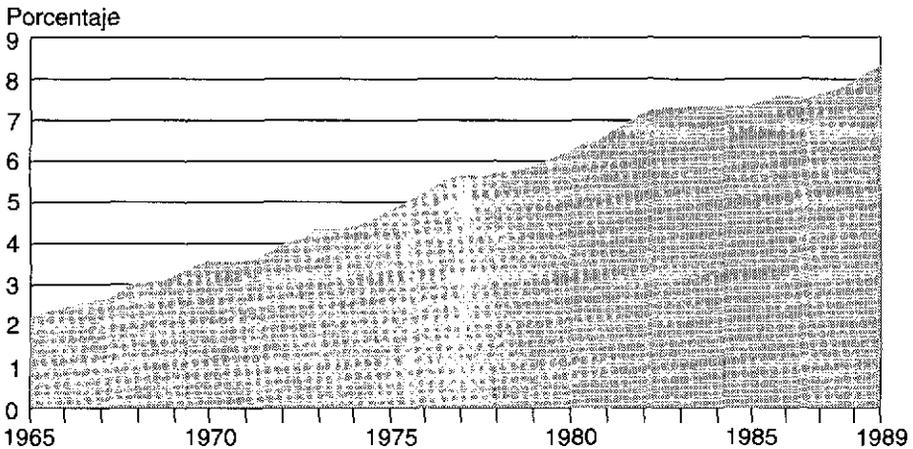
Los empleadores que proporcionan seguro han respondido a los costos crecientes de los beneficios de salud animando u obligando a sus empleados a afiliarse a planes de atención gestionada. Los empleadores también han desviado una mayor parte de los costos de la cobertura hacia los empleados aumentando la porción requerida que han de compartir en los costos para primas y atención médica<sup>23</sup>. Los intentos tal vez más desesperados de los empleadores por controlar sus costos mediante la alteración de beneficios de salud anteriormente generosos son una fuente importante de conflicto en las relaciones entre la mano de obra y la gerencia y se han convertido en un factor principal en casi 80 por ciento de todas las huelgas<sup>24</sup>. A pesar de estas iniciativas por controlar sus propios costos, muchos patronos se ven entre la espada y la pared. Como el presidente del Consejo de Coaliciones de Empleadores de Salud de California ha declarado "Hemos tratado muchas cosas -análisis de utilización, gestión de casos, costos compartidos con los empleados, organizaciones de mantenimiento de la

salud, organizaciones proveedoras preferidas, hospicios- y los costos siguen aumentando de 20 a 30 y a 40 por ciento"<sup>25</sup>.

Estos aumentos en los costos han sacado una porción mayor de los ingresos de los trabajadores y las utilidades de las empresas. Entre 1965 y 1989, el costo de los beneficios de salud ha aumentado de 2 por ciento de los salarios y sueldos al 8 por ciento (véase el gráfico 9). Y ha pasado de 8 por ciento de las utilidades de las empresas antes de impuestos a 56 por ciento (véase el gráfico 10)<sup>26</sup>. Las pérdidas financieras ocasionadas a las empresas y la mano de obra, junto con los conflictos crecientes entre la mano de obra y la gerencia y las huelgas en relación con los beneficios de salud, han llevado la presión política para la reforma de la atención a la salud a niveles no registrados hasta ahora.

Gráfico 9

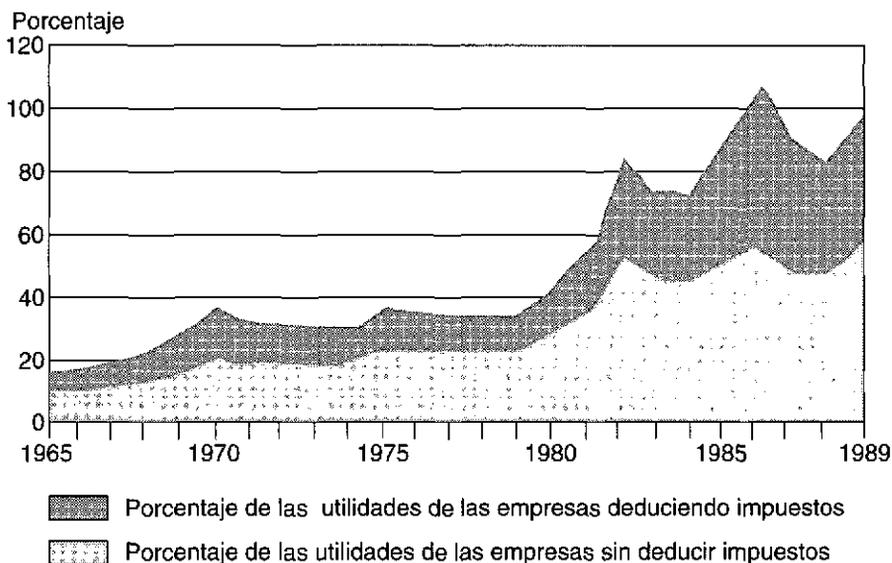
Gastos Empresariales por Concepto de Beneficios de Salud como Porcentaje de los Sueldos y Salarios, Estados Unidos, 1965-1989



### Solucionando los problemas: Opciones de política pública

Estos dos problemas de financiamiento de la atención a la salud están inextricablemente vinculados. Una población no asegurada grande y creciente tiene poco acceso a la atención médica necesaria. Cuando reciben la atención, los no asegurados hacen incrementar las facturas de los hospitales, las primas del seguro y los impuestos de otras personas. La cobertura universal de la población proporcionaría un acceso más equitativo a la atención a la salud y pondría fin al desvío de los costos de la atención no compensada hacia los patronos, los empleados y el gobierno.

Gráfico 10  
Gastos Empresariales por Concepto de Beneficios de Salud  
como Porcentaje de las Utilidades de las Empresas  
Estados Unidos, 1965-1989



Los costos crecientes de la atención a la salud, en importancia el segundo problema de financiamiento de la atención a la salud, están agotando los recursos económicos de las empresas, los trabajadores y sus familias así como todos los niveles de gobierno. Los costos elevados de la atención a la salud y del seguro de salud hacen que sea cada vez más difícil para las empresas y las personas de bajos ingresos pagar sus beneficios de salud. Este problema, al igual que el problema de la cobertura del seguro, puede resolverse con suma eficacia mediante reformas importantes en el sistema de financiamiento de la atención a la salud.

Los métodos de solucionar el problema que ahora se están considerando oscilan entre estrategias incrementales, concentradas -propuestas que proporcionarían cobertura a algunos grupos de personas no aseguradas- y estrategias que reformarían totalmente el financiamiento de la atención a la salud. Estas propuestas de reestructuración proporcionarían seguro a toda la población mediante una reforma total del mercado de seguro o mediante el establecimiento de un programa universal de financiamiento de los servicios de salud.

**Estimular o exigir a las empresas a que proporcionen cobertura.** Algunos estados y grupos privados, tratando de evitar el establecimiento de programas obligatorios, han estado experimentando con créditos fiscales para estimular a las empresas a proporcionar cobertura a sus empleados no asegurados.

La participación de las pequeñas empresas es influenciada por los mismos factores que ahora les disuaden de proporcionar este beneficio marginal -bajos márgenes de rentabilidad y el costo elevado del seguro<sup>27</sup>- con el resultado de una desventaja competitiva para quienes pudieran añadir a sus productos o servicios los costos más elevados de mano de obra por concepto de beneficios de salud. Pocas empresas pequeñas están afiliándose a dichos programas debido a que el costo sigue siendo elevado, tanto para el empleador como para el empleado, y debido a que la participación sigue siendo voluntaria. La mayoría de los créditos fiscales para estos programas benefician a las empresas que ya proporcionan beneficios de salud. En última instancia, puede preverse que un número relativamente reducido de personas no aseguradas participará en estos programas de seguro privado voluntario y se beneficiará de ellos<sup>28</sup>.

La opción normativa incremental más espectacular que se está considerando consiste en exigir que las empresas proporcionen beneficios de salud a sus trabajadores. El costo elevado de los programas de cobertura de enfermedad subvencionados por el gobierno ha animado a los legisladores en muchos estados y a miembros del Congreso a proponer leyes que dictaminarían que las empresas proporcionasen cobertura a sus empleados y las personas a su cargo. Esta estrategia colocaría la carga del costo total de dicho seguro de salud sobre las empresas y sus trabajadores, una solución totalmente privatizada para los no asegurados.

Sin embargo, las propuestas dictaminadas para las empresas no controlarían los costos de la atención a la salud de las empresas, de los empleados y de otros. Más bien, impondrían un costo importante sobre las pequeñas empresas y sus empleados y no ofrecen razón para optimismo de que la inflación de dos dígitos en las primas de atención a la salud experimentada por las empresas tanto grandes como pequeñas se vería frenada. Las empresas, junto con sus empleados, experimentan una gran frustración ante su incapacidad de controlar los costos de sus beneficios de salud, y desean algún alivio. Debido a sus efectos sobre las pequeñas empresas y a la oposición general de las empresas a control gubernamental, los grupos comerciales han atacado fuertemente las propuestas dictaminadas para las empresas.

**Reformas en la modalidad de "asumir o pagar" (Play or Pay).** Una variante del método de seguro obligatorio para las empresas es el de "asumir o pagar"<sup>29</sup>. Concebida para mejorar el efecto del requisito sobre las pequeñas empresas con bajos márgenes de utilidades, la estrategia de "asumir o pagar" obligaría a todas las empresas a proporcionar beneficios de salud o pagar un impuesto especial en nómina por concepto de atención a la salud, en la mayoría de las propuestas establecido por debajo del costo que representaría la compra de seguro de salud. Con los ingresos procedentes de éste y otros impuestos, el gobierno proporcionaría cobertura en un programa de "pago" o lo adquiriría para personas que de otra forma quedarían sin seguro de planes de seguro de salud

contractuales. Aún cuando sólo Massachusetts y Oregón han dictaminado este tipo de programas, pero no los han puesto todavía en práctica, muchos estados están considerando dicha legislación<sup>30</sup>. Se han introducido varias propuestas en el Congreso, incluida una por líderes demócratas en el Senado<sup>31</sup>.

Sin embargo, la estrategia de "asumir o pagar" exigiría fuertes subvenciones gubernamentales a fin de hacerla viable para los trabajadores de bajos ingresos y las empresas de bajas utilidades. Si las empresas con trabajadores de riesgo más elevado se deshacen de ellos colocándolos en el programa de "pago", la necesidad de subvenciones aumentaría espectacularmente. Esta tendencia al alza de los costos del sector público debido a la evasión de riesgos elevados constituye una amenaza para el sistema mixto de financiamiento público-privado.

Las propuestas de "asumir o pagar" incluyen casi todas las iniciativas para evitar algunas de las prácticas más comunes de mercadeo y encubrimiento de algunas de las empresas de seguro, especialmente las que gravitan sobre las pequeñas empresas. Al exigir la renovación garantizada de las pólizas, limitando o prohibiendo las exclusiones de cobertura por condiciones médicas, y al limitar la gama de primas que puede cobrar un asegurador, es probable que estas reformas acerquen los costos del seguro de las pequeñas empresas al de las empresas mayores.

Otros métodos de las propuestas de "asumir o pagar" para controlar los costos de la atención médica son débiles y muy regresivos. Casi siempre dependen de la competencia en el mercado entre los planes de seguro de salud y los hospitales y médicos para controlar los costos. Sin embargo, la competencia del mercado favorece a los grupos grandes con acciones sustanciales del mercado. La competencia además por este negocio entre los proveedores de servicios fomenta una inversión excesiva y constante en edificios y equipo, que resulta en una capacidad no utilizada, costosa, en duplicación de servicios y en quiebras de muchos hospitales. Aún más, los costos administrativos en un sistema de financiamiento competitivo y fragmentado son muy elevados. En estas propuestas orientadas por el mercado, el afiliado se ve obligado a compartir una proporción importante de los costos, lo que lo lleva a un uso restringido de los servicios y a volver aún más regresivo el financiamiento de la atención a la salud<sup>32</sup>.

Finalmente, las estrategias de "asumir o pagar" pondrían a los pobres y trabajadores, principalmente de ingresos más bajos, en un programa de atención sanitaria pública separado. A pesar de las mejoras que esto representaría para quienes ahora están amparados por el programa de Medicaid insuficientemente financiado, este programa público limitado estaría políticamente aislado y seguiría siendo vulnerable al hacha presupuestaria<sup>33</sup>. Quienes se unan a los pobres en el programa público dependerían del hecho de si sólo a las empresas pequeñas, y de ordinario con sueldos bajos, se les permitiría participar en el programa, de la tasa a la que se fijara el impuesto sobre la nómina y del grado de generosidad de

los beneficios. La experiencia que se ha tenido con Medicaid y otros programas limitados para las poblaciones de ingresos más bajos indica que un nuevo programa de "pago" sufriría una suerte análoga de vulnerabilidad política.

El enfoque de "asumir o pagar" sería una reforma parcial, que mejoraría el acceso de las condiciones de costos ocasionadas por la actual colección caótica de planes privados de seguro de salud financiados muy regresivamente y programas públicos limitados. Pero perpetuaría muchos de los problemas del sistema actual. Sin embargo, muchos analistas y líderes políticos consideran que este enfoque, en comparación con reformas más radicales, tiene mucha mayor probabilidad de ser legislado, en gran parte debido a que requiere cambios menos espectaculares para los aseguradores, la profesión médica y los hospitales y otros elementos poderosos en el actual sistema de financiamiento. A pesar de esta evaluación política optimista, los grupos comerciales no han aceptado los requisitos de "asumir o pagar" mejor que los mandatos directos sobre el empleador y han luchado contra estas propuestas en la rama legislativa de los estados y en el Congreso con la misma intensidad.

**Cobertura universal a través del seguro nacional de salud.** Una estrategia de reforma más integral establecería un programa de seguro de salud nacional universal, enfoque que desde hace tiempo ha tenido una base sustancial de apoyo político en los Estados Unidos, pero que ha sido derrotado cuando se ha propuesto periódicamente<sup>34</sup>. El seguro nacional de salud (SNS) reemplazaría el pago de primas por parte de las empresas o individuos a un sin número de planes de seguro privado sustituyéndolo por un programa de financiamiento de la atención a la salud administrado por el gobierno y apoyado con ingresos fiscales<sup>35</sup>.

Las propuestas de SNS proporcionarían un paquete integral de beneficios con cobertura a toda la población en un programa de financiamiento que pagaría la atención obtenida de profesionales médicos independientes y de servicios o planes de seguro de salud organizados. Por ejemplo, la propuesta del representante "Pete" Stark (D-California) del "Mediplan H.R. 650", ampliaría la cobertura tipo Medicare a todos los residentes estadounidenses. El "Plan de Atención a la Salud Universal H.R. 1300" de Marty Russo (D-Illinois), adaptaría el programa de seguro de salud nacional del Canadá a los Estados Unidos<sup>36</sup>. La propuesta del Senador Bob Kerrey (D-Nebraska) "Salud USA, S. 1446", establecería un programa federal-estatal de SNS, permitiendo a cada residente afiliarse a cualquier plan de seguro de salud prepagado privado o estatal, en el que el programa de seguro de salud del estado efectuaría un pago de una determinada tarifa al plan del afiliado y el plan pagaría los servicios médicos y hospitalarios y otros beneficios abarcados por el plan.

El enfoque integral del SNS brinda varias ventajas (véase el cuadro a continuación). Primero, la cobertura del seguro de salud no dependería ni estaría vinculada ya al empleo. Las personas tendrían cobertura por ser residentes del

país y su cobertura no terminaría o variaría por cambios en su condición de empleo o estado civil. Un sistema de financiamiento universal que separe la cobertura del empleo, proporcionando cobertura a toda la población en un programa único proporcionaría protección para los pobres y otros grupos políticamente menos poderosos, evitando las desigualdades de programas separados, políticamente vulnerables. Incluso dos de los autores más ampliamente citados en el enfoque de "asumir o pagar" reconocen que el programa de financiamiento basado en el empleo no es la forma ideal para proporcionar cobertura a una población<sup>37</sup>.

Segundo, un programa de SNS público permitiría un control eficaz de los costos y gastos. Canalizaría la mayor parte del dinero de la atención a través de un programa de financiamiento del gobierno tarifas negociadas y metas de desembolsos para los médicos y alguna forma de pago presupuestado a los hospitales. Estos métodos de reembolso se han utilizado con eficacia en el Canadá y Alemania para controlar los gastos de la atención a la salud<sup>38</sup>. Dichos métodos también son administrativamente más simples y más económicos que las iniciativas complejas encaminadas a controlar la utilización mediante el análisis de las decisiones clínicas de los médicos.

Tercero, el financiamiento mediante impuesto desviaría la carga de pagar la atención a la salud de un sistema muy regresivo de primas, que son esencialmente cantidades fijas independientemente del ingreso o de las ganancias, a un sistema que es más progresivo y que guarda relación con la capacidad de pago. Cuarto, las responsabilidades de las empresas, y de los empleados para los desembolsos para la atención a la salud se limitarían y sus costos por concepto de beneficios totales de salud se reducirían a un impuesto preestablecido. Los costos administrativos de las empresas relacionados con su actual función de agentes de seguro de salud se eliminaría totalmente. Quinto, la variación de los costos entre quienes efectúan los pagos terminaría debido a que los proveedores de los servicios recibirían pagos iguales por todas las personas a las que sirven, independientemente de la fuente de cobertura de la persona.

Finalmente, un programa de financiamiento gubernamental pagado con los impuestos sería mejor controlado que el actual sistema de financiamiento que depende de muchos aseguradores privados. Las reformas basadas en las obligaciones del empleador y del mercado de seguros someten a las personas a los riesgos del mercado, una posición particularmente débil dada la regresividad del sistema de financiamiento y las opciones limitadas de planes puestos a disposición de la mayoría de los empleados por sus empresas. Un programa de financiamiento público podría ampliar en realidad la responsabilidad del mercado proporcionando opciones prácticamente limitadas en cuanto a proveedores, como el sistema canadiense, o dando a cada persona opciones muy amplias en cuanto a planes de seguro de salud, como ocurre en la propuesta del Senador Kerrey.

Comparación de las Estrategias de Reforma

|   | Ventajas y Desventajas   |                                     |                           |
|---|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
|   | Obligación del Empleador | "Asumir o Pagar"                    | Seguro Nacional de Salud  |
| ¿Basado en el empleo?   | Si                       | Si                                  | No                        |
| Cobertura de la población   | Algunos excluidos        | Todos tienen acceso al seguro       | Todos tienen cobertura    |
| Cobertura de los programas/planes de la población de bajos ingresos | Separada                 | Separados programas/planes          | Unica universal           |
| Fuente de las rentas  | Altamente regresiva      | Puede ser más progresiva            | Mucho más progresiva      |
| Contención de los costos  | Ninguno o muy poca       | Moderada pero compleja              | Efectiva y menos compleja |
| Asignación de recursos  | Mercado solamente        | Mercado solamente                   | Planificación y mercado   |
| Responsabilidad política  | Mercado                  | Mercado más algún control adicional | Control directo           |

Por supuesto, cualquier gran organización o programa, independientemente de si se trata de una agencia del gobierno o de una empresa privada, tiene la tendencia a la burocratización y a la falta de respuesta a las necesidades de los clientes. Pero el financiamiento y el control operativo por el gobierno están sujetos a las responsabilidades del proceso político democrático mientras que las compañías de seguro oligopólicas no lo están. Un programa de financiamiento público con opción ampliada del mercado y responsabilidad política tiene por tanto más probabilidad que el mercado privado de atender las necesidades de la sociedad, así como los intereses de los proveedores y planes de seguro de salud privados.

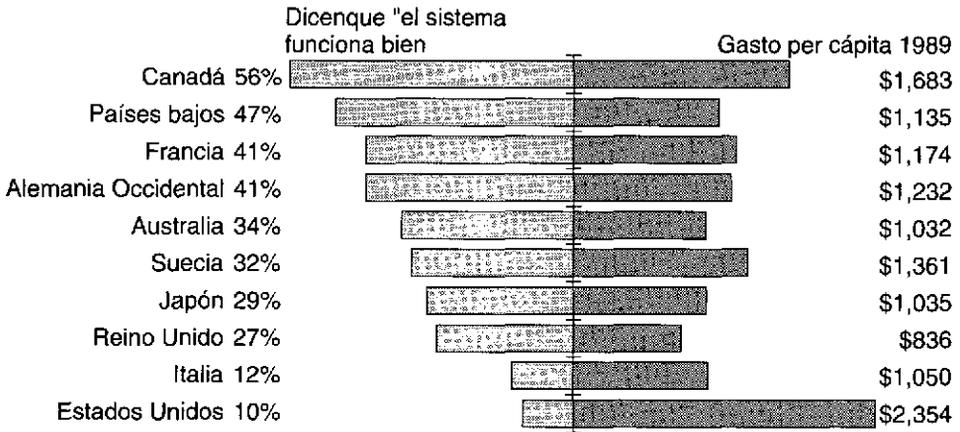
Muchas ramas legislativas han estado considerando variantes de estos sistemas nacionales de SNS y reforma del mercado. La presión para acción de los estados ha aumentado en ausencia de dirección de la Casa Blanca o del Congreso. La mayoría de los defensores del sistema consideran las reformas a nivel estatal simplemente como una necesidad para hacer frente a la crisis

creciente de la mayoría de los estados. Muchos, sin embargo, ven en el seguro de salud estatal una forma de comenzar a resolver los problemas nacionales de acceso y contención de los costos en aquellos estados que tienen la base económica y la voluntad política para actuar -al igual en gran medida que en el liderazgo desarrollado por Saskatchewan en la reforma del seguro de salud fue seguido por otras provincias canadienses-, lo que luego condujo al establecimiento del programa nacional de salud. Aunque la Administración Bush parece compartir la renuencia de su predecesor para hacer frente a la crisis creciente de la atención a la salud, se vive un momento político que impulsa la reforma de la atención a la salud en el Congreso, reflejada por la serie de proyectos de ley sobre seguro nacional de salud y de "asumir o pagar". Es difícil decir si los estados o el Congreso dictaminarán una reforma significativa primero.

**El apoyo público a favor de una importante reforma del seguro de salud está aumentando.** Un mayor número de norteamericanos están descontentos con su sistema de atención a la salud y son más susceptibles de apoyar una reestructuración profunda que en la mayoría de los demás países industrializados. De 10 democracias industrializadas encuestadas en un estudio reciente, menos norteamericanos estaban satisfechos con su sistema que los ciudadanos de cualquier otro país con el de sus propios países, a pesar del hecho de que los Estados Unidos gastan más dinero por persona en la atención a la salud (véase el gráfico 11). En Estados Unidos, 89 por ciento de los encuestados dijeron que consideraban que se requería un cambio fundamental o la transformación completa del sistema de atención a la salud del país (en comparación por ejemplo, con 69 por ciento de los británicos y 43 por ciento de los canadienses)<sup>39</sup>. Comparte este criterio 91 por ciento de los ejecutivos de las principales empresas del país; 73 por ciento de ellos afirman que los problemas no pueden resolverlos las compañías trabajando por sí solas, sino que el gobierno ha de desempeñar un papel mayor en este sector<sup>40</sup>. Los líderes de cuatro organizaciones comerciales nacionales importantes elevaron en fecha reciente una petición conjunta al Congreso para "que haga algo" acerca de los costos de la atención a la salud<sup>41</sup>.

Aunque hay pruebas claras y uniformes de descontento fuerte con el sistema actual, hay menos apoyo público sistemático para cualquier solución en particular<sup>42</sup>. La mayor parte del público apoya un programa nacional de seguro de salud del gobierno mientras que una mayoría también apoya un enfoque de "asumir o pagar" o alguna otra obligación del empleador, incluyendo una tercera parte, aproximadamente, que apoya ambos sistemas<sup>43</sup>. Los sondeos de opinión pública demuestran que -llevada por el temor a las pérdidas financieras, potencialmente catastróficas, por la imposibilidad para obtener servicios y por la preocupación que le ha generado la confusión y fragmentación del sistema actual- la gente desea resolver los problemas, pero no tiene un conocimiento adecuado del contenido y consecuencias de las diferentes alternativas.

Gráfico 11  
La Opinión Pública y los Gastos de Salud en Diez Países



Datos de Harris Poll (Sondeo de la opinión) y de la OCDE, Health Affairs, 1990 y 1991

Está aumentando con rapidez la presión política a favor de controlar los costos y ampliar la cobertura a las personas no aseguradas. Al mismo tiempo, los funcionarios electos temen que la nueva cobertura aumentaría las demandas fiscales sobre ingresos del gobierno por concepto de impuestos ya excesivos y los líderes del sector comercial se preocupan de que los nuevos programas también aumentarían los costos de la mano de obra de las empresas generando la inflación en los precios de la atención a la salud y en los desembolsos totales. Este aparente dilema político puede resolverse mediante legislación que aborde problemas conjuntamente en forma integral. Existe un consenso creciente, al menos entre los analistas de la política de salud y muchos dirigentes políticos, en el sentido de que ha de dictaminarse una legislación que simultáneamente proporcione cobertura para las personas no aseguradas y deficientemente aseguradas y que controle los gastos de la atención a la salud. Pero los grupos de interés de la industria médica han aplicado su sustancial fuerza política contra las reformas que limitarían sus ingresos y utilidades, lo cual será inevitable con cualquier iniciativa que conduzca a un control eficaz de costos.

A pesar del actual atolladero, un número creciente de norteamericanos pone su mirada en el gobierno para que controle estrictamente la industria del seguro privado y opere un programa de seguro de salud público o para que cree un programa de seguro de salud nacional universal que sustituya completamente

el actual sistema de financiamiento privado. Es irónico que, si bien otros países con financiamiento predominantemente público de los servicios de salud están considerando la privatización de sus sistemas de financiamiento de la atención a la salud, el apoyo político para el financiamiento y control por el sector público está adquiriendo fuerza rápidamente en el país que tiene uno de los sistemas más privatizados.

### Referencias

1. Schieber, G.J. y Poullier, J.P. "Overview of International Comparisons of Health Care Expenditures". *Health Care Financing Rev* 10:Suplemento Anual, pp. 1-7, 1989.
2. Blendon, R.J. y colaboradores. "Satisfaction with Health Systems in Ten Nations". *Health Affairs* 9:185-192 (Verano de 1990).
3. Brown, E.R.; Valdez, R.B.; Morgenstern, H.; Cumberland, W.; Wang, C. y Mann, J. "Health Insurance Coverage of California in 1989". Berkeley, California Policy Seminar, University of California, 1991. A menos que se indique lo contrario, todos los datos sobre la cobertura de seguro de salud se han tomado de este informe y de los análisis adicionales realizados por el autor.
4. Service Employees International Union. "The Hidden Story of Taxpayer Subsidies for Low-Wage Employers". Washington, D.C., Service Employees International Union, 1988.
5. Congressional Research Service, Library of Congress. "Health Insurance and the Uninsured: Background Data and Analysis". Washington, D.C. U.S. Government Printing Office. Mayo de 1988.
6. Farley, P.J. "Who Are the Underinsured?" *Milbank Memorial Fund Q* 63(3):476-503, 1985.
7. Davis, K. y Rowland, D. "Uninsured and Underserved: Inequities in Health Care in the United States". *Milbank Memorial Fund Q* 61:149-176, 1983; Freeman, H.E. "Americans Report on Their Access to Health Care: The 1986 Robert Wood Johnson Foundation Survey". Los Angeles, Institute for Social Science Research, University of California, Los Angeles, Mayo 1987; y Freeman, H.E. y colaboradores, "Americans Report on Their Access to Health Care". *Health Aff* 6:6-18, 1987.

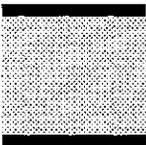
8. Lurie, N.; Ward, N.B.; Shapiro, M.F. y Brook, R.H. "Termination from Medi-Cal: Does It Affect Health?". *N Engl J Med* 311:480-484, 1984; Lurie, N.; Ward, N.B.; Shapiro, M.F.; Gallego, C.; Vaghaiwalla, R. y Brook, R.H. "Termination of Medi-Cal Benefits: A Follow-up Study One Year Later". *N Engl J Med* 314:1266-1268, 1986; y Braveman, P., y colaboradores, "Adverse Outcomes and Lack of Health Insurance Among Newborns in an Eight-County Area of California, 1982 to 1986". *N Engl J Med* 321:508-513, 1989.
9. Sofaer, S.; Rundall, T.G.; Zellers, W.L. "Restrictive Reimbursement Policies and Uncompensated Care in California Hospitals, 1981-1986". *Hosp and Health Services Admin* 35:189-206, 1990.
10. Brown, E.R. y Dallek, G. "State Approaches to Financing Health Care for the Poor". *Ann Rev Public Health* 11:377-400, 1990; Baker, D.W.; Stevens, C.D. y Brook, R.H. "Patients Who Leave a Public Hospital Without Being Seen by a Physician: Causes and Consequences". *JAMA* 266(8):1085-1090, 1991; y Bindman, A.B.; Grumbach, K. y colaboradores, "Consequences of Queuing for Care at a Public Hospital Emergency Department". *JAMA* 266(8):1091-1096, 1991.
11. Levit, K.R.; Lazenby, H.C.; Letsch, S.W.; Cowan, C.A. "National Health Care Spending, 1989". *Health Aff* 10(1):117-130 (1991); 1991 U.S. Industrial Outlook, Washington, D.C., U.S. Department of Commerce, International Trade Administration, enero de 1991, pp. 44-1 a 44-6.
12. Schieber, G.J. y Poullier, J.P. "International Health Spending: Issues and Trends". *Health Affairs* 10(1):106-116, 1991.
13. McDonnell, P.; Guttenberg, A.; Greenber, L.; Arnett, R.H. "Self-Insured Health Plans". *Health Care Financing Rev* 8(invierno):1-16 (1986).
14. Levit, K. y colaboradores. "National Health Care Spending, 1989".
15. U.S. General Accounting Office. "Canadian Health Insurance: Lessons for the United States". GAO/HRD-91-90. Washington, D.C. U.S. GAO, junio de 1991.

16. Woolhandler, S. y Himmelstein, D.U. "The Deteriorating Administrative Efficiency of the U.S. Health Care System". *N Eng J Med* 324:1253-1258, 1991.
17. Lave, J.R. "The Effect of the Medicare Prospective Payment System". *Annu Rev Public Health*, 10:141-161. 1989.
18. Iglehart, J.K. "The New Law on Medicare's Payments to Physicians". *N Engl J Med* 322:1247-1252, 1990 y Ginsburg, P.B.; LeRoy, L.B. y Hammons, G.T. "Medicare Physician Payment Reform". *Health Affairs* 9(1):178-188, 1990.
19. DiCarlo, S. y Gabel, J. "Conventional Health Insurance: A Decade Later". *Health Care Financing Rev* 10(3):77-89, 1989.
20. Gabel, J.; DiCarlo, S.; Fink, S. y de Lissovoy, G. "Employer-Sponsored Health Insurance in America: Preliminary Results from the 1988 Survey". Washington, D.C., Health Insurance Association of America, Enero de 1989; y "Health Care Benefits Survey, 1988". *Medical Benefits*, 28 de febrero de 1989, pp. 1-2.
21. Bajo "calificación de experiencia", el asegurador fundamenta la prima en parte en los costos de los beneficios de salud utilizados por ese grupo asegurado. Esto se distingue de la "calificación de la comunidad", en la que el asegurador promedia los costos de todas las personas amparadas por el seguro como un "grupo de riesgo", en vez de considerar la experiencia de subgrupos individuales.
22. Reich, K. "Allstate's Dropping of Small Group Health Coverage Stings Many". *Los Angeles Times*, 15 de julio de 1989, parte II, pp. 1, 4; y White, G. "The Uninsured: Health Gamble Affects 1 in 5". *Los Angeles Times*, 29 de enero de 1990, pp. A1, A16.
23. Short, P.F. "Trends in Employee Health Insurance Benefits". *Health Affairs* 7:186-96 (1988); y Jensen, G.A.; Morrissey, M.A. y Marcus, J.W. "Cost Sharing and the Changing Pattern of Employer-sponsored Health Benefits". *Milbank Q* 65:521-550, 1987.
24. Service Employees International Union. "Labor and Management on a Collision Course Over Health Care". Washington, D.C., Services Employees International Union, febrero de 1990.

25. Holzman, D. "Rising Cost of Insuring Workers". *Insight*, 5(3):54-55 (16 de enero de 1989).
26. Análisis por el autor de datos inéditos tomados de la Administración de Financiera de la Atención a la salud.
27. SBA. "The State of Small Business". p. 152.
28. Brown, E.R. y Dallek, G. "State Approaches to Financing Health Care for the Poor".
29. Véase la Comisión Bipartidista de Estados Unidos sobre Atención Integral de Salud, Llamamiento a la Acción, Informe Final, Washington, D.C.: Oficina de Imprenta del Gobierno de los Estados Unidos, septiembre de 1990; Enthoven, A. y Kronick, R. "A Consumer-Choice Health Plan for the 1990s". *N Eng J Med* 320:29-37 y 94-101, 1989; Enthoven, A. y Kronick, R. "Universal Health Insurance Through Insurance Reform". *JAMA* 265(19):2532-2536, 1991.
30. Brown, E.R. y Dallek, G. "State Approaches to Financing Health Care for the Poor".
31. Senado de los Estados Unidos, S. 1227. 102º Congress, 1st Session. "Health America: Affordable Health Care for All Americans".
32. Cantor, J.C. "Expanding Health Insurance Coverage: Who Will Pay?" *J Health Polit Policy Law* 15(4):755-778, 1990.
33. Brown, E.R. "Medicare and Medicaid: The Process, Value and Limits of Health Care Reforms". *J Pub Health Policy* 4(3):335-366, 1983.
34. Fein, R. "Medical Care, Medical Costs: The Search for a Health Insurance Policy". (Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1986) pp. 33-51; y Starr, P. "The Social Transformation of American Medicine". (New York, Basic Books), pp. 235-289.
35. Véase Fein, "Medical Care, Medical Costs"; y Brown, E.R. "Principles for a National Health Program: A Framework for Analysis and Development". *Milbank Q* 66(4):573-617, 1988.
36. Para otra adaptación del SNS Canadiense a los Estados Unidos véase Himmelstein, D.U. y Woolhandler, S. "A National Health Program for

- the United States: A Physicians' Proposal". *N Engl J Med* 320:102-108 (1989).
37. Enthoven y Kronick. "A Consumer-Choice Health Plan for the 1990s". pp. 94-101.
38. Evans, R.G.; Lomas, J.; Barer, M.L. y colaboradores. "Controlling Health Expenditures-The Canadian Reality". *N Engl J Med* 320:571-577 (1989); Fuchs, V.R. y Hahn, J.S. "How Does Canada Do It? A Comparison of Expenditures for Physicians' Services in the United States and Canada". *N Engl J Med* 323:884-890 (1990); Kirkman-Liss, B.L. "Physician Payment and Cost-containment Strategies in West Germany: Suggestions for Medicare Reform". *J Health Polit Policy Law* 15:69-99 (1990); Iglehart, J.K. "Germany's Health Care System". *N Engl J Med* 324:503-508 y 1750-1756, 1991.
39. Blendon y colaboradores. "Satisfaction with Health Systems in Ten Nations".
40. Cantor, J.C.; Barrand, N.L.; Desonia, R.A. y colaboradores. "Business Leaders' Views on American Health Care". *Health Affairs* 10(1):98-105 (1991).
41. Rosenblatt, R.A. "Business Groups Plead for Health-Care Support". *Los Angeles Times*, 16 de noviembre de 1989, A20.
42. Jajich-Toth, C. y Roper, B.W. "Americans' Views on Health Care: A Study in Contradictions". *Health Affairs* 9(4):149-157, 1990.
43. Echholm, E. "Health Benefits Found to Deter Job Switching". *New York Times*, Septiembre 26 de 1991, A1, A12; Pokorny, G. "Report Card on Health Care". *Health Management Q* 10:3-7, 1988. Véase también Blendon, R.J. y Taylor, H. "Views on Health Care: Public Opinion in Three Nations". *Health Affairs* 8:149-157 (Primavera 1989).





## La Situación de Salud en las Américas

Milton Terris

La actual situación de la salud en el continente americano tiene que describirse en términos de un espectro más que de un punto fijo debido a la gran variación existente entre los países. El lugar que cualquiera de los países ocupa en el espectro de la situación de salud depende de la interacción de una cantidad de determinantes, cada uno de los cuales también se encuentra en un espectro o en un continuum.

Estos determinantes comprenden los riesgos específicos para la salud: las enfermedades infecciosas y las no infecciosas, las lesiones, los riesgos ambientales y ocupacionales y las dependencias; los determinantes de estos riesgos específicos en el medio ambiente social y en el físico y los factores genéticos.

Los determinantes de la situación de la salud también comprenden los servicios de salud que han sido organizados para enfrentar los riesgos específicos: la prevención, la atención médica y la rehabilitación.

Es más, existen determinantes generales que influyen tanto sobre los riesgos como sobre los servicios: el desarrollo económico tanto de la industria como de la agricultura, los niveles de vida de la población, y el compromiso político-ideológico del país con el mejoramiento de los niveles de vida, los servicios preventivos, la atención médica y la rehabilitación.

El Cuadro 1 define los determinantes de la situación de salud con mayor detalle. Se describen dos países imaginarios (A y B). Para cada determinante, el rango se da a partir de 5, que es el más favorable, hasta 1, el menos favorable para la situación del país.

"A" es un país industrial, mientras que "B" es uno de los que se conocen como países en desarrollo. Se observa que, tanto en los servicios de salud como en los determinantes generales, el país "A" está en una situación mucho más favorable que el país "B". También es posible darse cuenta de que el grado de disparidad entre "A" y "B" es muy variable para los determinantes específicos que se detallaron. Aún más, se nota que el cuadro de los riesgos para la salud es muy diferente, ya que el país "B" cuenta con una situación más favorable en lo que respecta a riesgos de importancia para la salud tales como enfermedades no infecciosas, lesiones, riesgos ocupacionales y ambientales, así como dependencias.

Cuadro 1  
Determinantes de la Situación de la Salud

| <i>Situación de la Salud</i>                          | +++++           | ++++ | +++ | ++ | ± |
|---|-----------------|------|-----|----|---|
|   | A               |      |     | B  |   |
| <b>DETERMINANTES</b>                                  |                 |      |     |    |   |
| <i>Riesgos para la Salud</i>                          |                 |      |     |    |   |
| <i>Riesgos Específicos para la Salud</i>              |                 |      |     |    |   |
| Enfermedades Infecciosas                              | A               |      |     |    | B |
| Enfermedades No Infecciosas                           | B               |      |     |    | A |
| Lesiones  |                 | B    | A   |    |   |
| Riesgos ocupacionales y ambientales                   |                 | B    | A   |    |   |
| Dependencias  |                 | B    |     | A  |   |
| <i>Determinantes de riesgos específicos</i>           |                 |      |     |    |   |
| Medio Ambiente Físico                                 |                 |      | A   | B  |   |
| Medio Ambiente Social                                 |                 | A    |     | B  |   |
| Factores genéticos                                    | ----- A&B ----- |      |     |    |   |
| <i>Servicios de Salud</i>                             |                 |      |     |    |   |
| <i>Prevención</i>                                     |                 |      |     |    |   |
| Enfermedades Infecciosas                              | A               |      |     | B  |   |
| Enfermedades No Infecciosas                           |                 | A    |     |    | B |
| Lesiones  |                 |      | A   |    | B |
| Riesgos ocupacionales y ambientales                   |                 | A    |     |    | B |
| Dependencias  |                 |      | A   |    | B |
| <i>Atención Médica</i>                                |                 |      |     |    |   |
| Personal Médico                                       | A               |      |     |    | B |
| Instalaciones   | A               |      |     | B  |   |
| Calidad   |                 | A    |     | B  |   |
| Accesibilidad   |                 |      | A   |    | B |
| <i>Rehabilitación</i>                                 |                 |      |     |    |   |
| Clínica   |                 | A    |     |    | B |
| Ocupacional   |                 |      |     | A  | B |
| Social  |                 |      |     | A  | B |
| <i>Determinantes Generales de Riesgos y Servicios</i> |                 |      |     |    |   |
| <i>Desarrollo Económico</i>                           |                 |      |     |    |   |
| Industria   | A               |      |     | B  |   |
| Agricultura   |                 | A    |     |    | B |
| <i>Niveles de Vida</i>                                |                 |      |     |    |   |
| Educación   | A               |      |     | B  |   |
| Nutrición   |                 | A    |     |    | B |
| Vivienda  |                 | A    |     |    | B |
| Empleo  | A               |      |     | B  |   |
| Ingreso   | A               |      |     |    | B |
| Descanso y Esparcimiento                              |                 | A    |     |    | B |
| Transporte  | A               |      |     | B  |   |
| Comunicación  | A               |      |     |    | B |
| Participación   |                 |      | A   | B  |   |
| <i>Compromiso político-ideológico</i>                 |                 |      |     |    |   |
| Con los niveles de vida                               |                 |      | A   | B  |   |
| Con la prevención                                     |                 |      | A   | B  |   |
| Con la atención médica                                |                 | A    | B   |    |   |
| Con la rehabilitación                                 |                 |      | A   |    | B |

Estos son países ficticios. Pero es posible, para cada uno de ellos tratar de imaginar cuál es la situación en lo que se relaciona con los riesgos y con los servicios específicos, y con sus determinantes generales. Ello es difícil de lograr, pero este enfoque es esencial, dado que se basa en la compleja red de causalidad que determina la situación de la salud en cada país.

La resultante de todas las fuerzas comprendidas en la maraña de causalidad se expresa en una medida de la condición de la salud que existe para todos los países, vale decir la mortalidad expresada en términos de la expectativa de vida. Si bien es incompleta, dado que la morbilidad está excluida en virtud de la carencia de información adecuada, y debido a que la información acerca de mortalidad es inexacta en algunos países, esta medida sigue siendo lo mejor que tenemos. La información para los países del continente americano se proporciona en el Cuadro 2<sup>1</sup>.

El Cuadro 2 destaca la importancia del Cuadro 1. ¿Cómo se explica el hecho que dos países de escasos ingresos, como lo son Cuba y Costa Rica con un PIB real per capita de \$2.500. y \$3.760 respectivamente<sup>2</sup> tengan básicamente la misma expectativa de vida que los Estados Unidos, uno de los países más ricos del mundo, con un PIB per capita de \$17.615, si no se hace una revisión exhaustiva y un análisis de todos los factores consignados en el Cuadro 1? ¿O que el Brasil, con un PIB real per capita de \$4.307 tenga una expectativa de vida que es 10 años menor que la de Cuba y Costa Rica? Me parece que un estudio y un análisis tan integrales son un requisito necesario de una práctica profesional eficaz en salud internacional.

## **El Patrón Cambiante de las Enfermedades en las Américas**

Cada vez se hace más patente en los Estados Unidos y en otras naciones industriales en el segundo cuarto de este siglo que, luego de haber controlado a las principales enfermedades infecciosas, las causas más comunes de fallecimiento y de incapacidad pasaron a ser las enfermedades no comunicables. El cuadro 3 demuestra que este proceso ya ha tenido lugar en todo el continente americano, donde las principales causas de fallecimiento en 1980-1984 fueron las enfermedades cardíacas, el cáncer, la apoplejía, los accidentes y las complicaciones perinatales<sup>3</sup>. Las infecciones intestinales, que aún son la principal causa de fallecimientos en el mundo, fueron la mayor causa de decesos solamente en Ecuador y en Guatemala, la segunda causa en Honduras, la tercera en México, la cuarta en Paraguay y la quinta en El Salvador y en Suriname<sup>3</sup>.

En el Cuadro 4 aparece la estructura de la mortalidad por grupos globales de causas en países escogidos alrededor de 1985<sup>4</sup>. De los países consignados, solamente en Guatemala, México y Chile las enfermedades transmisibles representaron más del 10% de los decesos atribuibles a causas definidas.

Cuadro 2  
Expectativa de Vida en Países Americanos - 1985-90

| Subregiones, grupos<br>y países | Expectativa de vida<br>al nacer, 1985-90 |
|---------------------------------|--|
| <i>América Latina</i>           | 66.6                                     |
| 1. Bolivia                      | 53.1                                     |
| Haití                           | 54.7                                     |
| 2. Perú                         | 61.4                                     |
| Guatemala                       | 62.0                                     |
| El Salvador                     | 62.2                                     |
| Nicaragua                       | 63.3                                     |
| Honduras                        | 64.0                                     |
| 3. Brasil                       | 64.9                                     |
| Ecuador                         | 65.4                                     |
| República Dominicana            | 65.9                                     |
| Paraguay                        | 66.9                                     |
| Colombia                        | 68.2                                     |
| México                          | 68.9                                     |
| Venezuela                       | 69.7                                     |
| 4. Argentina                    | 70.6                                     |
| Chile                           | 71.5                                     |
| Uruguay                         | 72.0                                     |
| Panamá                          | 72.1                                     |
| 5. Costa Rica                   | 74.7                                     |
| Cuba                            | 75.2                                     |
| <i>Caribe no latino</i>         | 72.4                                     |
| 1. Suriname                     | 69.5                                     |
| Guyana                          | 69.7                                     |
| Trinidad y Tabago               | 70.2                                     |
| 2. Guadalupe                    | 73.3                                     |
| Barbados                        | 73.9                                     |
| Jamaica                         | 74.0                                     |
| Martinica                       | 74.2                                     |
| <i>América del Norte</i>        | 76.1                                     |
| Estados Unidos de América       | 75.4                                     |
| Canadá                          | 76.7                                     |

Cuadro 3  
Las Cinco Causas Principales de Fallecimiento en Orden  
de Frecuencia en 33 Países del Continente Americano, 1980-84

| Frecuencia  | Marcador* | Cantidad de Países |    |    |   |   | Otros |
|---|-----------|--------------------|----|----|---|---|-------|
|   |           | 1                  | 2  | 3  | 4 | 5 |       |
| 1. Enfermedades del corazón                           | 146       | 23                 | 5  | 3  | 1 | - | 1     |
| 2. Tumores malignos                                   | 98        | 3                  | 13 | 7  | 3 | 4 | 3     |
| 3. Enfermedades cerebrovasculares                     | 84        | -                  | 8  | 13 | 4 | 1 | 7     |
| 4. Accidentes   | 73        | 4                  | 4  | 6  | 6 | 7 | 6     |
| 5. Complicaciones perinatales                         | 28        | -                  | 1  | 2  | 6 | 6 | 18    |
| 6. Influenza y Neumonía                               | 26        | 1                  | 1  | -  | 4 | 9 | 18    |
| 7. Infecciones intestinales                           | 25        | 2                  | 2  | 1  | 1 | 2 | 25    |
| 8. Homicidios, guerra e int. leg.                     | 20        | -                  | -  | 1  | 2 | 1 | 29    |
| 9. Diabetes Mellitus                                  | 10        | -                  | -  | -  | 3 | 4 | 26    |
| 10. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado | 8         | -                  | -  | -  | 1 | - | 32    |
| 11. Tumores benignos, ca.in situ                      | 8         | -                  | -  | -  | 1 | - | 32    |
| 12. Trastornos mentales                               | 8         | -                  | -  | -  | 1 | - | 32    |

\* Marcador = 5 x no. of 1ras + 4 x no. of 2das + 3 x n. of 3ras + 2 x no. of 4tas + 1 x no. of 5tas.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Condiciones de Salud en el Continente Americano, 1981-1984. Volumen 1. Washington, D.C. OPS, 1986.

La mortalidad producto de las enfermedades crónicas no transmisibles sigue aumentando en términos de porcentaje de mortalidad en el continente americano tal como aparece en el Cuadro 5<sup>5</sup>, lo que excluye las lesiones, un factor que contribuye en gran medida. Los aumentos más grandes en el porcentaje de mortalidad que se deben a las enfermedades crónicas no transmisibles se están dando en aquellos países que tenían los porcentajes iniciales más bajos. Las enfermedades no transmisibles se están tornando rápidamente en las causas dominantes de decesos en todo el continente americano.

Cuadro 4  
Estructura de Mortalidad por Grupos Globales de Causas  
en países escogidos alrededor de 1985

|                            | GUA      | MEX  | ARG  | CHI  | URU  | COS  | CUB  | CAN  |
|----------------------------|----------|------|------|------|------|------|------|------|
| Total causas definidas     | 100<br>% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Enfermedades transmisibles | 46.5     | 19.6 | 6.2  | 12.1 | 5.4  | 7.5  | 8.4  | 4.0  |
| Sistema circulatorio       | 3.6      | 9.1  | 18.0 | 19.9 | 24.4 | 21.6 | 19.2 | 26.3 |
| Tumores                    | 6.6      | 18.7 | 47.8 | 30.0 | 43.9 | 28.7 | 43.7 | 44.3 |
| Complicaciones perinatales | 12.1     | 5.4  | 3.7  | 2.7  | 2.5  | 5.9  | 1.7  | 0.7  |
| Causas existentes:         |          |      |      |      |      |      |      |      |
| Lesiones y envenenamiento  | 13.8     | 15.9 | 6.5  | 13.2 | 5.9  | 11.3 | 11.6 | 7.7  |
| Resto de enfermedades      | 17.4     | 31.2 | 17.8 | 22.1 | 17.8 | 25.1 | 15.4 | 17.0 |

Cuadro 5  
Porcentaje de Mortalidad Total en el Continente Americano  
Debida a Enfermedades Crónicas No Transmisibles en 1970 y 1980

| Subregión   | % Aumento |      |           |
|---|-----------|------|-----------|
|   | 1970      | 1980 | 1970-1980 |
| América del Norte<br>(EUA y Canadá)               | 74.7      | 75.0 | 0.4       |
| América del Sur Templada<br>(Países del Cono Sur) | 54.0      | 60.0 | 11.1      |
| Area del Caribe                                   | 47.0      | 57.0 | 21.3      |
| América del Sur Tropical                          | 22.0      | 45.0 | 104.5     |
| Mesoamérica (América<br>Central, México y Panamá) | 18.0      | 28.0 | 55.6      |

La información que aparece en los cuadros anteriores refleja una variación profunda en el carácter de los riesgos ambientales para la salud. En el pasado, se trataba en su mayoría de organismos vivos que existían en la naturaleza, tanto micro como macroorganismos, cuyos efectos se intensificaban debido a cambios en la sociedad humana tales como las migraciones, el comercio, la urbanización, la industrialización y la guerra. En el período actual, muchos de los riesgos principales provienen del hombre mismo; hay agentes inanimados, de naturaleza físicoquímica, tales como la energía nuclear, las radiaciones, diversos productos químicos tóxicos, entre los cuales el tabaco, el alcohol y las

grasas saturadas no son de despreciar, así como los vehículos y otras maquinarias, etcétera.

Aún más, estos agentes, pese a no ser transmisibles en el mismo sentido que las enfermedades ocasionadas por los microorganismos, pueden propagarse con mucha rapidez. El desastre de Chernobyl no respetó las fronteras nacionales ni, como los canadienses han experimentado muy a su pesar, las respeta la contaminación del aire del norte de los Estados Unidos. Ya sabemos que las armas químicas como el agente naranja en Vietnam y los neurotóxicos, las armas bacteriológicas y las bombas convencionales y nucleares, las pueden llevar prestamente los aviones para destruir ciudades completas, países completos y regiones completas del mundo. Que la gente también puede ser destruida ahora se acepta como "daño colateral". Es necesario que estos riesgos internacionales monstruosos sean abordados con especial atención en el estudio y la práctica de la salud internacional.

### **Planificación de la Salud Orientada por la Epidemiología**

El carácter cambiante de los riesgos para la salud y de los perfiles de morbilidad vuelve necesario que modifiquemos nuestro enfoque de planificación de salud. Si lo hacemos, nuestros esfuerzos arrojarán un éxito extraordinario en la prevención de la enfermedad, de la discapacidad y de la muerte. Ya no estamos indefensos, porque los epidemiólogos, en las cuatro décadas pasadas, han forjado armas poderosas para combatir la mayoría de las principales causas de decesos.

Las enfermedades cardíacas, la causa principal de defunciones en el continente americano, ocurre como resultado del aumento del colesterol en la sangre ocasionado por una dieta rica en grasas saturadas y colesterol, de la elevación de la presión arterial, del hábito de fumar y de la falta de ejercicio físico. Todos estos factores son controlables mediante programas de salud pública.

El cáncer figura en el segundo lugar entre las principales causas de muerte en el continente americano. Se han descubierto los agentes etiológicos que producen algunos de los tipos más importantes de cáncer, entre los cuales se encuentran las radiaciones, el tabaco y muchos otros carcinógenos químicos. Todos ellos pueden combatirse mediante programas de salud pública sobre la base de la tríada epidemiológica, vale decir impedir que el agente alcance al huesped por medio del establecimiento de barreras ambientales.

La enfermedad cerebrovascular, la tercera causa principal de muerte en las Américas, puede prevenirse en forma eficaz tratando el factor de riesgo que es la hipertensión arterial.

Los accidentes son la cuarta causa más importante de defunciones, pero ocuparon el primer lugar en términos de años de vida potencialmente productiva perdidos. Más aún, estos hechos no son accidentales, cada tipo de los llamados accidentes es el resultado de un agente específico de un huésped y de factores ambientales. Muchos de estos pueden eliminarse por medio de programas de salud pública apropiados.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que es la sexta causa de decesos en los Estados Unidos (no hay información para la totalidad del continente americano), se debe casi completamente al tabaquismo y por ende es evitable.

La cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, constituyen la décima causa de defunciones en el continente americano, son causadas sobre todo por el alcohol y por ende también pueden prevenirse.

En la mayor parte de los países del continente americano y del mundo entero, la planificación en el ámbito de la salud todavía está orientada hacia la atención médica. El mayor énfasis está puesto en los recursos tales como cantidad de camas hospitalarias, médicos, etc.. Recientemente, el énfasis ha pasado a los gastos: el control de costos se ha transformado en la meta del esfuerzo de planificación y de política, y la privatización se ha convertido en el lema que escuda las actividades destructoras de quienes recortan los presupuestos. La ideología Reagan-Thatcher actualmente en boga en los países desarrollados, se exporta a los países en vías de desarrollo vía el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

La necesidad de dirigirse hacia una planificación de salud orientada epidemiológicamente para que esa planificación se haga en función de los resultados, es decir para lograr una disminución de los casos de enfermedad, de discapacidad y de mortalidad en la población, fue formulada en primer término por el Gobierno del Canadá en el Informe Lalonde en 1974. Ese informe indicaba que se gastaban ingentes sumas de dinero tratando enfermedades que podrían haberse prevenido en primer lugar. Proponía una estrategia para fijar metas que comprendía el logro de reducciones específicas en la incidencia de las principales causas de mortalidad y morbilidad, y la fijación de fechas específicas para alcanzar esas reducciones en la mortalidad y la morbilidad.

Esta estrategia de fijación de metas la adoptó formalmente el Servicio de Salud Pública de los EUA en 1979<sup>6,7</sup>, aún cuando ya había comenzado sus campañas para prevenir enfermedades no infecciosas en los años 60. Desde 1965 hasta 1987, la prevalencia preajustada para el tabaquismo cayó del 52 al 31% en los hombres y del 34 al 27% en las mujeres<sup>8</sup>. El Cuadro 6 indica que desde 1970 a 1987, la tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades cardíacas cayó en un 33%, la de enfermedades cerebrovasculares en un 55%, la de accidentes en un 35%, y la de enfermedades del hígado y cirrosis en un 40%. Como resultado la tasa global de mortalidad bajó un 25%<sup>9</sup>.

**Cuadro 6**  
**Tasa de mortalidad ajustada por edad, Estados Unidos, 1970-1987**

|  | Mortalidad por cada 100.000 habitantes |      |                |
|--|--|------|----------------|
|  | 1970                                   | 1987 | % Modificación |
| Enfermedades cardíacas                 | 254                                    | 170  | -33 %          |
| Enfermedades cerebrovasculares         | 66                                     | 30   | -55 %          |
| Accidentes                             | 54                                     | 35   | -35 %          |
| Enfermedad hepática crónica y cirrosis | 15                                     | 9    | -40 %          |
| Total de causas                        | 714                                    | 536  | -25 %          |

Estos éxitos notables sin precedentes, son el reflejo de un gran volumen de experiencia que precisa ser estudiada y analizada por los investigadores y por los que ejercen la profesión de salud internacional en todo el continente americano. También es necesario estudiar nuestros fracasos, particularmente el limitado efecto que hemos logrado sobre los sectores menos educados de la población<sup>10</sup>.

Los objetivos de salud específicos, con orientación epidemiológica, han sido establecidos por Australia, por la India y probablemente también por otros países. Su ausencia en casi todos los países del continente americano es harto notoria.

La razón de esta ausencia se me apareció con toda claridad, gracias al honor que tuve de asistir a cinco congresos de epidemiología durante los últimos dos años. Estos congresos incluyeron los de Venezuela, República Dominicana, Brasil, Cuba y Guatemala. En todos los congresos que participé y en los de Chile y Argentina, a los que no asistí, para mi sorpresa, hubo una numerosa concurrencia.

Estoy convencido que se está produciendo un gran renacimiento de la epidemiología en el continente americano. Las reuniones a las que he asistido fueron de gran calidad: los estudios epidemiológicos que se presentaron estaban muy bien hechos desde el punto de vista científico y las conclusiones a las que se llegaba eran muy concienzudas. El hecho de que la mayoría de los asistentes a los congresos no eran epidemiólogos en el sentido estricto de la palabra, sino trabajadores de salud pública que llegaban a aprender cómo la epidemiología podía serles de utilidad en su trabajo es de una gran importancia. Y en todas esas ocasiones, el Ministerio de Salud colaboró con la financiación y el patrocinio del congreso.

Sin embargo, no en todos los congresos se hizo suficiente énfasis en las consecuencias de los hallazgos epidemiológicos sobre la administración, los

programas y la política de salud pública. El divorcio entre la teoría y la práctica, la separación del medio académico del campo de acción, sigue siendo evidente. La discusión acerca de la metodología aplicada fue escasa - la utilización de la epidemiología en la determinación de las prioridades, en el diseño de programas de acción, en la evaluación de programas y servicios. Esto tiene que cambiar.

## **Promoción de la Salud**

Un hito fundamental de los últimos años es el reconocimiento de que la promoción de la salud, el alcanzar condiciones de vida saludables, es esencial para la totalidad de las cuatro tareas básicas de salud pública: mejorar el bienestar y la capacidad funcional, prevenir las enfermedades y las lesiones, el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de los discapacitados. Esta es la razón por la cual el documento Ottawa Charter for Health Promotion, adoptado en la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud que tuvo lugar en noviembre de 1986 estipulaba que las condiciones y los recursos fundamentales de la salud son la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, recursos que tengan continuidad la justicia social y la equidad. Las mejoras en salud exigen una base estable en forma de estos requisitos básicos<sup>11</sup>.

Los niveles de vida tienen profundas repercusiones sobre la salud positiva, que no es solamente el estado subjetivo de bienestar, que comprende elementos positivos como la vitalidad, ausencia de fatiga excesiva, y de los malestares provenientes del medio ambiente tales como frío o calor excesivo, la niebla industrial y el ruido, sino que tiene también un componente funcional, vale decir, la capacidad del individuo para participar en forma efectiva en la sociedad: en el trabajo, en el hogar y en la comunidad.

Los niveles de vida también desempeñan un papel preponderante en la prevención de la enfermedad y de las lesiones. La diarrea infantil, por ejemplo, la causa más importante de decesos en el mundo de hoy, es ocasionada solo en forma secundaria por las salmonellas, las shigellas y otros microorganismos. La causa básica es el subdesarrollo, la pobreza, la carencia de instalaciones sanitarias básicas, la subnutrición, el analfabetismo y la ignorancia acerca de la higiene personal.

El estado de nutrición es un factor principal que afecta la resistencia a muchas enfermedades. La educación inadecuada, que termina produciendo el analfabetismo formal y el funcional, es un obstáculo serio al aprendizaje del uso de medidas preventivas tales como higiene personal, cambios en el estilo de vida y en la vacunación. Las condiciones de trabajo deficientes y los medios peligrosos son causa de muchas enfermedades y lesiones prevenibles. Los trabajos sin perspectivas, los ingresos inadecuados, la vivienda deficiente, la discriminación y la segregación, así como la carencia de oportunidades

educativas, culturales y de recreación juntas producen una baja autoestima, disfunciones mentales, alcoholismo, dependencia de las drogas, suicidio, homicidio, abuso del cónyuge o de los niños y otros tipos de violencia dirigida contra sí mismo, contra la familia y contra la comunidad.

El acceso a la atención médica se ve notablemente afectado por otros factores además de las barreras financieras. Los niveles educativos, los problemas de transporte y la sobrecarga, así como lo inadecuado de las instalaciones clínicas, desempeñan un papel especialmente importante en impedir la utilización óptima de los recursos.

La rehabilitación no puede limitarse a las medidas materiales, también tiene que comprender la rehabilitación ocupacional y social. La sociedad tiene que habilitar sus recursos, tales como los edificios, las aceras, los ómnibus, los autos, los estacionamientos, etc., incorporando previsiones para satisfacer las necesidades de las personas discapacitadas. Estas deben tener acceso a los empleos, lo que se convierte en una tarea difícil cuando una parte importante de la fuerza laboral en pleno uso de sus facultades está desempleada.

Los estudios de programas multisectoriales para mejorar las condiciones de vida en los diferentes países, con sus éxitos y sus fracasos, precisan ser activados enérgicamente por los investigadores y por quienes tienen a su cargo el ejercicio de la salud pública internacional.

## **Atención Médica**

Es importante llevar a cabo estudios similares en el campo de la atención, no solamente en términos de financiamiento y de control de costos, sino en las áreas clave de organización de servicios, calidad de la atención y democratización del control. Por ejemplo, han tenido lugar dos innovaciones muy importantes en el continente americano que ameritan un estudio intensivo de parte de todos los investigadores y de quienes practican la salud internacional: la elaboración de la red de Centros Locales de Servicios Comunitarios (CLSC) en Quebec, que proveen tanto salud como servicios sociales en un sólo centro comunitario<sup>14</sup>; y el nuevo equipo de médico de familia y de enfermera alojados en centros de salud vecinales individuales, cada uno de los cuales atiende de 600 a 800 personas, que se extenderán a lo largo y a lo ancho de Cuba en los próximos años<sup>15</sup>.

## **Cuestiones de Prioridad**

Finalmente, los investigadores y los que ejercen la salud internacional deben ayudarnos a aprender de la experiencia mundial cómo determinar prioridades para el accionar de la salud pública. En todos los países del continente, así como en el resto del mundo, los servicios curativos reciben alta prioridad, mientras que los servicios preventivos reciben solamente las migajas.

La importancia de la promoción de la salud gracias al mejoramiento de las condiciones de vida puede ser reconocida en teoría e ignorada en la práctica. Esto es el resultado del dominio por parte de la profesión médica, de la política de salud pública que está orientada hacia el tratamiento. También, por desgracia, los gobiernos consideran a la atención médica como el aspecto más importante de la política de salud dado que políticamente es el más popular; ellos alientan a la opinión pública que, en su ignorancia, siga a la profesión médica en concentrar su atención y su interés en los servicios curativos.

Sin embargo, la equidad en la atención médica claramente ha fracasado en su intento por asegurar la equidad en salud. En Inglaterra y en Gales, la inequidad en la mortalidad de las clases sociales en realidad se ha ampliado desde el establecimiento del Servicio Nacional de Salud. Las dos clases sociales más altas (I. profesional y II. administradores) comprendieron el 18% de la población de varones adultos en 1951, el 19% en 1961 y el 23% en 1971; su razón estandarizada de mortalidad (REM) era de 91 en 1951, de 80 en 1961 y de 80 en 1971. Las dos clases sociales más bajas (IV. trabajadores calificados y V. trabajadores no calificados) comprendían el 29% de la población masculina adulta en 1951, el 29% en 1961, y el 26% en 1971; su REM era de 110 en 1951, 115 en 1961 y 121 en 1971. La diferencia en las REM se duplicó en exceso de 19 en 1951 a 41 en 1971<sup>12</sup>.

Tampoco ha alcanzado la igualdad en la salud el sistema de atención médica universal canadiense. Russell Wilkins y Owen Adams han calculado la esperanza de vida sin discapacidades en el Canadá a fines de la década del 70 de acuerdo con el nivel de ingresos. La esperanza de vida sin discapacidades es la diferencia entre la expectativa de vida de todos los estados de salud y la suma de los años que se prevé que una persona esté internada en algún tipo de institución, más los años de discapacidad que se espera no comprendan ningún tipo de internación. Los resultados aparecen en el Cuadro 7<sup>13</sup>.

A finales de los años 70 en el Canadá, la diferencia de esperanza de vida entre la gente de los niveles más bajos de ingreso y la de los más altos era de 4,5 años; en la esperanza de vida sin discapacidades, la diferencia era de 11 años. La gente pobre en el Canadá tiene, en promedio, solamente 55 años de vida sana, vale decir, de vida libre de discapacidad en comparación con 66 años de vida sana para los canadienses ricos.

Esta información destaca el hecho de que la atención médica es el elemento menos importante de la tríada básica de salud pública. Los determinantes más importantes de la condición de salud son la promoción de salud por medio de mejores niveles de vida y la prevención de las enfermedades y de las lesiones.

Cuadro 7  
Expectativa de Vida y de Vida sin Discapacidades  
Canada, finales de la década del 70

| Nivel de Ingreso | Expectativa de Vida<br>(en años) | Expectativa de Vida<br>sin Discapacidades<br>(en años) |
|------------------|----------------------------------|--|
| Más bajo         | 71.9                             | 54.9   |
| Segundo          | 73.6                             | 59.9   |
| Tercero          | 74.7                             | 62.7   |
| Cuarto           | 75.5                             | 63.1   |
| Más alto         | 76.4                             | 65.9   |
| Total            | 74.6                             | 61.0   |

Desafortunadamente, existe mucha confusión entre los términos "promoción de salud" y "prevención". Para aumentar la confusión, los términos se utilizan en forma indistinta. En los Estados Unidos, la promoción de salud se define oficialmente como el cambio de los estilos de vida para prevenir enfermedades. En Canadá y en Europa es, de acuerdo con la "Carta de Otawa para la Promoción de la Salud", la concentración en la mejora de los niveles de vida, vale decir, paz, techo, educación, alimento, ingreso, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad.

En los Estados Unidos, se procura prevenir las enfermedades pero los niveles de vida difícilmente se consideran. En Canadá y en Europa, se hace hincapié en los niveles de vida y la tendencia es otorgar menor atención a la prevención de la enfermedad basada en la epidemiología. Ciertamente, hay quienes en Europa proclaman la necesidad de una nueva salud pública que equivocadamente caracteriza a la epidemiología y a la prevención de las enfermedades como el modelo médico que debe evitarse a costa de cualquier cosa.

En América Latina también hay voces que se levantan contra los programas de prevención basados en la epidemiología con el argumento que no pueden ocurrir cambios de importancia en la condición de salud sin profundos cambios sociales y políticos. Tal como sus contrapartes en Canadá y en Europa, ellos denigran el valor de los programas de prevención sin comprender su base científica en la investigación epidemiológica.

¿Qué es más importante, la prevención de la enfermedad o las condiciones de vida? La respuesta es: ambas. En el corto plazo, la prevención es más importante porque podemos lograr reducciones de importancia en la

enfermedad, la discapacidad y la muerte en un período de tiempo relativamente corto a un costo mínimo. Las condiciones de vida probablemente son más importantes en el largo plazo, pero no debemos engañarnos pensando que vamos a lograr mejores niveles rápidamente. Tomará décadas para que alcancemos -- tanto en los países industrializados como en las naciones en vías de desarrollo -- los objetivos previstos en la "Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud" de "paz, techo, educación, alimento, ingreso, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad".

Resulta esencial trabajar tanto en la prevención de las enfermedades como en la promoción de la salud, asignando la mayor importancia en este punto a la utilización de las herramientas poderosas que forjaron nuestros epidemiólogos para atacar a los asesinos más grandes: las enfermedades infecciosas; las enfermedades cardíacas, el cáncer, el derrame cerebral, las lesiones, la enfermedad obstructiva pulmonar crónica, la cirrosis hepática y las enfermedades ocupacionales y del medio ambiente. Debemos, al mismo tiempo, adoptar un enfoque multisectorial uniendo nuestras fuerzas a otros elementos de la sociedad que están interesados en la mejora de las condiciones de vida, de manera que podamos ciertamente lograr comunidades sanas, ciudades sanas y naciones sanas en el continente americano.

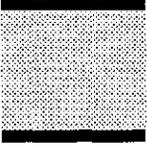
En este gran esfuerzo, los académicos y los que ejercen la salud internacional son responsables en grado sumo de estudiar y analizar la experiencia en una escala mundial para asistir a sus propios países y a otros a lograr la salud para todos. En esta era de nacionalismo destructivo y salvaje tenemos que ir contra la corriente, tenemos que servir a la gente, no solamente a nuestros connacionales o a la gente de nuestro continente, sino al mundo entero. Tenemos que convertirnos, por cierto, en ciudadanos de este planeta.

### Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. "Condiciones de Salud en las Américas". Edición 1990, Volumen 1, Washington, D.C., 1990, p. 26.
2. United Nations Development Programme (UNDP). "Human Development Report 1990". New York and Oxford, Oxford University Press, 1990, p. 129.
3. Terris, M. "Epidemiology and Leadership in Public Health in the Americas". *J Pub Health Policy* 9:250-60, 1988.
4. Organización Panamericana de la Salud. Op. cit.
5. Organización Panamericana de la Salud. Op. cit.

6. "Healthy People: The Surgeon's General Report on Health Promotion and Disease Prevention, 1979". U.S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, 1979.
7. "Promoting Health/Preventing Disease: Objectives for the Nation". U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 1980.
8. "Health United States 1989". U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 1990, p. 165.
9. *Ibid.* p. 121.
10. *Ibid.* p. 166.
11. "Ottawa Charter for Health Promotion". Ottawa, Canadian Public Health Association, 1986.
12. Wilkinson, R.G. editor. "Class and Health: Research and Longitudinal Data". London, Tavistock Publications, 1986. p.14
13. Wilkins, R. y Adams, O.B. "Health Expectancy in Canada, Late 1970s. Demographic, Regional and Social Dimensions", *Am J Pub Health* 73:1073-80, 1983.
14. Bozzini, L. "Local Community Services Centers (CLSCs) in Quebec: Description, Evaluation, Perspectives". *J Pub Health Policy* 9:346-75, 1988.
15. Gilpin, M. "Update - Cuba: On the Road to a Family Medicine Nation," *J. Public Health Policy* 12(1):83, 1991.





# Los Costos y la Equidad de los Sistemas de Salud

André Pierre Contandriopoulos

## Introducción

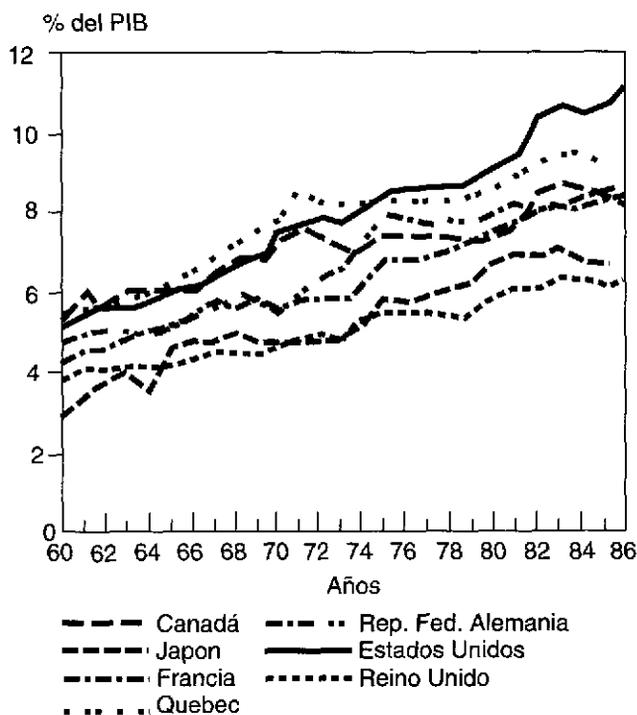
Los conceptos de equidad y de costo representan el corazón mismo del campo de estudios constituido por la salud internacional. De estos dos conceptos, el que ha sido estudiado con mayor asiduidad y el más accesible en forma directa es el del costo. Los análisis comparativos de los costos de los servicios de salud son incontables<sup>1,2,4,6,7,11,22</sup>, y sin embargo, los resultados de esos trabajos a menudo son decepcionantes por tres razones principales:

1. El concepto de costo comprende realidades diferentes según los países<sup>8,27</sup>. Los costos no se desglosan en grandes categorías de la misma manera en todas partes. Por ejemplo, lo que se denomina servicios médicos en un país puede llegar a incluir los servicios suministrados por los médicos en los hospitales, mientras que la misma categoría no los comprende en otro país, etc..

2. Los indicadores utilizados para comparar a los países entre ellos a menudo son difíciles de interpretar. El más clásico es el porcentaje de gastos de salud en relación con el producto nacional bruto o con el PIB. La evolución de este indicador depende, por una parte, del numerador o sea los gastos de salud pero también de su denominador, la riqueza colectiva. Su utilización para comparar la evolución del volumen de servicios de salud a los cuales tienen acceso diferentes poblaciones es engañosa. En efecto, aún si el porcentaje de los gastos en salud en relación con el producto nacional bruto es igual en dos países diferentes, la cantidad de servicios de salud de los cuales se beneficia la población de un país cuyo desarrollo económico es rápido es más grande que aquella de la cual dispone la población de un país que tiene un crecimiento económico lento. Este tipo de dificultad se ve perfectamente ilustrado al comparar los gráficos 1 y 2. En el gráfico 1 aparece la evolución de los gastos en salud en relación con el PIB de una cierta cantidad de países desarrollados, desde 1960 hasta el fin de la década del 80. Llegamos a constatar, por ejemplo, que los gastos de salud del Japón tienen la tendencia a no aumentar más durante la década del 80 y que lo mismo acontece con los gastos de salud de Alemania desde la mitad de la década del 70. Este control aparente sobre los gastos de salud desaparece, sin embargo, ni bien comenzamos a considerar el gráfico 2, que ilustra los gastos de salud per cápita deflacionados por la evolución de los precios y ajustados para tener en cuenta el crecimiento diferencial del producto interno bruto en los diferentes países. En el gráfico 2 constatamos, por ejemplo, que el volumen de servicios de salud con que contaron los japoneses y los alemanes durante la década del 80 ha crecido en forma substancial mientras que la cantidad de servicios de los que han dispuesto los canadienses ha registrado una tendencia más que nada a estabilizarse e incluso a disminuir. Los dos gráficos indican de cualquier modo

en forma muy clara que el crecimiento de los gastos de salud en los Estados Unidos es más rápido que el de los otros países y que allí los gastos per cápita son los más elevados. Por lo demás, resulta difícil hallarle sentido a las diferencias de costos observadas; no se sabe si un costo per cápita o un precio de servicios más alto refleja una cantidad más grande de servicios de salud per cápita o un precio más elevado por los servicios, vale decir un nivel de remuneración más alto para los profesionales de la salud<sup>11,29</sup>.

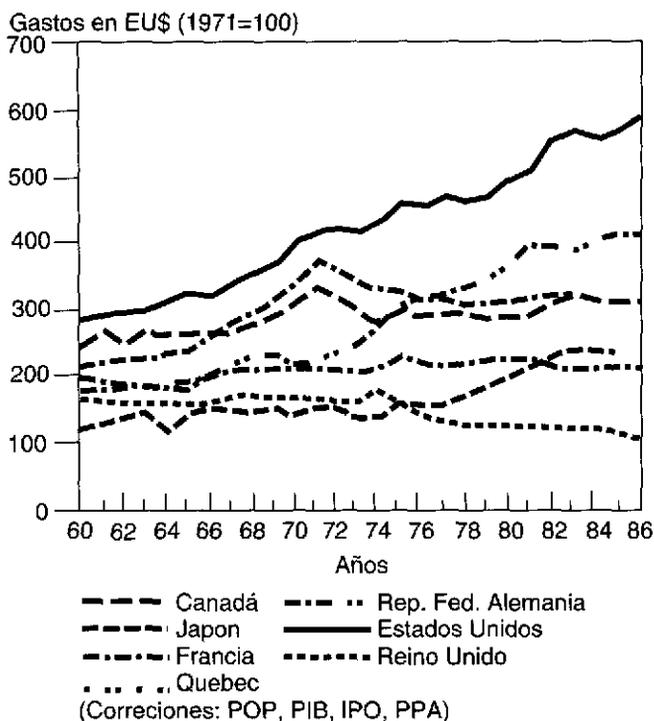
Gráfico 1  
Gastos de Salud en Términos de Porcentaje del PIB



Fuente: Sandier S. (1989). *Eco-santé*, Paris, Medsi/McGraw-Hill. Schieber G.J., Pouiller J.P. (1988). "International Health Spending and Utilization Trends", *Health Affairs*, Vol. 7, N° 3, Otoño, pp. 105-112.

3. Los costos no son sino el reflejo de los esfuerzos realizados para obtener algo. No tienen sentido si no se los relaciona con un resultado. ¿Cuáles son entonces los resultados que hay que considerar en una perspectiva de salud internacional para otorgar un sentido a las diferencias de costos que existen entre los diferentes países? ¿Qué indicador utilizar para formular un juicio sobre el desempeño relativo de los diferentes sistemas de salud?

Gráfico 2  
Gastos Totales de Salud Relativizados, 1960 a 1986



**Fuente:** Sandier S. (1989). *Eco-santé*, Paris, Medsi/McGraw-Hill. Schieber G.J., Pouiller J.P. (1988). "International Health Spending and Utilization Trends", *Health Affairs*, Vol. 7, N° 3, Otoño, pp. 105-112.

Dentro del contexto de esta conferencia, nuestra propuesta es que ese indicador sea el concepto de equidad con respecto a la salud. Para ello comenzaremos por precisar lo que entendemos por ese concepto. Después, presentaremos un marco de análisis que nos permita comprender cuáles son las fuentes de inequidad con respecto a la salud. Inmediatamente, volveremos sobre los costos para abordar el tema del financiamiento de los servicios de salud, procurando identificar cuáles son los mecanismos más coherentes con una mejora de la equidad de los sistemas de salud. Como conclusión, nosotros abordamos brevemente la cuestión del papel del Estado en la organización general de los sistemas de salud al preguntarnos si la centralización y la uniformidad que caracterizan a la mayor parte de los programas nacionales de seguros de salud no generan acaso, paradójicamente, nuevas formas de inequidad.

## ¿Por qué la Equidad?

En un pequeño texto acerca del biopoder, que retoma en parte los análisis de Michel Foucault<sup>14</sup>, Francois Ewald dice que uno de los rasgos característicos de los tiempos modernos proviene del aumento de la problemática del ser viviente, de la objetivación biológica de los hombres y de su medio ambiente. No se pide al Poder que combata o que defienda los valores: estos dividen a la población. Basta con que asegure la conservación correcta de aquellos seres vivos en los que se han convertido los ciudadanos y si les permite actualizar su potencialidad de seres vivos<sup>13</sup>. Esto también es lo que propone la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud adoptada en 1986. Los Estados signatarios de este tratado se comprometen, entre otras cosas, a reducir las diferencias actuales que caracterizan al estado de salud y a ofrecer a todos los individuos los mismos recursos y posibilidades para alcanzar plenamente su potencial de salud, vale decir a promover la equidad en lo que hace a la salud.

Esta declaración formaliza lo que de hecho es la razón de ser del Estado bienhechor. El Estado debe dirigir la vida de la población como tal en lo que hace a preservarla mejor de sí misma y permitirle alcanzar sus potencialidades<sup>13</sup>. Entre los derechos humanos, son esenciales el derecho a la vida y el derecho a la salud. Al Estado moderno se lo percibe como el médico de lo social, sobre él recae la responsabilidad de corregir el mal funcionamiento de las relaciones naturales de los hombres en las sociedades: "la tarea de la sociedad no es sino la de instituirse como remedio al mal que amenaza naturalmente la vida"<sup>13</sup>. En el siglo XX lo que se reivindica y sirve de objetivo es la vida, comprendida como las necesidades fundamentales, la esencia concreta del hombre, el logro de sus virtualidades, la plenitud de lo posible. Es la vida, mucho más que el derecho, lo que se ha transformado ahora en lo que está en juego en las luchas políticas<sup>14</sup>. La conjunción de esta ideología y del desarrollo de los conocimientos es lo que ha justificado durante la primera mitad del siglo XX la introducción de los grandes programas de seguro de enfermedad y de seguridad social. La finalidad de esos programas era la de ofrecer a todos (característica universal) una gama completa de servicios (característica integral) sin que la capacidad de pago, el lugar de residencia, la clase social, el origen étnico, etc., puedan excluir a nadie (accesibilidad). El objetivo de estos grandes programas es oficialmente el de mejorar la salud de todos, colocar a todos los ciudadanos en pie de igualdad en términos de salud, en una palabra, promover la equidad en lo que respecta a la salud.

Durante este primer período, y hasta la mitad de la década del 70, se hace énfasis en la cantidad de los servicios. Los Gobiernos invierten masivamente en la construcción de hospitales, la formación de médicos, la instalación de una infraestructura sanitaria completa en todos los países<sup>12</sup>.

Durante la década del 70, tuvo lugar un cambio importante de perspectiva. El crecimiento de los costos de salud inquieta cada vez más a los poderes públicos, tanto más cuanto que el crecimiento económico disminuye y que las críticas al sistema de salud se tornan cada vez más violentas<sup>19</sup>. Más que intentar corregir los problemas de la salud, hay que tratar de prevenirlos<sup>20</sup>. Ya no se trata de desarrollar el sistema de salud, sino de regularlo de forma tal de hallar el mejor equilibrio posible entre la cantidad, la calidad y el control de los costos. Paralelamente, el concepto de equidad, que, en el momento de la introducción de los grandes programas de seguro de salud, consistía en forma operativa en hacer accesibles a cada persona todos los servicios que la profesión médica estimaba convenientes, se hace más preciso. Hoy en día se considera que un sistema de salud es equitativo si les permite a todos el acceso a los servicios de salud que contribuyen de forma más eficaz, en el tiempo y en el espacio, a una mejora de la salud de la población y a la igualdad en términos de salud de los individuos dentro de una sociedad.

Esta definición se ubica dentro de una perspectiva igualitaria de la utilidad<sup>24</sup>. Esto implica, en primer término, que existen costos de oportunidad en los servicios de salud y que resulta importante considerar la eficacia de un bien o de un servicio para mejorar la salud antes de ponerlo a disposición en forma universal<sup>12</sup>. En segundo término, que deben considerarse las dimensiones temporales y espaciales de la salud. En tercer lugar, que el papel del Estado es esencial en la promoción de la equidad con respecto a la salud.

Es entonces, naturalmente, por su contribución al logro de la equidad que debieran evaluarse los diferentes sistemas de salud. Para llegar allí, hace falta analizar cuáles son las fuentes principales de inequidad relativas a la salud y preguntarse sobre el papel que el sistema de salud puede desempeñar en la reducción de esas inequidades.

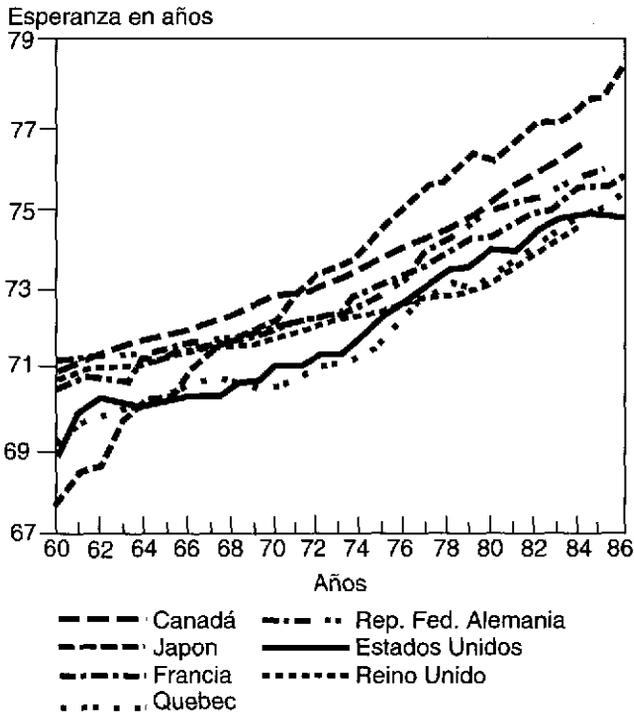
## **Fuentes de Inequidad en lo Relacionado con la Salud**

Las personas y las organizaciones que trabajan en el campo de la salud internacional están permanentemente enfrentando dos problemas. El primero es que existen disparidades considerables entre los estados de salud de las poblaciones no solamente de los diferentes países sino también en el interior de cada país. El segundo está ligado a la resistencia que oponen esas disparidades a los esfuerzos que se realizan para reducirlas. La falta de conocimientos origina esos problemas: entre otras, no sabemos sino poquísimas cosas sobre el papel de los sistemas de atención en la reducción de las desigualdades.

En esta sección, comenzamos por dar algunos ejemplos de desigualdades en salud y a continuación proponemos un marco conceptual para analizar de manera sistemática lo que son las desigualdades en salud y cuáles son sus factores determinantes.

Las desigualdades relacionadas con la salud son numerosas y diversas. El gráfico 3 indica cómo ha evolucionado, de 1960 a 1986, la esperanza de vida en algunos países desarrollados. Para interpretar ese gráfico, es interesante ponerlo en relación con la evolución de los costos ilustrados en los gráficos 1 y 2. Es particularmente asombroso observar que no existe ninguna relación entre la esperanza de vida y el gasto en salud, y que la evolución de la esperanza de vida en Japón tiene una tasa de crecimiento más rápida que la de todos los otros países.

Gráfico 3  
Esperanza de Vida (Hombres y Mujeres)



Fuente: Sandier S. (1989). *Eco-santé*, Paris, Medsi/McGraw-Hill. Schieber G.J., Pouiller J.P. (1988). "International Health Spending and Utilization Trends", *Health Affairs*, Vol. 7, N° 3, Otoño, pp. 105-112.

House<sup>18</sup> demuestra que el medio ambiente social en el que vive una población tiene una importante influencia sobre la salud. Analiza los resultados de muchos estudios longitudinales que relacionan el respaldo social y la mortalidad y verifica que el riesgo relativo de morir es de dos a cuatro veces mayor entre la gente que cuenta con un nivel de integración social débil en comparación con los que han alcanzado una sólida integración.

Hertzman y Ward<sup>17</sup> analizaron las relaciones existentes entre el estado civil y la mortalidad. Verificaron que las personas que jamás contrajeron matrimonio o que son divorciadas o viudas tienen tasas de mortalidad, neta y sistemáticamente, más altas que las de los casados.

Aiach y otros muestran que el nivel socioeconómico y la salud, medidos por las tasas de mortalidad perinatal, neonatal y postnatal no son independientes<sup>3</sup>. Cuanto más alta sea la clase social a la que se pertenece, tanto más bajas son las tasas de mortalidad y a la inversa<sup>21</sup>.

Wilkinson sugiere que la mortalidad no está simplemente ligada al nivel de ingreso sino también a la estructura del ingreso<sup>32</sup>. Hay una relación significativa entre el grado de disparidad de los ingresos y la esperanza de vida en los países desarrollados. Los países en los cuales hay poca disparidad en los niveles de ingreso cuentan con una esperanza de vida superior a aquellos donde esa disparidad es muy marcada.

Existe un gran consenso en el sentido que hay disparidades bastante numerosas entre los estados de salud de las diferentes poblaciones tanto entre los países como en el interior de ellos. La cuestión que se plantea ahora es saber cómo organizar las informaciones disponibles para, por una parte, comparar la equidad en relación con la salud en los diferentes países y, por otra parte, establecer cuáles deberían ser las mejores estrategias a adoptar para reducir las desigualdades en salud<sup>5</sup>.

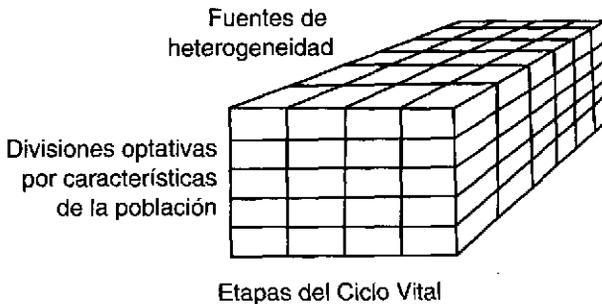
*Modelo de análisis de las disparidades en salud.* Para pasar de la descripción de las desigualdades a un análisis de sus causas y de los factores que permitan corregirlas, es necesario adoptar una estructura de lectura sistemática. Adoptamos la elaborada por Clyde Hertzman<sup>16</sup> para analizar las heterogeneidades en el estado de salud de las poblaciones (gráfico 4). El autor propone analizar las heterogeneidades mediante la consideración de tres dimensiones.

La primera atañe *al ciclo de vida de los individuos*: el autor sugiere distinguir cuatro períodos durante los cuales los problemas de salud son relativamente homogéneos: 1) desde la concepción hasta el año, vale decir un período durante el cual los problemas de salud están vinculados con la concepción, con el embarazo, con el nacimiento y con el primer año de vida; 2) de uno a cuarenta y cuatro años, vale decir un período durante el cual las enfermedades no debieran afectar a la población más que en forma temporaria; 3) de los cuarenta y cinco a los setenta y cuatro años vale decir un período que se caracteriza por la aparición de las enfermedades crónicas; 4) a partir de los setenta y cinco años, vale decir un período durante el cual predominan las enfermedades complejas de la vejez.

La segunda dimensión considerada para analizar las heterogeneidades de la salud tiene que ver con las *diferentes características de la población*. Los estados de salud pueden variar de acuerdo con el país o la región de residencia, el sexo, la condición socioeconómica, la etnicidad o la cultura.

Estas dos primeras dimensiones permiten de alguna forma distribuir una población en función de su edad y de algunas de sus características y observar en el interior de algunas de las células la importancia de las heterogeneidades en relación con la salud.

Gráfico 4  
Modelo de Investigación de Heterogeneidades  
en el Estado de Salud de la Población



Etapas del Ciclo Vital

1. Perinatal: gestación hasta 1 año
2. Desventuras: 1-44 años
3. Enfermedades crónicas: 45-74 años
4. Senilidad: 75 años y más

Características

1. Status socioeconómico
2. Grupo étnico y migraciones
3. Geográficas
4. Hombre/Mujer
5. Población especial

Fuentes de Heterogeneidad

1. Causalidad inversa
2. Diferentes susceptibilidades
3. Estilo de vida individual
4. Medio ambiente material
5. Medio ambiente social
6. Acceso diferente a respuestas a los servicios de atención a la salud

Fuente: Hertzman, C. (1990). "Where are the Differences which make a Difference? Thinking About the Determinants of Health" Working Paper N° 8, Toronto, Canadian Institute for Advanced Research.

La tercera dimensión se propone asociar *algunos grandes factores explicativos* con las diferencias en los estados de salud. Esos grandes factores son los hábitos de vida, el medio ambiente físico, el entorno social, el acceso a los servicios de salud, la biología humana, que se manifiesta por la susceptibilidad de los individuos a verse más o menos afectados por el medio ambiente y a luchar de una forma más o menos eficaz contra la enfermedad y, en fin, una categoría que él denomina la causalidad invertida. Esta permite plantear la pregunta de si las diferencias en la salud las determina el hecho de pertenecer a determinadas categorías de la población o si más bien es una diferencia en la salud la que explica el hecho que se pertenezca a una categoría. De esta forma, por ejemplo, ¿es el hecho de no ser casado lo que ocasiona una

salud menos buena, o bien el hecho de tener una salud no tan buena lo que explica el que no sea casado?

Este marco de análisis de las heterogeneidades en salud es particularmente interesante en principio porque permite comparar en forma sistemática los resultados de una multitud de trabajos que enfocan la cuestión de las desigualdades en relación con la salud de toda clase de maneras, pero sobre todo porque ilustra el hecho de que el fenómeno de las disparidades en la salud es asombrosamente complejo. Su estudio entonces debiera hacerse por medio de enfoques que permitan comprender la complejidad y no vincular, como es a menudo el caso en epidemiología, una sola causa con una disparidad en salud suponiendo que todo el resto es constante. Habría que poder determinar la influencia de configuraciones de causas sobre familias de disparidades en salud. Ese género de análisis permitiría eventualmente concebir políticas sanitarias realistas teniendo en cuenta la complejidad y la diversidad de las situaciones a nivel de los países.

Siempre reconociendo que los conocimientos y los métodos de investigación más modernos todavía no permiten llegar allí, y que hace falta proseguir los esfuerzos de reflexión y de formación que se han iniciado, sigue siendo necesario preguntarse en qué sentido deberían evolucionar los sistemas de atención de los diferentes países para contribuir en la forma más eficaz posible a la reducción de las desigualdades en salud.

## **Costos de Financiamiento y Equidad de los Sistemas de Salud**

Los trabajos que se han realizado sobre los costos y las modalidades de financiamiento de los diferentes sistemas de salud en los diferentes países, permiten llegar a una cierta cantidad de conclusiones en lo que respecta a su capacidad de reducir o no las desigualdades relacionadas con la salud<sup>4,8,15</sup>.

1. De una forma muy general, es imposible establecer una relación entre el nivel total de gastos o el porcentaje de la riqueza colectiva destinado a la salud y la equidad en relación con la salud. Esta conclusión es normal en la medida en que, por una parte, la equidad es esencialmente un concepto ligado a la distribución y a la asignación de los recursos y no a su nivel absoluto. Y por otra parte, la influencia de los servicios de salud sobre la reducción de las desigualdades se conoce muy poco.

2. Las modalidades de financiamiento pueden contribuir o no a promover la equidad de acceso a los servicios de salud. Se puede decir que el financiamiento por medio de los fondos públicos de los servicios de salud es una condición necesaria de un sistema equitativo, aunque ella no sea en absoluto una condición suficiente. Cuanto más redistributivo sea el sistema de financiamiento de servicios de salud entre las clases sociales, tanto mayores serán las posibilidades de que el sistema sea equitativo: los más ricos financian en alguna

medida a los servicios de salud utilizados por los más pobres que son en promedio los que tienen la peor salud. Por el contrario, el recurso a un financiamiento privado excluye obligatoriamente a ciertos segmentos de la población, lo que va en contra de un objetivo de equidad.

3. Las modalidades de pago de los recursos de los sistemas de atención aportan un grado mayor o menor de equidad<sup>9,26</sup>. Cuanto más se financie un sistema de salud por medio de asignaciones presupuestarias determinadas a priori en función de las poblaciones a atender, tanto más tendrá tendencia a la equidad. Por el contrario, cuanto más se paguen los recursos a posteriori en función de los servicios prestados, como es el caso del pago al contado y del financiamiento a los hospitales por parte de los grupos de diagnósticos vinculados, mayor será la posibilidad de que el sistema genere inequidad. En ese caso, es particularmente difícil repartir en el territorio los recursos en forma equitativa. Además, los costos de los sistemas de salud en los cuales los recursos se pagan a posteriori y en parte directamente por las personas enfermas, son muy difíciles de controlar. Ello implica transferencias de recursos cada vez más importantes hacia el sistema de salud, bastante a menudo en detrimento de otros campos tales como la educación, el empleo, el desarrollo económico que podrían contribuir a reducir las desigualdades con respecto a la salud<sup>5,29</sup>.

4. Un sistema de atención tiene la oportunidad de ser más equitativo si está dotado de mecanismos que permiten de una manera relativamente sistemática recolectar, analizar y difundir informaciones obtenidas sobre los resultados sanitarios y sobre la eficacia de los bienes y de los servicios que suministra<sup>28</sup>.

## **Conclusión**

Hemos procurado demostrar que, desde una perspectiva de salud internacional, la equidad en materia de salud debiera ser el criterio que permite evaluar el desempeño relativo de los sistemas de salud de los diferentes países y que la equidad entre los países debiera ser el objetivo de las intervenciones en salud internacional. Hemos basado esta argumentación en el análisis del Estado bienhechor cuya naturaleza es la de promover y proteger la vida de los ciudadanos. Al seguir dentro de la misma lógica, en la medida en que la salud de una población recibe la influencia de fenómenos que sobrepasan las fronteras de un país (contaminación ambiental, epidemias, deuda externa, movimientos migratorios, turismo, guerras), nos enfrentamos a la cuestión de una instancia internacional que pudiera intervenir en forma legítima para promover una equidad mayor entre los países. Pero ese movimiento que refuerza la responsabilidad de los Estados nacionales, y también de un orden internacional, paradójicamente también plantea el riesgo de ser la causa de nuevas disparidades.

Expliquemos: En primer lugar, es necesario darse cuenta de que a fines del siglo XX, el Estado bienhechor goza de excelente salud. Verificamos, que

en una buena cantidad de países, la porción de los gastos gubernamentales en la riqueza colectiva no cesa de aumentar a pesar del discurso acerca de la privatización<sup>10</sup>. Este lugar cada vez más grande que ocupa el Estado se manifiesta a menudo a través de los programas universales y centralizados que llevan teóricamente a ofrecer a todo el mundo los mismos tipos de servicios. La consecuencia natural de esta evolución es una normalización creciente de la sociedad: "una sociedad normalizadora es el efecto histórico de una tecnología de poder centrado sobre la vida"<sup>14</sup>. Esta normalización se observa dentro de cada país y también, cada vez más a escala mundial, donde se impone la norma de los países desarrollados, a menudo cuando se trata de la ayuda internacional a los países del Sur. Pero, paradójicamente, esta normalización genera nuevas formas de inequidad.

En el campo de lo sanitario, por ejemplo, la puesta en práctica de programas de seguro de salud ha consagrado el monopolio médico y ha puesto bajo su mando el poder de los otros profesionales de la salud que, antes de la introducción de los programas universales de seguro de salud, podían ejercer en forma autónoma. La consagración de un sistema de salud oficial, reconocido, legítimo, lanza a la marginalidad, algunas veces incluso a la ilegalidad, a los que no forman parte de ella.

En los países desarrollados, la tendencia a la normalización, sin mencionar las consecuencias extremas constatadas recientemente en los países del Este (ineficacia, pérdidas de combustible, deplorables resultados sanitarios), plantea serias dudas. La justificación de la autonomía y del poder de los que goza la profesión médica reside en el hecho de que la medicina sigue siendo un arte, a pesar del considerable desarrollo de los conocimientos. El diagnóstico no es el resultado de la aplicación de un algoritmo único, sino más bien el resultado del reencuentro de una confianza, de una competencia y de una conciencia en un momento dado y en un contexto dado. La evolución de una enfermedad, al igual que el efecto de un tratamiento sobre un problema de salud en un momento dado, no es íntegramente previsible a priori. La medicina no es una técnica ni el médico es un ingeniero. Habida cuenta de todo eso, para que la sociedad se asegure de que las decisiones relativas a la salud de los ciudadanos se adoptan de la mejor manera posible, ha delegado en la profesión médica la responsabilidad de velar por que la competencia de cada uno de sus miembros sea suficiente y que a cada uno de ellos respete una ética profesional severa.

Sin embargo, los esfuerzos que se hacen actualmente para racionalizar la actividad médica, asistidos por los métodos científicos derivados de la investigación fundamental y de la epidemiología, evaluando la eficacia de los servicios médicos, están en el fondo en contradicción con la razón de ser del profesionalismo, la investigación de una norma científica en la cual apoyarse para reducir la incertidumbre inherente a la actividad médica es atrayente para los médicos. Pero esta norma, concebida como una guía que cada médico tenga que

interpretar y adaptar, ante cada paciente, va a ser rápidamente percibida por el Estado por medio de sus organismos de pago y de su estructura reglamentaria, como la manera de hacerse cargo un problema de salud. Toda desviación en relación con esta norma se considerará sospechosa, el médico que no la acate puede fácilmente verse obligado a tener que justificarse y puede convertirse en tentador para los pacientes el exigir que la norma de tratamiento sea aplicada estrictamente, aunque eso no sea lo indicado en un caso en particular. La línea de conducta que la norma sugiere se convierte en obligatoria, con lo cual el médico queda privado del margen de autonomía que es precisamente lo que justifica su estatuto de profesional. Ya no es necesario que el Estado delegue en la profesión médica la tarea de autocontrolarse, ya que es suficiente con que, mediante ciertos dispositivos administrativos se vele por la aplicación de ciertas normas de práctica. Ya no es la salud el objetivo buscado sino más bien el respeto de la norma: lo que está más allá de la norma está excluido. En esas circunstancias, lo más prudente quizás sea no hacer nada en lugar de ofrecer servicios que no cumplen con la norma aunque se prive de atención a personas que la necesitan. Estos peligros de la normalización son tanto más grandes cuanto más desarrollada esté la sociedad y en la medida en que el Estado tenga un poder importante.

La tarea con la que se enfrentan las sociedades en los albores del siglo XXI es la de repensar su sistema de salud de manera tal de encontrar nuevas formas de acción para la mejora de la equidad. Habría que imaginar sistemas de salud en los cuales una descentralización suficiente permitiera dar cabida a la innovación y a la iniciativa de diferentes comunidades. Se podrían imaginar sistemas en los cuales los objetivos comunes fueran aceptados pero donde una descentralización importante de las decisiones permitiera dejar mucha autonomía a los profesionales en cuanto a las formas de actuar y les exigiera en compensación que las autoridades regionales pudiesen exigirles cuentas sobre los resultados obtenidos. Dentro de esta perspectiva, la reforma en curso en Quebec y el concepto de sistemas locales de salud parece brindar mucha esperanza<sup>23,25</sup>.

### Referencias

1. Abel-Smith, Brian. "Maîtrise des coûts dans 12 pays européens". *Rapport Trimestriel des Statistiques Sanitaires Mondiales*, 37:351-468 (1984).
2. Abel-Smith, Brian. "Who is the Odd Man Out?: The Experience of Western Europe in Containing the Costs of Health Care". *Milbank Memorial Fund Q* 63(1):1-17 (1985).

3. Aïach, P.; Carr-Hill, R.; Curtis, S. e Illsley R. "Les inégalités sociales de santé en France et en Grande Bretagne". París, La Documentation Française, 1987.
4. Berthod-Wurmser, M. (éditeur). "Systèmes de Santé, pouvoirs publics et financeurs: qui contrôle quoi?". Commissariat Général au Plan, París, La Documentation Française, 1987.
5. ICRA. "The Health of Populations and the Program in Population Health". Toronto, Institut canadien de recherches avancées. Population Health Publ. N° 1, 1989.
6. CESSS. "Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux". Gobierno de Quebec, Quebec. Les Publications du Québec, 1988.
7. Contandriopoulos, A.P. "Cost Containment Through Payment Mechanisms: The Quebec Experience". J Pub Health Policy 7(2):224-238 (1986).
8. Contandriopoulos, A.P.; Lemay A. y Tessier G. "Les coûts et le financement du système socio-sanitaire". Dossier thématique. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Quebec, 1987.
9. Contandriopoulos, A.P.; Champagne F. y Baris I. "Physician Compensation and Health Care System Objectives: An Appraisal of International Experiences". Montréal, GRIS, cahier N° 90-14, 1990.
10. The Economist. 2 de marzo de 1991, p. 71.
11. Evans, R.G. "Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care". Toronto, Butterworks, 1984.
12. Evans, R.G. y Stoddart, G. "Producing Health, Consuming Health Care". Canadian Institute for Advanced Research, Toronto, 1990.
13. Ewald, F. "Le bio-pouvoir". Magasine littéraire, 218:42-43 (1985).
14. Foucault, M. "Histoire de la sexualité, la volonté de savoir". París, Gallimard, 1976.

15. Glaser, W. "Health Insurance in Practice". San Francisco, Jossey-Bass, 1991.
16. Hertzman, C. "Where are the Differences which make a Difference? Thinking About the Determinants of Health". Documento de Trabajo N° 8, Toronto, Canadian Institute for Advanced Research, 1990.
17. Hertzman, C. y Ward, H. "Selected Tables of Mortality in Canada, Programme in Population Health". Documento 4A. Toronto, ICRA, 1989.
18. House, J.S.; Landis, K.R. y Umbreson D. "Social Relationship in Health". Science 241:540-546 (Julio 29 de 1988).
19. Illich, I. "Némésis médical: l'expropriation de la santé". París, Seuil, 1975.
20. Lalonde, M. "Nouvelles perspectives de la santé des canadiens". Ottawa, Santé et Bien Être Social, 1974.
21. Marmot, M.G. "Social Inequalities in Mortality: The Social Environment, Class and Health". Wilkinson, R.G. (ed), London, Tavistock Publications, 1986.
22. Márquez, P. "Containing Health Costs in the Americas". Health Policy and Planning, 5(4):299-315 (1990).
23. Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Quebec. "Une réforme axée sur le citoyen". Quebec, Gouvernement du Québec, 1990.
24. Mooney, G. "Qu'est-ce que l'équité en matière de santé?". Rapport Trimestriel des Statistiques Sanitaires Mondiales, N° 40, pp. 296-303, 1987.
25. Organización Panamericana de la Salud. "Development and Strengthening of Local Health Systems in the Transformation of National Health Systems". Washington, D.C., Organización Mundial de la Salud, 1990.
26. Povorville, G. de. "Érer l'hôpital: outils et modes d'emploi" Sciences Sociales et Santé 8(2):33-65 (1990).

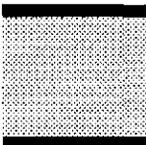
27. Pouvorville, G. de. "L'approche comparative des systèmes de santé: réglementation ou régulation". Coloquio sobre las comparaciones internacionales de las políticas y de los sistemas de seguridad social, París, MIRE y AISS, 13 al 15 de junio de 1990.
28. Rachlis, M. y Kushner, C. "Second Opinion". Toronto, Collins, 1989.
29. Reinhardt, U.E. "Resource Allocation in Health Care: The Allocation of Lifestyle to Providers". *Milbank Memorial Fund Q* 65(2):153-177 (1987).
30. Sandier, S. "Eco-santé". París, Medsi/McGraw-Hill, 1989.
31. Schieber, G.J. y Pouiller, J.P. "International Health Spending and Utilization Trends". *Health Aff* 7(3):105-112 (Otoño 1988).
32. Wilkinson, R.G. (ed.). "Class and Health". Londres, Tavistock Publications, 1986.
33. Organización Mundial de la Salud. "Chartre d'Ottawa pour la promotion de la santé. Une conférence internationale pour la promotion de la santé". 17-21 de noviembre de 1986. Ottawa, Canadá, 1987.



## **SEGUNDA PARTE**

# **EL CONCEPTO Y LA PRACTICA DE SALUD INTERNACIONAL CON REFERENCIA ESPECIALMENTE A LAS EXPERIENCIAS DE CAPACITACION**





## Reflexiones sobre Salud Internacional

Lise Gravel  
Paul-A. Lamarche

El sector sociosanitario no se ha escapado de la tendencia mundial hacia la interdependencia y la globalización de los mercados. Ciertamente, el desarrollo económico y la salud cada vez se vinculan en forma más inextricable, lo que impone a muchos gobiernos el estudio del papel del Estado como proveedor de servicios. Como resultado, se ha forjado una conciencia internacional de la necesidad de mejorar el estado de salud y de bienestar de las poblaciones, lo que se percibe como un prerrequisito para la paz y una mayor solidaridad entre las naciones. Aún más, la proliferación de nuevos medios de comunicación facilita la diseminación del conocimiento y el compartir experiencias y nos obliga a revisar el alcance de nuestros métodos de pensar y programas de formación destinados a los trabajadores de salud.

Las últimas décadas han sido testigo de cambios importantes en la mortalidad y la morbilidad junto con un aumento notable en la expectativa de vida. Han surgido nuevos problemas en los países industrializados y en desarrollo, sin embargo. La gran variedad de problemas no se perciben de la misma forma, aunque existe un interés común en mejorar la salud y el bienestar de todo el mundo.

Bajo las circunstancias, la salud internacional es, en forma incuestionable, un campo de estudio y de práctica profesional. Tres factores confirman esta observación:

1. Todos estamos sujetos a los efectos de la interdependencia y la globalización, cambios en la población, cambios geopolíticos, proliferación del intercambio y métodos de comunicación.
2. Todos enfrentamos el mismo reto, vale decir, satisfacer necesidades de salud ilimitadas sabiendo que los recursos necesarios son muy limitados.
3. Reconocemos que el conocimiento está cambiando con rapidez, por ende se alienta el compartir experiencias y el desarrollo de vastas redes de información y de intercambio.

Si bien surge la cuestión acerca del significado real de "salud internacional", en nuestra opinión se puede reflexionar ampliamente acerca de tres temas: mejorar el estado de salud de una población, determinando los medios específicos para obtener tal objetivo, y respetando la capacidad de pago de las diversas comunidades y sus rasgos culturales. La cuestión anterior impone claras limitaciones a nuestro conocimiento, pero nos permite canalizar la experiencia ganada en muchos sectores.

Teniendo en cuenta estos factores, examinemos la "salud internacional" a la luz de seis temas que reflejan muchas de las inquietudes de los

investigadores, de los responsables de la toma de decisiones de los clínicos o maestros.

### **Primer Tema: La Búsqueda de Nuevos Indicadores Relacionados con las Condiciones Sociosanitarias Corrientes**

Todos nosotros conocemos y utilizamos indicadores tradicionales de mortalidad y morbilidad para comparar el estado de salud de las poblaciones. Aún más, reconocemos que la salud y el bienestar lo determinan la biología, el sistema de atención de salud, el medio ambiente físico, económico, social y los estilos de vida. Muchos problemas de salud son atribuibles a los factores sociales.

Sería útil elaborar nuevos indicadores para delimitar mejor nuevos problemas. Tenemos, por ejemplo, la salud mental, la violencia y los problemas relacionados con la rehabilitación y la adaptación que afectan a cantidades crecientes de personas discapacitadas.

En la misma línea, un equipo de investigadores que representa a varios países y organizaciones internacionales procura armonizar el uso de un nuevo indicador, la esperanza de vida en buena salud. En nuestra perspectiva, estos nuevos indicadores son esenciales para monitorear el estado de salud de las diversas poblaciones.

### **Segundo Tema: La Reformulación de los Objetivos de Diversos Sistemas Sociosanitarios con Vistas a Superar los Problemas**

Consideramos que es difícil manejar en forma eficiente un sistema de bienestar y de salud sin definir primero, junto con una política de salud y bienestar, los objetivos que pertenecen a la reducción de los problemas de salud.

Tales objetivos tienen que establecer los resultados esperados en términos de reducir la mortalidad debida a los principales problemas de salud apuntados en forma precisa y realista. Además de estos objetivos, una política de salud tiene que estipular estrategias y los medios de ponerlas en práctica.

La elaboración de una política de salud y bienestar hace posible enfocar los problemas de salud en una forma diferente. Decimos "diferente" porque, hasta ahora, la noción de servicios ha figurado entre lo más destacado de nuestras inquietudes en una medida tal que se ha transformado en un objetivo en sí misma, obscureciendo por ende el verdadero propósito de tales servicios, vale decir, el resolver problemas sociosanitarios. Aún más, la elaboración de objetivos suministra una base sólida, racional, sobre la cual mediar entre diversas demandas de desarrollo de servicios en un momento en que los recursos son escasos.

Hemos utilizado el término "diferente" porque pensar en términos de los resultados por lograr antes que en los servicios por ofrecer, nos permite demostrar que el sistema de atención de salud no es el único factor que contribuye a resolver problemas sociosanitarios.

Fijando objetivos centrados en resultados, es posible involucrar en forma más amplia a los individuos, a las familias y a las comunidades en resolver problemas de salud.

Se ha notado una tendencia en una cantidad de países hacia la elaboración de políticas de salud y bienestar y podría servir de base de intercambios y de compartir experiencias.

### **Tercer Tema: Interrelaciones entre Desarrollo Económico y Salud**

Cantidades crecientes de estudios revelan el impacto de las crisis económicas sobre la salud. La década pasada asistió a un amplio movimiento destinado a armonizar las economías de las naciones industrializadas y a ajustar las economías de las naciones en vías de desarrollo bajo la guía de las más importantes instituciones financieras. Todos esos países han experimentado, en diversos grados, las consecuencias del cambio económico, las repercusiones que han llevado entre otras cosas, a una reducción en la intervención del Gobierno y del gasto público en los campos de salud y educación.

Bajo estas circunstancias, no puede confinarse un debate sobre la salud solamente a la organización de los servicios. También tenemos que tomar en cuenta factores que, más tarde o más temprano, alteran la salud y el bienestar y se relacionan con un aumento en o la aparición de nuevos problemas, p.ej., la desnutrición, la violencia, el abuso de drogas, la contaminación, la falta de hogar y el desempleo. Los servicios sociosanitarios por sí no pueden resolver estos problemas que requieren el forjamiento de nuevas alianzas entre profesionales para impulsar la cooperación y defender los derechos de cada grupo. De esta forma, se nos impone la elaboración de nuevos medios de intervención e iniciar alianzas con diversos grupos y comunidades.

### **Cuarto Tema: El Papel del Estado, Métodos de Financiación y Procedimientos Destinados a Descentralizar los Sistemas de Atención de Salud**

Cada país tiene su propia percepción acerca de cómo organizar los servicios sociosanitarios. Algunos países optan por un sistema universal, mientras que otros mantienen diversos sistemas.

Hemos escogido claramente un sistema de atención de salud universal, que supone una red de establecimientos interconectados que ofrecen una variedad de servicios especializados, ultraspecializados y generales, sobre la base de una

clara noción de los vínculos entre los diferentes niveles de responsabilidad y la financiación derivada en gran medida de los fondos públicos y cubriendo una amplia gama de servicios. Como resultado, el Estado tiene que comprometerse en una forma clara a desempeñar un papel rector en asegurar la salud pública.

Sin embargo, reconocemos que constituye una tarea compleja establecer tal sistema, permitirle alcanzar sus objetivos y al mismo tiempo elaborar servicios a la medida de las necesidades cambiantes de los usuarios. Hay que medirse con desafíos que intimidan. Hacerles frente a los retos significa no solamente que tenemos que tener en cuenta diferentes facetas del sistema y a aquellos que lo operan, sino que tenemos que lidiar con nuestro propio medio político y económico. Este último factor es de crucial importancia para el Gobierno y nos obliga a revisar las operaciones, la asignación de recursos, y el papel de las partes intervinientes en forma regular.

Una cantidad de equipos de investigación analizan los sistemas de atención de salud y consideramos que tal interés debe crecer en el continente americano.

La descentralización es una inquietud en una cantidad de países y se lleva a cabo de acuerdo con los atributos políticos y administrativos de cada país. La tendencia, sin embargo, refleja una inquietud única, que es la de alinear el poder de la toma de decisiones y la intervención lo más estrechamente posible. En esta dirección, la virtud más grande de la descentralización es que obtiene una mayor flexibilidad cuando se escogen los medios de satisfacer necesidades ampliamente divergentes. Al descentralizar, reconocemos la diversidad y hacemos posible la adopción de diferentes estrategias que exigen las diferentes situaciones. Aún más, la descentralización hace posible acrecentar la complementariedad y la existencia de servicios.

### **Quinto Tema: El Compromiso de las Personas con la Organización de los Servicios de Salud y el Mejoramiento de su Salud**

Hemos notado anteriormente que el conocimiento evoluciona con rapidez. También debe destacarse que no es una prerrogativa de los especialistas. Cada vez más gente se interesa por la evolución de ciertos problemas de salud, procura participar en grupos comunitarios y cuestiona la administración del sistema de atención de salud.

Tenemos que hallar formas de hacer participar en mayor medida a las personas en el proceso de toma de decisiones en lo que se refiere a su salud. Si bien los medios adoptados variarán de país a país, estamos convencidos en que solamente se puede lograr una participación amplia por medio de la democratización del conocimiento y la descentralización entendida ésta como el acercamiento entre la toma de decisiones y la acción. Tenemos que tener en cuenta que la persona siempre va a ser el punto focal de nuestras iniciativas y que

las personas le confieren legitimidad a nuestras iniciativas y a nuestro conocimiento.

Podemos prever la participación de las personas como un tema de discusión, definiéndolo en relación con nuestras respectivas sociedades, la importancia que le adjudicamos, el compartir el conocimiento y el lugar que se les otorga a los no profesionales, grupos comunitarios, medicina tradicional y nuevas terapias.

De esta forma, tendremos que aceptar los cambios concomitantes en nuestras prácticas profesionales.

### **Sexto Tema: La Investigación y el Desarrollo Tecnológico y su Influencia sobre la Asignación de los Recursos Financieros**

Ya sea que se trate de investigación básica, clínica, epidemiológica, evaluativa u organizacional, la investigación sirve de base a la planificación, a la administración y a la evaluación de programas y servicios sociosanitarios y suministra el apoyo esencial en lo relacionado con la práctica profesional. También asegura que el público tenga acceso a servicios mejor adaptados, más eficientes. Aún más, consideramos que es esencial que los resultados de la investigación se difundan ampliamente.

Y no obstante, la investigación sufre a menudo de falta de financiamiento; los gobiernos por sí no pueden suministrar los fondos necesarios. Más aún, el desarrollo tecnológico y el uso creciente de la tecnología nos fuerzan a llegar a decisiones difíciles y establecer procesos de selección y aplicación de tales tecnologías. ¿Cómo podemos reconciliar las consideraciones humanas y las nociones de costo y eficiencia? ¿Que información precisamos para adoptar decisiones bien fundadas y explicárselas a los administradores, a los trabajadores de atención de salud y al público en general? ¿Cómo podemos predecir el costo de introducir velozmente tecnologías cada vez más complejas? Estos interrogantes debieran servirnos de estímulo para combinar nuestros empeños y encontrar formas de profundizar la colaboración entre los equipos de investigación del continente.

Una forma valiosa es promover la cooperación técnica que, cuando respeta las afinidades culturales, hace posible acrecentar la solidaridad entre los pueblos, compartir experiencias y revisar los modelos de desarrollo centrados durante demasiado tiempo en la noción de asistencia. Consideramos que los proyectos de cooperación técnica orientados a organizar programas y servicios sociosanitarios debieran efectuarse utilizando un enfoque multisectorial que, sin ser exhaustivo, procure reflejar las necesidades y las capacidades de las comunidades en donde los proyectos se están llevando a cabo.

Sobre la base de varios temas relacionados con la "salud internacional: un campo de estudio y de práctica profesional", hemos trazado un marco de

referencia para la discusión que tenga aplicación no solamente a los servicios públicos sino a la formación de trabajadores de atención de salud y a la difusión de información al público. Si bien el significado último del concepto amerita mayor reflexión, consideramos que no puede obviarse la discusión. Las condiciones actuales nos imponen el análisis del asunto.

Discutir salud internacional significa reconocer que salud se extiende en buena medida más allá de la organización de servicios sociosanitarios. Implica cuestionar la eficiencia de los servicios médicos y, como resultado, volver a pensar las bases mismas de la medicina. También significa revisar el sentido y la utilidad de nuestras iniciativas, desde el nivel nacional hasta el local. Implica tomar conciencia de la importancia de los estudios multidisciplinarios que se concentran en buena medida en conceptos de trabajo a menudo diferentes de los nuestros. Finalmente, implica reconocer el papel importante que desempeñan las mujeres en mejorar la salud familiar y en el suministro de atención de salud.

Discutir salud internacional también significa comparar nuestras políticas, nuestros programas e infraestructuras y acordar en ponerlos en tela de juicio para tener en cuenta la complejidad de nuestras sociedades y sacar ventaja de las numerosas contribuciones que pueden realizar las ciencias sociales. Implica reforzar un sesgo orientado hacia la comunidad en nuestras iniciativas, promoviendo el acceso universal al conocimiento, asegurando que aquellos a los que formamos reciben un conocimiento básico sólido y revisando los métodos de aprendizaje y de difusión del conocimiento. También implica reconocer que el conocimiento es democratizador en sí y que no solamente se colocan a nuestras decisiones en la picota sino también a la forma en que compartimos el conocimiento. Las personas exigen más y más para participar en la toma de decisiones con respecto a la elección del tratamiento, la administración de los establecimientos y demás.

Discutir salud internacional también significa aprender, como diría Jacques Attali, la administración de la globalización de problemas, lo que requiere una nueva cultura, una nueva percepción política y, por cierto, nuevas instituciones. Abarca la búsqueda de soluciones a problemas cruciales tales como las inadecuadas redes de distribución, la inequidad social, la administración de la deuda externa, la protección del medio ambiente, la lucha contra las epidemias y lo demás. Implica influenciar el poder: esta influencia puede canalizarse concentrándose íntegramente en los diferentes niveles de vida política y social dentro de los diversos grupos y de nuestros países, expresando nuestras opiniones y difundiendo y popularizando el conocimiento.

Finalmente, discutir salud internacional significa aceptar nuestras diferencias y limitaciones; comprender el callejón sin salida al cual nos han llevado los modelos de desarrollo actuales, en los que se ha mostrado escaso interés por el impacto del desarrollo sobre los seres humanos; cuestionar nuestras iniciativas y adquirir la capacidad de pensar, ver y actuar dentro de una

perspectiva de mediano y largo plazo, y de adaptar nuestras prácticas a la introducción de dispositivos novedosos que estimularán la mayor autonomía de las personas y la acentuación de sus diferencias.

Así como las computadoras han hecho accesibles los programas educativos de promoción de la salud y de desarrollo, estos dispositivos novedosos, cuya distribución estará ligada a las condiciones socioeconómicas, ampliará la noción de autodiagnóstico. Las pruebas de embarazo y el análisis del aliento están actualmente muy difundidos. Se introducirán otras pruebas de medición rápida, las que estarán a disposición inmediata de los consumidores, una vez obtenido un formato conveniente.

Por ende, las personas estarán cada vez menos excluidas del acto de cuidar y de enseñar. Más aún, cada vez estarán más sujetos a las normas de conducta tales como "estar en buen estado físico" y a "estar informados". Llevarán consigo su identidad completa. Una tarjeta "inteligente" les permitirá a los consumidores almacenar una amplia gama de información confidencial que, además de ser accesible en forma más ágil, democratizará el conocimiento y legitimizará la autonomía individual. El papel de los profesionales en salud se alterará en forma significativa; tendrán que escuchar mucho más de lo que lo hacen actualmente.

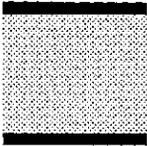
Esta revolución electrónica ya está difundida y está permeando todas las esferas de actividades. Ha hecho necesario organizar el desarrollo en el uso de las facultades humanas. Este es el reto que tenemos que enfrentar: captar, procesar y difundir información requiere numerosos hombres y mujeres bien formados, creando por ende la necesidad de nuevos intercambios, comunicación y conocimiento. Nos impulsa a colocar a los seres humanos en el primer plano de nuestros intereses.

La revolución también nos obliga a revisar el papel y las responsabilidades del Estado, del sector privado, de las ONG, y de todos y cada uno de nosotros para alentar la complementariedad, encontrar nuevas formas de desarrollo y estimular los intercambios de información y de recursos humanos.

Las reflexiones anteriores se agrupan alrededor del tema: "salud internacional: un campo de estudio y de práctica profesional".

No podemos enfatizar demasiado la importancia de promover intercambios entre profesionales, instituciones y gobiernos y de alentar la discusión que clarificará el concepto de salud internacional.





## La Salud Internacional en las Escuelas de Salud Pública en los Estados Unidos

Charles Godue

En los Estados Unidos es donde el concepto de salud internacional ha alcanzado su mayor auge. La designación de "salud internacional" surge y se afirma cada vez más luego de la creación, en 1913, de la Comisión de Salud Internacional (International Health Commission) dentro de la Fundación Rockefeller, que también se constituyera en ese momento. La Comisión sustituía a la Comisión Sanitaria Rockefeller, fundada en 1909 para luchar contra la anquilostomiasis. Su tarea inicial consistía en ampliar a otros países y a otras poblaciones la experiencia adquirida por la Comisión Sanitaria en el Sur de los Estados Unidos<sup>1</sup>.

Con vistas a obtener un mejor respaldo a sus intervenciones masivas en salud pública desplegadas en el extranjero, la Comisión desempeñó un papel protagónico en la apertura, en 1917, de la primera escuela de salud pública de los Estados Unidos en la Universidad Johns Hopkins. A la Escuela se le asignó desde el comienzo una misión internacional, ya que debía formar al personal técnico que trabajaría para la Comisión y realizar actividades de investigación. No obstante, ningún contenido específico estaba relacionado con la salud internacional; de hecho, será apenas en 1960 en que surgirá la división de salud internacional en el seno de la Escuela<sup>2</sup>.

Las actividades sanitarias internacionales se multiplicaron en forma considerable desde principios de siglo, lo que trajo consigo un número siempre creciente de actores y de organizaciones, todos ellos muy diversificados por su naturaleza y sus intereses. Sin embargo, la salud internacional solo se destaca como campo de estudio y de formación desde hace unos treinta años. El sendero que han recorrido muchas instituciones estadounidenses de enseñanza es bastante similar a este respecto: lo que a principios de siglo era una escuela de enfermedades tropicales o su equivalente se convierte en una escuela o departamento de salud pública; este último se interesará por la salud internacional y por su enseñanza a partir de los años sesenta.

Esta evolución constituye el origen de la hipótesis de las patologías residuales según la cual la creación reciente de las divisiones o de las unidades de salud internacional en el seno de las Escuelas de Salud Pública se explica por la necesidad de reagrupar dentro de una institución a los expertos en las así llamadas enfermedades tropicales, endémicas en los Estados Unidos a comienzos de siglo pero que se tornaron cada vez más anacrónicas con la evolución del contexto epidemiológico nacional. El carácter internacional no se refiere exclusivamente a la naturaleza de las actividades realizadas allende las fronteras, como era el caso de la Fundación Rockefeller, sino que designa así mismo un

tipo de patologías susceptibles de desaparecer bajo el peso conjunto de la industrialización y del desarrollo, o, en pocas palabras, de la modernización. El examen de la historia de estas unidades convence rápidamente de la debilidad de la hipótesis.

De cualquier manera, ciertos profesionales plantean el interrogante y cuestionan a la salud internacional como campo de formación y de investigación en razón de la confusión del objeto de estudio, de la ausencia de delimitación del campo y de su incoherencia teórica. La bibliografía sanitaria y médica corrobora en forma indirecta estas afirmaciones debido a la virtual ausencia de discusiones acerca de la naturaleza de la salud internacional, de sus elementos de definición, de las disciplinas que la sostienen, de sus temáticas esenciales y de su capacidad de explicación. Hay solamente una obra, que sabemos, que trata este asunto en forma específica<sup>3</sup>. Para muchas personas, la salud internacional representa un conjunto de iniciativas y de prácticas sanitarias que ponen en relación a los trabajadores de salud de diversas nacionalidades pero que, por lo demás, constituye una cáscara vacía de contenido, de un saber o de un método específico.

Antes de analizar cómo abordan y conciben la salud internacional las escuelas de salud pública de los Estados Unidos, sería útil extraer de la bibliografía las principales acepciones del término. Este ejercicio suministrará un telón de fondo que permitirá percibir a qué acepción se acogen las escuelas de salud pública.

### **Principales Acepciones del Término Salud Internacional**

La sociedad internacional existe solamente desde hace tres siglos, y desde entonces subsistió en medio de las convulsiones de su alumbramiento, para alcanzar el estadio de su universalidad hace apenas unos años. Nos encontramos solamente en los albores de la sociedad internacional universal y multidimensional<sup>4</sup>.

Hablar de salud internacional es hablar de sociedad internacional. Las comprensiones de la salud internacional varían según los autores y según su posición en los medios nacionales o internacionales; pero ellas se inspiran en forma implícita en los principales paradigmas sobre la naturaleza de la sociedad internacional y en las relaciones que las naciones establecen entre ellas.

El concepto predominante de la salud internacional designa el conjunto de las interacciones sanitarias que ocurren a escala global, con las dimensiones de toda la humanidad entera. El respaldo a la propuesta se encuentra en el carácter interdependiente de los estados de salud de los individuos y de las poblaciones, en virtud de la movilidad de los riesgos para la salud y de las personas<sup>5</sup>. Esta interacción de los estados sanitarios justifica un análisis del

conjunto de los factores capaces de afectar la salud de los pueblos, incluyendo las intervenciones protectoras<sup>6</sup>. Para algunos, la salud internacional hace referencia principalmente a los problemas de salud más frecuentes a nivel mundial, es decir la superpoblación, la desnutrición y las enfermedades infecciosas<sup>7</sup>. Pero en forma más general, el estudio de la salud internacional tiene que ver con elementos tales como las condiciones de salud de la población y de los factores que las determinan, la internacionalización de los hechos sanitarios y los fenómenos de transición epidemiológica; el análisis comparativo de las políticas y de los sistemas de salud; la importancia de los elementos culturales en relación con los hábitos de vida y con la utilización de los servicios.

El carácter general y exhaustivo de esta propuesta limita en cierta medida el interés. La salud internacional adquiere un contorno más preciso, una dimensión más pragmática cuando se fija espacios geográficos de referencia; y ella equivale entonces a las actividades sanitarias entre dos o más países<sup>8</sup>. La noción de país es aquí más amplia que la de gobierno o aun que la de Estado-Nación. La división se hace según los límites territoriales que coinciden con los Estados; pero los actores políticos que los establecen y que defienden las fronteras son secundarios. Los actores privilegiados son principalmente los trabajadores de la salud y las organizaciones sanitarias. Es así que las nociones de salud internacional y de colaboración internacional en salud suelen coincidir, dado que esta última reúne en derredor de un proyecto a participantes en actividades sanitarias de dos o más países<sup>9</sup>.

La división más frecuente ya no es de orden geográfico sino socioeconómico, y corresponde a la realidad del subdesarrollo. La salud internacional se asocia entonces con los problemas sanitarios de los países en vías de desarrollo<sup>10</sup>. Esta propuesta se enraiza en valores humanitarios que afirman el derecho universal a la salud; ellos originan las múltiples formas de solidaridad que se expresan en las prácticas de cooperación internacional destinadas a mejorar el estado de salud de las poblaciones desamparadas de los países de menos recursos<sup>11</sup>. Dentro de este contexto, la salud internacional en algunas ocasiones tendrá el aspecto de una cruzada espiritual o moral<sup>12</sup>. Las ciencias sociales, y en particular la antropología, van a tener una repercusión importante sobre la naturaleza y las formas que adoptará la ayuda sanitaria internacional<sup>13</sup>. Estas favorecerán una mejor comprensión de las dinámicas de las comunidades locales así como de los factores políticos, económicos e ideológicos capaces de influir en el éxito o el fracaso de un proyecto<sup>14</sup>. Se reconoce el modelo sociocultural de la cooperación, que insiste sobre la importancia de adaptar las tecnologías sanitarias a las realidades y a las culturas locales<sup>15</sup>.

Ese concepto predominante de la salud internacional, con sus numerosas variantes, se inspira en el paradigma de la sociedad internacional como comunidad universal. Los hombres y las mujeres son los sujetos principales de esta sociedad; los Estados desempeñan su papel y desarrollan sus actividades,

pero en igualdad de condiciones con los individuos, los grupos, las organizaciones porque la existencia del hombre es anterior al Estado y conserva sus derechos y prerrogativas fundamentales. La sociedad internacional en realidad es transnacional, se le resta importancia a las fronteras y se afirman los derechos del hombre<sup>16</sup>.

El concepto presenta, sin embargo, una contradicción importante. Si bien la propuesta de partida hace hincapié en el carácter interactivo e interdependiente de los estados de salud y de sus determinantes a nivel mundial, la interpretación más restringida que asocia la salud internacional con los problemas sanitarios de los países en desarrollo limita en buena medida esta interacción a la relación de asistencia y a los conocimientos necesarios para su realización. Visto desde este ángulo, la salud internacional, más que favorecer una visión global, divide a los socios y a los procesos entre sociedades "modernas" y sociedades "tradicionales", lo cual desde la perspectiva de estas últimas, no tiene ningún sentido. Lo internacional equivale a lo extranacional, aquello que está allende las fronteras, desde una visión unidireccional, de los países del centro hacia los de la periferia.

Otro concepto de salud internacional, que ciertamente se encuentra con menor frecuencia, asocia la salud internacional con las actividades sanitarias que resultan de los acuerdos entre dos o más Estados, para la búsqueda de un beneficio mutuo<sup>17</sup>. La noción de Estado se utiliza en su sentido estricto, vale decir, los aparatos gubernamentales. Estos Estados pueden, con toda libertad, suscribir acuerdos, ser miembros y participar en los organismos internacionales o intergubernamentales. El estudio de la salud internacional se interesa por el proceso de elaboración, por el objeto y por poner en vigencia esos acuerdos: el código sanitario internacional, las instituciones sanitarias internacionales y sus diferentes programas y actividades; las políticas y estrategias sanitarias internacionales, en particular el objetivo de la salud para todos en el año 2000 y la estrategia de atención primaria en salud; la salud de los viajeros y otros elementos que surgen de las relaciones multilaterales. También incluye los acuerdos de tipo bilateral, tales como las medidas de control sanitario en las fronteras y la cooperación sanitaria llevada a cabo o financiada por organismos gubernamentales.

Esta propuesta se puede conciliar con la visión de la sociedad internacional constituida por la coexistencia de Estados independientes y soberanos, que son aquí los actores principales, si es que no son los actores exclusivos. Se le otorga la primacía a la defensa del interés nacional, que se expresa por medio de estrategias de cooperación, de acomodamiento o de enfrentamiento. Una característica importante de esta teoría consiste en el reconocimiento de la especificidad íntegra de la sociedad internacional en relación con la sociedad política interna. La primera se fundamenta en la coexistencia de entidades independientes mientras que la segunda está integrada y jerarquizada.

En la bibliografía revisada, parece que la relación entre los acuerdos sanitarios suscriptos entre dos o más naciones y la política exterior de esas naciones despierta un interés limitado. Lo que es más, pocos autores cuestionan la existencia de vínculos entre las dos acepciones mencionadas anteriormente; en otras palabras, aquellos que se identifican como actores de la salud internacional, entendida como cooperación con los países en desarrollo, actúan como si su actividad fuese independiente del interés de las naciones o de la política exterior de su propio gobierno, o en ciertos casos, ejerciera un efecto de contrapeso a esta última. Cuando se evoca la posibilidad de una relación entre la política extranjera y la salud internacional, es para destacar su inexistencia y hacer la promoción. Se reivindica, entonces, la legitimidad de la salud internacional como instrumento de política exterior<sup>18</sup>.

Una tercera acepción de la salud internacional considera el desarrollo de un sistema mundial como resultado de la expansión del modo de producción capitalista como elemento central de análisis, el más adecuado para explicar las transformaciones de los estados de salud de las poblaciones y de los sistemas de salud. Tal sistema mundial estructura y jerarquiza las relaciones, no solamente de las naciones entre ellas, sino igualmente de los diferentes grupos sociales en el interior de cada una de ellas. Ese sistema opera una división internacional del trabajo y una estructuración de la producción entre las naciones del centro, las intermedias y las de la periferia; su dinámica obedece a la búsqueda de la acumulación creciente de capital y a la formación de monopolios. Los objetos de estudio en lo referente a su repercusión sobre la salud son numerosos: la desnutrición de origen comercial, vinculada con el desarrollo de monocultivos de exportaciones o con la substitución de la lactancia materna por la leche en polvo; la expansión de las empresas farmacéuticas, la transferencia de sustancias peligrosas, de tecnologías, de procesos de trabajo y de hábitos de vida de alto riesgo, las campañas de control de la natalidad, para nombrar solamente algunas. A los efectos directos sobre la salud de las poblaciones, hace falta agregar los efectos sobre la configuración de los sistemas de atención, en particular sobre la exportación del modelo biomédico por intermedio del complejo médico industrial<sup>19</sup>. La propuesta afirma que la salud en el seno de una sociedad dada está por encima de todo y antes que nada determinada por la forma en que se distribuyen los recursos allí, y por esa razón ella misma es tributaria de los perfiles de acumulación a escala mundial<sup>20</sup>.

Este enfoque de la salud internacional hace referencia a una comprensión de la sociedad internacional sobre la base del desarrollo de un sistema nacional/mundial jerarquizado. La lógica capitalista, que es portadora de una necesidad de reproducción extendida no puede permanecer encerrada dentro de las fronteras de un Estado/Nación: a través de las relaciones internacionales y de las dinámicas multinacionales, ha contribuido a la creación de espacios nacionales integrados a nivel mundial y a una mundialización de la economía (así

como los factores ideológicos, culturales e institucionales que ella implica). Cada actividad económica, cual quiera que sea el sistema económico que la caracteriza y su nivel de inserción (local, regional, nacional) en la reproducción de una formación social, sufre cada vez más influencia del capitalismo, que se despliega a escala mundial. Se asiste a un proceso de unificación del espacio.

## **Las Escuelas de Salud Pública en los Estados Unidos**

En el transcurso de los últimos años, la salud internacional ve acrecentar su importancia en los Estados Unidos, no solamente en términos de actividades y de intercambio, sino igualmente como campo de estudio y de investigación. Las escuelas de salud pública asumen un papel de liderazgo en la coordinación de los proyectos universitarios de salud internacional y en la promoción de esta última como campo de formación. Estos programas de formación son relativamente recientes, los primeros datan del comienzo de los años sesenta y se distinguen de la enseñanza más tradicional de la medicina tropical. El interés, además, se ha extendido rápidamente a la formación médica de pregrado y a la especialización en medicina familiar.

La importancia del fenómeno se pone de manifiesto al examinar el puesto que ocupa la salud internacional en la estructura interna de las escuelas de salud pública. Entre las 24 escuelas de salud pública acreditadas por el Consejo de Educación en Salud Pública (Council of Education for Public Health), la salud internacional ocupa el rango de división principal entre cinco de ellas, al mismo nivel de la epidemiología, la salud materno-infantil o la administración de salud<sup>21</sup>. Es interesante poner de relieve la frecuente asociación, en el nombre de la división, entre la salud internacional y el control del crecimiento demográfico (population planning). Otras cinco instituciones disponen de una subdivisión de salud internacional, que equivale a un campo de especialización dentro de una división más grande. Salud internacional está generalmente contenida en una división de salud de las familias o de las poblaciones, o aún de la salud comunitaria, por ende se trata de unidades con una referencia a la población. En fin, otras tres instituciones están dotadas de una unidad (con el nombre de "Program" u "Office") de Salud Internacional, que reagrupa a los profesores interesados y cuya función principal consiste en coordinar el conjunto de actividades y de proyectos en ese terreno, que se trate de la enseñanza o de la cooperación con el extranjero. Estas unidades generalmente son responsables de la búsqueda de financiación al exterior. Las otras universidades no presentan estructura formal de salud internacional. Sin embargo, todas las Escuelas ofrecen uno o más cursos considerados como de importancia para la salud internacional. Es igualmente interesante hacer notar que una Escuela es un Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud y que dos ofrecen un programa conjunto con el Cuerpo de Paz (Peace Corps Fellow Program). Los documentos

consultados no brindan información sobre la contribución de las actividades de salud internacional a la obtención de financiamiento extrapresupuestario; bien parece que, en ciertos casos, esas sumas son considerables y representan un factor de desarrollo importante para la Institución<sup>22</sup>.

Los discursos formales de las escuelas de salud pública coinciden en buena medida en su concepción de la salud internacional. Esta se refiere en forma explícita a los problemas de salud de los países en vías de desarrollo y se inspira en la misma corriente humanista, de carácter universal y en ocasiones de inspiración religiosa. El fenómeno del subdesarrollo lleva implícitos múltiples obstáculos para lograr un estado de salud satisfactorio y la organización de servicios de salud eficaces. La pobreza asociada al subdesarrollo determina perfiles particulares de morbilidad y de mortalidad, dominados por las enfermedades infecciosas y carenciales, que a su vez se ven agravadas por un crecimiento demográfico desmesurado; los obstáculos para la salud son de orden sociocultural, ambiental y económico y se expresan, entre otras cosas, por serias deficiencias en las condiciones de higiene y de salubridad y en los niveles de educación, y por las complejidades administrativas asociadas frecuentemente con los países en desarrollo. El objeto de estudio de la salud internacional se clarifica con la utilización de contrastes o de oposiciones, que adoptan un cariz dicotómico: países industrializados/países no industrializados, regiones urbanas/regiones rurales, poblaciones ricas/poblaciones afligidas por la pobreza, enfermedades crónicas/enfermedades infecciosas y parasitarias. La salud internacional corresponde en alguna medida a una salud pública para las poblaciones pobres y desposeídas, a la adaptación de las técnicas, de los métodos y de las capacidades de la salud pública con miras a funcionar en contextos adversos donde las resistencias y las dificultades son elevadas.

Las motivaciones y los valores subyacentes al desarrollo de la salud internacional convergen en gran medida alrededor de un sentimiento de responsabilidad en lo que atañe a la reducción de las disparidades socioeconómicas observadas en el mundo actual, en la búsqueda de la equidad y de la justicia social. Estas disparidades no solamente existen entre las naciones sino en el interior de ellas mismas. Esta realidad explica por qué las comunidades pobres y mal atendidas dentro de los Estados Unidos, frecuentemente se encuentran incluidas o comprendidas en la salud internacional, dado que requieren de la misma preparación teórica para la resolución de los problemas de salud pública que las poblaciones del Tercer Mundo.

Se trata, por lo tanto, de una motivación adicional para el desarrollo de la salud internacional: el profesional formado dentro de ese ámbito tendrá una aptitud particular para trabajar con las minorías nacionales. En el mismo sentido y por extensión, la formación en salud internacional y la experiencia de trabajo en el Tercer Mundo se consideran como estrategias pertinentes de promoción de los sistemas de atención primaria de salud a nivel nacional, vale decir en el

interior de los Estados Unidos, y para el desarrollo de los servicios orientados hacia la comunidad dentro de una perspectiva de participación y de accesibilidad. En fin, no cabe duda de que se menciona la contribución de la salud internacional a la protección de la salud del país. Sin embargo, esta motivación es de importancia secundaria.

Esta concepción de la salud internacional está estrechamente vinculada, es decir que puede superponerse a la noción de ayuda, de asistencia o de cooperación internacional en salud, todas ellas variantes terminológicas según las épocas. El universo de los conocimientos y de las capacidades que otorga la formación en salud internacional está, en una cierta medida, delimitado por las exigencias vinculadas con la realización de proyectos y programas en un medio subdesarrollado. Ciertas instituciones otorgan mayor importancia, por ejemplo, a la comunicación transcultural y a la adaptación de las técnicas de intervención a las dinámicas y a las realidades locales, a fin de aumentar las probabilidades de éxito.

Si bien se reconoce que un examen más detallado de los cursos y de los programas que se ofrecen revelaría una diversidad más grande de enfoques y de análisis, no por eso deja de ser menos real la convergencia de los discursos escritos y conlleva una buena cantidad de interrogantes.

### **Cooperación Internacional, Salud Internacional y Salud Global**

El primer concepto o significado de la salud internacional que hemos presentado brevemente al comienzo del artículo, que, si hacemos memoria, se refiere a la salud como fenómeno transnacional, predomina completamente en los discursos formales de las escuelas de salud pública pero en su acepción más estrecha, la de los países en vías de desarrollo. No se hace ninguna referencia a la salud internacional en tanto que dimensión de las relaciones interestatales o a la manifestación de un sistema mundial jerarquizado y no se plantea ninguna pregunta acerca del carácter parcial de la delimitación del objeto de estudio. Este último se define por una división particular de la población del globo en función de los niveles alcanzados de desarrollo o de modernización y se encuentra asimilado a la noción de cooperación internacional.

La salud internacional es así estrechamente asociada con las nociones de ayuda y de subdesarrollo, y con una escisión sociocéntrica entre "nosotros" (los desarrollados) y los "otros" (subdesarrollados). Vista desde la perspectiva de estos, la salud internacional pierde su objeto de estudio. Este carácter disociativo se encuentra reforzado por la inclusión de los grupos nacionales carentes de recursos. Hay que reconocer el valor táctico de esta inclusión, que procura dar una pertinencia nacional a la salud internacional. Igualmente, se puede simpatizar con la utilización de la salud internacional como estrategia de transformación de la organización de los servicios de salud en los Estados Unidos. Esta inclusión,

que debemos reconocer como de importancia secundaria, es empero de eficacia dudosa y contribuye a la confusión del concepto.

Es necesario reconocer la naturaleza operacional de esta definición. Las estructuras de formación y de actividad en salud internacional aparecen en las escuelas de salud pública por la solicitud y gracias al financiamiento de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (AID), a la búsqueda de entidades operacionales para el despliegue de programas sanitarios en los países en vías de desarrollo. El objeto de estudio se define así, en forma operacional, sobre la base de los intereses y de las estrategias geopolíticas a inicios de los años 60. La asistencia externa es un instrumento de la política exterior; su crecimiento rápido coincide, es preciso recordar, con los procesos de descolonización y de independencia principalmente en el Africa, con la escalada de los movimientos revolucionarios y de las guerras de liberación en casi todos los países del Tercer Mundo, dentro de un contexto de intensificación de la guerra fría y de la rivalidad entre las superpotencias.

Si fueron los imperativos económicos ligados a la expansión del comercio mundial los que favorecieron la aparición, la difusión y la institucionalización del concepto de salud internacional a comienzos de siglo, por intermedio de una fundación con capital privado<sup>23</sup>, más que nada fueron los intereses geopolíticos los que determinan el ritmo a partir de 1960, por iniciativa de la Agencia de Desarrollo Internacional, de capital público. Esos dos momentos de aceleración de la salud internacional se apoyaron en modelos diferentes, el primero centrado en la confianza en la ciencia y en la tecnología como fuerza motriz de la modernización y del desarrollo, el segundo asignando una importancia mayor a las características y a las dinámicas sociosanitarias locales, dado que de esos factores dependen en buena medida las modalidades de transferencia y las posibilidades de éxito de las nuevas tecnologías.

Si la interpretación según la cual la salud internacional representa, en el seno de las escuelas de salud pública, la expresión operativa de un aspecto de la política exterior fuese acertada, ello tendría graves consecuencias sobre la evolución del concepto y de sus actividades en los años por venir, con motivo de la revisión completa de los supuestos básicos de política exterior como resultado del derrumbamiento del comunismo en los países de Europa Oriental. Los debates de antaño sobre la teoría de la dependencia, las inquietudes en derredor de los proyectos de independencia nacional y del desarrollo y la lucha contra el comunismo, cedieron su lugar a la retórica relacionada con los conceptos de interdependencia, de integración económica, sobre la globalización de los mercados y la liberalización del intercambio. Esas orientaciones se manifiestan, entre otras, por una reducción de la asistencia oficial al desarrollo y la asignación de sumas considerables de dinero a los países del Este para facilitar su integración a la economía de mercado.

Con respecto al objeto de estudio, el debate ya se ha entablado: se propone el paso de un enfoque disociativo y sociocéntrico a una propuesta autocentrada. La propuesta de interdependencia, basada en los argumentos de vulnerabilidad compartida y de lo mutuo de los intereses, centra el debate sobre los problemas globales, reflejo de una tensión creciente frente a las repercusiones en los Estados Unidos de estos problemas en juego en el plano internacional<sup>24</sup>. Las principales preocupaciones son el deterioro del medio ambiente (recalentamiento del planeta, agotamiento de la capa de ozono, etc.), las grandes pandemias, en primer lugar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y los movimientos migratorios. El término "salud global" se utiliza para servir de eco a esas nuevas tendencias y marcar una ruptura con la acepción anterior.

Resulta interesante que esas nuevas corrientes de pensamiento alrededor de la noción de interdependencia procuran desarrollarse en forma integrada con la formulación de una política exterior apropiada para el período postguerra fría. La política de seguridad nacional de los Estados Unidos en la década del 60, que se apoyaba en los imperativos geopolíticos y militares, tenía por meta principal la erradicación del comunismo. Los acontecimientos de los últimos años parecieran allanar el camino para una ampliación de la noción de seguridad, que incluya entre otras, las consideraciones de salud pública<sup>25</sup>.

Si algunos reivindican la legitimidad de utilizar la salud internacional como instrumento de política exterior, nuestra reflexión nos conduce al raciocinio opuesto: ¿existe una teoría de salud internacional que disponga de una cierta autonomía en relación con los intereses de la política exterior? Un esfuerzo colaborativo de producción de una teoría de la salud internacional, dotada de una capacidad explicativa y válida en otros contextos nacionales e internacionales nos parece urgente en este sentido. La revisión actual de la política exterior de los Estados Unidos ofrece una oportunidad ideal para la redefinición del objeto y del campo de la salud internacional.

Las universidades y particularmente las escuelas de salud pública, tienen una responsabilidad primordial en este terreno. Lo relativamente reciente de la conformación de un plan de estudios en relaciones internacionales representa una experiencia de enseñanza potencialmente fructífera. La respuesta a una teoría más avanzada de la salud internacional tiene que ver, quizás, con su asociación más estrecha con las relaciones internacionales. No existe especificidad ni teoría de la salud internacional independientemente del conocimiento y del análisis de la naturaleza y de la historia de la sociedad internacional.

## Referencias

1. Acerca del origen de la Comisión de Salud Internacional, ver John Ettling, "The Germ of Laziness: Rockefeller Philanthropy and Public Health in the New South". (Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1981), en particular el capítulo 8 "Henceforth Thy Field is the World". En lo que concierne a la expansión de las actividades de la Fundación al nivel internacional y su articulación a la enseñanza de la salud pública en los Estados Unidos, ver Brown, E.R., "Public Health in Imperialism: Early Rockefeller Programs at Home and Abroad". *Am J Pub Health* 66(9):897-903 (1976).
2. Para una discusión estimulante de la creación de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, ver Elizabeth Fee, "Disease and Discovery: A History of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health: 1916-1939", The Johns Hopkins University Press, Baltimore, Maryland, 1987.
3. Basch, P. "International Health". Oxford University Press, New York, 1978.
4. Huntziger, J. "Introduction aux relations internationales". Editions du Seuil, 1987, pp. 73-74.
5. John Last es el que sintetiza mejor este pensamiento, al escribir, "La salud internacional se refiere al carácter interrelacionado e intervinculado de la salud de la gente de todo el mundo y a los esfuerzos para mejorar la salud de todas las personas en todos los países". En: J.M. Last (ed.), *Maxcy-Rosenau Textbook of Public Health and Preventive Medicine*, 12th. Ed., New York, Appleton-Century-Crofts, 1986, p. 1793.
6. Esta es la elección que hace el libro de Basch, "La comparación sistemática de los factores que afectan el bienestar de los pueblos del mundo, y de las medidas que pueden adoptarse para su mejora". *Op. cit.*, p. v.
7. Seah, S.K.K. "Canada and International Health". *Can Med Assoc J* 115:377-78 (1976).
8. Last mismo arriesga cierta definición en una oportunidad posterior: "Por consiguiente, una comprensión mejor del término salud internacional incluiría actividades entre dos o más países para detectar o contraatacar

problemas de enfermedades y para mejorar la salud", op.cit. p. 1794. Ver también Baker T.; Weisman, C. y Piwoz, E. "United States Health Professionals in International Health Work". *Am J Pub Health* 74(5):438-41 (1984).

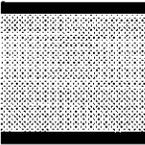
9. Un ejemplo de ello es la edición de JAMA consagrada a la salud internacional y en particular el editorial de Philip Schambra titulado "Seeking New Dimensions in International Health Research". El autor asocia allí la investigación en salud internacional con la colaboración internacional en los proyectos de investigación relacionados con temas tan diversos como la genética humana, y la hepatitis no-A no-B. Ver JAMA, 263(24):3325-6 (1990). Otro ejemplo proviene del número del *American Journal of Public Health* dedicado a la salud internacional. La salud internacional se refiere al hecho de que los artículos hayan sido firmados por autores extranjeros y que las investigaciones se hayan llevado a cabo en sus respectivos países. Ver *Am J Pub Health* 81(1) (1991).
10. Será la última propuesta de Last lo que va a determinar el contenido de su capítulo: "Una definición más limitada de salud internacional, tal como la que se utiliza en este capítulo, se refiere específicamente a los problemas de salud de los países en desarrollo. En este capítulo, vamos a definir salud internacional como la rama de la salud pública que se relaciona con los problemas de salud de los países en desarrollo actuales y proyectados, antes que con las condiciones generales que existen en todo el mundo. Tal como quedará demostrado, sin embargo, los problemas de salud del mundo en desarrollo pueden afectarnos a nosotros todos dondequiera que vivamos en este mundo". Op. cit., p. 1374. Se trata visiblemente de la parte tomada por el número de "Infectious Diseases of North America" dedicado a la salud internacional, con el Dr. Anvar Velji como editor invitado. Ver *Infec Dis Clin North Am* 5(2) (1991).
11. En su volumen consagrado a la cooperación internacional en salud, Reich y Marui escriben: "Las brechas de salud entre los países ricos y los pobres persisten junto con los abismos que separan los así llamados mundo desarrollado y mundo en vías de desarrollo. El objetivo principal de la cooperación internacional en salud es el de colmar estas brechas mediante esfuerzos que van más allá de las fronteras nacionales". Ver Reich, M.R., Marui, E. Resumen e Introducción. En: "International Cooperation for Health: Problems, Prospects and Priorities". Dover, Massachusetts, Auburn House, 1989, p.1.

12. El portavoz más elocuente en este aspecto quizás sea el Dr. Anvar Velji, a quien la salud internacional le evoca los ideales de compasión y de generosidad. En un artículo, él caracteriza la salud internacional en estos términos: "La mejor descripción de salud internacional que puede darse es la de atención de salud que se comparte entre las naciones (internacional) y comprende múltiples disciplinas y ciencias (...) A diferencia de las disciplinas que componen, cuenta con un componente moral y espiritual". Ver Velji, A.M. "International Health" (editorial). *West J Med* 155(3):308(9) (1991). Además continúa escribiendo: "Cada vez más (la salud internacional) se define como el estudio y la aplicación de lo que hace al ser humano un ser global sin tener en cuenta el origen étnico, su formación, o el lugar donde vive en este planeta, goce de su derecho inalienable a obtener salud como un estado de bienestar físico, social, mental y espiritual y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia, tal como se la proclama en la Carta de la Organización Mundial de la Salud". Ver Velji, A.M. "International Health". *Infec Dis Clin North Am* 5(2):xiii-xv. (1991)
13. Foster, G.M. "Applied Anthropology and International Health: Retrospect and Prospect". *Human Organization*, 41(3):189-97 (1982).
14. Giovannini, M.J. y Brownlee, A.T. "The Contribution of Social Science to International Health Training". *Soc Sci Med* 16:957-64 (1982).
15. Foster, G.M. "Bureaucratic Aspects of International Health Agencies". *Soc Sci Med* 25(9):1039-48 (1987).
16. El Dr. Bernard Kouchner, fundador de médicos del mundo, habla del deber de la ingerencia. Ver su fascinante libro que trae las presentaciones realizadas en una conferencia internacional que tuvo lugar en París en 1987 bajo el patrocinio de médicos del mundo y de la Facultad de Derecho de París-Sur: Bettati, M.; Kouchner, B. "Le devoir d'ingérence: peut-on les laisser mourir?", Denoel, París. 1987, 300 páginas.
17. Isaza, Pablo. "Salud Internacional". Documento original. OPS/OMS, México, junio de 1988. El autor escribe: "Por salud internacional se entiende el conjunto de actividades en salud que trascienden el área de responsabilidad de un país para que por acuerdos mutuos de tipo subregional, regional o mundial pasen a ser compartidos en todos sus componentes por uno o más países".

18. Pust, R.R. "U.S. Abundance of Physicians and International Health". *JAMA* 252(3):385-8 (1984). Pust escribió: "Aparte de su valor humanitario, los programas de salud pública internacional pueden resultar eficaces en términos de costos al servir como política exterior. Entre los 1.417 médicos americanos que trabajaron en el extranjero en 1981, hubo 659 clínicos, muchos de ellos voluntarios; estos médicos de cabecera también causan una enorme impresión como embajadores de buena voluntad en la región en la que sirven", p. 386.
19. El mejor defensor de esta propuesta es Ray Elling. Ver Elling, R.H. "The Capitalist World System and International Health". *Int J Health Serv* 11(1):21-51 (1981).
20. Ver Ratcliffe, J.W. y Merrill, J.C. "The Impact of U.S. Energy Policy on International Health: Alternate Paths into the Future". *Int Q Comm Health Educ* 3(1):27-43 (1982).
21. Las Escuelas pertenecen a las siguientes instituciones: Universidades de Alabama en Birmingham, de California en Berkeley, de California en Los Angeles, Loma Linda, del Estado de San Diego, Yale, de Florida del Sur, de Hawaii en Manoa, de Illinois en Chicago, Tulane Medical Center, Johns Hopkins, Boston, Harvard, de Massachusetts en Amherst, de Michigan, de Minnesota, Columbia, de Carolina del Norte en Chapel Hill, de Oklahoma, de Pittsburgh, de Puerto Rico, de Carolina del Sur, de Texas en Houston y del Estado de Washington. Los comentarios que siguen se basan en los documentos generales de presentación de las diferentes Escuelas en 1988.
22. Por ejemplo, el decano de la Escuela de Salud Pública de Carolina del Norte en Chapel Hill escribe: "Los beneficios de tal investigación internacional han arrojado millones de dólares de subvenciones para la UNC - dólares que vienen en respaldo de nuestro cuerpo docente y de nuestro establecimiento y nos permiten proseguir con investigación vital en todo el mundo". Ver Ibrahim, M.A. "International Health is Everybody's Business". Pursuit, School of Public Health, University of North Carolina at Chapel Hill, 1989, p. 3.
23. Fee, E. "International Health in Historical Perspective". En los Proceedings of the World Federation of Public Health Associations, Sixth International Congress, 10 al 14 de noviembre de 1991, Atlanta, Georgia.

24. Gellert escribió, "Si la salud pública a nivel nacional de los países occidentales ha de mantenerse, una visión de interdependencia global - económica, del medio ambiente y epidemiológica - tiene que convertirse en el foco de la política externa". Ver Gellert, G.A., Neumann, A.K., Gordon, R.S. "The Obsolescence of Distinct Domestic and International Health Sector". *J Pub Health Pol* 10:421-4 (1989).
  
25. Gellert escribe, "La interdependencia constituye un argumento para ampliar el alcance y la definición de seguridad, añadiendo factores de salud pública, demográficos, ambientales y económicos al tradicional modelo militar y geopolítico". Ver Gellert, G.A. "Global Health Interdependence and the International Physician's Movement". *JAMA*, 264:610-613 (1990).





## **El Programa de Salud Internacional de la Organización Panamericana de la Salud**

**María Isabel Rodríguez**

La Organización Panamericana de la Salud inició en octubre de 1985 un programa de desarrollo de personal en el campo de la salud internacional<sup>1</sup>, el cual durante más de cinco años de funcionamiento ha contribuido no sólo al enriquecimiento y reorientación de grupos de jóvenes salubristas de la región, sino también a la producción de nuevo conocimiento en el campo de la salud internacional y muy particularmente a la profundización en una de sus prácticas fundamentales, la cooperación técnica en salud.

Esta comunicación se propone ofrecer algunos elementos para el análisis del programa a partir de sus antecedentes y características, así como del por qué de su surgimiento y desarrollo en un organismo intergubernamental como es la Organización Panamericana de la Salud.

### **Antecedentes**

El desarrollo de un cuerpo de conocimientos sobre los problemas de salud de la región, el trabajo de grupos técnicos de la propia Organización en interacción permanente con diferentes grupos de funcionarios, educadores e investigadores de los países de diferentes campos del quehacer en salud que trabajan en la sede de la Organización, en los países o en los centros regionales, han generado oportunidades favorables para el desarrollo de personal. Parte importante de ese personal ha mostrado interés en profundizar en el conocimiento de las diversas formas de abordaje a nivel internacional, de los complejos problemas de salud de los países de la región, de sus determinantes y de sus limitaciones.

El reconocimiento de ese potencial a nivel de la región ha llevado a que en el seno de la OPS durante los últimos 20 años se hayan realizado experiencias de formación y desarrollo de personal de diversa índole, a través de pasantías o estancias de mayor o menor duración en unidades técnicas específicas. Es así cómo la Organización (OPS) ha venido acumulando experiencias tales como el Programa de Pasantías de Profesionales Jóvenes en el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria (CEPIS), las experiencias docentes en otros centros panamericanos como el Centro de Ecología Humana (ECO), el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) y diversas pasantías en las unidades técnicas de la Organización en su sede de Washington, D.C.

Como se señala en un documento interno sobre el "Desarrollo de Personal de Salud de los Países en el Contexto de la Cooperación Técnica Internacional"<sup>3</sup>, el eje común a todas las experiencias está representado por la participación activa

y comprometida del personal que se incorpora por períodos variables al quehacer de la Organización. A través de esa articulación, el personal tiene oportunidad de profundizar, según el caso, en el conocimiento de problemas particulares o generales de la situación de salud de los países, en sus tendencias, en las formas de enfrentar los problemas y en las características de la cooperación técnica que la Organización ofrece, sea ésta a nivel nacional, subregional o regional.

De consiguiente, es esa experiencia y las formas de abordaje de los problemas de salud de los países la que viene a constituirse en el objeto de estudio y de trabajo, por lo que este esfuerzo en ninguna forma puede entenderse como una duplicación de la función formadora de las instituciones nacionales, sean universidades, centros o institutos, a quienes la OPS apoya en cumplimiento de su misión, contribuyendo a fortalecer los procesos de desarrollo de personal de salud en sus diferentes campos.

### **El Marco de Referencia en que se Inscribe el Programa**

Pese a la vocación docente permanente que la OPS/OMS ha evidenciado a través de más de 80 años de existencia, la sistematización de una experiencia formativa en el contexto de la Organización, poniendo a prueba el potencial de sus diferentes unidades, no ha sido tarea fácil y la posibilidad de su desarrollo debe analizarse a la luz de tres hechos fundamentales, que pueden considerarse como los detonadores del proceso, al mismo tiempo que han caracterizado su orientación.

A nivel mundial, el primer hecho fundamental está relacionado con los esfuerzos que la Organización Mundial de la Salud realizaba en los inicios de la década del 80 en la búsqueda de estrategias para alcanzar la meta de Salud para Todos y que específicamente, para la situación que nos ocupa tiene que ver con el llamado a "aumentar en los países, en la OMS, en agencias bilaterales y multilaterales y en organizaciones no gubernamentales y voluntarias la masa crítica de líderes para Salud para Todos"<sup>4</sup>.

Ese planteamiento parte de la consideración de que la ambiciosa meta de Salud para Todos no podrá lograrse si no se dispone de personal profundamente identificado con los propósitos de esa meta, pero al mismo tiempo con los conocimientos y la capacidad para hacerlos realidad.

Un sinnúmero de documentos y muy especialmente los de Salud para Todos<sup>5</sup>, Atención Primaria de Salud<sup>7</sup> y las Estrategias Mundiales de Salud para Todos<sup>6</sup> conceden a la acción internacional un papel fundamental para alcanzar la meta. Sin embargo, es indudable que todo el bagaje teórico, experiencia y por encima de todo, el compromiso requerido para el abordaje de la problemática internacional de salud no se ha incorporado en los procesos formativos del personal de salud, sea del área de los servicios, de educación o de investigación

y aún más, no es preocupación fundamental de los posgrados de salud pública de nuestros países.

La iniciativa para el desarrollo de liderazgo, lanzada en 1985 por la Organización Mundial de la Salud<sup>4</sup> tuvo una importante respuesta de parte de la Región de las Américas a través de una amplia discusión sobre su significado e implicaciones y el desarrollo de tres grandes líneas de acción; un primer nivel se refirió involucrar a las universidades en el abordaje interdisciplinario de la salud; una segunda línea se orientó a promover y apoyar la educación avanzada en salud pública y la tercera línea permitió concentrar los esfuerzos dentro de la propia Organización en el desarrollo del Programa de Formación en Salud Internacional.

A nivel regional, el programa se enmarca en una coyuntura especialmente favorable que deriva de las implicaciones de la misión de la Organización, redefinida por el entonces nuevo Director de OPS y puesta en práctica a partir de 1983.

En el contexto de esa redefinición, Guerra de Macedo<sup>8</sup> puntualiza y promueve la reflexión y operacionalización de tres componentes fundamentales de la misión de la OPS; en primer término la administración del conocimiento, exigiendo nuevas formas de entender los problemas que enfrenta la salud de la región y la búsqueda de soluciones apropiadas dentro de cada una de las realidades nacionales; en segundo lugar, la movilización de recursos de cada uno de los países en beneficio de todos y en tercer lugar, la consideración de la paz, entendimiento y solidaridad entre los pueblos como otras tantas dimensiones de salud, todo lo cual planteó la necesidad de nuevas formas de encarar el desarrollo del personal de salud.

Por otra parte, ese planteamiento sobre la nueva misión de la OPS fue acompañada de una propuesta para la búsqueda de la excelencia técnica, entendida más allá del manejo tecnológico y avanzando en la capacidad de comprensión de la sociedad y por encima de todo, incorporando actitudes de entendimiento y solidaridad.

A nivel del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, que históricamente ha sido responsable de apoyar los esfuerzos regionales en la formación de personal en el campo de la salud pública y en el desarrollo de la medicina social en América Latina, se venían desarrollando en los últimos veinte años experiencias destinadas a utilizar el potencial de OPS/OMS en cuanto a su doctrina de pensamiento y acción en el desarrollo de personal de salud, a través de experiencias de duración variable.

El desarrollo de la propuesta en el seno de ese Programa había alcanzado un proceso de maduración que se vio reforzado y consolidado con las orientaciones a nivel mundial y regional. Es así cómo OPS decide institucionalizar el Programa de Formación en Salud Internacional e iniciarlo a partir de 1985, en el contexto de las acciones para el desarrollo del liderazgo en

la Región de las Américas, asignando su coordinación al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos.

## **Propuestas y Objetivos del Programa**

Al iniciarse el Programa de Formación en Salud Internacional<sup>1</sup> también conocido como Residencia en Salud Internacional<sup>2</sup>, la Organización se propuso establecer en OPS "un programa de formación en salud internacional para profesionales recién egresados de maestrías en salud pública, con alta calificación e interés de seguir estudios avanzados y desarrollar experiencia práctica en este campo". Se planteó como objetivo "aprovechar el propio proceso de cooperación técnica que implementa la Organización para incorporar en él un componente de capacitación a alto nivel de especialistas que se puedan dedicar en forma mejor orientada, a la coordinación de acciones internacionales en el campo de la salud pública". Por otra parte, se pensó que el esfuerzo estaría orientado a facilitar la cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD) y a permitir un mejor aprovechamiento o rendimiento adicional de los planes de apoyo a los países miembros de la Organización.

Al final de los primeros dos años de funcionamiento del programa se planteó definir con mayor especificidad los objetivos del mismo en base a la experiencia obtenida tanto por los participantes o "residentes" como de los funcionarios involucrados en él.

Se definió entonces como propósito del programa "promover el liderazgo en salud internacional y el desarrollo de la cooperación técnica en los países de la Región"<sup>2</sup>.

Para cumplir con ese propósito la Organización definió un programa de estudio-trabajo orientado a cumplir los siguientes objetivos:

1. Profundizar en a) el conocimiento de la situación de salud en los países de la Región y de sus determinantes políticos, económicos, sociales y coyunturales, a nivel local, subregional, regional e internacional; b) el abordaje de los problemas fundamentales de salud en la Región, y c) las alternativas de transformación de los sistemas de salud frente al reto de la meta de salud para todos.
2. Conocer las características del rol de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud frente a la problemática de salud en los países, tomando sus experiencias como base para el análisis de la cooperación técnica en salud.
3. Desarrollar capacidad para el análisis, formulación y evaluación de programas de cooperación técnica en salud.
4. Conocer las políticas de salud adoptadas por los países en el plano de la cooperación internacional, las metas adoptadas y las implicaciones que ellas tienen en la organización del sector.

5. Conocer los diferentes organismos que interactúan o intervienen técnica o financieramente en el desarrollo del sector salud en los países del continente.
6. Desarrollar la capacidad para la movilización de recursos y para la formulación, ejecución y evaluación de proyectos.
7. Organizar y revisar críticamente el conocimiento científico-técnico referido a su área de concentración.
8. Analizar los programas de apoyo a nivel regional e internacional y contribuir a la formulación y elaboración de estudios, alternativas o proyectos que contribuyan a la solución de los problemas identificados.
9. Fomentar la comunicación y el apoyo mutuo entre los trabajadores de salud del Continente en el contexto de la contribución a la paz y solidaridad entre los pueblos.

### **Algunas Características del Programa**

El programa se ha caracterizado por su dinamismo, a partir del cual se han generado propuestas y cambios que han ampliado sus objetivos más allá de las propuestas iniciales. De allí que al analizar el desarrollo del programa y sus resultados preliminares se pueda concluir que la experiencia está inmersa en un campo de estudio y de práctica en donde hay mucho por hacer y más aún por construir.

El hecho de que el profesional que se incorpora a este programa haya adquirido previamente una formación de posgrado en salud pública y que provenga de una práctica en el campo de la salud, sea del área de servicios, docencia o investigación, favorece su incorporación en un verdadero proceso de estudio y trabajo de reflexión y análisis la cooperación técnica que realiza la Organización, sobre sus características, la base doctrinaria que le da origen y su interacción con otros organismos, al mismo tiempo que puede profundizar en su campo de especialidad y en las alternativas de cooperación a nivel internacional.

### **Eje del Proceso en que se Articula el Participante**

Este eje es el propio proceso de cooperación técnica de la Organización, que a través de once meses de trabajo le permite convivir, interactuar y analizar un ciclo completo del accionar de la Organización desde la formulación de políticas, análisis y formulación de estrategias, planes y programas-presupuestos, hasta su aprobación por los cuerpos directivos.

La incorporación del participante o residente en el accionar de la Organización requiere del conocimiento de la estructura y función de la Institución, de su desarrollo histórico y de su interaccionar con otras agencias de cooperación. Este conocimiento es apoyado con un período inicial de orientación que se continúa a lo largo de toda la experiencia con la participación en

seminarios, lecturas, asistencia a grupos técnicos, comités y cuerpos consultivos, directivos y ejecutivos de la Organización. Pero por sobre todo, la actividad más importante es el interaccionar del propio grupo de residentes a través de sus actividades formales e informales.

Profundizar en el proceso de cooperación técnica a los países requiere conocimiento e interiorización de sus condiciones de salud, de sus políticas, de sus determinantes socioeconómicas, así como de las formas de abordaje e intervención, tanto en el plano nacional como internacional. Igualmente requiere del conocimiento de las políticas de salud adoptadas por los países en el plano de la cooperación internacional, las metas aceptadas y las implicaciones que ellas tienen en la organización del sector, así como el establecimiento de un adecuado grado de comparabilidad de las políticas internacionales y su dinámica de desarrollo. Esta comprensión que la Organización favorece a través de actividades que promueven el estudio y análisis de esa problemática en las distintas unidades de la sede, es enriquecida con las experiencias de trabajo en los diferentes países de la Región, así como con las visitas colectivas para conocer los sistemas de salud de Canadá y Estados Unidos.

La Organización expone al residente al conocimiento de los grandes desafíos que enfrenta la salud de la Región tal como son vistos por sus diferentes grupos de trabajo interno y aquellos con quienes estos interactúan. Pero tanto en este campo, como en la interpretación y aplicación que cada uno hará de los aspectos doctrinarios y estratégicos que constituyen mandatos de la Organización tales como Salud para Todos y Atención Primaria, es cada participante el constructor de su propio desarrollo, en donde es fundamental considerar la formación, experiencia y compromiso previo del residente, y aún más importante, es la dinámica que se ha generado a partir de la interacción permanente de cada grupo de residentes.

Asistir, aún en calidad de observador, a las reuniones de los máximos organismos de dirección de la Organización ofrece al participante la percepción del nivel político de interacción entre los gobiernos, a un nivel en el cual se aprueban las grandes orientaciones o políticas regionales de salud. Esta experiencia se complementa con una exposición al conocimiento de una amplia gama de organismos de cooperación técnica y financiera, incluyendo las de cooperación bilateral y multilateral. Cuando hablamos de conocimiento de los organismos estamos incorporando no sólo el resultado de una orientación o una visita, sino el estudio y entendimiento de sus políticas, de su origen y su dinámica de financiamiento, así como las reglas de juego que pueden permitir una adecuada utilización de los recursos.

## **Capacitación vs. Formación**

Tal vez la característica más importante del proceso que venimos analizando es su carácter transformador. Se ha optado por calificar el programa como de formación, y creemos que el calificativo es válido en el entendido que se refiere a la incorporación del participante en una práctica demandante de una teoría explicativa, generadora de la búsqueda y producción de conocimientos destinados a enriquecer y desarrollar propuestas sobre esa misma práctica. Más aún, el proceso es profundamente reflexivo, el participante es sujeto de su formación en el contexto de un desarrollo colectivo, el de su propio grupo, el crecimiento del cual ha ido generando cambios en el sujeto y en el grupo, ampliando a su vez la teoría y la práctica de los nuevos grupos.

La articulación del participante en una práctica de cooperación per se no garantiza la transformación del individuo ni el desarrollo de un compromiso. Por eso el programa ha considerado que el reto planteado es cómo lograr el desarrollo de liderazgo aunado a un compromiso real con los países y la salud de sus poblaciones. De ahí que la dinámica del proceso, la reflexión colectiva y el esfuerzo individual consciente de su responsabilidad como sujeto social son elementos básicos para asegurar una adecuada interacción de los participantes en los diferentes espacios de la institución y es un elemento favorecedor de su inserción futura.

## **Organización, Coordinación y Desarrollo de las Actividades del Programa**

Como se ha señalado previamente el eje fundamental en que se articula el programa es el proceso de cooperación técnica que ofrece la Organización a los países; a su vez el programa sigue dos líneas principales de desarrollo:

- Una de carácter general orientada al análisis de la cooperación técnica como un proceso, involucrando los aspectos interdisciplinarios de la salud. Todas estas actividades comunes a todos los participantes son coordinadas y orientadas por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud.
- Otra, centrada en una continua aplicación de la cooperación técnica a un área de concentración, constituye el principal vínculo de cada residente con la coordinación del programa técnico específico.

Estas dos líneas de trabajo constituyen la respuesta a las necesidades que plantea el desarrollo de cada participante tanto en lo que a visión internacional de la salud se refiere como en la profundización de su campo específico. La asignación de las áreas específicas se basa en la propia propuesta y antecedentes del candidato, así como en la capacidad para su incorporación de que dispongan las unidades técnicas de la Organización.

La distribución de tiempos y demandas entre los componentes general y particular no es rígida. De hecho se ha asignado el 40% del tiempo a las actividades generales y el 60% a las actividades específicas. En la práctica el peso de las actividades se desplaza acorde con el trabajo del residente, de su articulación en la unidad correspondiente, la potencialidad del campo específico y la permanente disyuntiva entre la demandante profundización que planea la visión integral del campo y la cooperación técnica en un área específica. Aquí como en muchos objetos de estudio y trabajo se presentan coincidencias y contradicciones entre lo general y lo particular que deben ser objeto de atención especial.

Las actividades programadas se agrupan en cuatro áreas o componentes fundamentales:

- 1) Estructura, función y programas básicos de la Organización (OPS/OMS), incluyendo el análisis de programas y actividades a nivel de las representaciones de país.
- 2) Análisis de la situación de salud en la Región.
- 3) Profundización en el área específica de cada residente.
- 4) La cooperación internacional, CTPD, organismos de financiamiento y de cooperación, salud internacional.

En una apretada síntesis, se puede señalar que el programa cubre entre otras las siguientes actividades;

- 1) Orientación sobre estructura, funcionamiento y programas básicos de la Organización.
- 2) Seminarios sobre temas fundamentales y de actualidad en el sector salud.
- 3) Proyectos específicos relacionados con el área de concentración de cada uno de los participantes.
- 4) Visitas de orientación a organismos de financiamiento, universidades, fundaciones e instituciones de cooperación técnica relacionados con el sector salud.
- 5) Participación como observador en reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS, comités especiales, reuniones de Representantes de País de la OPS/OMS.
- 6) Participación en experiencias relacionadas con las áreas de trabajo de los participantes en países del Continente seleccionados al efecto.
- 7) Preparación de informes sobre estudios especiales o trabajo realizado tanto en la sede como a nivel de los países, en ocasiones en calidad de consultor.
- 8) Cursos, seminarios y talleres en campos prioritarios o para cubrir campos de conocimiento que deben reforzarse.
- 9) Sesiones de grupo de trabajo semanales programadas por los propios residentes.

Como mencionamos previamente, estas actividades se organizan siguiendo los ciclos establecidos por la Dirección de la Organización para el sistema de planificación, programación y evaluación de la cooperación.

En una primera etapa introductoria, el programa da énfasis a actividades de orientación, conocimiento de la Organización, de sus programas básicos, así como a actividades que permiten la reflexión sobre conceptos fundamentales que han de ir profundizándose en los períodos siguientes. Caracteriza esta etapa el hecho de que sus actividades se desarrollan fundamentalmente en la sede de la Organización con esporádicas visitas a los países.

En una segunda etapa el número de actividades que cubren los aspectos teórico conceptuales disminuye, nunca es superior al 20% del tiempo laborable. De acuerdo con cada uno de los programas a que están asignados los residentes, se organiza y define el trabajo en los países con una distribución de tiempo que alcanza un promedio de 30%, habiendo casos en que ha alcanzado el 40% o más en este período. El trabajo que el residente realiza en los países, tanto en cuanto al conocimiento y análisis del proceso de cooperación técnica como de las actividades correspondientes a su proyecto específico, ha recibido una alta valoración por parte de residentes y funcionarios de la OPS y nacionales.

La programación de las visitas obliga a una concertación entre la coordinación general y el programa en particular, así como con la representación de la Organización en el país objeto de la visita.

La etapa final del programa busca concentrar al grupo en la sede y favorece el análisis conjunto, la finalización de trabajos e informes y la profundización en sus áreas de mayor interés.

## **El Espacio en que se Desarrolla el Programa**

El Programa, con las características antes señaladas, se desarrolla en el propio espacio de acción de la OPS, tanto a nivel central (Washington, D.C.) como de los diferentes países de la Región de las Américas.

A nivel central cada participante mantiene un espacio de trabajo individual en la unidad o programa técnico a que es asignado y un espacio para el trabajo colectivo de todo el grupo de residentes, ubicado en el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. A través de su inserción en la vida de la Organización y el programa de visitas, el residente tiene la oportunidad de ampliar sus perspectivas de conocimiento y análisis a otros organismos e instituciones de cooperación técnica y financiera con quienes la Organización interactúa.

A nivel de los países, su articulación en las actividades de cooperación técnica de la Organización a las cuales es asignado, le permite al residente forjar un conocimiento directo de la situación de salud de los países de la región, brindándole además la oportunidad de analizar las modalidades de cooperación

que se ofrecen, así como el rol que juegan las representaciones de OPS/OMS en los países.

## **Los Participantes o Residentes del Programa**

El proceso en que se involucra el residente exige conocimientos, experiencia, compromiso y capacidad creativa para enfrentar desafíos no sólo a nivel individual sino en el esfuerzo colectivo.

El número de participantes en el programa nunca ha sido mayor de diez en cada año, habiéndose comenzado el primer año con un grupo integrado por seis participantes, enriquecido por la participación de dos profesionales canadienses durante los primeros seis meses. En total, en los seis años de funcionamiento del programa, de 234 solicitudes recibidas han sido seleccionados 56 y se han incorporado al programa 52 profesionales.

Ha sido objeto permanente de discusión por parte de los diferentes actores de este programa, incluyendo los propios residentes, la importancia del proceso de selección para garantizar el éxito del programa, sobre todo el hecho de que el trabajo en este campo exige una actitud de compromiso, compromiso hacia la justicia y la equidad social. Cabe preguntarse cómo evaluar esa calidad sin un conocimiento a profundidad de los candidatos. En este sentido el reto se centra tanto en cómo garantizar candidatos realmente comprometidos con los objetivos del programa, así como en asegurar mecanismos para que el proceso en que se incorporan estimule y desarrolle su compromiso futuro y su capacidad de liderazgo.

Los 52 candidatos seleccionados hasta la fecha de esta comunicación procedían de 16 países del continente con una concentración mayor de Brasil, Argentina, México y Ecuador, a los que corresponde más del 50% del total de participantes (cuadro 1).

Se ha mantenido una proporción aceptable en cuanto al sexo de los participantes, que en el total de 52, 25 son mujeres (cuadro 2). En cuanto a la profesión de los participantes, 38, o sea el 73% han sido médicos y el 27% con otras profesiones (cuadro 3), entre ellos algunos del área social, personal que ha sido básico para el enriquecimiento del grupo.

El 75% (39) de los participantes había realizado una maestría en salud pública, en menor proporción maestrías en medicina social, administración de salud, economía de salud, relaciones internacionales entre otras (cuadro 4). Las instituciones de donde procedían los participantes en su mayoría son las Escuelas de Salud Pública de Buenos Aires; Universidad Hebrea de Jerusalén; Universidad de La Habana; Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco de México; Universidad Johns Hopkins y Universidad de Londres (cuadros 5 y 6).

Cuadro 1  
Nacionalidad de los Participantes

| Nacionalidad         | Número de Participantes |
|----------------------|-------------------------|
| Brasil               | 9                       |
| Argentina            | 8                       |
| Ecuador              | 5                       |
| México               | 5                       |
| Bolivia              | 3                       |
| Colombia             | 3                       |
| Costa Rica           | 3                       |
| Perú                 | 3                       |
| Uruguay              | 3                       |
| Cuba                 | 2                       |
| República Dominicana | 2                       |
| El Salvador          | 2                       |
| Chile                | 1                       |
| Nicaragua            | 1                       |
| Estados Unidos       | 1                       |
| Venezuela            | 1                       |
| Total                | 52                      |

Dos profesionales canadienses participaron en el Programa por un período de seis meses.

Cuadro 2  
Sexo de los Participantes

| Año       | Masculino | Femenino | Total |
|-----------|-----------|----------|-------|
| 1985-1986 | 3         | 3        | 6     |
| 1986-1987 | 4         | 5        | 9     |
| 1987-1988 | 5         | 5        | 10    |
| 1988-1989 | 3         | 4        | 7     |
| 1989-1990 | 6         | 4        | 10    |
| 1991      | 6         | 4        | 10    |
| Total     | 27        | 25       | 52    |

Cuadro 3  
Antecedente Profesional de los Participantes

| Año          | Médicos   | Otras Profesiones  | Total     |
|--------------|-----------|--|-----------|
| 1985-1986    | 5         | 1 Educadora  | 6         |
| 1986-1987    | 8         | 1 Enfermera  | 9         |
| 1987-1988    | 7         | 1 Odontólogo<br>1 Antropóloga<br>1 Sociólogo                         | 10        |
| 1988-1989    | 6         | 1 Veterinaria  | 7         |
| 1989-1990    | 6         | 1 Trabajadora Social<br>1 Antropóloga<br>1 Enfermera<br>1 Odontólogo | 10        |
| 1991         | 6         | 1 Educadora<br>1 Bióloga<br>1 Odontólogo<br>1 Administradora         | 10        |
| <b>Total</b> | <b>38</b> | <b>14</b>  | <b>52</b> |

Cuadro 4  
Estudios de Posgrado

| Año          | Maestría<br>Salud Pública | Administración<br>Hospitalaria | Maestría<br>Medicina<br>Social | Otra<br>Maestría* | Total     |
|--------------|---------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------|-----------|
| 1985-1986    | 4                         | 0                              | 1                              | 1                 | 6         |
| 1986-1987    | 6                         | 1                              | 2                              | 0                 | 9         |
| 1987-1988    | 9                         | 0                              | 1                              | 0                 | 10        |
| 1988-1989    | 4                         | 0                              | 2                              | 1                 | 7         |
| 1989-1990    | 9                         | 0                              | 0                              | 1                 | 10        |
| 1991         | 7                         | 0                              | 1                              | 2                 | 10        |
| <b>Total</b> | <b>39</b>                 | <b>1</b>                       | <b>7</b>                       | <b>5</b>          | <b>52</b> |

\* Economía/Nutrición/Epidemiología/Ciencias de la Salud

**Cuadro 5**  
Lugar donde se realizó el Posgrado

| Año          | País de Origen | Otro País de América Latina | Estados Unidos | Inglaterra | Israel   |
|--------------|----------------|-----------------------------|----------------|------------|----------|
| 1985-1986    | 1              | 2                           | 0              | 1          | 2        |
| 1986-1987    | 5              | 2                           | 0              | 0          | 1        |
| 1987-1988    | 4              | 2                           | 2              | 0          | 2        |
| 1988-1989    | 5              | 0                           | 0              | 2          | 0        |
| 1989-1990    | 6              | 2                           | 1              | 0          | 1        |
| 1991         | 7              | 1                           | 2              | 0          | 0        |
| <b>Total</b> | <b>30</b>      | <b>8</b>                    | <b>5</b>       | <b>3</b>   | <b>6</b> |

**Cuadro 6**  
Institución donde se realizó el Posgrado\*

| Institución   | Grado                       | Ciudad/País                         | No. |
|---|-----------------------------|-------------------------------------|-----|
| Universidad de Buenos Aires                                   | Maestría en Salud Pública   | Buenos Aires, Argentina             | 7   |
| Universidad de La Habana                                      | Maestría en Salud Pública   | Habana, Cuba                        | 6   |
| Universidad Hebrea  | Maestría en Salud Pública   | Jerusalén, Israel                   | 6   |
| Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco          | Maestría en Medicina Social | México, D.F., México                | 5   |
| Universidad Johns Hopkins Escuela de Higiene y Salud Pública  | Maestría en Salud Pública   | Baltimore, Maryland, Estados Unidos | 5   |
| Universidad de Londres Escuela de Higiene y Medicina Tropical | Maestría en Salud Pública   | Londres, Inglaterra                 | 3   |

\* Se incluyen solamente las instituciones con más de tres participantes al momento de realizar este trabajo.

El intercambio de experiencias no sólo en cuanto a su práctica profesional y a la situación política, económica, social y de salud de sus propios países y su ubicación en el ámbito internacional se amplía con el intercambio y análisis de las experiencias de su propia formación, generándose un interesante instrumento

para el estudio de los posgrados de salud pública de los diferentes países de los que proceden, en su mayoría carentes de componentes de salud internacional.

## **El Desarrollo del Programa y sus Perspectivas Futuras**

Nos parece importante reiterar y enfatizar que uno de los aspectos más importantes en el desarrollo de este programa ha sido su dinámica, su enriquecimiento con las experiencias de cada grupo y la ampliación de sus perspectivas.

El programa ha sido sometido a diversos análisis que permiten delimitar tres momentos de su desarrollo. En esos análisis han participado diversos actores representativos de las distintas instancias que intervienen en la vida de la Institución.

El primer momento corresponde a un período de organización, institucionalización e iniciación de una experiencia educativa de un año de duración dentro de un organismo que no es académico. La toma de decisión para institucionalizarlo por parte de la Organización, la ruptura de resistencias hacia adentro y hacia afuera de ésta exigieron una firme decisión y la convicción sobre la trascendencia del programa por parte de los niveles de Dirección. Se trata de la incorporación a la Organización de un grupo de jóvenes sin lazos laborales permanentes, a los que se invita a convertirse en "conciencia crítica de la institución" al mismo tiempo que a desarrollar un compromiso consciente con sus propósitos en beneficio de sus países y de la mejoría de las condiciones de salud de la región.

La ampliación de la visión del eje del programa constituido por la cooperación técnica de la Organización, se empezó a construir con el primer grupo de residentes. El simple análisis del desarrollo histórico de la propia Organización, creada en el marco de un sistema interamericano con propuestas muy concretas para el control de las enfermedades cuarentenables, hasta la consolidación como organismo regional de una agencia especializada de las Naciones Unidas de la postguerra que incorpora como principio fundamental que "la salud a todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de las personas y todos los estados"<sup>10</sup>, les ha permitido desde el inicio a algunos entrever y a otros fortalecer una visión más inquisitiva, más profunda para el estudio de otros organismos y sistemas de cooperación en el accionar internacional. La evaluación realizada anualmente como grupo y como individuos ha ido añadiendo elementos para enriquecer la visión de la salud en el contexto internacional.

Esto es manifiesto cuando se analiza la programación de los primeros años, centrada en sus orígenes en la estructura y función de la OPS y que poco a poco se transforma en un seminario de salud internacional y cooperación internacional en salud al inicio de las labores del grupo 1988-1989, seminario

difícil de organizar, difícil de mantener porque no sólo envuelve a los residentes sino al personal de distintas unidades de la casa.

El conocimiento de otras instituciones de cooperación, sus modalidades de acción, el devenir internacional y muy particularmente ese accionar de la OPS al que nos referíamos al principio en su misión de entendimiento, paz y solidaridad como una nueva dimensión de salud, generaron el interés por la construcción de un segundo momento de reflexión y análisis.

Este segundo momento es enriquecido por el análisis de lo que representa salud internacional para los egresados de las cuatro primeras generaciones. A sus contribuciones se añade el análisis de la enseñanza de salud internacional en las escuelas de salud pública de los Estados Unidos<sup>11</sup>, producto de inquietudes surgidas en la propia residencia. Ese momento surge de la necesidad de hacer un alto en el programa para evaluar lo realizado, así como sus perspectivas, luego de ser objeto de reiterados análisis en los Cuerpos Directivos de la Organización. El análisis en este caso fue realizado por representantes de cuatro generaciones que fueron convocados a una reunión sobre "Situación Actual y Perspectivas del Campo de Salud Internacional"<sup>12</sup>.

El grupo abordó cuatro temas fundamentales: (1) la conceptualización de la salud internacional; (2) la cooperación técnica como componente de la salud internacional; (3) la salud internacional en las escuelas de salud pública de los Estados Unidos; (4) propuestas para el desarrollo de la salud internacional.

El grupo trajo a esta discusión su propia forma de ver la salud internacional como campo de conocimiento y de práctica, en construcción y debate, con un carácter histórico-social, cuya interpretación y práctica son función del contexto histórico específico, de la posición ideológica y social y del tipo de proyecto geopolítico del actor que define y actúa en el campo, por lo que se consideró necesario involucrarse en un esfuerzo colectivo y permanente que conjuntara aportes creativos e investigaciones de diversos actores y personas relacionadas con el tema objeto de la reunión.

Se trajo a cuenta a esta reunión una serie de referentes empíricos sobre los cuales ha sido construida histórica y políticamente la noción de salud internacional y se acordó optar por una propuesta de abordaje de la salud internacional desde dos vertientes estrechamente relacionadas, por un lado la salud internacional como un recorte del campo de las relaciones internacionales que se puede identificar en el sentido de la salud como asunto internacional y por el otro, desde el cual se consideraría la salud internacional como una expansión del campo específico de la salud, es decir la dimensión internacional de la salud. La producción teórica presentada a esa reunión es otro de los aportes del Programa de Formación en Salud Internacional.

Ese segundo momento plantea un involucramiento más claro del programa en el análisis del campo de salud internacional. De hecho, el siguiente grupo de

residentes profundizó y construyó sobre una de las prácticas de salud internacional como es la cooperación técnica en salud.

El avance en la conceptualización del campo contribuyó a gestar lo que consideramos el inicio de un tercer momento generado a partir de la convocatoria a esta reunión de consulta realizada conjuntamente con los Gobiernos de Canadá y Quebec sobre "Salud Internacional: Un Campo de Estudio y Práctica Profesional", en el cual estamos dando a conocer los planteamientos, inquietudes y algunos productos del programa desarrollados hasta la fecha.

Con estas consideraciones previas, creemos que el programa de salud internacional de OPS puede ser analizado a través de tres aspectos fundamentales:

- La valoración de la experiencia y producción de cada participante durante su articulación en el programa.
- Los resultados que el programa mismo como colectivo de trabajo ha producido.
- La valoración del quehacer de cada uno de los participantes al reincorporarse en su propia práctica en los países y/o inserción en lo internacional.

Nos hemos referido en parte a los dos primeros puntos, sobre todo en cuanto la producción tanto individual como colectiva que desarrollan los grupos como resultado de una reflexión permanente, y más que nada a su contribución a un campo de enorme trascendencia e impacto para los países como es el de la salud internacional, campo en debate y en construcción, pero en cuya práctica está articulado todo un personal de salud consciente o no de su rol y responsabilidad en ese contexto.

La profundización en el estudio de la salud internacional debiera contribuir al reconocimiento de la enorme responsabilidad que implica trabajar en ese campo, de la necesidad de desarrollo de la excelencia técnica en el manejo de la cooperación, pero no es sólo conocer los recursos técnicos y financieros que se mueven en el campo y a los que se puede tener acceso, no es sólo ser participante acrítico de esa historia, es compromiso, responsabilidad y por encima de todo solidaridad y entrega a las tareas exigidas por los países.

La articulación de una persona en una práctica de cooperación per se no garantiza la transformación del individuo ni el desarrollo de un compromiso. Una articulación acrítica que haga al individuo solamente tomar conocimiento de cómo ser un "gerente exitoso", sin compromiso real con los países, sería realmente frustrante. Consideramos que la dinámica de desarrollo del proceso, la reflexión colectiva y el esfuerzo del individuo consciente de su responsabilidad como sujeto social son elementos básicos para asegurar una adecuada interacción de los participantes en los diferentes espacios de trabajo de la institución y es un elemento favorecedor de su inserción futura.

El programa ha estado muy claro en que no es su objetivo capacitar a los individuos para que ingresen en el mercado de la competencia, o en lo que

Taussig<sup>13</sup> llama la rebatiña de las subvenciones. Por el contrario estamos convencidos que el individuo no sólo debe saber formular un proyecto, conocer las instituciones financiadoras y sus políticas, sino por encima de todo debe conocer el impacto o las implicaciones de una ayuda, el papel que cumplen, la oportunidad de su concesión y la responsabilidad del seguimiento de su utilización. No quisiéramos que nuestros ex-residentes se incorporaran a ese mercado de trabajo de expertos que desfilan por los países, sin ningún compromiso y con total desarraigo del país y de los grupos a los que suponen ayudar y para lo cual son remunerados. Por eso, reiteramos que lo más importante en esta articulación en el trabajo de salud internacional es esa excelencia técnica que incorpora el compromiso solidario.

Eso es lo que se ha propuesto el programa y hasta el momento todo parece indicar que la exposición y participación en este proceso ha disipado nuestras preocupaciones y dudas en la gran mayoría de los casos. El indicador más importante para valorar los resultados es el tercer elemento mencionado, la reinserción del residente en el trabajo en su país o en alguna posición en el campo internacional.

La información sobre la ubicación de un alto porcentaje de los egresados del programa, en posiciones de dirección o de alta responsabilidad en ministerios, universidades y en organismos internacionales constituye de por sí un buen indicador de los resultados del programa, pero más allá de lo que pueda representar su contribución a la formación directa de personal y a la producción y difusión de nuevo conocimiento, consideramos necesario contribuir a que nuevas concepciones en el campo de la salud internacional se hagan presentes en la formación del personal de salud de muchos países y en particular del personal de las escuelas de salud pública, muchas de las cuales no se han detenido a pensar en la enorme responsabilidad que implica lanzar a un mercado de trabajo cada vez más internacionalizado, cada vez más interdependiente, cada vez más necesitado de comprensión y solidaridad a personal sin visión del mundo en el que ha de actuar y en muchas ocasiones sin compromiso con su propio quehacer. Trabajar en involucrarse colectivamente en la búsqueda de nuevos caminos y de nuevas propuestas es tal vez y ha sido la parte esencial de este programa.

## Referencias

1. OPS/OMS. "Programa de Formación en Salud Internacional". Subcomité de Planificación y Programación. En: "Propuesta de Líderes para Salud para Todos en el Año 2000/Salud Pública Internacional". SPP/3, marzo de 1985.

2. OPS/OMS. "Residencia en Salud Internacional". Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo. Documento SPP10/6, abril de 1988.
3. OPS/OMS. "Programa de Desarrollo de Personal de Salud. El Desarrollo de Personal de Salud de los Países en el Contexto de la Cooperación Técnica Internacional". Washington, D.C., julio de 1987. Doc. mimeo, 16 pags. y anexo.
4. OMS. "Proposed Programme Budget for the Functional Period 1986-1987". Geneva, 1984.
5. WHO. "Technical Cooperation". 30th World Health Assembly, Geneva, May, 1977.
6. OMS/UNICEF. "Atención Primaria de Salud". Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, septiembre de 1978.
7. OMS. "Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000". Serie Salud para Todos No. 3, Ginebra, 1981.
8. Macedo, Carlyle G. de. "La Nueva Misión". Discurso pronunciado por el Director electo de la OPS durante la conmemoración del 80 Aniversario de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1982.
9. OPS. "Residencia en Salud Internacional. Directiva No. 86-05". Washington, D.C., julio de 1986.
10. OMS. "Constitución de la Organización Mundial de la Salud". Documentos Básicos, 36 edición, Ginebra, 1986.
11. Godue, C. "La Salud Internacional. Un concepto en formación". Documento de trabajo. Montreal, enero de 1990.
12. OPS. "Situación Actual y Perspectivas del Campo de Salud Internacional". Relato de la reunión, 9 al 13 de octubre de 1989, Washington, D.C.

13. Taussig, M. "La nutrición, el desarrollo y la ayuda exterior. Un estudio de caso sobre atención de salud dirigida por Estados Unidos en una zona de plantación en Colombia en salud e imperialismo". Edit. Vicente Navarro. Siglo XXI, México, 1983.



## Introducción

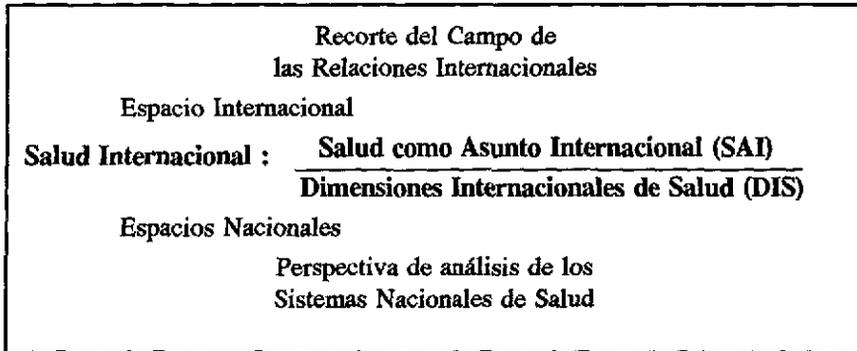
Este trabajo se puede considerar la continuación de un diálogo iniciado en la primera promoción de la Residencia en Salud Internacional organizado por la OPS en el año 1985, y su antecedente más reciente es la reunión que sobre el tema salud internacional se desarrolló en 1989<sup>1</sup>.

De esa reunión surgió una conceptualización que parecía hacer consistencia por la confluencia de varios referentes empíricos tales como: la difusión internacional de enfermedades transmisibles y/o sus factores causales, la expansión de la estructura explicativa de la problemática salud-enfermedad de los países hacia el espacio internacional o la identificación de la salud como un área significativa del campo de las relaciones internacionales con cierta especificidad pero articulada con el conjunto más amplio que la contiene.

Esta conceptualización orientó a trabajar dos polos de análisis, altamente superpuestos pero individualizables de la salud internacional (SI): uno que correspondía a un cierto recorte del ámbito de las relaciones internacionales - concebida como una superestructura política, económica, militar, etc., que regula la relación entre las naciones- que se denominó Salud como Asunto Internacional (SAI). Se propone analizar los reglamentos, regulaciones, usos y costumbres de índole sanitario en el ámbito internacional, los flujos financieros y de bienes y servicios que circulan de un lugar a otro del planeta; o como ciertos hechos sanitarios se han transformado en hechos políticos (cierres de fronteras), económicos (cuarentenas), bélicos (bloqueos de medicamentos e insumos médicos), etc..

El otro polo de análisis instalado en los espacios nacionales de los países latinoamericanos -desde sus Sistemas Nacionales de Salud- procura develar aquellos fenómenos o procesos de naturaleza internacional que aporten elementos de comprensión de su estructura, funcionamiento y dinámica de reproducción y transformación. A esta segunda línea de trabajo la hemos denominado Dimensiones Internacionales de la Salud (DIS) y es el polo en el que hemos concentrado esta presentación.

De esta forma nuestro esquema de trabajo inicial fue el siguiente:



Con este esquema comenzamos nuestra exploración de las DIS en la tranquilidad que otro artículo (el de Ulysses Panisset) se ocupa del primer componente sin por eso desconocer la interpenetración de ambos polos de análisis.

### **Dimensiones Internacionales de la Salud (DIS): Una Perspectiva Latinoamericana**

Nuestra primera dificultad (y no la menor) fue cómo definir la perspectiva que ofrecen las DIS al conocimiento de la salud de nuestros países: ya que al explorar la naturaleza del equipamiento médico, del conocimiento que conforma las currículas de formación profesional, de los insumos sanitarios, de los medicamentos, de las prácticas asistenciales y sanitarias, de la transnacionalización de los factores determinantes del proceso salud-enfermedad, se nos ocurrió que podría hacerse la pregunta inversa ¿cuáles son en nuestros países las Dimensiones Nacionales de la Salud?.

No pudimos dejar de recordar una frase de un economista brasileño, quien en la década del 70 afirmaba: "La industria nacional de medicamentos sólo tiene de nacional el humo y el barullo de sus máquinas".

Postergando la resolución de nuestra primera dificultad, resolvimos continuar hacia la siguiente: suponiendo que fuéramos capaces de delimitar las DIS, necesitábamos preguntarnos para qué hacer tal cosa, ya que reiteradamente nuestro pensamiento nos remitía hacia la teoría de la dependencia y los esfuerzos teóricos, políticos y económicos que se desarrollaron en América Latina en la década del 70 a la luz de esta producción. Esta nueva duda nos remitió, sin embargo, a una certeza: no queríamos hacer del trabajo una canción de protesta sino una línea de reflexión potente para comprender la naturaleza de ese objeto escurridizo que llamamos salud internacional. Esto nos permitiría detectar intersticios imprescindibles para generar estrategias que posibilitaran mayores grados de libertad para nuestros países.

La tercera duda que se nos planteó es desde dónde escribir este trabajo, es decir, posicionado como qué, desde qué coordenadas y con qué referencias, y se nos ocurrió que era imprescindible decir que el trabajo se realiza desde el interior de un organismo intergubernamental de Salud, como es la Organización Panamericana de la Salud. Desde la representación de un país pobre y con una de las peores situaciones sanitarias del continente; y lo que es más importante, que el trabajo está escrito a comienzos de 1991, un año particularmente favorable para los osados, ya que en el peor de los casos sólo podría hacer un aporte más a la confusión general, pero al mismo tiempo un año que arrastra transformaciones tan profundas en las estructuras económicas, políticas e ideológicas mundiales que cualquier hecho podría dejar rápidamente obsoleto este esfuerzo. Por otro lado, el mundo se encontraba embarcado en una nueva aventura bélica que repercute sobre todos los ámbitos de las relaciones internacionales después que parece consagrado el derecho de intervención de fuerzas militares en territorios nacionales (Panamá, Irak) lo que parece ser el verdadero "instituyente" del nuevo orden internacional.

Los gobiernos de América Latina inician esta década con un masivo reconocimiento de la abultada hipoteca contraída durante su etapa de dictaduras, y dispuestos a realizar importantes cambios en su economía y en la sociedad, que repercuten sin lugar a duda en la salud de nuestros pueblos y en los servicios que pudieran recibir. Aquí vale la pena recordar que al principio de los 80 se planteaba como paradoja la relativa insensibilidad de los indicadores tradicionales de salud al comprobado incremento masivo de la pobreza, pero luego de instalada la pandemia de Cólera, esta especulación parece haber quedado fuera de lugar.

Con este manojo de dudas al hombro quedaban dos caminos a seguir, el razonable que era desistir en el intento y el de los dispuestos a arriesgarlo todo en cada aventura teórica; por supuesto optamos por desistir, pero los sucesivos llamados de la Dra. María Isabel Rodríguez<sup>2</sup> nos pusieron una y otra vez sobre el tema hasta que se nos hizo evidente que no íbamos a desembarazarnos tan fácilmente de esta tarea.

Fue así que comenzamos a buscar a tientas indicios o rastros que nos pudieran brindar alguna orientación sobre las DIS. El primer concepto que surgió es que el trabajo debía brindar el servicio de transparentar algo que permanecía oculto<sup>3</sup>, en otras palabras, que las Dimensiones Internacionales de la Salud y del aparato prestador de servicios son, en nuestros países, tan masivas como invisibles. Para expresarlo más claramente, los servicios de salud que brindamos a nuestros pueblos se brindan con conocimiento, equipos, insumos y normas predominantemente importadas, fenómeno que es poco conocido o sobre el cual nadie llama la atención, ya que parece que lo natural es que así sea. Y adicionalmente las condiciones de salud de la población quedan igualmente sobredeterminadas por factores externos que operan con curiosa simultaneidad en algunos procesos económicos, políticos, sociales y ecológicos en América Latina.

¿Para qué y a quién inquietar con estas reflexiones?, un para qué decoroso, tardó en brotar, pero fue planteado en estos términos: si las situaciones epidemiológicas de nuestros pueblos son específicas, si el proceso salud-enfermedad es un objeto históricamente construido en cada sociedad concreta, si el concepto mismo de enfermedad es una construcción cultural, luego diferente en cada pueblo; ¿cómo es posible que por su parte los servicios y sistemas de salud sean en muchos rasgos casi copiados en todos nuestros países? En otras palabras, si tenemos realidades diferentes, heterogéneas y nuestras organizaciones y formas de respuesta son homogéneas algo funciona mal y el estudio de la DIS puede ayudar a dar cuenta sobre ello. Más aún, el análisis de la DIS podría contribuir a desarrollar un pensamiento propio e innovador en los sistemas de salud de nuestros países, haciendo que los mismos se ajusten mucho más a la complejidad y especificidad de su sociedad y de sus problemas de salud.

Esta línea todavía nos parecía un poco romántica hasta que introdujimos por la ventana el análisis de la secuencia deuda-crisis-ajuste, ¿qué nos aportaba el análisis de este trinomio perverso? Básicamente el considerar que hoy por hoy la expansión de la frontera de cobertura de los servicios de salud en muchos países del subcontinente no sólo se ha detenido sino que incluso comienza a retroceder, en parte debido a una década de parálisis de la inversión, en parte debido a las manifestaciones del desmontaje del llamado "Estado de Bienestar" - aún cuando muchos autores coinciden en que tal estado no se llegó a instalar nunca en América Latina<sup>4</sup>. Dado que el desarrollo implícito en la emulación de modelos prestadores de los países centrales sólo puede sobrevivir en situaciones de expansión sostenida de la inversión, los países latinoamericanos sólo podrán mejorar su situación de salud si son capaces de deshacerse de los modelos prestadores hegemónicos que los condenan en la práctica a ofrecer servicios cada vez más complejos, costosos y sofisticados a cada vez menos cantidad de personas.

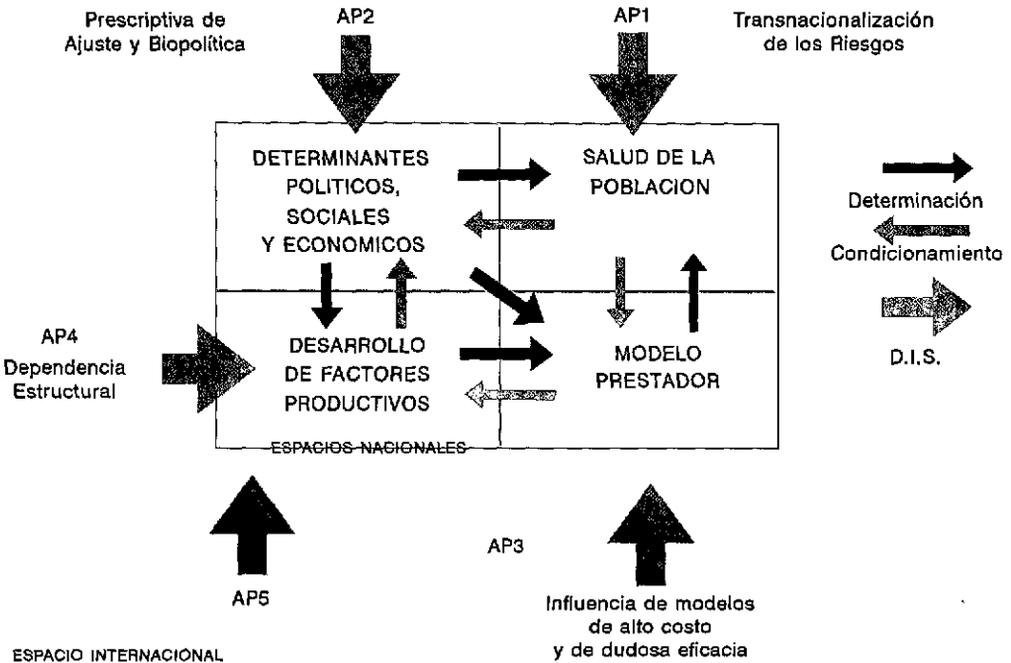
La necesidad de organizar el pensamiento de la DIS nos llevó a una esquematización que, como suele ocurrir con los esquemas, pueden simplificar realidades complejas con pérdidas de algunas características esenciales. Sin embargo, nos pareció útil a esta altura de la reflexión presentar en forma conjunta áreas que suelen ser analizadas en forma independiente a fin de organizar de una manera comprensiva estos campos (figura 1).

El esquema hace referencia a cuatro componentes centrales de la compleja problemática de salud de un país, las cuales son: la salud de la misma población; la infraestructura, el funcionamiento y la producción de todo el equipamiento social dedicado a prestar servicios de salud y que denominamos modelo prestador; la infraestructura de generación y desarrollo de los factores productivos que se realizan en el país (no cabe duda que según el nivel de desarrollo este componente será mayor o menor). Sin embargo, es inocultable la dependencia

Figura 1

Un Análisis Integrado de las DIS

Si consideramos los determinantes de la situación de salud y el corazón de la práctica de los servicios de salud en los países de América Latina podríamos seleccionar sus principales factores estructurales a través del siguiente esquema:



de "prefactores" imprescindibles sólo disponibles fronteras afuera. Finalmente, el componente de los determinantes políticos, sociales y económicos nacionales que operan marcando el espacio de lo posible a los otros componentes.

En este sentido hemos señalado con flechas el sentido, general de la determinación (no determinismo) de los componentes entre sí, entendiendo aquí como determinación la capacidad de un hecho de fijarle los límites de lo posible a otros hechos. Sin embargo, entendiendo que los espacios sobredeterminados tienen grados de libertad que pueden ser usados en uno u otro sentido, también hemos señalado el sentido general del condicionamiento entendiendo como tal la capacidad que tienen ciertos hechos de ponerle condiciones a la eficacia de otros. Las flechas marcadas como DIS indican igualmente determinación y condicionamiento. Sólo como ejemplo podríamos decir que el ingreso del *Vibrión Colérico* a América Latina "determinó" la epidemia pero que las condiciones concretas de saneamiento de cada país condicionó la "eficacia" epidémica de este factor.

Dentro de los campos de influencia, determinación o condicionamiento que agrupamos bajo la denominación de Dimensiones Internacionales de la Salud y como un desprendimiento de este esquema identificamos cinco campos con cierta autonomía relativa pero articulados en un marco teórico común, que pueden servir como líneas de investigación, de formulación de políticas y de diseño de proyectos de intervención.

### **Area Problemática 1: "Las Enfermedades no Respetan Fronteras", o la Transnacionalización de los Riesgos**

Ante la evidencia de que la situación de salud no es comprensible mediante análisis cerrados de poblaciones aisladas, es necesario un área de estudio que agrupe las investigaciones y las intervenciones sobre las enfermedades transmitidas más allá de las fronteras a través de vectores (paludismo, fiebre amarilla, dengue), de migraciones de origen económico (represas y grandes obras de ingeniería), político (refugiados), militar (ejércitos de ocupación) etc. Los estudios sobre las pandemias de Cólera pueden ser muy significativos en esta área como sería así mismo el estudio de otros factores como viajes de turismo o negocios (venéreas, SIDA, etc.).

Un énfasis especial merecen las problemáticas ambientales transnacionales, como contaminaciones por escapes químicos, biológicos o radioactivos a través de la atmósfera, de cursos de agua, etc. Esta área permitiría reconstruir los aspectos históricos así como los acuerdos, compromisos y legislaciones nacionales e internacionales existentes para neutralizar, impedir o compensar propagaciones. Puede incluir las zoonosis de impacto sanitario o económico (rabia, aftosa), como así también las intervenciones internacionales en catástrofes naturales o provocadas<sup>5</sup>.

Resulta evidente que una epidemiología de carácter internacional (en consecuencia social) puede ser una herramienta fundamental para investigar esta área y para diseñar proyectos multinacionales de control.

### **Area Problemática 2: "Prescriptiva de Ajuste y Biopolítica"**

Desde que algunos notables economistas han hecho notar que el producto bruto per cápita puede aumentar no sólo mediante un aumento de la productividad sino también reduciendo "las cápititas" se hace necesario investigar un área que hace énfasis en la problemática poblacional en lo que Foucault denomina la "biopolítica" y que se refiere a medidas dirigidas directa o indirectamente hacia el control poblacional, incluyendo los programas de planificación familiar y, por extensión, los dirigidos a la madre y al niño, la generación de grandes proyectos en esta área y la política de los financiadores".

Abarcaría el estudio de los conflictos de países con diferentes políticas de crecimiento poblacional, legislación de aborto y sus conexiones con los programas de Mujer y Desarrollo. Otro eje de atención se refiere a la presencia de ONGs privados o religiosos que desarrollan proyectos (en algunos casos fuera de control), especialmente en los países más pobres de la región y el análisis comparativo de las políticas de las agencias de cooperación de países desarrollados.

Si bien el aspecto poblacional refleja uno de los fuertes ejes de articulación entre economía y salud, no cabe duda que es imprescindible abrir una subárea dedicada al estudio de las múltiples determinaciones que emergen del campo económico y político que configuran hoy un panorama social dramático en América Latina. Este panorama caracterizado por la significativa expansión de la población en condiciones de pobreza ha puesto un signo de interrogación sobre los paradigmas de la transición epidemiológica y sobre una mejora irrefrenable de los indicadores de salud (especialmente los vinculados a la pobreza) que se verificó en los 70 y a comienzos de los 80 (ver más adelante "ajuste para todos en el año...").

### **Area Problemática 3: "Exportando Modelos Prestadores"**

Esta área agrupa la transnacionalización de los modelos de atención. La "influencia" de diferentes modelos prestadores (básicamente tecnologías de gestión), desde la organización hospitalaria hasta los sistemas de financiamiento y gerencia transmitidos a través de cursos, talleres, bibliografía, becarios, etc., que utilizan a las escuelas y programas de formación en salud pública, los conflictos, reales o aparentes, entre modelos administrativistas y modelos de liderazgo y el grado de desarrollo de "pensamiento propio" generado en algunos países de la región. Podría incluir, así mismo, un análisis sobre la incipiente transnacionalización de las cadenas de servicios de salud de los Estados Unidos a algunas grandes ciudades de América Latina. El conflicto de modelos de organización de la salud pública, implícito en las diferentes concepciones de atención primaria, la privatización de servicios públicos hospitalarios y el rol de diferentes agencias en el área; el análisis del marketing internacional a través de publicaciones como "The Hospital" y las líneas de cooperación en infraestructura de los grandes bancos de fomento.

### **Area Problemática 4: "Ciencia y Tecnología"**

Esta área agruparía los estudios sobre la producción, difusión, apropiación, utilización y consumo de tecnologías y conocimiento científico de valor estratégico para el sector salud. Incluiría el análisis del financiamiento y las políticas de ciencia y técnica de diferentes países, las transferencias de

investigaciones riesgosas a países de menor desarrollo, la problemática de patentes de medicamentos, la transferencia y la dependencia de insumos en la incorporación de alta tecnología, las políticas y prioridades de los grandes financiadores de investigación en salud y la naturaleza de las ventajas comparativas que ofrecen nuestros países para ello y el estudio de las materias primas importadas imprescindibles para las industrias nacionales de medicamentos, equipos e insumos médicos y de salud.

### **Area Problemática 5: "Universidad, Educación y Salud"**

Esta área incluiría los estudios sobre la formación y utilización de recursos humanos en salud, la "exportación" de modelos de formación, el flujo de información científica y de materiales instruccionales, el rol de fundaciones fuertes en el área, el rol de organismos panamericanos y latinoamericanos, los convenios entre universidades de diferentes países para intercambio de docentes o el desarrollo de programas completos exportados a otros países. La migración de profesionales, las redes y conexiones con su universidad de origen, el flujo de becas y becarios, organismos nacionales que controlan el flujo de salidas de becarios y sus políticas comparadas. Puede incluir un análisis comparativo de las políticas de cooperación de OEA, OIT, UNESCO, OPS/OMS, etc. en este campo.

### **Buscando Ejes Articuladores: Ajuste para Todos en el Año...**

Un primer eje articulador de estas áreas problema puede ser la instalación simultánea en casi todo el continente de políticas de ajuste de confesada orientación neoliberal. Cómo es que homogeniza sus regímenes políticos, instalando políticas económicas y sociales que hace sólo cinco años atrás no hubieran alcanzado ningún consenso es una interrogante que excede este trabajo pero que merece ser investigado.

Cualquiera sea el motivo, lo cierto es que como consecuencia de estas políticas la salud en América Latina no pasa por su momento más afortunado. Luego de décadas de dificultosa construcción de un sector público que apenas alcanzaba a deshacerse de sus antecedentes filantrópicos, de una relativa generalización en los países más industrializados de alguna forma de seguro social y de salud, de una mejora no lineal de la infraestructura sanitaria y de algunos indicadores de salud, este desarrollo parece haberse detenido y da indicios de empezar a retroceder.

La caída de los regímenes comunistas en Europa Oriental parece haber dejado sin piso a proyectos políticos de corte más social que parecían instalarse en la región en la década pasada. El llamado estado de bienestar (welfare state) es denunciado como responsable de los déficits fiscales y de la inflación, a la par

que parece dejar de ser necesario para restar base social a proyectos políticos más radicalizados. Así y por primera vez en nuestro siglo, una política común basada en el liberalismo económico se instala en la mayoría de los países de América Latina sin necesidad de dictaduras militares.

Las consecuencias para la salud son enormes porque esta política de consecuencias neodarwinistas ha elegido como escenario simultáneo una intervención sobre los medios de comunicación, que lleva a que, a pesar que el costo social del ajuste es y será enorme, la población está llevada a pensar que esto no importa, ya que los resultados que sobrevendrán justifican cualquier sacrificio (vale la pena recordar para el caso de los países más pobres, que cuando a Roosevelt se lo criticaba por generar empleo para sacar a los Estados Unidos de la gran depresión, algunos economistas argumentaban que el mercado podía resolver la crisis y Roosevelt respondía "estoy seguro de ello pero para entonces estaremos todos muertos").

La salud de la población en América Latina es flanqueada por las políticas de ajuste, en al menos los siguientes frentes:

1. *Económico:* dado que la primera política social es la económica, una política que se basa en concentrar la riqueza en los sectores de más altos ingresos multiplica el número de familias en situación de pobreza y pobreza crítica al estrangular la estructura social en su quintil superior orienta a brindar a ese quintil servicios de lujo (incluso de salud) de nivel internacional y abandonar los cuatro quintiles inferiores a su propia fuerza. Pobreza y salud reconocen así mismo, múltiples líneas de realimentación negativa.

2. *Estatal:* instalada esta política económica liberal, el Estado debe ser desmantelado como regulador y como productor -sin siquiera agradecerle los servicios prestados por haber mantenido las reservas de mercado. Ahora, por ineficiente, se venderán todas las empresas (rentables), al estado de bienestar le sucederá el de malestar (Bustelo 1991) y cuando los servicios públicos no se puedan sostener se reflotarán nuevas formas de beneficencia que se venderán como modernas pero que expresan la vuelta a las formas de prestación de principios de siglo.

3. *Seguridad Social:* dado que las verdaderas variables de ajuste de esta política, para permitir la recuperación de la tasa de rentabilidad, son la caída del salario real, la pérdida de la estabilidad laboral, la reducción del salario indirecto y la destrucción de la organización sindical; la seguridad social debe ser desmantelada o llevada a sus niveles más bajos, lo cual se logra por la reducción de sus ingresos, que se produce a través del aumento de la informalidad y el desempleo y a través de la caída del salario real de los contribuyentes, a lo que se agrega en algunos países la privatización parcial para los grandes aportantes que quiebra la solidaridad del sistema.

4. *Cultural:* esta política reclama así mismo la destrucción de los vínculos de solidaridad y el estímulo a las conductas individualistas, ya que se basa en

ganar gobernabilidad destruyendo o vaciando las instancias de participación, lo que viene mutando las organizaciones populares y la organización de los servicios de salud en muchos países del continente.

## **La Expansión del Complejo Médico Industrial**

Como segundo eje articulador de este trabajo, sostendremos que uno de los principios organizadores de la perspectiva del campo de las Dimensiones Internacionales de la Salud es la expansión del Complejo Médico Industrial (CMI); en otras palabras, que la expansión de mercados del CMI tiene una gran potencia explicativa sobre la homogeneidad del modelo prestador ya señalado. Sin embargo, ¿cómo reproducir el concepto de Complejo Médico Industrial sin agrandar y embellecer, en definitiva, exagerar el poder de este factor?

El Complejo Médico Industrial no es, en la práctica, sino el conjunto de empresas que, desde su origen o como expansión de sus segmentos de mercado, producen mercaderías que, como insumos o instrumentos de trabajo, ingresan en el proceso productivo del sector salud.

En su origen, estas empresas han servido al mercado interno de sus propios países; luego se han expandido a mercados internacionales y, en algunos casos en función de un análisis de ventajas comparativas, han transnacionalizado sus procesos productivos a través de todas las formas en que lo han hecho otro tipo de industrias (creación de subsidiarias, empresas nacionales asociadas, etc.).

Lo original de este proceso productivo es la pérdida progresiva del protagonismo del sector salud a quien comenzó sirviendo y de quien hoy se sirve, al punto de haber transformado su rol en el de un mero comercializador de lujo.

Es frecuente, desde salud en algunos países, mirar con alerta la reducción del espacio profesional de los farmacéuticos en ejercicio liberal, pasando en pocas décadas de un sólido prestigio social a un rol desdibujado de mero comercializador. Pero si lo miramos bien, ¿es muy diferente la situación de un médico o de un laboratorista?, ¿no será tal vez cuestión de tiempo?

Este cambio en el control del proceso de trabajo parece magistralmente ilustrado en el texto de Fernández de Castro<sup>6</sup>:

"La gallina come maíz; el sujeto de la acción de comer es la gallina. El granjero cría gallinas; el sujeto de la acción de criar gallinas es el granjero. La gallina pone huevos, el granjero produce huevos. En las frases en las que el sujeto es el granjero la gallina ha desaparecido como sujeto, aunque con ellas se describen acciones del granjero que incluyen el mecanismo material de que la gallina coma y que ponga huevos; la acción completa y compleja de la producción de huevos que realiza el granjero incluye el consumo productivo de maíz que hace la gallina y también la maravillosa transformación del maíz en huevos que se realiza en el laboratorio biológico que es la gallina. El

granjero se alza con el santo y la limosna en este proceso, no porque sea el sujeto de las acciones materiales que se realizan, sino porque es el sujeto de una relación distinta y previa al mismo, la relación entre él y el maíz, entre él y la gallina, relación de apropiación, de ocupación, de poder, relación sujeto/objeto".

Al leer este texto no es posible evitar interrogarse, ¿somos los médicos y los otros profesionales de salud, el granjero o la gallina? En el discurso de los productores de tecnología y de bienes de consumo para el sector parece más bien lo segundo.

Veamos al respecto, un texto que ayuda mucho a comprender el pensamiento de "los granjeros". Me refiero a la revista "The Hospital" que en su versión española llega, según declara, a 14.000 lectores clave como revista de marketing del CMI.

Allí el productor Welch Allyn en un artículo de publicidad indirecta, nos revela su perspectiva:

"Para el tiempo que George Blowers, veterano Gerente de Ventas de Welch Allyn fuera enviado en 1965 a América Central y del Sur para explorar las posibilidades de una penetración mayor en el mercado, Welch Allyn había hecho de la fibróptica la modalidad del futuro en diagnóstico médico".

"Para 1963 había desarrollado el primer instrumento de diagnóstico para mano iluminando con una fuente de luz fibróptica; dicha luz se basaba en fibras de vidrio tratadas, usadas con un foco diminuto para transmitir luz intensa y fresca que resultaba ideal para los fines de diagnóstico en medicina". "Blowers causó una fuerte impresión en sus visitas a hospitales y clínicas para hacer demostraciones con la nueva fuente de luz. Mientras que la gente en Estados Unidos había visto ya esas fibras, eran virtualmente desconocidas en América Latina, dice Blowers. "Yo llevaba un haz de fibras pegadas entre sí a un extremo y hacía brillar por ellas una luz de bolsillo, de manera que cada fibra se convertía por sí misma en una diminuta antorcha eléctrica". Según recuerda Blowers, "el efecto era de gran asombro; los curiosos eran atraídos como mariposas a la luz"<sup>7</sup>.

Al leer este texto, no se puede evitar la asociación con la descripción que casi 500 años antes realizara Cristóbal Colón al encontrarse con "los naturales" del Nuevo Continente.

Por otro lado, si aceptamos la hipótesis que se está produciendo una fuerte transformación en el proceso de trabajo, que incluye una pérdida del control por parte de los trabajadores de salud, transmutados de sujetos a objetos del mismo (de granjero a gallina), podríamos a su vez hipotetizar que todo el proceso de crisis en el sistema universitario latinoamericano, que Tedesco<sup>8</sup> llama de "desjerarquización de las credenciales educativas" -que en la práctica significa

una caída en la formación profesional- puede resultar un "producto" absolutamente funcional a esta transformación regresiva. En el mismo sentido, la masiva difusión de un pensamiento positivista en la formación de las profesiones de salud y la ausencia (aún el rechazo) de todo pensamiento social, puede facilitar una incorporación acrítica del profesional en los servicios de salud.

En el caso citado de los farmacéuticos ¿qué conocimientos son requeridos para participar en el proceso de comercialización de fármacos? Algo parecido va sucediendo con el médico, quien en una época era inclusive quien diseñaba sus instrumentos de trabajo y que hoy en muchos casos desconoce la naturaleza de los productos químicos que receta (a quienes conoce por su nombre de fantasía en el mercado) o del soporte científico de la tecnología de diagnóstico o tratamiento que utiliza o prescribe, pero más grave que eso es que ha perdido el control de la producción de nuevo conocimiento que hoy se realiza en otros espacios, -fenómeno que no se atenúa por la ocasional participación de algún ensayo terapéutico diseñado y financiado por laboratorios -por eso tampoco es de extrañar que son estos laboratorios los que hoy mantienen la superestructura científica (congresos, foros, publicaciones) en la mayoría de nuestros países.

Sin embargo, la capacidad expansiva del Complejo Médico Industrial resulta actualmente poco conocida en la mayoría de los países de América Latina, pues existe un gran desconocimiento de las grandes transformaciones que en este campo se están produciendo en los países centrales, y como consecuencia, no hay análisis de la repercusión de este fenómeno en nuestros países.

Por ello, el tradicional estudio de las empresas químicas productoras de medicamentos, siendo aún muy útil para introducir al personal de salud en las dimensiones económicas de su práctica, resulta hoy insuficiente si no se analizan los profundos cambios cualitativos que han surgido en el CMI.

Stanley Wohl en su libro "The Medical Industrial Complex" analiza justamente estos cambios y señala que el proceso cualitativo comenzó tan lejos como a fines de los 50, la intervención de capitales que no surgían del ahorro médico destinados a organizar empresas de redes de servicios finales comprando y fusionando servicios preexistentes. "Frist y otros compañeros médicos tomaron el inusual y, como se verá luego, históricamente significativo paso de vender acciones de su hospital en la idea de incrementar capital"<sup>9</sup>.

1965, es en opinión del mismo autor, un año clave en este proceso que había pasado desapercibido, al aprobarse por el Congreso los dos grandes seguros de salud: "medicare" y "medicaid" protegiendo a pobres y ancianos, pero creando al mismo tiempo una enorme reserva de mercado de demandas inelásticas (poco sensibles al precio) lo que generó desde entonces una epidemia de compras, fusiones y ventas de acciones en el campo de la prestación de servicios, conjunto de fenómenos que han hecho destacar a Starr (1982) el carácter industrial que adquiere hoy la medicina en los EUA:

"a menos que haya un radical cambio en las condiciones económicas y políticas en los EUA, las últimas décadas del siglo XX verán la disminución de recursos y autonomía de muchos médicos, hospitales voluntarios y escuelas de medicina: dos inmediatas circunstancias marcan una sombra sobre su futuro: el rápido incremento de médicos y la continua búsqueda de control del crecimiento de los gastos médicos"<sup>10</sup>.

En el número de enero de 1990 de su revista "NEWS", la Asociación Médica Americana presenta titulares tales como "La Práctica Médica Cambia a la Par que los Negocios Ganan Terreno"; "Los Intereses Antitrust se Expanden desde los Despachos de las Direcciones a los Consultorios"; "Altos Costos y el Avance de la Tecnología han Colocado una Cuña entre Médicos y Pacientes".

Indicios de recesión, de pérdida de control, de regulaciones y presiones múltiples parecen indicar que la Asociación Médica Americana, probablemente una de las corporaciones profesionales más exitosas en la historia, percibe a su modo, y no sin lucha aquello "del granjero o la gallina".

Mientras tanto los profesionales de salud en América Latina permanecen, en su inmensa mayoría, ajenos a estas discusiones e ignoran en forma casi absoluta qué relación puede haber entre la guerra que se libra al interior del Sector Salud en los EUA y el presente y futuro de los Sistemas Nacionales de Salud en nuestros respectivos países. Para 1984, Wohl ya reportaba la transnacionalización de servicios completos de las grandes cadenas a la ciudad de México y a Sao Paulo y es probable que sólo la crisis haya impedido hasta la fecha que estas cadenas no tengan hoy la expansión que tienen los McDonalds, los Sheraton, los Kentucky Fried Chicken (por cierto fuerte accionaria de una gran cadena de servicios de salud).

Pero si la expansión de cadenas en América Latina es incipiente, es en cambio muy robusta la expansión de tecnología médica y de insumos de alto valor agregado que vienen a sumarse en la última década a la histórica expansión de la industria farmacéutica. Cuando se hable de tecnología médica, debe tenerse presente la otra importante reconversión marcada por Wohl y es que los grandes gigantes industriales han entrado de lleno al mercado, por eso no debe extrañar que nombres como Philips, Toshiba o Kodak dominen y modernicen el panorama de los anunciantes de la citada revista *El Hospital*. Wohl por su parte identificaba en su libro la fuerte presencia de General Electric, Hewlett Packard, Sears e IBM en el mercado de salud.

Esta incorporación no es poco trascendente, ya que la entrada de los gigantes al mercado cambia las reglas de juego aún de los históricos proveedores, generalmente empresas familiares con otros estilos y sistemas de comercialización.

Este trabajo busca, en síntesis, llamar la atención sobre la existencia de una dimensión oculta o poco visible de los Sistemas Nacionales de Salud que, por

detrás de sus manifestaciones fenoménicas, presenta una marcada y creciente dependencia de un Complejo Médico Industrial transnacionalizado.

Nuestro ya citado Welch Allyn remata diciendo: "Hemos observado que las naciones de América Latina están desarrollándose económicamente" (?), dice Allyn, Vice Presidente de Welch Allyn y Gerente General de la División Médica de la firma, "he descubierto excelentes oportunidades para comerciar, en una región que contempla los cuidados de la salud como un derecho básico otorgado a toda la población por las autoridades nacionales"<sup>11</sup> (curiosa perspectiva de análisis del derecho a la salud).

## **A Modo de Conclusión**

Las "Dimensiones Internacionales de la Salud" como uno de los polos de análisis de la salud internacional puede ofrecer una perspectiva para interpretar, de una manera más comprensiva, lo que está pasando con la salud en nuestros países.

Intentamos en este trabajo responder a las preguntas sobre: qué son las Dimensiones Internacionales de la Salud, cómo se insertan como un polo de análisis de la salud internacional, cuáles son sus posibles componentes y cuáles sus eje articuladores; con el objeto de generar un campo para comprender mejor, para investigar, para intervenir y para ganar grados de libertad en la salud y en la atención de la salud de nuestros pueblos.

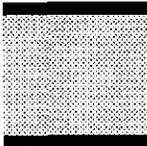
Las múltiples dimensiones del campo de salud, su transnacionalización progresiva, la comprensión de los fenómenos globales, la inadecuación creciente entre infraestructura de servicios y necesidades de salud de la población, el retroceso en las condiciones de vida (y salud) de crecientes masas de población, la concentración de servicios de lujo para élites y la reducción cualitativa y cuantitativa de los servicios ofrecidos por el Estado, la crisis de la seguridad social adherida a un salario comprimido que ha sido privilegiado como variable de ajuste, parecen hoy describir la situación de la mayoría de los países latinoamericanos.

Resulta imprescindible, en consecuencia, repensar desde nuestros países sobre las dimensiones internacionales de la salud, y profundizar el estudio de diferentes alternativas para generar capacidad nacional y pensamiento propio en la salud latinoamericana; el retroceso en las condiciones de vida en nuestros pueblos parece no dejar margen para postergar esta tarea.

## **Referencias**

1. Informe Final de la Reunión de Consulta sobre Desarrollo Conceptual de la Salud Internacional. Washington, D.C., OPS, octubre de 1989.
2. Coordinadora del Programa de Formación en Salud Internacional de la OPS/OMS y promotora de la reunión de Quebec.
3. Para profundizar el sentido estratégico de los conceptos de transparencia y opacidad ver: Testa, Mario. "Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación". Buenos Aires, OPS, 1989.
4. Ver por ejemplo: Pipitone, Ugo. "El Capitalismo que Cambia". México, Era, 1986.
5. Ver Rovere, Mario. "Salud Internacional". Mimeo OPS, Washington, D.C., presentado a la Reunión de Consulta sobre Desarrollo Conceptual de la Salud Internacional.
6. Fernández de Castro, Ignacio. "Democracia y Sistema Educativo Siglo XXI". Colombia, 1988.
7. Morrison, Emily. Welch Allyn en el cuidado de la salud en América Latina, *El Hospital (Confluence, Pennsylvania, EUA)* 46(1):4 (febrero-marzo de 1990).
8. Tedesco, Juan Carlos. "El Desafío Educativo: Calidad y Democracia". Buenos Aires, Gel, 1987, p. 52.
9. Wohl, Stanley. "The Medical Industrial Complex". New York, Marmony Books, 1984, p. 7.
10. Starr, Paul. "The Social Transformation of American Medicine". New York, Basic Books, 1982.
11. Morrison, Emily. Op. cit., p. 14.





## Reflexiones acerca de la Salud como Asunto Internacional<sup>1</sup>

Ulysses B. Panisset

La seguidilla de transformaciones radicales y de sorpresas en las estructuras nacionales y en las internacionales a lo largo de 1991, han abierto un período caracterizado principalmente por la inestabilidad. Este período, más que plantear nuevos problemas, va a hacer que resurjan intermitentemente otros más antiguos que siguen sin resolver.

Cual ilustración cruel de cómo resurjen los viejos problemas, estalló la Guerra del Golfo Pérsico, exhumando conflictos sobre límites artificiales que estaban sepultos desde los comienzos del siglo bajo una leve capa de arena y de petrodólares. En Europa Central, los intereses latentes de los diferentes grupos sociales hacen erupción en enfrentamientos nacionalistas y étnicos.

En América Latina, a pesar de la retórica de los desarrollistas en los años sesenta y setenta, la brecha entre el nivel de vida de nuestra gente y el de la gente de los países más avanzados desde el punto de vista tecnológico, sigue aumentando con el transcurso de los años. Como reflejo de esta realidad continental, la concentración cada vez mayor del ingreso amplía el abismo de inequidad ya existente entre ricos y pobres.

En un mundo cada vez más interconectado, en todos estos acontecimientos es posible hallar repercusiones directas e indirectas sobre la salud de la gente. Un día escuchamos que el cólera ha cobrado tres víctimas en el Perú. Al día siguiente que afecta a más de 55 mil personas. Y la semana siguiente cruza las fronteras de los países, legalmente o no, y contamina a una región íntegra ya azotada por problemas sociales similares<sup>2</sup>.

En un mundo que se integra gracias a los medios de comunicación más modernos, los problemas de salud adoptan una dimensión internacional. Los viejos problemas y los debates alrededor de ellos se reciclan y todavía surgen nuevos lemas. Los resultados, no obstante, son inferiores a la capacidad real y posible que la humanidad tiene de enfrentar aquellos problemas. Sin embargo, no basta con dar la impresión de que el proceso de salud-enfermedad está cada vez más internacionalizado. También hay que internacionalizar las soluciones.

Para alcanzar el objetivo de hallar soluciones comunes, hay que diseñar instrumentos y mecanismos teóricos de acción que respalden iniciativas más beneficiosas y efectivas. La contradicción entre la persistencia de los viejos problemas y sus efectos dañinos sobre la salud de la gente y los cambios constantes en los ambientes básicos de nuestras sociedades, nos fuerza a conjeturas frecuentes y cambiantes. También nos compele a realizar un esfuerzo teórico, un intento de comprender el ritmo y las pulsaciones de este final de siglo, orientado a nutrir nuestras medidas de salud a nivel internacional.

Debemos comenzar discutiendo nuestra propuesta conceptual de salud internacional en sus ámbitos más explícitos: nacional e internacional. Rovere sugiere el análisis de la dimensión internacional de la salud dentro del ámbito nacional. La salud en el ámbito internacional, o sea la salud como asunto internacional, existe como un recorte del vasto campo de las relaciones internacionales y es el objeto de este artículo<sup>3</sup>.

La relación dinámica entre salud y enfermedad genera repercusiones que van más allá de sus límites locales, nacionales e incluso regionales. La salud internacional, que comprende la compleja red de sistemas privados y estatales, organismos internacionales, temas sociales, economía, producción, mercados, servicios, así como el proceso mismo de salud-enfermedad, no existe en el vacío. Es una parte integral del campo de las relaciones internacionales que es igualmente laberíntico, que intenta crear hitos en un mundo cambiante.

Además de la dimensión internacional que ya de por sí le da forma a la salud dentro de cada Estado-Nación individualmente, que sin embargo retiene calidades específicas en cada lugar, la salud colectiva sin duda es un asunto internacional.

Los temas relacionados con la salud afectan a los países en lo que atañe a sus límites en ambas direcciones. De la misma manera que es imposible tratar el tema salud-enfermedad como si tuviera lugar solamente dentro de las fronteras nacionales, es imposible comprender la naturaleza de los temas de salud en el ámbito internacional sin hacer referencia a sus expresiones nacionales. A pesar de sus diferentes manifestaciones, los dos elementos claves del análisis, la "dimensión internacional de la salud" en el ámbito nacional y "la salud como asunto internacional" en el internacional conforman una intrincada relación dialéctica. La decisión de analizar cada dimensión separadamente en este encuentro se debe a las necesidades conceptuales. Sin embargo, es la superposición de los dos ámbitos lo que determina el resultado total.

El propósito principal de las siguientes reflexiones es el de explorar algunos aspectos de distintas formas, en las cuales los temas derivados del proceso salud-enfermedad cobran expresión en el ámbito internacional, esto es las relaciones entre las Naciones-Estados, sus instituciones y su gente.

La complejidad del tema "salud como asunto internacional" requiere instrumentos y métodos de análisis que vayan más allá de los que tradicionalmente se aplican al estudio de fenómenos de salud-enfermedad a nivel local. Por ser una porción de las relaciones internacionales, los basamentos pragmáticos y teóricos de la salud internacional, deben procurar inspirarse en los pertenecientes a las relaciones internacionales.

En un mundo de cambios acelerados, es necesario no solamente estudiar, sino reorientar la cooperación internacional en los temas relacionados con la salud, especialmente la cooperación técnica entre los países. Lo que es más, se precisan nuevas tecnologías y nuevos mecanismos para mejorar la cooperación

técnica internacional en el sector salud. La carencia actual de una teoría de salud internacional existente, claramente delineada, nos permite internarnos en este campo de estudio en evolución. Voy a explorar una serie de cuestiones y de reflexiones aquí que considero son esenciales al objetivo de elaborar una visión de la salud como asunto internacional.

¿Es la salud internacional un asunto político para los gobiernos y para los protagonistas privados?

¿Cómo refleja el sector salud las veloces transformaciones que están ocurriendo en la escena política internacional actual? ¿Tiene algún impacto la salud sobre las relaciones internacionales?

Pese a los conflictos y las transformaciones de nuestra época (la alta tecnología, el aumento de la competencia, los grandes bloques comerciales, los cambios políticos e ideológicos, etc.) ¿es posible pensar que habrá cooperación entre Naciones en el campo de salud?

Además de la carencia de una teoría coherente, otra limitación en el debate relacionado con la salud como asunto internacional es que incluso aquellos que utilizan el paradigma histórico-estructural del asunto en su análisis, no encaran la relación dialéctica de la salud internacional con el proceso de salud-enfermedad. Más bien, la ven como un tema completamente separado. En otras palabras, reducen una interacción compleja a un simple instrumento de comparación de sistemas y políticas de salud aislado del contexto y del concepto más amplio de salud. Otro problema relacionado con lo anterior es el tratamiento tradicional de la salud internacional como una disciplina y no como un conjunto de variables que ejercen su influencia sobre todas las consideraciones del proceso salud-enfermedad.

Rovere intenta hacer el concepto de salud internacional más preciso y objetivo. Para Rovere, la salud internacional es:

un recorte del campo de las relaciones internacionales que a través del intercambio del conocimiento, información, financiamiento, insumos, tecnología, físicas y de gestión e influencia política, tiende a mejorar las condiciones de salud y de vida de las poblaciones dentro de los límites que los intereses de los países involucrados impone<sup>4</sup>.

Procuramos examinar otra faceta de los límites impuestos por los intereses nacionales: los límites que imponen las Naciones-Estado dominantes sobre la situación de salud de los países menos poderosos y las consecuencias de estos límites para la cooperación en salud.

El sector salud, visto como una pequeña parte de la totalidad mayor, no determina la política internacional. Sin embargo, influye sobre esa política, y la salud es una parte integral de los conflictos internacionales con repercusiones a nivel nacional e internacional.

Por consiguiente, es importante comprender las diversas dimensiones que contribuyen al proceso salud-enfermedad a un nivel internacional.

El primer paso en procura de aprehender estos conceptos es el de examinar las dimensiones de las relaciones entre las Naciones. Para una comprensión cabal de las múltiples dimensiones y significados de la salud y de la salud internacional, se tiene que evaluar el contexto de la calidad y de los resultados de las relaciones entre las Naciones. Los contextos históricos nacional e internacional, político, ideológico y económico tienen que tenerse en cuenta<sup>5</sup>.

El estudio de y el trabajo en salud internacional requieren la perspectiva histórica del proceso salud-enfermedad. Esta es la clave para descifrar como han evolucionado los sistemas de salud de los diferentes países y como el proceso de salud-enfermedad de cada país está interrelacionado con el de otros países.

La interacción en salud a una escala internacional no es una idea nueva. En el quinto centenario de la llegada de Colón al continente americano, es importante recordar la legendaria controversia acerca de las enfermedades y de otras calamidades que invadieron el continente americano con los colonizadores europeos. Para ilustrar estas antiguas discusiones, es suficiente recordar la agitada polémica acerca de si la sífilis la habían introducido en América los colonizadores o si se había propagado en Europa al retorno de los primeros conquistadores.

Como posibilidad teórica, la salud internacional tampoco es una novedad. Se podría decir que Thomas Malthus fue uno de los primeros teóricos de salud internacional en su "Ensayo Acerca del Principio de Población en la Medida que Afecta la Mejora Futura de la Sociedad", que se publicara a finales del siglo XVIII, Malthus considera a la enfermedad, al hambre y a la guerra como medios para garantizar los recursos solamente para los supervivientes más aptos. Su visión escéptica de los problemas sociales todavía tiene partidarios entusiastas en la política mundial, con consecuencias drásticas para la salud de millones.

Se puede encontrar un abordaje internacional de la salud en autores tan diversos como Hobson, Engels, Lenin, Choucri, North y otros que enfatizan la relación entre el aumento de población, la demanda mundial de recursos y de tecnologías, la necesidad de nuevos mercados y los conflictos que amenazan la paz<sup>6</sup>.

Prácticamente todas las dimensiones (cultural, étnico-nacional, demográficas, epidemiológicas, ecológicas, etc.) que tienen una incidencia directa o indirecta sobre la salud en el escenario nacional, ocasionan una cadena internacional de reacciones, especialmente en el mundo de hoy. Sin embargo, vamos a concentrar nuestro debate en las tres dimensiones, la ideológica, la política y la económica, que son las que consideramos más apropiadas para hacer resaltar las consecuencias de la salud como asunto internacional.

La salud internacional, comprendida como una parte o como un segmento de las relaciones internacionales, es un escenario importante para las batallas

ideológicas. Los países en competencia utilizan la salud para promover o para desacreditar diferentes modelos económicos y de Estado. Además, la salud es un campo que refleja claramente la definición de las prioridades y de las políticas internas que siguen el gobierno y la sociedad e incluso la misma organización de servicios de salud para encarar aquellas prioridades.

Pese a la retórica gubernamental y a los esfuerzos de los ministerios del ramo, la promoción de salud no es una prioridad real en la mayor parte de América Latina. Ello puede verse en la escasa y desorganizada asignación de recursos a esa área, lo cual complica aún más las ya existentes desigualdades sociales. Una evidencia más es la lenta mejoría de los indicadores de salud en la región. Las decisiones fundamentales relativas al sector salud se adoptan generalmente en los ministerios de economía que, en estas épocas de neoliberalismo epidémico, basan sus políticas en el mercado y/o en los intereses de los bancos internacionales.

La naturaleza del Estado -su dimensión ideológica- es lo que les da forma a las políticas de salud nacional e internacional. Cuando el Estado es capitalista, los ejecutivos de una empresa privada pueden influir sobre el sistema de salud para que obtenga las mayores ganancias posibles. En otras palabras, la ideología dominante es lo que en última instancia determina las políticas de salud principales de una Nación-Estado. Dado que la ideología define sus relaciones con los otros países, también lo hace en el campo de la salud.

Braillard establece que la fragmentación del estudio de las relaciones internacionales se caracteriza por la ausencia de un paradigma y por el hecho de que existen varios modelos generales explicativos en pugna en uno contra el otro, diversos conceptos del objeto<sup>7</sup>.

Las diferentes "teorías" de las relaciones internacionales funcionan principalmente como intentos de explicar las doctrinas que subyacen al accionar de los países dominantes en el escenario internacional. Son teorías en tanto y en cuanto explican una conjunción de hechos políticos determinados por la doctrina del accionar de la Nación-Estado. Estos modelos explicativos son en forma concomitante doctrinas en el sentido de que orienten la política gubernamental de acuerdo con las creencias y los objetivos de la ideología nacional dominante. Por consiguiente, las doctrinas de las relaciones internacionales tienen su origen en el sello conceptual e ideológico del Estado y en sus prácticas políticas en el ámbito internacional.

Independientemente de si vemos a las relaciones internacionales como una disciplina autónoma o como parte de la ciencia política, es indiscutible que sus bases conceptuales se aplican al campo de lo político, o de las relaciones políticas entre las Naciones-Estado. La variedad de determinantes sociales comprendidos en la salud internacional y el carácter multidisciplinario de la materia, exigen que este tema se trate también principalmente en el campo de la ciencia social, especialmente de la política.

Como sector económico, el sector salud tiene características específicas que lo diferencian de otras partes de la economía. En el sector salud, los beneficios mutuos que entraña la cooperación entre los países, especialmente al nivel más avanzado de la integración regional se perciben más fácilmente que en otras áreas. La naturaleza recíproca de los beneficios es más clara. La diplomacia, los elementos geopolíticos y las relaciones económicas, entre otros factores, determinan las relaciones entre Naciones al nivel político así como al nivel de la salud internacional. Sin embargo, la salud, en algunos casos, tiene una influencia marginal en las relaciones internacionales.

La importancia relativa de la salud como instrumento de la diplomacia puede ilustrarse con diversos ejemplos. La iniciativa patrocinada por la OPS "Salud: Puente para la Paz" en Centroamérica es una de las expresiones de la influencia que la salud internacional podría tener en mantener las puertas abiertas a las negociaciones entre los países. Sirvió como indicación de la posibilidad de negociaciones por lo menos en un tema incuestionable -la salud- hasta que se institucionalizó la mediación diplomática en Esquipulas<sup>8</sup>.

Al comentar acerca del progreso de "Salud: Puente para la Paz", Carlyle Guerra de Macedo afirmó que: "Consideramos que la salud trasciende las divisiones políticas. Consideramos que no solamente puede, sino que muchas veces ha sido un factor clave en la promoción del diálogo, en el fomento de la solidaridad, y en contribuir a la paz entre los pueblos y entre las Naciones"<sup>9</sup>.

Otro ejemplo de la capacidad del tema salud de influir el diálogo entre los países es la mejora de las relaciones comerciales entre Brasil y Cuba. Cuba intercambió con Brasil vacunas por productos brasileños, que van desde pollos congelados hasta automóviles, solucionando en parte el desequilibrio de la balanza comercial que favorece al Brasil y mejorando globalmente las relaciones entre los dos países.

Por otro lado, pese a las características singulares y a su dimensión humanitaria, no puede examinarse a la salud internacional aisladamente de la manipulación y del manejo de conflictos que se dan en la escena internacional.

Los mecanismos y las medidas económicas, políticas e ideológicas de las Naciones-Estado en las relaciones internacionales (doctrinas, estrategias, alianzas, cooperación, asistencia externa, actos bélicos, conflictos), así como el accionar de las empresas transnacionales (comercio internacional, carteles, empresas mixtas, alianzas estratégicas, consorcios, etc.) repercuten con efectos expansivos en el campo de la salud. El gobierno de una Nación-Estado que otorga prioridad a las exportaciones en sus esfuerzos de producción tiene una política exterior regida por las exigencias del comercio internacional en tecnologías, bienes y servicios. Las tecnologías en salud, sus productos y servicios no constituirán una excepción en una economía tan orientada hacia la exportación.

El ejemplo del Japón es evidente. Desde 1958, el gobierno japonés ha invertido dinero en los esfuerzos de cooperación diseñados para beneficiar al país

donante, ya sea mediante la financiación de importaciones de bienes de capital japonés o mediante el desarrollo de recursos naturales que son, más tarde, exportados al Japón<sup>10</sup>.

Como destaca Samarasinghe: "En Sri Lanka, el equipo hospitalario japonés suministrado mediante la entrega de donaciones reemplaza equipo similar que tradicionalmente era provisto por los fabricantes europeos. Resulta obvio que el Japón está creando un mercado duradero para su equipo médico por medio de la asistencia"<sup>11</sup>.

La Agencia Brasileña de Cooperación (ABC) dependiente del Ministerio de Relaciones Exteriores de ese país, intenta abrir y consolidar nuevos mercados por medio de la cooperación internacional, pero lo hace con menor participación directa de las empresas brasileñas. Además de distribuir becas estudiantiles y subsidios y de cooperar con las organizaciones internacionales, la ABC emplea dinero de inversión para promover proyectos de cooperación en salud.

ABC representa toda una novedad entre los organismos de cooperación bilateral. Se diseñó para canalizar recursos públicos y privados a las empresas mixtas del tercer mundo. Su trabajo interesante y dinámico debiera servir de ejemplo a los organismos con mayores recursos. Sin embargo, en consonancia con la política de promoción de las exportaciones de Brasil, el organismo actúa principalmente en áreas donde las empresas brasileñas están prestando servicios de ingeniería (por ejemplo, la construcción de represas y caminos en el Africa Central) o donde hay un mercado potencial para los productos brasileños.

Cuba ocupa una posición particular en términos de la cooperación internacional en salud. Es un país que acuerda prioridad nacional a la salud y la utiliza como base de su política exterior hacia el resto de los países en desarrollo.

Debido a la decisión política de forjar un sistema complejo de salud en el plano interno y de promover el internacionalismo y la solidaridad para con el tercer mundo, Cuba es posiblemente uno de los países más militantes en lo que respecta a las actividades en salud internacional. Alrededor de 3,000 trabajadores de salud cubanos, más de la mitad de los cuales son médicos, trabajaban de voluntarios en 26 naciones del tercer mundo en 1989<sup>12</sup>. La experiencia cubana demuestra que la cooperación internacional en salud puede dejarle beneficios al país donante. Así los eventos más recientes sugieren que Cuba, que está oprimida por la peor crisis económica de su historia, recibe actualmente beneficios de la reputación que ganó por medio de la cooperación en salud internacional para exportar tecnologías, productos y servicios de salud<sup>13</sup>.

En el extremo opuesto, se encuentra un Estado que promueve la intervención global sobre la base de la doctrina del realismo y de la política de contención de ideologías opuestas, que trata de controlar el proceso de salud-enfermedad en relación con sus propias pretensiones e intereses geopolíticos globales. Para los realistas, la presencia militar en áreas determinadas de

conflicto geográfico a menudo se percibe como una política mejor para asegurar la estabilidad que la asistencia, la cooperación y el desarrollo.

El modelo del "realismo" dominó el estudio de las relaciones internacionales en los Estados Unidos desde la década del 40 hasta el final de la década del 60. Sus fundamentos teóricos y doctrinarios siguen siendo la base de la toma de decisiones en política externa en los Estados Unidos en los momentos actuales.

Los orígenes del realismo se remontan a Tucídides, quien, al hacer el análisis de la guerra del Peloponeso, caracterizó a la política internacional como la relación entre "el poder, las fuerzas impersonales y los grandes dirigentes". Otros antecedentes del realismo se hallan en el análisis que hace Maquiavelo de las relaciones entre los estados italianos en el siglo XVI, así como en autores tan diversos como Hobbes, Hegel y Weber. Los clásicos del realismo tienen en común con sus émulos del siglo XX la idea de que la característica principal de la política internacional radica en la lucha por el poder<sup>14</sup>.

Los teóricos del realismo contemporáneo (Niebuhr, Spykman, Morgenthau, Kennan, Kissinger, etc.) sostienen, con muy poca diferencia relativa entre ellos, que las Naciones-Estado son las protagonistas de la política internacional. Las élites del Estado tienen como prioridad el diseño y la ejecución de estrategias cuyo objetivo es el de garantizar o ampliar intereses que garanticen la seguridad nacional. Para los realistas, la autoayuda y el uso de la fuerza son los derechos de una Nación en la defensa de su seguridad y de sus objetivos nacionales.

Las aplicaciones más claras de los conceptos realistas se encuentran en el campo militar. Los realistas consideran que si el escenario internacional es conflictivo y anárquico en esencia, las amenazas externas justifican el uso del poder nacional contra las Naciones-Estado que representan una amenaza.

Otra propuesta del realismo es que la política interna puede estar claramente separada de la política exterior. Sin embargo, los hechos demuestran que por lo menos en el área de los temas relacionados con la salud, esta premisa es falsa. El consumo epidémico de narcóticos obviamente constituye uno de los problemas más graves de la salud pública en la actualidad. Es un ejemplo de un área en la que las dimensiones de salud internacional en el campo de lo nacional (la política interna) se combinan con la cuestión de la salud como un tema en la toma de decisiones en política internacional.

En un artículo sumamente revelador acerca de la aplicación de la doctrina realista en este tema de salud específico, Bruce Bagley analiza la falacia de la política interna y externa de los Estados Unidos en la lucha contra el tráfico de drogas. Bagley procura explicar las razones del fracaso de las políticas de la "Batalla contra las Drogas" aplicada en los últimos diez años, precisamente a consecuencia de la adopción del modelo realista en la estrategia para enfrentar el problema del tráfico internacional de estupefacientes<sup>15</sup>.

La doctrina estadounidense en cuanto a la batalla contra el tráfico de drogas, que Reagan llamara el problema de seguridad nacional por antonomasia en 1982, afectó directamente a cinco países latinoamericanos, Bolivia, Colombia, México, Perú y más tarde Panamá. Sin consultar con los países afectados, el Congreso de los Estados Unidos respaldó al presidente mediante la aprobación de leyes destinadas a aumentar el presupuesto de represión y las actividades de erradicación en los países productores y contra los intermediarios en el tráfico de drogas. Sin embargo, las drogas siguen penetrando el territorio estadounidense.

De acuerdo con Bagley, la perspectiva realista mantiene que los Estados Unidos tiene el derecho y el deber de ser el brazo de la ley y de mantener el orden internacional para eliminar la inestabilidad. Por consiguiente, los realistas consideran que los Estados Unidos tienen que forzar a las Naciones menos poderosas a parar la producción y el contrabando de drogas, garantizando así la seguridad de los Estados Unidos así como la estabilidad del sistema internacional. Cuando se aplica la posición realista a la Batalla contra las Drogas, también promueve medidas de fuerza unilaterales, tales como sanciones económicas e intervenciones militares.

La aplicación del modelo realista a la salud internacional podría, entre otras calamidades, llevar a la inversión del objetivo inicial pretendiendo mejorar la salud de la población de un país. Durante la invasión de Panamá, por ejemplo, la amenaza real para la salud que representaba el consumo epidémico de cocaína en los Estados Unidos sirvió de excusa de medidas militares con objetivos geopolíticos y no de salud que resultaron en la muerte de una gran cantidad de civiles. Para enfrentar el problema del tráfico de narcóticos no precisamos medidas unilaterales, sino más bien la cooperación de todos los países que abarque el consumo, la producción o el actuar como intermediarios en el tráfico de drogas. Más que nada, las estrategias de largo plazo de nivel nacional e internacional, así como la recuperación del crecimiento económico de la región, son requisitos para controlar la producción y el contrabando internacional de estupefacientes.

Las propuestas neorrealistas de Waltz, Kindermann, Gilpin, etc., surjen en los círculos académicos estadounidenses como alternativas a la propuesta realista. Pese a lo profundo de sus diferencias, que no vamos a analizar en detalle aquí, las dos corrientes y sus variaciones mantienen que es posible la cooperación entre las Naciones sobre la base de la "interdependencia".

En este momento, mientras las democracias de América Latina, que recién están floreciendo, adoptan conceptos neoliberales como modelos de ajuste económicos a nivel nacional y de políticas internacionales, es importante caracterizar las tendencias teóricas liberales contemporáneas en las relaciones internacionales. Con las raíces en el liberalismo económico del siglo XIX, aparece el institucionalismo funcionalista neoliberal en la teoría de las relaciones

internacionales a continuación de la Segunda Guerra Mundial, como una respuesta al realismo<sup>16</sup>.

Sus bases principales pueden caracterizarse por la teoría de la "integración funcional" (Mitrany), que defiende el papel rector de los organismos internacionales en las relaciones entre las Naciones. Al final de los años 50 y durante la mayor parte de los 60, el neofuncionalismo surge tal como lo elaboran Haas, Schmitter, Lindberg y otros, que levantaban la bandera de la integración regional a través de las organizaciones y de las asociaciones de libre comercio. Los neofuncionalistas destacaron el papel rector que desempeñan los sindicatos, los partidos políticos, las asociaciones de comercio, y las burocracias multinacionales en la cooperación entre países. En los años 70 y 80, Nye, Keohane y Oye elaboraron las teorías de la interdependencia económica destacando el papel de las corporaciones multinacionales y transnacionales, así como el de las coaliciones transgubernamentales<sup>17</sup>.

Es verdad que los poderosos Estados modernos generan múltiples canales de acceso, congruentes con los teóricos liberales de la interdependencia, impidiendo el monopolio del gobierno central en la política extranjera. Sin embargo, los neoliberales procuran ignorar que aunque estos actores tienen sus propios programas, la mayoría de ellos tienen en común una ideología de dominación sobre el conjunto de la sociedad que los unifica y da como resultado una política exterior común producto de sus medidas características.

La multiplicidad de los problemas y de las interrelaciones en la esfera internacional requieren la creación de instituciones internacionales especializadas. Sin embargo, al contrario de lo que postulan teóricos de la interdependencia tales como Keohane y Oye, el papel de los cuerpos internacionales se circunscribe a los límites impuestos por sus principales proveedores de recursos financieros y árbitros del poder.

Cada una de las escuelas del pensamiento en relaciones internacionales encara las cuestiones de interdependencia y de la necesidad de cooperación en una forma diferente. Los realistas aceptan las relaciones dependientes entre Naciones como algo inevitable. Más aún, la aplicación de sus conceptos básicos a la política exterior tiende a reforzar la aceptación y el mantenimiento -incluso a través de la acción militar- de la estructura actual de poder. Por consiguiente, la aplicación del realismo resulta en el mantenimiento de la desigualdad.

Los neorealistas utilizan conceptos similares, pero lo hacen a través de una ventana que intenta comprender con mayor claridad las necesidades, las posibilidades y las condiciones con ajuste a las cuales ocurren la cooperación y el conflicto. Los neoliberales de todos los matices ignoran las cuestiones fundamentales relacionadas con la distribución del poder y la división del mundo en países centrales, periféricos y semiperiféricos. Sin embargo, por el lado de lo positivo, ellos aceptan la existencia y la participación de varios otros actores

además de los gobiernos en la definición de la política internacional. Nos parece que esta comprensión es fundamental para trabajar hacia la cooperación en salud.

Los neorrealistas, los neoliberales y otros hablan de interdependencia como un fenómeno moderno, originado en una economía mundial interconectada. La interdependencia pasó a ser una palabra de moda para describir el crecimiento del comercio entre los países y el impacto de la revolución tecnológica de las comunicaciones en la evolución de la economía internacional.

El neorrealista Knorr, sin embargo, afirma que el poder, la influencia y la interdependencia, están unidos inextricablemente. Dos o más Estados pueden estar en conflicto acerca de algunos temas y cooperar en los otros: "Cuanto (los Estados) cooperan, obtienen los beneficios de la creación de nuevos valores materiales e inmateriales. Cuando entran en conflicto, intentan ganar valores a expensas del otro. En cualquiera de los casos, son interdependientes"<sup>18</sup>.

Los países dependen uno del otro para promover la salud y evitar la propagación de la enfermedad. Pero ¿sería legítimo afirmar que la base de la cooperación entre los países en salud o en cualquier otro de los sectores económicos radica en la interdependencia?

Gilpin analiza el concepto "harto ambiguo" de mercado o de interdependencia económica. Utiliza el término "interdependencia" con el significado de "dependencia mutua pero no equivalente"<sup>19</sup>.

Algunos de los que adoptaron la perspectiva histórico-estructural tal como Cardoso, sostienen que la interdependencia entre un país a la vanguardia de la revolución tecnológica y un país a mitad de camino del desarrollo industrial y tecnológico, guarda similitud con la relación entre un banquero y un futuro cliente. Resulta obvio que un país avanzado tecnológicamente precisa de los mercados, de los recursos, de la mano de obra y de los materiales de otras Naciones con el objetivo de garantizar su desarrollo. En este sentido, existe algún nivel de interdependencia, pero la calidad de las dos dependencias es diferente. La perspectiva histórico-estructural se nos antoja un instrumento adecuado para el análisis del flujo de bienes de capital, productos de consumo, tecnologías y servicios relacionados con la salud dirigidos hacia América Latina y otros países del tercer mundo<sup>20</sup>.

Explicar la situación dinámica de las interacciones aceleradas entre Naciones soberanas en las áreas de salud como mera interdependencia nos parece esencialmente incorrecto o por lo menos una explicación parcial del problema. El término interacción caracteriza mejor el intercambio desigual que existe entre las economías de los países que el término "interdependencia". Para entender cómo se manifiestan los fenómenos de salud internacional, hay que entender el patrón real de la expansión capitalista y la división internacional del trabajo entre los países centrales, los de la periferia y los de la semiperiferia. Elling, por ejemplo, utiliza una teoría de sistemas mundiales que sugiere una relación directa entre la naturaleza del Estado, su sistema ideológico y económico, y el

consiguiente resultado sobre la salud internacional. Más adelante, al tratar sobre los aspectos de la cooperación en salud internacional, trataremos de analizar los aspectos del impacto de las relaciones de dependencia entre los países sobre tal cooperación<sup>21</sup>.

Al analizar las posibilidades de interacción y diversas formas de cooperación entre los países en el área de salud, surge la siguiente pregunta: ¿es la cooperación en salud una forma de afirmar la interdependencia o de afianzar la dependencia?

Las relaciones reales de intercambio entre los países del continente reflejan las diferencias cualitativas en cuanto a los términos y las condiciones en los que tiene lugar el intercambio. Siguiendo con el ejemplo del tráfico de drogas, las actividades de salud internacional de un país pueden utilizarse como un instrumento de la diplomacia y de la cooperación así como de dominación.

El proceso de integración económica que actualmente tiene lugar en América Latina y el Caribe, sin embargo, abre las puertas para que se establezcan relaciones de interdependencia real como producto de las necesidades comunes. Como mínimo, uno podría esperar que aumenten las interacciones entre los países, con hondas repercusiones en el área de salud. Sin embargo, la existencia de una interdependencia real se decidirá independientemente del sector salud.

Se pueden considerar formalmente a la soberanía y a la identidad nacional como características del Estado moderno. Sin embargo, la soberanía y la identidad nacional existen en relación con la capacidad de un Estado de forjar y de ejercer su poder en el ámbito internacional. En forma similar, la situación de salud de un país refleja su capacidad de desarrollo a nivel nacional e internacional, dado que depende de determinantes internos, así como de innumerables variables que se determinan internacionalmente.

El mito y la apariencia de la interdependencia pueden ocultar el hecho de que cualquier relación entre Naciones presupone la existencia de algún nivel de conflicto y por ende de la necesidad de su resolución. Stein afirma que:

"La cooperación internacional y el conflicto están unidos inextricablemente. Ambos son omnipresentes en la política mundial, así como aparecen en muchas otras formas de las relaciones sociales y biológicas. Ambos son reflejo de conductas calculadas con premeditación en un mundo interdependiente y ambos surgen de la interacción de una variedad de factores de situación (...) las relaciones competitivas y las conflictivas pueden subyacer a las concertadas, las cooperativas (...). Los productos de la cooperación y del conflicto internacionales surgen como consecuencia de las estrategias que escogen los Estados, que comprenden tanto las de cooperación como las de conflicto"<sup>22</sup>.

En esta afirmación, Stein, que es neorrealista, admite la dimensión conflictiva de la "interdependencia" entre las Naciones. Cualquier acto de

cooperación entre dos o más países supone el conflicto. La comprensión de esta condición desarma las ilusiones y facilita la negociación de acuerdos mutuamente beneficiosos. Aún más, Stein advierte del peligro de ocultar aspectos de "coerción, poder y conflicto" que son parte de la cooperación entre los países:

"Lo mismo de problemática es la concertación en cooperación solamente. Algunos economistas reconocen que su disciplina se concentra en el intercambio en beneficio mutuo y que la eficiencia del mercado oculta una gran parte de la coerción, del poder y del conflicto que son parte de los intercambios del mercado (...). Incluso las interacciones cooperativas tienen elementos conflictivos y competitivos"<sup>23</sup>.

Una Nación-Estado puede promover medidas cooperativas con un menor grado de su propio interés en la salud que en temas militares o en disputas de frontera, por ejemplo. Sin embargo, en caso de que estas medidas de salud cooperativa incluyan el intercambio de equipo médico, productos farmacéuticos o inmunobiológicos u otros productos altamente valorados relacionados con la salud, el grado de ese mismo interés aumenta, en la medida en que lo demuestran las medidas de protección ordenadas por los gobiernos de los países de mayor adelanto tecnológico.

El intercambio internacional de bienes, servicios y tecnología de salud también expresa con claridad los conflictos y las disputas en relaciones internacionales y su intersección con la salud internacional. La tecnología de salud está comprendida en las disputas comerciales y en los conflictos de importancia acerca de la transferencia de tecnología. Como un ejemplo, podemos citar los debates al interior del GATT sobre las patentes farmacéuticas y biotecnológicas y las disputas específicas entre la industria farmacéutica brasileña y la de los Estados Unidos, donde el Departamento de Comercio de los Estados Unidos impusiera sanciones comerciales al Brasil.

Según Alberto Hirschman, el poder de suspender las relaciones comerciales y financieras con un país es el origen causal del poder que un país adquiere sobre otro.

En el ámbito económico uno puede verificar diversas situaciones de coerción efectiva en los conflictos entre países y sus repercusiones sobre la salud<sup>24</sup>.

La "nueva dependencia" de América Latina respecto de los países centrales se caracteriza principalmente por la exportación de capital en la forma de pagos de intereses sobre la deuda externa. Por ello, es necesario profundizar los estudios del impacto de la deuda externa de América Latina y de las políticas de ajuste económico sobre la salud de nuestros pueblos.

Nuestro medio ambiente abarca la población global, que está dispersa y tiene sus recursos vitales distribuidos en forma desigual. La distribución

internacional de estos recursos tiene una relación directa con la posibilidad de la paz y las condiciones de salud de la gente. Por consiguiente, debe ser uno de los aspectos principales a ser analizados desde la perspectiva de la salud internacional.

La salud puede ser un estímulo fundamental en la promoción del desarrollo, tanto como un indicador de las condiciones generales de vida como de un sector económico vital. Aproximadamente el 7% del PNB de los países de América Latina está relacionado con la salud. Una proporción importante de la fuerza de trabajo está comprendida directa o indirectamente en la producción de equipo médico o en el suministro de servicios de salud.

En su carácter de sector económico de importancia, los servicios y los productos de salud relacionados con estos servicios -tales como equipo médico, farmacéutico y diversas tecnologías- constituyen un mercado mundial de mano de obra, servicios, tecnología y productos cuyo valor total está cercano al límite del billón de dólares.

Se estima que el mercado internacional de productos relacionados con la salud humana está en el orden de los 180 mil millones de medicinas y 70 mil millones en equipo y hospitales. La biotecnología es la muestra viva de la expansión y de la aceleración del mercado moderno. Se ha pronosticado que la biotecnología se ampliará a un billón de dólares anuales antes del año 2000, con una enorme porción de ello dedicada a la salud.

Es necesario pero insuficiente estudiar solamente el impacto o la adaptación de nuevas tecnologías de salud a las condiciones de vida en América Latina. Es igualmente esencial identificar el impacto de este mercado en el desarrollo de la región.

América Latina cuenta con el 8% de la población, produce el 5% del PNB y consume el 3% de las medicinas y del equipo médico que se producen a nivel mundial. Para que podamos darnos mejor cuenta de la magnitud del mercado latinoamericano, solamente Costa Rica consume alrededor de 100 millones de dólares anualmente en forma de equipo médico y de materiales hospitalarios. MERCOSUR, el proyecto de mercado común que comprende a la Argentina, al Brasil, al Uruguay y a Paraguay abarca una población de 190 millones de personas. Aún considerando que más de la mitad de la población de la subregión está excluida del mercado por el hecho de vivir en la pobreza, MERCOSUR todavía representa un mercado de considerables dimensiones en el campo de la salud.

Sin embargo, América Latina todavía está pasando por una década que se caracteriza por la caída de la calidad de vida de la mayoría de la población y por el estancamiento económico. En el corto plazo, es poco probable que se recupere la producción. En diferentes grados y con distintas políticas, los países seguirán ajustándose en los años 90 a los problemas que los afectaron seriamente en los 80.

## **Bloques Regionales de Integración Económica y Salud Internacional**

La revolución científica y tecnológica ha transformado los conceptos geopolíticos del pasado. El control del desarrollo científico y tecnológico adquirió una relevancia aún mayor que el control directo del espacio territorial. Dougherty y Pfaltzgraff resumen el punto de vista de Aron acerca del tema: "Las innovaciones tecnológicas modifican los conceptos espaciales de antaño, incluyendo el valor estratégico de las posiciones geográficas y la importancia económica de ciertos recursos naturales y humanos"<sup>25</sup>.

En el sector salud, tal como en el resto de la economía, el avance tecnológico cobró una velocidad mayor. La transnacionalización de los mercados y el estímulo de la demanda y del consumo artificial "transformaron las relaciones entre las Naciones, acentuando las diferencias económicas regionales y ocasionando una reorganización geopolítica"<sup>26</sup>.

La reorganización geopolítica internacional, sobre la base de los nuevos actores del desarrollo tecnológico, está orientada a consolidar los bloques regionales integrados. Dentro de estos bloques, persiste la división desigual del poder y del trabajo. Aunque la distribución es desigual, los bloques promueven beneficios potenciales para todos los países integrados.

Entre los ejemplos más increíbles de los bloques regionales recientemente integrados está el de Europa, que está consolidando su hazaña tecnológico-económica a través del proceso de integración de la Comunidad Económica Europea para 1992. Otro ejemplo es el Pacífico Meridional donde no hay muchos acuerdos formales de integración. Más bien, el intercambio tecnológico y comercial se basa en una rígida división horizontal del trabajo con grandes inversiones de capital japonesas.

Los ex-países socialistas soportan dolorosos ajustes para adaptarse a los bloques formados. Además de las rupturas ideológicas, una de las razones que llevaron a la decadencia del Consejo de Cooperación Mutua de los países socialistas fue la necesidad de los países de Europa central de procurar nuevos métodos de producción en las economías capitalistas pagando con divisas.

Mientras estos nuevos procesos de integración regional se definen con más claridad, América Latina no puede desperdiciar ni esfuerzo ni tiempo con la retórica de la integración. El Cono Sur, estimulado por el avance del proceso democrático, procura sus propias rutas con la firma de protocolos de MERCOSUR y con el proyecto de la creación de una moneda y de un mercado común para enero de 1995.

Al contrario de las propuestas realizadas por los integracionistas funcionales de los años 50 y 60, hoy en día la participación de los diversos sectores sociales en el proceso de integración está creciendo. Las empresas privadas, las universidades, los centros de investigación y muchos más toman parte activa en la integración del Cono Sur.

La posibilidad de la integración económica latinoamericana representa la esperanza más importante de quebrar el ciclo actual de crisis en la región. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y todas las organizaciones del sector salud deben estar preparadas para reforzar esta tendencia hacia el desarrollo regional.

La integración regional en sí, sin embargo, no representa relaciones iguales entre socios desiguales. La integración regional puede significar también una nueva forma de control de países "más independientes" sobre países "menos independientes". Dentro de cada país participante, especialmente en América Latina, no todos se benefician directamente de las políticas de integración económica. Será preciso vigilar de cerca la salud de los sectores vulnerables de la población.

En los esfuerzos de integración, los responsables de la toma de decisiones deben percibir a la salud como un tema influido por el proceso de superar obstáculos, y en su carácter de sector económico de importancia que puede estimular la integración y requiere regulación común. En el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC), que actualmente se encuentra en proceso de negociación entre los Estados Unidos, México y Canadá, las inquietudes en materia de salud y del medio ambiente salieron a la superficie como problemas claves de mediación y de regulación.

Mientras Europa sólo recientemente incluyó los temas de salud en sus negociaciones, América Latina cuenta con la oportunidad de introducir a la salud desde el comienzo mismo del proceso de integración. La OPS está mostrando signos positivos de promover a la salud dentro del proceso de integración latinoamericana y participa en iniciativas tales como el Convenio Hipólito Unánue, ABREMEX (cooperación regional en farmacia), SIREVA (cooperación en vacunas), CONVERGENCIA (cooperación en tecnología de salud) y las iniciativas subregionales (América Central, Cono Sur, el Caribe, el Grupo Andino, TLC).

La crisis económica actual tiene un efecto contradictorio doble en la cooperación técnica entre los países. Por un lado, complica la canalización de recursos para la cooperación. Por la otra, sin embargo, fuerza a los países a unir sus esfuerzos para ahorrar recursos escasos. Esto, a su vez abre nuevas oportunidades de cooperación entre los países con problemas similares.

### **Cooperación entre los Países: La Red Principal de Salud Internacional**

La Cooperación Técnica entre Países (CTP) constituye un instrumento crucial para superar la brecha existente entre los países de América Latina y los que están a la vanguardia de la renovación tecnológica. Además, el intercambio entre los países latinoamericanos permite mejorar sus capacidades nacionales, al propio tiempo que su posición negociadora con los países más desarrollados.

Grieco define la cooperación internacional como "el ajuste voluntario de la política de los Estados de forma tal que puedan manejar sus diferencias y alcanzar algún resultado mutuamente beneficioso"<sup>27</sup>.

Este autor enfatiza que las principales características de este concepto de cooperación internacional son la voluntad, que define al Estado en términos de un objetivo común y una relación a largo plazo con el "establecimiento y el funcionamiento de un régimen internacional en el cual se adopta una acción común". Como condición básica para la cooperación exitosa, él sugiere "la aceptación y la elaboración de reglas comunes por parte de los gobiernos"<sup>28</sup>.

Con el objetivo de identificar métodos de protección para las actividades de cooperación, tenemos que interrogarnos acerca del significado del concepto de voluntad de cooperación. La persona que asume voluntariamente la lucha porque es la única opción para evitar morir de hambre, no se parece a la que lo hace por principios o por ideales, o incluso por dinero. La posición negociadora de aquella, su capacidad de actuar y sus objetivos estratégicos son diferentes de los de ésta. También en una actividad de cooperación, un objetivo común puede encubrir un programa secreto. Un país avanzado desde el punto de vista tecnológico puede tener intereses ocultos en el mercado de salud de un país menos desarrollado que está ávido de novedades tecnológicas. La interacción entre estos dos países tiene objetivos diferentes aunque no necesariamente incompatibles. Las reglas comunes de un proceso de cooperación, sin embargo, pueden estar distorsionados, o ser encaradas de diferente manera por dos o más participantes.

Stein afirma que "incluso el altruismo mutuo no tiene por que resolver intereses no congruentes". Por otro lado, el altruismo y la solidaridad pueden existir y persistir en convenios de cooperación si se conceptualizan como la capacidad de tomar decisiones e instrumentar convenios que incluyan diferentes grados de beneficios para ambas partes. Hay que hacer concesiones en lo relativo a algunos temas. En el análisis final, el altruismo y la solidaridad entre países, incluso en el campo de la salud, coexiste con la percepción de sus mismos intereses a corto y largo plazo<sup>29</sup>.

La cantidad de participantes es una condición que, para los neoliberales, influye en la perspectiva de la cooperación futura. Oye sostiene que "las perspectivas de cooperación disminuyen en la medida en que aumentan los actores"<sup>30</sup>. Sin embargo, considero que esta afirmación no se aplica completamente al campo de la salud. Pese a algunos rasgos peculiares de los países, la similitud entre los problemas de y las soluciones a la situación de salud en América Latina, así como las posibilidades demostradas de atacarlas en conjunto, demuestran la viabilidad de los acuerdos de cooperación subregionales e interregionales. Evidentemente, en algunas situaciones donde lo específico prevalece sobre las generalidades, pueden intentarse los acuerdos bilaterales y trilaterales.

También estamos de acuerdo con la afirmación neofuncionalista de que el progreso de la democracia favorece la cooperación entre las nacionales. Esta hipótesis es congruente con la línea de pensamiento que subyace al MERCOSUR y con la perspectiva de la futura integración del Cono Sur.

De acuerdo con los neofuncionalistas, una condición más para la cooperación es el volumen de beneficios posibles. Esto también se nos antoja obvio: que la magnitud de los beneficios de la cooperación en el área de la salud para nuestros pueblos es razón suficiente como para construir una motivación.

Tradicionalmente, han existido trampas tanto sutiles como patentes con las negociaciones económicas entre los países. Los institucionalistas neoliberales, en su empeño por eliminar este problema, consideran que existen circunstancias que permiten el éxito de la cooperación entre los países. A pesar de las debilidades de la definición de las diferentes formas de coerción y de lucha por el poder, ellos adoptan la posición sólida de que los cuerpos internacionales pueden actuar en el sentido de prevenir desacuerdos en las actividades de cooperación. En este caso, estamos de acuerdo con los institucionalistas. La realidad de las posibilidades de cooperación en salud entre los países cuyo grado de cooperación es variable, exige la participación de una tercera parte más imparcial en la empresa. A pesar de sus limitaciones, la OPS llena todos los requisitos para desempeñar este papel.

Cuando se negocia aisladamente de otros temas económicos, los temas de salud enfrentan los prejuicios de las autoridades que median en la integración económica. La salud frecuentemente se tiene que descartar o posponer como un tema social que va a ser encarado más tarde para cambiar la escasa prioridad que se le otorga en esta situación, hay que diseñar estrategias que permitan que el mismo sector intervenga en la toma de decisiones, mientras se abren posibles avenidas para facilitar el proceso de integración. La participación del sector privado normalmente es útil para promover los aspectos económicos de salud, creando un posible espacio para tratar los problemas de la salud que surgen del proceso de integración.

Para promover la salud como un tema de negociación internacional, la OPS utiliza un instrumento sumamente adecuado denominado Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD), cuyo potencial en el campo de la salud de la región no se ha explorado íntegramente. Prueba de la falta de desarrollo de los proyectos de CTPD en América Latina es el área de la biotecnología que representa actualmente un mercado de 1,600 millones de dólares anualmente para la Argentina, Brasil y México solamente. Sin embargo, solamente la Argentina y el Brasil han aunado esfuerzos en esta área, por un monto inicial de apenas 2 millones de dólares.

La cooperación técnica tradicional de los organismos internacionales con los países genera sus propias demandas específicas. La OPS podría aumentar su contribución en el área de salud internacional enormemente procurando en una

forma más agresiva una estrategia de desarrollo que emplee CTPD como su instrumento primordial de acción y promoción de la integración en salud.

La cooperación entre países en desarrollo es un catalizador tanto para el desarrollo regional como para la integración latinoamericana. Sin embargo, la CTPD no excluye la cooperación con los países avanzados tecnológicamente. Al contrario, tal cooperación es necesaria e indispensable, si se hace dentro de los límites de la solidaridad y para beneficio mutuo de las partes que lo integran. Tampoco proponemos que América Latina se transforme en una enorme región autárquica. Muy por el contrario, la región tiene que adaptarse a la competitividad de otros bloques integrados regionalmente, aumentando su capacidad de negociación.

Una prueba práctica de altruismo y de buena voluntad de un país desarrollado tecnológicamente en relación con las naciones latinoamericanas sería precisamente su disposición de financiar las actividades de CTPD, así como transferir nuevas tecnologías. La ingenuidad aparente de una afirmación tal se compensa con la búsqueda de beneficios aceptables para los países donantes en combinación con los esfuerzos de cooperación a través de la CTPD.

Tenemos que buscar modalidades y mecanismos diferentes de cooperación comercial, tales como empresas conjuntas, consorcios entre empresas privadas y centros de investigación, alianzas estratégicas y otras concepciones innovadoras. América Latina puede procurar nuevas oportunidades de negociación, sin dejar de respetar sus propios intereses.

## **El Papel de la OPS en la Cooperación entre los Países de América Latina**

Anteriormente mencionamos el papel de la OPS como intermediaria en las oportunidades de cooperación en salud entre los países. La OPS tiene un mandato y una oportunidad histórica de examinar el proceso común de salud internacional sin los riesgos de intereses específicos menores.

Para que la OPS pueda realizar su trabajo como promotora de la cooperación en forma más eficiente, es necesario que estimule el estudio de sus propias políticas de salud internacional. El trabajo diario de organizaciones internacionales, multilaterales como la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS), promueven un concepto no escrito, tácito de salud internacional. Este concepto de facto arriesga confundir a la salud internacional con esta práctica diaria, o en forma más precisa, con los instrumentos tradicionales que utiliza la Organización en la cooperación técnica. Los mismos sesgos que se presentan en los cursos de posgrado y en la disciplina de salud internacional se manifiestan también en el caso de las organizaciones de salud internacional. En ambos casos, la visión estratégica de salud más amplia como fruto de los diferentes determinantes nacionales e internacionales, a veces se reduce a la

utilización (o incluso a la retórica de la utilización) de los instrumentos de cooperación técnica. En la OPS, la cooperación en salud a menudo se reduce a las prácticas de cooperación técnica entre países en las áreas de elevada especialización, agregadas a la retórica de la cooperación entre los países, la cual en la realidad se logra sólo en forma infrecuente.

La tentación de reducir la práctica de la salud internacional a la instrumentación de aspectos limitados de cooperación técnica, o de substituir un instrumento de trabajo por un objetivo estratégico, oculta la visión de una enorme variedad de factores en el escenario internacional que afectan en forma directa o indirecta al proceso de salud-enfermedad. El resultado de esta forma de trabajo es el de reducir la capacidad de la institución así como su posible campo de acción.

La disminución de la atención que se le presta a las cuestiones relacionadas con el intercambio internacional en el sector salud y sus consecuencias para la salud de la gente revela los sesgos típicos de los funcionalistas y de los neofuncionalistas hacia la integración. Durante los años 50 y 60, ellos consideraban que la integración regional debía ocurrir principalmente por medio de organismos internacionales y de sus técnicos expertos. Se olvidaban del campo vital de los conflictos que abarcaban, así como del grupo de protagonistas, cuyos intereses nacionales y transnacionales servían de marco a cualquier proceso de integración.

Aquellos que creían en la interdependencia y otros funcionalistas modernos, entretanto, veían la participación de diversos actores además del gobierno central en la política internacional como un aspecto positivo. Estos otros actores -los partidos políticos, los sindicatos, las instituciones científicas, etc.- tienen papeles mayores en la medida en que progresa la democracia. La expansión del capitalismo estimula el crecimiento de los empresarios nacionales e internacionales así como de las asociaciones comerciales. Y ello es así hasta el punto de que la salud no es un asunto prioritario en el programa de política exterior de la mayoría de los gobiernos, sino que varios otros actores adquieren un peso mayor en las decisiones sectoriales que se adoptan dentro del medio de la salud internacional<sup>31</sup>.

Recientemente, la OPS comenzó a evaluar la medida real del impacto del mercado de la salud en el continente americano. El proyecto reciente, *Convergencia de la Cooperación Técnica para el Desarrollo de Tecnología de Salud en los Países de América Latina y del Caribe*, representa un progreso de importancia en la percepción de las demandas de nuevas formas de cooperación en salud para el continente. Organizado por la OPS, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Sistema Económico Latinoamericano (SELA), los Ministerios de Salud y de Relaciones Exteriores, así como diversos actores privados, el proyecto *CONVERGENCIA* procura reforzar la estrategia de integración regional, coordinando las actividades de

cooperación de los sectores privados, académicos y gubernativos. Entre sus otras características, CONVERGENCIA promueve la cooperación entre los países en las áreas críticas de información, formación de recursos humanos, políticas de desarrollo de tecnología de salud y comercio internacional. Uno de sus objetivos clave es el de elaborar una metodología de CTPD en salud.

La OPS funciona dentro del mismo universo geográfico que el del acreedor internacional más importante (los EUA) y el deudor más grande del continente (el Brasil). Comprende las Naciones-Estado con los sistemas más opuestos tales como los Estados Unidos y Cuba. Por ende, la OPS precisa seguir forjando y perfeccionando una variedad más grande de instrumentos de análisis y de acción.

La OPS tiene que responder a los crecientes retos que presentan el impacto directo e indirecto sobre la salud de la situación económica internacional y del continente. Para perfeccionar y orientar sus prácticas cuando se enfrenta con la gran diversidad ideológica, es necesario que la OPS estudie y comprenda sus propias políticas de salud internacional y sus repercusiones.

Resulta necesario conceptualizar y trabajar en todas las relaciones directas e indirectas de intercambio entre los países que tengan un impacto sobre la salud de los pueblos en los siguientes niveles:

1. La economía, incluyendo los flujos comerciales de los bienes y los servicios, los recursos financieros, la deuda externa, el flujo de capital a los países centrales, el impacto del ajuste económico, los bloques económicos integrados, el proteccionismo, las medidas de los carteles internacionales, la transferencia de tecnología, las industrias, los servicios, la infraestructura, etc..
2. Las políticas comprenden la cooperación técnica en salud, leyes, reglamentos, patentes y normas, bioética, convenios, políticas de desarrollo tecnológico y científico, políticas de integración, del medio ambiente, conflictos armados, bloqueos militares que comprenden bienes alimenticios y de salud, desplazamiento de gente en virtud de las crisis bélicas o económicas.
3. La biología y la epidemiología incluyen las pandemias tales como el SIDA, la contaminación ambiental y otros desastres provocados por el hombre, la inmunización, la desnutrición, etc..
4. Los aspectos culturales, que comprenden hábitos y costumbres, arquitectura y salud, estilos de vida, etc..

Es razonable afirmar que la OPS ya ha iniciado esfuerzos de importancia para distanciarse del concepto restringido de salud internacional. Estos esfuerzos comprenden estudios e iniciativas novedosas tales como "Salud: Puente para la Paz" reconociendo a los conflictos bélicos internacionales como una cuestión fundamental en el campo de la salud, el impacto de la deuda externa y de los programas de ajuste sobre la salud, las propuestas de estudiar las dimensiones de cooperación e intercambio de tecnología internacionales en el sector salud y por medio de otros programas singulares mencionados anteriormente tales como

**CONVERGENCIA.** Con su Programa de Salud Internacional, la OPS forma recursos humanos con una perspectiva que une la defensa de la salud de los pueblos tanto a nivel nacional como latinoamericano e internacional.

La práctica de la OPS, organizada desde distintas teorías y concepciones ideológicas, ofrece la posibilidad de comprender la magnitud de los determinantes internacionales de la salud, en la medida en que logre la intervención de los distintos actores que actúan directamente en el amplio dominio de la salud internacional.

Pese a los continuos empeños de los ministerios de salud y de los representantes de la OPS en los países por promover la mejora de la salud colectiva, en la esfera internacional ocurren una cantidad de acontecimientos importantes en forma independiente de las medidas directas de las autoridades en salud. La mayoría de las negociaciones y esfuerzos de cooperación en salud tienen lugar primariamente por medio del contacto entre personas, empresas privadas, las ONG y otras instituciones. Un estudio que realizamos acerca de las oportunidades de cooperación entre los países de la región demostró que el subsector estatal de administración de salud no participó en la planificación, las negociaciones ni siquiera en la administración de ninguno de los acuerdos bilaterales que tuvieron lugar entre la Argentina, el Brasil, México o Cuba en ciencia y tecnología. En el caso de Argentina y Brasil, salud (incluido en el protocolo de biotecnología) ingresó en el convenio como la definieron los ministros de ciencia y tecnología y relaciones exteriores. Este fenómeno no se limita a América Latina. La salud ni siquiera se incluyó en el Tratado de Roma de la Comunidad Económica Europea<sup>32</sup>.

En consecuencia, es necesario que los países y la OPS hagan un esfuerzo más grande para diseñar y trazar nuevas estrategias de cooperación destinadas a establecer una presencia influyente de sus políticas de "Salud para Todos" en el sector económico de la salud internacional. Con el objetivo de aumentar su participación en el proceso de la salud internacional, la Organización tiene que mejorar su capacidad técnica y la amplitud de las disciplinas y de los instrumentos de las relaciones internacionales. La obra de canalizar y administrar la nueva base para la cooperación entre los países latinoamericanos exige la profesionalización de las distintas áreas de salud internacional, así como conceptos y estrategias más precisos.

## **Observaciones Finales**

Los repetidos llamados de la OPS y de la OMS en respaldo de Salud para Todos en el Año 2000 contrastan con el estancamiento e incluso la regresión de algunos de los indicadores de salud de los países que están en vías de desarrollo. La crisis económica y sus trágicos efectos sociales, así como lo insuficiente de

las relaciones entre los países, son obstáculos enormes a la obtención de Salud para Todos.

Solamente la unión armoniosa de los empeños de todos los países latinoamericanos con otros países, particularmente con aquellos que tienen problemas similares, puede compensar el tiempo perdido. La salud debe constituir uno de los ejes principales de integración y de respaldo mutuo que trascienda las iniciativas convencionales.

Considero que de los diversos países y regiones emana una política de salud internacional. Ella no está escrita y su concepción es limitada, pero hay diversos personajes que la llevan a cabo. Ello nos trae nuevamente a la pregunta: ¿es posible hablar de una perspectiva latinoamericana de salud internacional?

Charles Godue señalaba la práctica confusa de varias universidades norteamericanas que veían a la salud internacional como la salud del subdesarrollo. A pesar de correr el riesgo de acentuar la misma confusión, considero que los latinoamericanos podemos elaborar una perspectiva propia y realizar una tarea de promoción de la salud en nuestro medio que comprenda a diversos personajes en el gobierno, en las universidades y en los sectores privados de diferentes países. El subdesarrollo de la salud de nuestros pueblos exige la búsqueda de políticas comunes dentro de una perspectiva continental que mejoraría las condiciones de vida de toda América Latina.

### **Referencias**

1. Este artículo surgió de los fructíferos intercambios con diversos grupos de residentes del Programa de Salud Internacional de la Organización Panamericana de la Salud, especialmente con Mario Rovere, Charles Godue y Patricio Márquez, así como de la persistencia de María Isabel Rodríguez en forjar una escuela de analistas latinoamericanos que procuren entender a la salud como un medio para lograr la justicia social, la paz y una convivencia mejor entre los distintos pueblos. El respaldo que diera Jorge Peña-Mohr en la organización de CONVERGENCIA, un proyecto de la OPS para la cooperación técnica entre los países, también estimuló muchas de estas reflexiones. La orientación y paciencia del Dr. Riordan Roett, Director del Latin American Studies en la Johns Hopkins University School of Advanced International Studies en Washington, D.C., para enseñarle política exterior a un médico, alentó las incursiones en este tema complejo.
2. Incluso un observador que quiera olvidar los problemas sociales y que reduzca la salud a su concepto biológico más simple, tiene que llegar a la conclusión que las viejas dolencias, fácilmente prevenibles con el arsenal tecnológico y científico, resurgen una y otra vez.

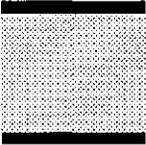
3. Rovere, Mario. "Aportes para la Discusión sobre el Campo de Salud Internacional". OPS/OMS, mimeo, 1990, p. 5.
4. Rovere, Mario. Op. cit., p. 5.
5. Se entiende aquí por "sector salud" un sector económico, concepto que abarca las industrias, los servicios, la agricultura y el comercio. En un concepto más amplio, utilizamos los términos salud y sector salud para incluir también lo que normalmente se denomina el sistema de salud (tanto gubernamental como privado), así como las relaciones sociales y políticas comprendidas en el proceso salud-enfermedad.
6. Aunque salud no se menciona específicamente, al analizar las teorías del ambiente, Dougherty y Pfaltzgraff, comentan acerca de los diferentes enfoques de los autores mencionados en relación con el aumento de la población, la distribución de recursos, la justicia social y la paz, todo ello vinculado con las condiciones de salud de las poblaciones; ver James Dougherty y Robert Pfaltzgraff, Jr. "Contending Theories of International Relations: A Comprehensive Survey" (New York: Harper & Row, 1990), pp. 54-5.
7. Braillard, Phillipe. "The Social Sciences and the Study of International Relations". *Internat Soc Sci J* 36(4):631 (1984); en Dougherty y Pfaltzgraff, Jr., op. cit., p. 540.
8. Pust, al examinar las inequidades en la distribución mundial de médicos, indica las diferencias en los esfuerzos de asistencia en salud internacional entre los gobiernos de Cuba y Estados Unidos, y menciona la posibilidad de que la salud funcione como un instrumento de política exterior. En R.E. Pust, "Abundance of Physicians and International Health", *JAMA*, 252(3):385, 1984.
9. Prólogo a la publicación "Salud un Puente para la Paz en Centro América y Panamá". Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1989.
10. Okita, Saburo. "Japan's Growing Role for Development Financing". En Michael R. Reich y Elji Marui, editores. "International Cooperation for Health". (Dover, Massachusetts, Auburn House Publishing, 1989) p. 364.

11. El mercado y la larga duración de la ganancia lo garantizan los costos de mantenimiento y de reemplazo. Ver S.W.R. de A. Samarasinghe, "Japanese and U.S. Health Assistance to Sri Lanka". En Michael R. Reich y Elji Marui, editores, op. cit., p. 112.
12. Rich, Donna. "Cuba Internationalism: A Humanitarian Foreign Policy". En P. Brenner et. al. editores. "The Cuba Reader: The Making of a Revolutionary Society". (New York: Grove Press, 1989), p. 407. Para un análisis exhaustivo de la política de salud internacional de Cuba ver Julie Feinsilver, "Cuba as a World Medical Power: The Politics of Symbolism". *Lat Am Research Rev* 24:2(1989).
13. Ver Julie M. Feinsilver, "Will Cuba Wonder Drugs Lead to Political and Economic Wonders? Capitalizing on Biotechnology and Medical Exports". Ponencia presentada en la reunión anual de la Latin American Studies Association, Arlington, Virginia, 1991.
14. Ver Dougherty, J. y Pfaltzgraff, R. 1990, op. cit., pp. 90-135.
15. Bagley, Bruce M. "Dateline Drug Wars. Colombia: The Wrong Strategy". *Foreign Policy*, Invierno 1989/1990, pp. 154-171.
16. Los términos "liberal" y "neoliberal" se usan aquí no en el sentido norteamericano del gobierno intervencionista, sino en el de la escuela neoclásica del pensamiento económico que es su antítesis y que alaba la escasez de regulación y el control de gastos gubernativos.
17. Grieco, Joseph M. "Cooperation among nations: Europe, America and Non-tariff barriers to trade". (Ithaca: Cornell University Press, 1990), pp. 4-7. Ver también Dougherty y Pfaltzgraff, Jr., op. cit., pp. 119-123.
18. Knorr, Klaus. "The Power of Nations: The Political Economy of International Relations". (New York: Basic Books, 1975), p. 3. En Dougherty y Pfaltzgraff, Jr., op. cit. p. 85.
19. Gilpin, Robert. "The Political Economy of International Relations". (Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1987) pp. 17-18.

20. La obra de Gereffi acerca de la industria farmacéutica y la dependencia de los países del tercer mundo ilustra claramente la solidez de los instrumentos de análisis histórico-estructurales en la explicación de los flujos del comercio internacional e industriales en el sector salud. Ver Gary Gereffi, *Industria Farmacéutica y Dependencia en el Tercer Mundo* (México, Fondo de Cultura Económica, 1986).
21. Elling, Ray. "The Capitalist World System and International health". *Int J Health Serv* 11(1):21-51(1971).
22. Stein, Arthur A. "Why Nations Cooperate: Circumstance and Choice in International Relations". (Ithaca, New York, Cornell University Press, 1990) pp. 172-3.
23. Stein, Arthur A. *Op. cit.*, (1990) p. 173.
24. Hirschman, Albert. "National Power and the Structure of Foreign Trade". (Berkeley: University of California Press, 1945) p. 16. En Robert Gilpin, *op. cit.*, p. 23.
25. Dougherty y Pfaltzgraff. *Op. cit.*, p. 115.
26. Marcovitch, Jacques. "O Novo Contexto Mundial e a Gestão da Pesquisa". Ponencia presentada ante el Seminario de la OPS/OMS sobre Política Científica y Tecnología en el Sector Salud, México, 1989.
27. Grieco, Joseph M. *Op. cit.*, p. 22.
28. Grieco, Joseph M. *Op. cit.*, p. 22.
29. Stein. *Op. cit.*, p. 167, nota 51. El ya mencionado caso de Cuba, también sirve como un ejemplo de altruismo combinado con interés nacional. Para un análisis formal del altruismo en un proceso de negociación, Stein sugiere consultar a Norman Frohlic, "Self Interest or Altruism: What Difference?", *J Conflict Resolution* 18:55-73 (1974) y a Bruce D. Fitzgerald, "Self Interest of Altruism: Corrections and Extensions", *J Conflict Resolution* 19:492-79 (1975).
30. Oye, Kenneth A. "Explaining Cooperation under Anarchy: Hypotheses and Strategies". *World Politics* 38 (octubre de 1985), 18. En Grieco, *op. cit.*, p. 151.

31. En el área de salud, estos actores se encuentran en el subsector de los servicios, productos y tecnología privados, las universidades, centros de investigación y desarrollo, fundaciones, otras organizaciones no gubernamentales y los gobiernos provincial y estatal.
  
32. Panisset, Ulysses B. "Cooperación Técnica entre Países (CTP/CTPD) para el Desarrollo Tecnológico en Salud: Posibilidades de Cooperación entre Argentina, Brasil, México y Cuba". Documento inédito de 145 páginas de HSP/HDT, OPS/OMS, febrero de 1990.





# Capacitación en Salud Internacional: Perspectiva Canadiense

Victor Neufeld

En la comunidad mundial de naciones, Canadá ha realizado una contribución relativamente pequeña, pero no insignificante, al desarrollo internacional, mediante la transferencia de fondos (asistencia oficial para el desarrollo), el trabajo de individuos e instituciones y el desarrollo de ideas y conocimientos. Durante los últimos años, las universidades y otras instituciones canadienses han demostrado un interés creciente en la salud internacional. Ese interés se ha expresado en la colaboración en el análisis, la planificación y la ejecución de proyectos.

La presente monografía tiene tres objetivos:

1. Resumir las actividades que Canadá lleva a cabo actualmente en la esfera de la salud internacional,
2. Describir una iniciativa de capacitación basada en la colaboración (el programa de salud internacional ofrecido por universidades canadienses) y
3. Efectuar algunas observaciones adicionales sobre la base conceptual del "campo" de la salud internacional, que surgen en parte de la experiencia canadiense.

## Actividades en el Campo de la Salud Internacional en Canadá

En este apartado se resumen las actividades que actualmente se llevan a cabo en Canadá en dos niveles -nacional e institucional- y se abordan las actividades pertinentes para la capacitación en salud internacional.

**Actividades Nacionales.** Varias organizaciones y redes nacionales están especialmente interesadas en la salud en el contexto del desarrollo internacional. A continuación se describen cuatro organizaciones y se formulan comentarios sobre la colaboración entre las mismas.

1. *Sociedad Canadiense para la Salud Internacional (CSIH).* Esta sociedad, que originalmente era la División de Medicina Tropical de la Asociación Canadiense de Salud Pública (CPHA), fue fundada en 1977 con el nombre de Sociedad Canadiense de Medicina Tropical y Salud Internacional (afiliada a la CPHA). La sociedad fue evolucionando y en 1989 cambió de nombre, convirtiéndose en la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional, que tiene una división de medicina tropical. La CSIH se ha comprometido a promover la salud internacional y el desarrollo. Está formada principalmente por personas de distintas profesiones que trabajan en entidades gubernamentales (federales, provinciales y locales), universidades, organizaciones no gubernamentales (ONG) y otros organismos internacionales. Los socios, que son

casi 500, se embarcaron hace poco en un análisis de la misión y el plan estratégico de la Sociedad. La CSHI ha seleccionado tres campos prioritarios de actividad para el decenio de 1990: comunicación, educación y promoción, que abarcan actividades conexas tales como premios para educadores e investigadores, conferencias y seminarios, consultas y publicaciones.

En el ámbito de la capacitación, la CSHI se encarga de dirigir el Programa de Intercambio en Salud Internacional (IHEP). Este programa, que se creó en 1983 con fondos proporcionados por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo Internacional (IDRC), ahora es financiado por la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA). Su meta es "ofrecer un programa de intercambio educativo bien organizado entre instituciones canadienses y de países en desarrollo", a fin de que haya más profesionales de salud canadienses interesados en la salud internacional e informados al respecto para satisfacer la demanda creciente de profesionales idóneos especializados en salud internacional tanto en Canadá como en otros países. Más de 340 estudiantes de ciencias de la salud han participado en el programa, generalmente por medio de materias "electivas" que forman parte de su carrera universitaria. Los alumnos dedican como mínimo de ocho a diez semanas a la ejecución de proyectos, con la orientación de supervisores de países en desarrollo. Se da prioridad a los proyectos que permiten a los estudiantes trabajar con comunidades de zonas rurales.

2. *Asociación Canadiense de Salud Pública - Secretaría de Salud Internacional.* La Asociación Canadiense de Salud Pública (CPHA) fue fundada en 1912 en calidad de organización nacional sin fines de lucro comprometida a mejorar y mantener la salud personal y comunitaria en Canadá y en el resto del mundo. Constituye un recurso especial en cuatro campos generales: programas de salud, enlace y promoción, publicaciones y eventos (conferencias, seminarios, viajes de estudios). La Secretaría de Salud Internacional de la CPHA coopera con asociaciones de salud pública de todo el mundo por medio de diversos programas orientados a ampliar y fortalecer la atención primaria de salud. Estas actividades ofrecen a los agentes de salud comunitarios canadienses la oportunidad de aprender métodos innovadores de atención primaria de salud en los países en desarrollo y facilitan el intercambio de información y el apoyo mutuo entre los canadienses y sus colegas internacionales (principalmente del "Tercer Mundo"). En América Latina, la CPHA lleva a cabo proyectos con un componente de capacitación: de agentes de salud comunitaria (Chile), agentes de salud ocupacional (Bolivia) y agentes de salud ambiental (el Caribe).

3. *Asociación de Universidades de Canadá (AUCC).* Esta asociación de 89 universidades canadienses es la "voz" de estas instituciones en el ámbito nacional e internacional. Su División Internacional proporciona información sobre la cooperación entre países en la enseñanza superior. Durante varios años, la AUCC, en colaboración con la CSHI, ha proporcionado un servicio de

comunicación en la esfera de la salud internacional. El principal vehículo de este servicio es *Synergy*, boletín trimestral bilingüe que informa a lectores canadienses y de otros países sobre el amplio campo de la salud internacional. Hace poco se agregó un servicio en línea, para el cual se usa la red electrónica Bitnet, con la cual están conectadas todas las universidades canadienses. La AUCC ha colaborado también con otras organizaciones canadienses en el establecimiento de un centro de información y una base de datos sobre la salud internacional en Canadá.

4. *Consortio de Universidades Canadienses para la Salud en el Desarrollo (CUCRID)*. Durante los últimos años, las universidades canadienses han intensificado su colaboración en la esfera de la salud internacional y el desarrollo. En 1988, 17 universidades formaron un consorcio con la misión de: "Fortalecer los recursos universitarios canadienses para contribuir a la solución de importantes problemas de los países en desarrollo y aunar los recursos universitarios de Canadá y de los países en desarrollo en este proceso."

Este consorcio tiene varias características distintivas y ahora, tras un período de expansión, abarca 30 instituciones. Los miembros son instituciones, y no personas. Cuando los miembros del consorcio se ponen en contacto con instituciones de países en desarrollo, un mecanismo de colaboración internacional proporciona acceso a una amplia gama de conocimientos especializados y, a su vez, facilita el aprendizaje mutuo. El propósito es fortalecer los recursos universitarios en Canadá, incluidos los cursos de posgrado y las investigaciones y análisis especializados en el campo de la salud en el desarrollo. El consorcio se dedica a un pequeño número de temas decisivos que reflejan el compromiso de mejorar la salud de los grupos más desfavorecidos del mundo. Todo eso se lleva a cabo por medio de grupos de trabajo. Un grupo está elaborando un programa de colaboración en materia de cursos de posgrado (véase más adelante); otro está estableciendo un centro de información nacional, dotado de una base de datos, sobre la labor canadiense en el ámbito de la salud internacional; un grupo de trabajo que ha formado un "foro científico" está planificando eventos para facilitar el análisis crítico de la participación de Canadá en la salud y el desarrollo. Se han formado también algunos "grupos temáticos" para orientar los recursos universitarios canadienses hacia problemas específicos, como "la salud, la nutrición y el ajuste estructural" y "el fortalecimiento de la capacidad institucional". El CUCRID comparte la secretaría con la CSHI y colabora con ésta en varios grupos de trabajo.

Las organizaciones nacionales precedentes, reconociendo que cada una tiene campos específicos de interés y especialización, están intensificando la comunicación entre ellas y llevando a la práctica iniciativas conjuntas basadas en la colaboración.

**Actividades Institucionales.** Varias universidades canadienses trabajan en el campo de la salud internacional y realizan actividades de capacitación específicamente. A continuación se presentan algunos ejemplos en forma sucinta, a fin de ilustrar toda la gama de actividades en curso. Además de estos ejemplos, muchas otras universidades ofrecen cursos, seminarios y talleres sobre varios aspectos de la salud internacional.

1. *Universidad de Calgary (Alberta).* En abril de 1988, la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA) anunció el establecimiento de un programa de "centros de excelencia" a fin de fortalecer la capacidad de las universidades canadienses para realizar contribuciones sobresalientes al desarrollo internacional. La Universidad de Calgary, que fue una de las primeras en ser incorporadas al programa, trabaja con colaboradores asiáticos en investigaciones sobre el desarrollo basado en la participación comunitaria y ofrece cursos sobre este tema. Se incluye la salud en el contexto del desarrollo. Como parte de este proyecto de colaboración entre Canadá y Asia para la educación y la investigación en el desarrollo rural basado en la comunidad, se ofrecen cursos sobre el desarrollo basado en la participación de la comunidad en Tailandia, Filipinas, Nepal y Canadá.

2. *Universidad Queen's (Kingston, Ontario).* Otro centro de excelencia del programa de la CIDA es el Centro para el Desarrollo de Programas Comunitarios para Minusválidos, de la Universidad Queen's, que ayudará a comunidades de los países en desarrollo a adquirir conocimientos especializados para asistir a los minusválidos y sus familiares. El consorcio que lleva a cabo el proyecto está formado por instituciones de Indonesia y la India, así como de Canadá. Este programa comprenderá actividades de investigación y educación. Se prevé que los conocimientos prácticos que adquieran los participantes fortalecerán el componente de rehabilitación comunitaria de los distintos programas de enseñanza universitaria y de posgrado de las instituciones participantes.

3. *Universidad McMaster (Hamilton, Ontario).* Desde 1982 ha funcionado en esta universidad el Centro de Investigación y Capacitación de la Red Internacional de Epidemiología Clínica (INCLEN), creada por la Fundación Rockefeller. La meta de INCLEN es fortalecer la capacidad de las universidades de los países en desarrollo en la esfera de las investigaciones sobre la salud, mediante el establecimiento de "unidades de epidemiología clínica"<sup>2</sup>. Cada año, alrededor de diez jóvenes profesores universitarios de países en desarrollo se inscriben en el programa de licenciatura en "Formulación, medición y evaluación", que los prepara para realizar investigaciones sobre importantes problemas de salud en sus países.

## **El Programa de Salud Internacional de las Universidades Canadienses**

Desde que se fundó el Consorcio de Universidades Canadienses para la Salud en el Desarrollo (CUCHID) en 1988, uno de sus principales objetivos ha sido "ofrecer oportunidades para que los colegas canadienses y de los países en desarrollo reciban capacitación en el campo de la salud y el desarrollo, haciendo hincapié en la preparación de los jóvenes profesionales de salud para carreras en el campo de la salud internacional". Actualmente, ninguna universidad canadiense dispone de recursos suficientes como para proporcionar capacitación avanzada en este campo. La creación del CUCHID ofrecía la posibilidad de desarrollar los recursos nacionales para ello, con la participación de varias universidades, tanto de Canadá como de países en desarrollo. Se formó un grupo de trabajo dirigido por el Dr. Richard McLean, de la Universidad McGill, para examinar este concepto y ya se han iniciado dos actividades complementarias. Bajo la dirección de la Dra. Kay Wotton, de la Universidad de Manitoba, se ha preparado un conjunto preliminar de módulos de capacitación sobre "la salud internacional y el desarrollo" que ya están listos para ser ensayados. Se ofrecerán dos seminarios de once días, uno en Canadá y el otro en un país en desarrollo (probablemente Tanzania). En cada uno de estos seminarios iniciales participarán treinta personas como máximo. Los módulos están orientados a los profesionales de salud (y personas de profesiones conexas) que están interesados en la salud internacional pero carecen de un conocimiento sistemático de los conceptos clave de la salud y el desarrollo. Esta serie de módulos probablemente sirva de curso básico para el programa de mayor alcance que se describe a continuación.

En una escala un poco mayor, seis universidades canadienses están organizando un programa de posgrado en salud internacional, basado en la colaboración de las universidades de Calgary, Dalhousie, Laval, Manitoba, McGill y McMaster. El "programa de salud internacional de las universidades canadienses" tiene dos objetivos: (1) fortalecer la capacidad de las universidades canadienses para realizar investigaciones y proporcionar capacitación en salud internacional; y (2) fortalecer la capacidad de las universidades, los gobiernos y las ONG de los países en desarrollo para realizar investigaciones y proporcionar capacitación en salud internacional.

El programa es para personas que ya tienen una formación básica y conocimientos técnicos en una de las profesiones pertinentes (generalmente en el campo de la salud). Se hará hincapié en la adquisición de la competencia general necesaria para trabajar en este campo. La base de conocimientos es bastante amplia y abarca lo siguiente:

- Principios de la tipología de las enfermedades, su dinámica, riesgos y soluciones, aplicables a los países en desarrollo;
- Dimensiones políticas, económicas y sociales de la salud;

- El fortalecimiento de la participación de la mujer en la salud y el desarrollo;
- Historia y dinámica del desarrollo de la salud en los países en desarrollo;
- Principios de la gestión y el financiamiento del fomento de la salud;
- Mecanismos de transferencia de conocimientos prácticos entre el personal de salud y la comunidad.

Los conocimientos comprenden la vigilancia y evaluación de programas de salud en los países en desarrollo; la planificación y ejecución de programas continuos de educación para la salud, servicios eficaces de salud y desarrollo comunitario; la actualización y el mantenimiento de la competencia en la materia; la aptitud para colaborar en el trabajo en equipos intersectoriales y la solución innovadora de problemas en diversas situaciones.

Cada institución participante está preparando una lista de sus aspectos positivos y recursos disponibles (personal, bibliotecas, etc.) para participar en el programa. Se están cursando invitaciones a universidades específicas de países en desarrollo que ya tienen vínculos con universidades canadienses para que se integren a esta red internacional de capacitación. Además, se está estableciendo una base de datos sobre los recursos disponibles y la capacidad técnica actual en la materia. La propuesta ha sido presentada al Centro de Investigaciones para el Desarrollo Internacional (IDRC) como parte de la solicitud de financiamiento inicial. Se prevé que los primeros alumnos podrán matricularse en 1992.

Cabe destacar el importante papel del IDRC. La meta de este organismo, que fue fundado por el gobierno de Canadá en 1970, es promover las investigaciones en y para los países en desarrollo. El IDRC trabaja en cuatro campos principales: agricultura, ciencias de la salud, ciencias sociales y ciencias de la información. La División de Ciencias de la Salud comprende tres sectores: la salud y el medio ambiente, la salud y la comunidad, y sistemas de salud. El IDRC se ha comprometido a promover los vínculos entre los círculos universitarios canadienses y sus homólogos en los países en desarrollo. Con eso en mente, el IDRC ha apoyado el desarrollo del CUCHID en general y las iniciativas en el ámbito de la capacitación descritas anteriormente en particular.

## **Otras Observaciones sobre la Formación en Salud Internacional**

En este apartado se exponen dos consideraciones adicionales. La primera está relacionada con la definición de la salud internacional. La segunda se refiere a los recientes e importantes acontecimientos a escala mundial en lo que atañe a las investigaciones sobre la salud orientadas al desarrollo, que tienen importantes repercusiones en los programas actuales y futuros de capacitación en salud internacional.

**Hacia una Definición de la Salud Internacional.** En la formulación de programas de capacitación en salud internacional surgen preguntas sobre el marco

de los programas, sus componentes y límites como campo tanto de estudio como de ejercicio profesional. A continuación se propone una definición de salud internacional, que se presenta a título de marco conceptual a fin de promover el debate para que los colegas que estén interesados en este campo de estudio y de práctica profesional lo comprendan mejor. La definición propuesta abarca cinco componentes.

1. *La salud como concepto.* Partiendo de la definición de salud formulada originalmente en 1978 en la Declaración de Alma Ata y perfeccionada posteriormente, que es la definición comúnmente aceptada, la salud como concepto dentro del campo general del "desarrollo" resulta muy útil. Puede medirse utilizando un conjunto de indicadores específicos. La salud es valorada a nivel individual y colectivo, y se comprende como idea. Existe una estrecha relación entre la salud y la "riqueza" (situación económica). Se entiende también cada vez más que la salud es un producto de un amplio conjunto de factores determinantes, de los cuales el sistema de servicios de salud es sólo uno.

2. *Una población definida (generalmente un país) como principal unidad de análisis.* La palabra "internacional" implica una inclinación hacia la idea de que las naciones representan el punto de partida de las conversaciones y el entendimiento. Los países tienen nombre, límites geográficos, división política y población; en consecuencia, representan una base sencilla para los estudios nacionales y, por lo tanto, internacionales. Sin embargo, a fin de proporcionar mayor flexibilidad se propone que cualquier población definida pueda usarse como unidad de análisis. Con un país determinado, la "unidad" de interés podría ser una entidad geopolítica (como un estado, provincia o región), o podrían agruparse varios países a efectos del análisis sobre la base de su proximidad geográfica o cualquier otra característica (como una historia colonial común; por ejemplo, las islas francófonas del Caribe). La población de interés podría ser otro grupo definido de una población general, como las mujeres, los niños, los pobres, los ancianos, etc.

3. *Comparación entre países (u otras poblaciones).* Una vez más, la palabra "internacional" se refiere a dos países como mínimo. Lo importante en este caso es la comparación, es decir, la búsqueda específica de similitudes y diferencias, la realización de observaciones sistemáticas sobre los hechos (evaluación), la explicación de las similitudes y diferencias (análisis) y los efectos de intervenciones específicas tal como se aplican a una población definida (acción).

4. *Decisiones basadas en pruebas.* Análogamente, en la práctica de la medicina clínica se ha observado una conciencia creciente con el correr de los años de que los médicos deben ser capaces de determinar si sus decisiones clínicas se basan en pruebas científicas firmes (principio de la validez) y si una decisión clínica propuesta es pertinente para el paciente y para el problema clínico del caso (principio de la aplicabilidad). Se propone que para tomar decisiones

sobre la salud de poblaciones se utilice la misma clase de análisis y acción que se usa para tomar decisiones sobre la salud de los individuos. Por lo tanto, debemos aprender a preguntar cuál es la base científica de una nueva política propuesta, de una decisión en el sentido de asignar recursos que afecten a la salud de poblaciones o de una "intervención" de salud pública específica.

5. *Una base de "valores"*. Por último, toda nuestra labor (tanto de estudio como de práctica profesional) en el campo de la salud internacional debería basarse en un conjunto de valores. Estos valores no se limitan al sector salud, sino que de hecho derivan de la experiencia general del desarrollo internacional. Se proponen dos valores específicos que se consideran fundamentales para el estudio y la práctica de la salud internacional como punto de partida para un análisis más profundo. El primero es la equidad: un compromiso con este principio dirige de inmediato nuestra atención a las naciones y poblaciones más pobres, que presentan también los indicadores de salud menos favorables. El segundo valor propuesto es el beneficio mutuo: la idea de que todos, como individuos y como naciones, tenemos algo que aprender de los demás y algo que contribuir. Esto constituye la base más firme de la verdadera cooperación y el trabajo en sociedad.

Una salvedad que acompaña a esta definición propuesta de salud internacional es que no debe haber una contradicción entre los valores firmes y las pruebas científicas sólidas. De hecho, ambos elementos pueden respaldarse mutuamente. El compromiso con la equidad en la salud puede llevar a un análisis científico riguroso de las diferencias en cuanto a la salud, la razón por la cual existen dichas diferencias y las medidas que pueden tomarse para corregirlas.

**Investigaciones sobre la Salud para el Desarrollo.** En 1987, 16 organismos patrocinantes formaron la Comisión de Investigaciones sobre la Salud para el Desarrollo, cuyo mandato era determinar la forma en que las investigaciones podrían mejorar la salud y el bienestar de los pueblos de los países en desarrollo y formular recomendaciones al respecto. La Comisión presentó su informe en febrero de 1990 en la Conferencia Nobel del Instituto Karolinska en Estocolmo, en la cual participaron más de 90 representantes de países desarrollados y en desarrollo, organismos de las Naciones Unidas, organismos de asistencia para el desarrollo, fundaciones privadas, organizaciones comunitarias e instituciones universitarias<sup>1</sup>. La Conferencia hizo suyas las cuatro recomendaciones principales de la Comisión, especialmente el concepto de las investigaciones nacionales esenciales en salud (INES). El trabajo de la Comisión y sus principales recomendaciones son importantes para cualquier programa de capacitación en salud internacional que se proponga llevar a cabo.

La Comisión previó un sistema pluralista y mundial de investigaciones sobre la salud que fomente la labor de grupos científicos nacionales vinculados por medio de redes, a fin de abordar los problemas nacionales y mundiales de salud, y formuló las siguientes recomendaciones:

- Todos los países deberían iniciar investigaciones nacionales esenciales en salud (INES) a fin de acelerar las medidas en materia de salud en diversos medios nacionales y comunitarios y garantizar que se obtengan los mejores resultados que sea posible con los recursos disponibles para la salud. Las investigaciones sobre la salud no deberían circunscribirse al sector salud, sino que en otros sectores también deberían estudiarse las repercusiones del desarrollo en la salud, así como los factores socioeconómicos que influyen en ella. Los países deberían adoptar y apoyar una estrategia a largo plazo para construir y mantener su capacidad de investigación.
- Los esfuerzos nacionales de los países en desarrollo deberían combinarse con las actividades de los países industrializados en sociedades internacionales que movilicen los conocimientos científicos mundiales y los orienten hacia los problemas de salud de máxima prioridad.
- Se debería conseguir apoyo financiero más cuantioso y sostenido de fuentes internacionales para las investigaciones, a fin de complementar las inversiones de los países en desarrollo. Los organismos de asistencia para el desarrollo deberían aumentar su asistencia programática para la investigación y asignar por lo menos el cinco por ciento de la asistencia para proyectos en el campo de la salud a las INES y al fortalecimiento de la capacidad de investigación. Los organismos externos deberían dar mayor flexibilidad a las instituciones de investigación de los países en desarrollo y asumir compromisos a largo plazo -de diez años como mínimo- en lo que atañe al fortalecimiento de la capacidad institucional.
- Se debería establecer un mecanismo internacional para promover el apoyo financiero y técnico a las investigaciones sobre problemas de salud de los países en desarrollo y observar el progreso.

El conjunto de estas recomendaciones movilizarían el poder de las investigaciones para fortalecer las medidas de los países en desarrollo en el ámbito de la salud y descubrir medios más eficaces para hacer frente a los problemas de salud que aún no se han solucionado. Las investigaciones nacionales esenciales en salud fortalecerán la capacidad y la resolución de los países en desarrollo para satisfacer las necesidades de los más desfavorecidos y acelerar el progreso hacia la meta fundamental de la equidad en materia de salud.

La Comisión se disolvió a fines de 1990, pero para complementar su labor se formó un Grupo de Trabajo de Investigaciones sobre la Salud para el Desarrollo, cuya secretaría se encuentra en Ginebra. El Grupo se propone alcanzar las siguientes metas en un bienio:

- promover, facilitar y apoyar las INES en los países que deseen iniciarlas;
- formular y evaluar opciones en cuanto a mecanismos de más largo plazo para apoyar las INES;

- promover la sinergia entre las investigaciones sobre los problemas mundiales de salud y las INES.

El Grupo está trabajando con más de 20 países que desean iniciar INES. Se han forjado lazos estrechos con los principales organismos de las Naciones Unidas y con un grupo de redes internacionales que ya están trabajando en el campo de las investigaciones sobre la salud y el desarrollo. En 1991 se publicará una monografía en la cual se describe el proceso de las INES y se analiza la experiencia adquirida en este campo. El boletín ENHR Forum proporciona información actualizada sobre este movimiento internacional importante y creciente.

## **Comentario Final**

Ivan Head, ex presidente del IDRC, presentó en un libro que se publicó recientemente un argumento importante para la consideración de todas las naciones, particularmente las sociedades industrializadas (usando a Canadá como ejemplo principal). Afirma que la acción internacional basada en el principio del "beneficio mutuo" es no sólo deseable, sino también obligatoria, porque todas las naciones comparten una "vulnerabilidad mutua"<sup>3</sup>. En la sobrecubierta del libro se expone muy bien este argumento:

"Los países industrializados han supuesto durante mucho tiempo que el desempeño superior de su economía, sus adelantos científicos y su poderío militar les garantizan un alto grado de invulnerabilidad frente a los acontecimientos de los países en desarrollo. Esta hipótesis tiene una falla fundamental. A medida que la población de los países en desarrollo va aumentando, también aumentan el deterioro del medio ambiente, la incertidumbre económica, la turbulencia social y la inestabilidad política, cuyas consecuencias se hacen sentir cada vez más en los países industrializados."

En sus conclusiones, Head señala que la generación actual fue la primera en reconocer que el equilibrio del medio ambiente mundial es precario, que los continuos desequilibrios tendrán inevitablemente efectos irreversibles, que ciertos actos (por ejemplo, una guerra atómica) son inaceptables y que disponemos de los conocimientos necesarios para realizar una acción positiva si logramos superar la indiferencia humana. Propone algunas estrategias generales basadas en los principios del pluralismo, la consulta, la coherencia, el consenso, la compasión y la cooperación. Estas estrategias son: hacer preguntas básicas, crear un clima de apertura, buscar oportunidades específicas (para superar los impedimentos artificiales y ofrecer a la gente una oportunidad justa), reformular nuestros contratos sociales personales e institucionales y reflexionar sobre las enseñanzas

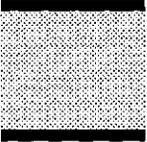
de la historia, tanto antigua como reciente (por ejemplo, ya no es posible que alguien gane una guerra).

Este análisis (y otros similares) de nuestra situación internacional actual constituye una base importante para las consideraciones relativas a la forma en que la salud internacional puede contribuir a un orden mundial deseado.

### **Referencias**

1. Commission on Health Research for Development. "Health Research: Essential Link to Equity in Development". Oxford University Press, 1990.
2. Halstead S.B., Tugwell P. y Benett K.J. "The International Clinical Epidemiology Network (INCLIN): A Progress Report". *J Clin Epidemiol* 44(6):579-589 (1991).
3. Head, Ivan L. "On a Hinge of History: the Mutual Vulnerability of South and North". University of Toronto Press, 1991.





# Bases Conceptuales para la Educación e Investigación en Salud Internacional\*

Julio Frenk  
Fernando Chacón

## Introducción

La salud internacional adquiere cada vez más una importancia significativa debido a la creciente complejidad de las relaciones internacionales y su impacto en la salud y los sistemas de salud, así como a las implicaciones de ésta en dichas relaciones. A partir de las interacciones entre las relaciones internacionales y la salud se fundamenta la necesidad de desarrollar y consolidar una tradición académica e intelectual que dé sustento a la generación de conocimiento y fundamente sus aplicaciones prácticas.

La salud internacional está experimentando cambios conceptuales y estratégicos que deben tomarse en cuenta para lograr la integralidad y consistencia en el alcance, enfoque y énfasis de los programas educativos, los proyectos de investigación y las acciones de salud tanto nacionales como binacionales y multinacionales.

En este capítulo se identifican los cambios conceptuales y estratégicos, se proponen las definiciones básicas, el universo de trabajo y la base disciplinaria de la "nueva" salud internacional; así mismo, se describen los antecedentes, la ubicación institucional, los objetivos, las estrategias y los programas que fundamentan el funcionamiento de la Unidad de Estudios Internacionales en Salud Pública (UEISP).

En concreto, se propone la transición hacia un nuevo concepto y práctica de la salud internacional que guíe los esfuerzos en educación e investigación que realiza la UEISP.

El término "transición" se utiliza en dos dimensiones: en primer lugar, para resaltar los grandes cambios que están ocurriendo en el sector salud en nuestros días. En segundo lugar y como consecuencia, para indicar al surgimiento de un paradigma de la salud internacional. En este sentido, la transición de la salud internacional se refiere a la serie de cambios interrelacionados y complejos, tanto en la dinámica de las relaciones internacionales como en los patrones de las condiciones y sistemas de salud en el mundo.

---

\* Una versión preliminar de este trabajo se presentó como ponencia en la "Serie de Conferencias Distinguidas en Salud Internacional", organizada por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, 12 de febrero de 1991.

## **Marco Referencial**

El surgimiento de la salud internacional como campo de estudio y ámbito para la acción ha sido el resultado de las exigencias de la dinámica internacional desde mediados del siglo pasado. El comercio internacional como causa principal de la diseminación de enfermedades infecciosas a lo largo de las rutas comerciales estimuló la acción binacional y multinacional para contener las epidemias, a través del establecimiento de medidas de aislamiento<sup>3,18,19</sup>. Así por ejemplo, los orígenes del Consejo Egipcio de Aislamiento, cuyo surgimiento respondió más a intereses comerciales que de salud pública, se remontan a 1831<sup>5</sup>.

La salud internacional adquiere cada vez más una importancia significativa debido principalmente a la creciente complejidad de las relaciones económicas, políticas y sociales internacionales, que implican, a su vez, cambios en los perfiles epidemiológicos de la población y transformaciones en los sistemas de salud.

En efecto, la conformación de nuevos bloques económicos, políticos y militares, la liberación del comercio internacional, los ajustes financieros asociados a la internacionalización del capital, la división internacional del trabajo y la producción, la reconfiguración de fuerzas entre los sistemas de producción capitalista y socialista y los conflictos bélicos internacionales inciden directamente en las variables económicas, políticas y sociales de cada país; la salud, como punto de encuentro donde confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica no queda exenta de dicho impacto<sup>10</sup>.

Por otro lado, el desarrollo natural de la enfermedad no reconoce fronteras o limitaciones geopolíticas; esta situación incide, a su vez, en la dinámica internacional, abriendo o reforzando nuevos campos de cooperación o de conflicto entre los sujetos de la comunidad internacional y, por lo tanto, afectando las relaciones económicas, políticas y sociales entre los estados. El caso de Perú en relación a la epidemia del cólera es un ejemplo pertinente de cómo un problema de salud nacional se convierte en un asunto que trasciende las fronteras de un país y afecta las relaciones internacionales.

A partir de estas interacciones entre las relaciones internacionales y la salud pública, se hace evidente la necesidad de elaborar marcos teórico-conceptuales que den a la salud internacional mayor consistencia en los ámbitos de la enseñanza, la investigación y los servicios.

La construcción de los enfoques y la elaboración teórica para el abordaje de la salud internacional han tendido, hasta ahora, a analizar los fenómenos de la salud internacional sin una delimitación precisa de su ámbito o universo de trabajo y de acuerdo a concepciones e intereses particulares. De hecho, la salud internacional se ha concebido como un campo de estudio y de práctica profesional que los países desarrollados han estimulado con el fin de promover y justificar

sus acciones e intervenciones en los problemas de salud de los países en desarrollo<sup>1,2,7</sup>.

Esta situación plantea el reto de desarrollar y consolidar una vigorosa tradición académica e intelectual de la salud internacional que fundamente los esfuerzos de generación de conocimiento y guíe sus aplicaciones prácticas. El desarrollo de este campo de estudio<sup>4</sup> se puede basar en los siguientes cuatro elementos:<sup>9,10,13</sup>

1. Una base conceptual que permita el establecimiento y delimitación del ámbito de enseñanza, investigación y acción en salud internacional. El fin último sería el definir de manera precisa la salud internacional y más específicamente, con el afán de diferenciar los usos tradicionales de este término, la nueva salud internacional.

2. Una base de producción que facilite la generación de un cuerpo de conocimientos que dé contenido sustantivo al área, a través de la conjunción de grupos de instituciones donde se reúna una masa y una densidad crítica de investigadores.

3. Una base de reproducción que asegure la consolidación y continuidad del campo intelectual -y así la construcción de una auténtica tradición- a través de tres vehículos principales:

- a) diseño y desarrollo de programas educativos para formar nuevos investigadores y profesionistas;
- b) creación o consolidación de publicaciones para difundir los resultados de investigación;
- c) conformación de asociaciones académicas y profesionales entre instituciones con intereses comunes para el intercambio de ideas y la promoción y proyección de la salud internacional.

4. Una base de utilización que permita traducir el conocimiento en dos tipos de productos: a) desarrollos tecnológicos, incluyendo nuevos esquemas organizacionales y b) toma de decisiones basada en resultados de investigación.

En resumen, es imprescindible el desarrollar una base conceptual a este campo del conocimiento que responda a los intereses de todos los países y, por lo tanto, evitar formas de conocimiento asociadas a los designios de cada país o región. A la vez, es urgente el promover una base de producción a través de la conformación de equipos de trabajo multidisciplinarios y multicéntricos, interesados en este incipiente campo, así como crear las condiciones para garantizar la reproducción del conocimiento mediante la formación y desarrollo de investigadores y profesionistas, la difusión de los resultados de investigación, la conjunción de esfuerzos, el intercambio de experiencias e ideas y la agregación de intereses entre instituciones tanto de países desarrollados como en desarrollo.

Sólo con esa fundamentación conceptual, con esa base de producción y con ese esfuerzo de reproducción se logrará dar pie a la base de utilización del

conocimiento para analizar y solucionar los problemas de salud que trascienden las fronteras nacionales y que afectan a uno o más países.

Desde esta perspectiva, la salud internacional está experimentando cambios conceptuales y estratégicos importantes que deben tomarse en cuenta para lograr la integralidad y consistencia en el alcance, enfoque y énfasis de los programas educativos, los proyectos de investigación y las acciones de salud tanto nacionales como binacionales y multinacionales.

## **La Nueva Salud Internacional**

La manera en que se concibe la salud internacional como campo de conocimiento y como práctica de una profesión tiene que reflejar el reordenamiento que está sufriendo la sociedad internacional. En este sentido, el enfoque tradicional de la salud internacional ha sufrido cambios conceptuales y estratégicos que obligadamente deben tomarse en cuenta para la conceptualización, producción, reproducción y utilización de la nueva salud internacional. En el cuadro 1 se resumen algunos de los cambios más representativos que ha experimentado el concepto, de acuerdo a su alcance, enfoque y énfasis.

Así, la nueva salud internacional percibe los problemas de salud como cuestión que compete a todos los países sin importar su nivel de desarrollo, rechazando la perspectiva de que dichos problemas sólo atañen a los países en desarrollo. Taylor recoge esta inquietud cuando manifiesta que "La madurez (en las actividades de salud internacional) es reconocer la realidad de que los problemas de salud en el mundo son responsabilidad de todos. Muchos de los problemas de salud aún no resueltos son compartidos por los países desarrollados y subdesarrollados"<sup>21</sup>.

La razón de este nuevo alcance de la salud internacional en relación a la inquietud mundial por los problemas de salud, el comportamiento de los daños para la salud y la obsolescencia de las fronteras nacionales lo refiere Soberón:

A lo largo de la historia de la humanidad, la presencia de las enfermedades se puede ubicar, en algunos casos, en un lugar geográfico específico desde donde parte, y después de un proceso de diseminación que, dadas ciertas condiciones ecológicas, climatológicas, geofísicas e incluso culturales, les lleva a rebasar los artificiales límites geopolíticos que el hombre impone a sus jurisdicciones de gobierno. La lepra, la peste, la tuberculosis, la fiebre amarilla, el paludismo y ahora el síndrome de inmunodeficiencia adquirida son muestras de cómo las enfermedades no tienen frontera<sup>20</sup>.

Cuadro 1  
Cambios Conceptuales y Estratégicos de la Salud Internacional

| Dimensión de los Cambios | Salud Internacional Tradicional                       | Salud Internacional Nueva                                  |
|--------------------------|---|--|
| Alcance                  | Problemas de salud que afectan a países en desarrollo | Problemas de salud que afectan a todos los países          |
| Enfoque                  | Homogeneidad de los países en desarrollo              | Diversidad entre y al interior de los países en desarrollo |
|                          | Medidas unilaterales                                  | Medidas bilaterales y multilaterales                       |
|                          | Concepto de dependencia                               | Concepto de interdependencia                               |
| Enfasis                  | Asistencia en la prestación de servicios de salud     | Transición epidemiológica                                  |
|                          | Control de enfermedades transmisibles                 | Transición epidemiológica                                  |
|                          | Servicios de salud primitivos                         | Transición de los sistemas de salud                        |

La nueva salud internacional reconoce la diversidad económica, política y social entre los países, así como la especificidad de las poblaciones y problemas al interior de los mismos, dejando a un lado la visión obsoleta de la homogeneidad de los países en desarrollo. Este reconocimiento constituye una condición importante para estimular el auténtico desarrollo. Como lo manifiesta Crandon en la evaluación de un proyecto en Bolivia: "Nos falta respeto por lo que no es occidental y científico. Se puede argumentar que nuestros programas permanecen inherentemente etnocéntricos"<sup>6</sup>. Este hecho lo confirma Foster cuando señala que:

Se asumía que la medicina "científica", tanto preventiva como curativa, tendría el mismo resultado en cualquier parte... Un modelo que había probado ser efectivo en el sur de América (Estados Unidos) fracasó cuando se aplicó en un ambiente sociocultural diferente<sup>8</sup>.

La dimensión internacional de la salud requiere la estrecha colaboración entre los países para hacer frente a los problemas de salud que afectan a todas las naciones en común. Como ejemplo de este tipo de problemas Gellert menciona el calentamiento de la tierra, el agotamiento de la capa de ozono, la disposición de desechos tóxicos y radioactivos, el deterioro de la calidad del aire y el agua y la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana entre otros<sup>16</sup>. Estos

problemas requieren de la acción bilateral y multilateral para su contención y solución.

En el mismo sentido, se elimina el enfoque dependientista en la relación entre países desarrollados y en desarrollo y es reemplazado por el concepto de interdependencia entre los mismos. La interdependencia en los aspectos económicos, ambientales y demográficos tiene un impacto creciente en las condiciones de salud mundial<sup>15</sup>. La sustitución del concepto de dependencia conlleva cambios a la mesa de negociaciones, en el sentido que cada grupo de países tiene que ver al otro como aliado en el proceso de desarrollo.

En tanto que la salud internacional tradicional se preocupa por la asistencia técnica de países desarrollados a países en desarrollo en la prestación de servicios de salud, la nueva salud internacional enfatiza la cooperación y colaboración en enseñanza, investigación y servicios de salud. Este nuevo enfoque de la salud internacional requiere mecanismos innovadores de colaboración. En lugar de ver a la salud internacional como un proceso unidireccional de asistencia técnica, ésta se debe fundamentar en una relación de cooperación técnica que traerá beneficios bidireccionales<sup>21</sup>.

Finalmente, la nueva salud internacional considera la transición epidemiológica y de los sistemas de atención a la salud<sup>14</sup>, superando el énfasis reduccionista del control de las enfermedades transmisibles y los sistemas de salud primitivos.

La transición epidemiológica se refiere a los cambios en la frecuencia, magnitud y distribución de las condiciones de salud de una población específica en el largo plazo, expresados en los patrones de enfermedad, incapacidad y muerte. La transición de los sistemas de salud, por su lado, se relaciona con las transformaciones de los patrones de la respuesta social organizada, expresada en la forma en que los sistemas de salud están estructurados para la prestación de servicios<sup>14</sup>. Existe una estrecha relación entre las dos transiciones. Los cambios en el perfil epidemiológico de la población demandan transformaciones en la organización y funcionamiento de los servicios de salud de manera tal que sean consistentes con la realidad epidemiológica en la que están inmersos<sup>12</sup>. La salud internacional debe poner énfasis en esas transiciones con el fin de responder adecuadamente a la creciente complejidad de las condiciones y acciones de salud que trascienden las fronteras nacionales.

## **Definiciones Básicas**

A partir de estos cambios que sustentan a la nueva concepción de la salud internacional, podemos abordar la definición de salud internacional como campo de conocimiento y como instrumento para la acción.

De la misma manera que la salud pública, la salud internacional se define por su nivel de análisis poblacional<sup>11</sup>; su característica distintiva es el tipo de

población, misma que es representada por los sujetos de la sociedad internacional: naciones (conjunto de población con identidad territorial y cultural propia); estados (como la organización política de las naciones); organismos internacionales; bloques económicos, políticos y militares; y organizaciones públicas y privadas con o sin fines de lucro.

Como campo para la investigación, la salud internacional se concibe como el estudio interdisciplinario del conjunto de fenómenos, vínculos, acciones e interacciones del proceso salud- enfermedad que se producen entre los sujetos y los espacios de la sociedad internacional. Esta connotación comprende las implicaciones de las relaciones económicas, políticas y sociales internacionales en la salud, las repercusiones de la salud en dichas relaciones y las condiciones y acciones de salud que trascienden las fronteras de un país.

Como ámbito para la acción, la salud internacional se define como el esfuerzo sistemático para identificar las condiciones de salud y organizar las respuestas entre los sujetos de la sociedad internacional, incluyendo la formulación de políticas y la cooperación técnica internacionales para caracterizar las necesidades de salud y movilizar los recursos necesarios para responder a dichas necesidades.

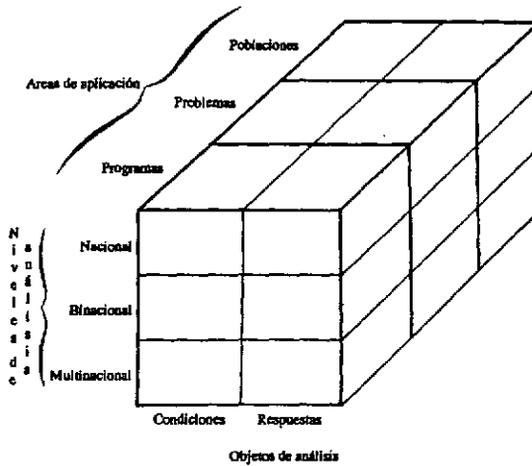
## **Universo de la Salud Internacional**

Tanto la educación y la investigación como la práctica de la salud internacional comparten el mismo universo de acción. Como se sintetiza en la matriz tridimensional presentada en la figura 1, este universo está representado por los objetos de análisis (condiciones y respuestas de salud), las áreas de aplicación (poblaciones, problemas y programas) y los niveles de análisis (nacional, binacional y multinacional).

Así, el desarrollo de recursos humanos, la generación de conocimiento y la acción sobre la realidad se enfoca en las condiciones de salud de la población y las respuestas organizadas que trascienden las fronteras de un país, desde una perspectiva nacional, binacional o multinacional.

Las áreas de aplicación de la salud internacional la constituyen: poblaciones específicas (por ejemplo, madres y niños, adolescentes, ancianos, migrantes, campesinos, rurales, urbanas), problemas concretos (por ejemplo, drogadicción, contaminación ambiental, desnutrición) y programas particulares (vigilancia epidemiológica, control sanitario, vacunación, educación para la salud). Así, por ejemplo, el problema de la contaminación ambiental en una zona fronteriza puede ser objeto de estudio y acciones binacionales para reducir los daños (condiciones) que provoca en la salud de la población infantil.

Figura 1  
El Universo de la Salud Internacional



A partir de los objetos y niveles de análisis y de las áreas de aplicación se pueden distinguir como áreas sustantivas de enseñanza, investigación y acción las siguientes: políticas y estrategias de salud internacionales, cooperación técnica y financiera internacional, regulación sanitaria internacional, salud fronteriza, migración internacional y salud, comercio internacional y salud, transferencia de riesgos ambientales, transferencia de tecnología, narcotráfico y drogadicción, entre otras.

### Base Disciplinaria

La enseñanza y la investigación de la problemática de la salud internacional tiene que recurrir a diferentes disciplinas, tanto de las ciencias sociales como de las de la salud, con el fin de abordar con seriedad y consistencia científica los objetos de análisis y las áreas de aplicación.

La naturaleza integral de los problemas y programas de la salud internacional requiere la contribución del conocimiento de las ciencias sociales<sup>17</sup>. Entre las disciplinas de las ciencias sociales, las relaciones internacionales y áreas afines, como la geografía política, la economía internacional, el derecho internacional y la historia diplomática, juegan un papel preponderante. Es pertinente señalar que esta integración disciplinaria constituye un paso más a la ya lograda por la salud pública, misma que reúne disciplinas como la epidemiología, demografía, la economía, la sociología, las ciencias administrativas, el derecho y la ética<sup>11</sup>.

Así, la salud internacional se convierte en el punto de confluencia entre las disciplinas de las ciencias sociales, incluyendo a las relaciones internacionales, y de las ciencias de la salud, especialmente aquellas vinculadas directamente a la salud pública. El cuerpo de conocimientos y el marco teórico-conceptual de las relaciones internacionales brindan las bases para comprender la dinámica de la sociedad internacional en relación a los aspectos económicos, políticos, sociales e ideológicos que afectan la interacción entre países. La salud pública proporciona los elementos teóricos, metodológicos y técnicos para abordar el estudio de las consecuencias de dichas interacciones en el nivel de salud y en la organización y funcionamiento de los servicios de salud.

## **La Unidad de Estudios Internacionales en Salud Pública**

La internacionalización de las causas, condiciones y respuestas de salud requiere de la consolidación de una vigorosa tradición académica y pragmática de la salud internacional. La Unidad de Estudios Internacionales en Salud Pública (UEISP) constituye un esfuerzo interinstitucional para la formación de recursos humanos, la investigación, la asesoría y la práctica en las necesidades y acciones de salud que trascienden las fronteras nacionales y afectan a dos o más países.

La Unidad de Estudios Internacionales en Salud Pública de México tiene como misión el contribuir a consolidar una auténtica tradición académica y pragmática de la salud internacional, a través del desarrollo de las bases conceptual, de producción, de reproducción y de utilización.

Ante la nueva concepción de la salud internacional, la Unidad surge como una respuesta a la necesidad de formar especialistas, desarrollar investigaciones sobre las necesidades y respuestas de salud que trascienden las fronteras de un país e influir en la práctica de ese campo. Así mismo, la UEISP pretende fomentar la cooperación técnica internacional en los ámbitos de la educación, la investigación y los servicios de salud.

## **Antecedentes y Ubicación Institucional**

La UEISP se establece en 1988 como un programa de colaboración entre el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Dirección de Asuntos Internacionales de la Secretaría de Salud y la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en México (OPS-México). Los esfuerzos concertados de estas instituciones facilitan la consolidación de la infraestructura científica, técnica y operativa de la UEISP para cumplir con su misión.

La Unidad se encuentra ubicada en el INSP, el cual está conformado por la Escuela de Salud Pública de México, el Centro de Investigaciones en Salud

Pública y el Centro de Investigaciones sobre Enfermedades Infecciosas; esta ubicación representa una base institucional con un potencial importante para el desarrollo del área, contando así con 147 profesores-investigadores de tiempo completo que se encuentran realizando 61 investigaciones sobre problemas diversos de la salud pública e impartiendo nueve programas de posgrado, incluyendo el Doctorado en Salud Pública.

La UNAM, con su tradición de excelencia y experiencia en la formación de recursos humanos y la investigación y la amplitud de su espectro de acción, apoya a la Unidad, a través del Programa Universitario de Investigación en Salud, con una perspectiva multidisciplinaria e internacional.

La Secretaría de Salud, conocedora de los problemas prioritarios de salud en el país, de los recursos existentes, del grado de avance de las estrategias y desempeño de los programas, es un componente crucial para orientar las prioridades, pertinencia y factibilidad de los programas y proyectos de salud internacional.

La OPS-México, como organismo internacional, representa la experiencia en el diseño y ejecución de programas de salud internacional; del análisis de su concepción, alcances y limitaciones se benefician las actividades de la Unidad. Así mismo, este organismo cuenta con un enorme bagaje de información relevante para las investigaciones comparativas sobre necesidades y sistemas de salud.

Por otro lado, México constituye un escenario adecuado, disponible y accesible para el desarrollo de programas educativos, de investigación y de asesoría en los ámbitos de la salud internacional. En efecto, su ubicación geográfica y su evolución socioeconómica lo colocan como punto intermedio y de convergencia entre países en desarrollo y países desarrollados. Así mismo, dada la situación económica y afinidad de costumbres y de lenguaje con el resto de los países latinoamericanos, México es un país que presenta condiciones favorables en aspectos tanto de costos como culturales para el establecimiento de programas con participación de estudiantes e investigadores extranjeros.

## **Objetivos y Estrategias**

Los objetivos generales de la Unidad son, por un lado, impulsar el desarrollo conceptual y la consolidación académica de la salud internacional como campo de docencia, investigación, asesoría y acción de la salud pública y, por el otro, fomentar la cooperación internacional en proyectos docentes, de investigación y de asesoría técnica entre las instituciones nacionales que la conforman y las universidades extranjeras, gobiernos de países en desarrollo y desarrollados y organismos internacionales.

De esta manera, la UEISP contribuye con la formación y desarrollo de recursos humanos de alto nivel en el campo de la salud internacional a través de

cursos formales y de educación continua; fomenta la investigación, preferentemente multicéntrica, de los fenómenos del proceso salud-enfermedad y de las acciones de salud que trascienden las fronteras de un país; impulsa el desarrollo de asesorías técnicas a entidades prestadoras de servicios de salud y a instituciones de educación superior, tanto nacionales como extranjeras, en los ámbitos de la salud pública y la salud internacional; y promueve la realización de eventos académicos y la difusión de resultados con el fin de facilitar el intercambio de ideas y experiencias.

Estas acciones vinculan la docencia e investigación al campo práctico de los servicios de salud, refuerzan el proceso de enseñanza-aprendizaje y generan información para la toma de decisiones, contribuyendo así a la comprensión de los fenómenos de la salud internacional y a la solución de los problemas involucrados en la prestación de servicios de salud binacionales y multinacionales.

Con el fin de establecer las condiciones adecuadas para el cumplimiento de los objetivos, las estrategias de la Unidad son:

**Colaboración Interinstitucional.** Uno de los componentes fundamentales para facilitar el cumplimiento de los objetivos, implícito en la misión de la Unidad, es la estrecha colaboración entre las instituciones participantes. Esta estrategia permite el intercambio de información y la complementación de servicios y, por lo tanto, facilita el diseño y ejecución de programas y proyectos conjuntos.

**Colaboración Intrainstitucional.** La vinculación con las diferentes instancias académicas tanto del INSP como de la UNAM favorece el desempeño de las actividades de la Unidad, permitiendo la autosuficiencia de recursos humanos e infraestructura, la utilización eficiente de los recursos institucionales y la potencialización de los beneficios derivados de la conjunción de esfuerzos para el logro de objetivos comunes.

**Consolidación de Equipos Multidisciplinarios de Trabajo.** Tanto la docencia como la investigación y la asesoría en el área de la salud internacional requieren de un enfoque interdisciplinario que permita el abordaje integral de la problemática a enseñar o investigar. En este sentido, la consolidación de equipos multidisciplinarios de trabajo propicia que la conjunción de esfuerzos brinde mejores resultados, además de que coadyuva al desarrollo individual de los miembros. Estos equipos se constituyen por profesores-investigadores de las instituciones participantes.

**Integración Investigación-Docencia-Servicio.** Esta estrategia se considera como un elemento indispensable mediante el cual el proceso de identificación de necesidades de salud internacional y el estudio y aplicación de programas binacionales y multinacionales genera conocimientos que permiten la retroalimentación para el diseño y evaluación de planes y programas de estudio y la formación y desarrollo de recursos humanos de acuerdo a los requerimientos de la operación de los servicios de salud.

**Captación de Recursos Externos.** El desarrollo de proyectos especiales de docencia, investigación y asesoría dependen en gran medida de los recursos externos con que se cuenta. En este sentido, la colaboración y apoyo financiero de organismos y fundaciones nacionales e internacionales es fundamental para el desarrollo de la Unidad. En este sentido, se cuenta con una política seria de gestión de recursos externos.

## **Programas y Proyectos**

Los objetivos de la UEISP se operacionalizan a través de dos programas, uno académico y el otro de cooperación técnica internacional.

El Programa Académico está conformado por tres grandes líneas de trabajo o ámbitos de acción: desarrollo conceptual de la salud internacional, formación de recursos humanos en salud internacional e investigación en salud internacional.

El desarrollo conceptual de la salud internacional como campo de estudio de la salud pública se considera como la piedra angular de las actividades de la Unidad, en el sentido de que permite fundamentar los contenidos de los programas de estudio, delimitar las líneas de investigación y diferenciar el campo profesional del especialista en el área.

En este sentido, la UEISP realiza actividades dirigidas a constituir espacios para la reflexión, análisis y discusión sobre la problemática que encierra el área de la salud internacional y contribuir a la definición de ciertos elementos comunes que impulsen el establecimiento de proyectos cooperativos entre los participantes y así propiciar el avance de la salud internacional como campo del conocimiento y práctica de la salud pública.

Dentro del ámbito de docencia, el Programa Académico contribuye con la Escuela de Salud Pública de México a la formación y desarrollo de recursos humanos a través del diseño e impartición de cursos formales y de educación continua en el campo de la salud internacional, así como a la adecuación y consolidación de la infraestructura humana y física de las instituciones participantes a fin de ofrecer espacios propicios para la realización de pasantías y el desarrollo de tesis de maestría y doctorado de estudiantes nacionales y extranjeros interesados en relacionar su formación con la salud internacional.

En relación al ámbito de investigación en salud internacional, ésta se contempla desde dos perspectivas. Por un lado, la investigación cuyo objeto de análisis son los fenómenos del proceso salud-enfermedad y las acciones de salud que trascienden las fronteras de un país y, por el otro, los análisis comparativos de necesidades y sistemas de salud entre diferentes países y regiones.

Desde este planteamiento, la Unidad fomenta el diseño y desarrollo de investigaciones, preferentemente multicéntricas, que aborden los fenómenos de

la salud internacional desde ambas perspectivas. Los grupos de trabajo se conforman por investigadores de las instituciones que integran la Unidad.

En relación al futuro de la Unidad, dentro del Plan de Desarrollo 1990-1998 se contempla, para 1994, la introducción de una concentración en salud internacional de la Maestría en Ciencias y, para 1998, la incorporación de un área de especialización en salud internacional del Doctorado en Salud Pública, ambos impartidos por la Escuela de Salud Pública de México. Así mismo, una vez consolidadas las bases de producción y reproducción se prevé la inclusión de una línea de investigación sobre salud internacional dentro del INSP.

El Programa de Cooperación Técnica Internacional, por su lado, contempla básicamente las actividades encaminadas a estrechar los vínculos de cooperación académica del INSP y la UNAM con otras instituciones de educación superior, ministerios de salud de países en desarrollo y desarrollados y organismos internacionales. Los ámbitos de acción para la asesoría y consultoría son: formación y desarrollo de recursos humanos en salud pública y disciplinas afines, investigación en salud pública y prestación de servicios de salud.

En el marco del programa de Cooperación Técnica Internacional se promueve el intercambio de profesores-investigadores entre las instituciones que conforman la UEISP y universidades extranjeras para el desarrollo de proyectos específicos de docencia, investigación y asesoría.

Uno de los proyectos estratégicos que coadyuva de manera importante al cumplimiento de la misión de la Unidad es la coordinación, como Secretariado Técnico, de la Red Latinoamericana para el Desarrollo de la Administración de Sistemas de Salud, financiado por la Fundación W.K. Kellogg. La Red está conformada por los programas en administración de salud de la Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil; la Escuela de Salud Pública de México del Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México; la Fundación Getulio Vargas, Sao Paulo, Brasil; el Instituto Centroamericano de Administración Pública, San José, Costa Rica; la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia; la Universidad de Chile, Santiago de Chile; la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú; y la Universidad del Valle, Cali, Colombia. El objetivo central de la Red es reforzar la administración de sistemas de salud a través del intercambio de información y experiencias, la complementación de servicios y el desarrollo de proyectos específicos de docencia e investigación multicéntrica, de modelos no tradicionales de enseñanza y de intercambio de docentes.

## **Conclusiones**

La salud internacional, como campo de conocimiento de la salud pública, aparece cada vez más ante la necesidad de elaborar marcos teórico-conceptuales que le permitan analizar los fenómenos de la dinámica de la sociedad

internacional que inciden sobre la salud de la población. Al mismo tiempo, se hace imprescindible el profundizar en el estudio de las consecuencias de la salud en las relaciones económicas, políticas y sociales internacionales.

La salud internacional como campo del conocimiento y ámbito para la acción ha experimentado cambios conceptuales y estratégicos en cuanto a su alcance, enfoque y énfasis que implican, a la vez, la reconsideración de los programas educativos, las líneas de investigación y las bases para la formulación de políticas y programas tanto a nivel nacional como binacional y multinacional.

Un ejemplo de los esfuerzos por consolidar una tradición académica en este campo es la creación de la Unidad de Estudios Internacionales en Salud Pública de México. La naturaleza y carácter de la UEISP implican un esfuerzo de coordinación interinstitucional para diseñar, organizar y operacionalizar las actividades que contribuyan al desarrollo y proyección de la salud internacional en el ámbito tanto de la educación y la investigación como de la prestación de servicios de salud.

En efecto, se ha iniciado un proceso serio y consistente de conceptualización de este campo del conocimiento; se ha identificado una masa y una densidad crítica de investigadores interesados en la salud internacional; y se han establecido bases sólidas para la formación de recursos humanos, la publicación y disseminación de información y la conjunción de un grupo importante de instituciones académicas nacionales y extranjeras capaces y comprometidas con los esfuerzos para mejorar los niveles de salud de la población.

Aún falta mucho por hacer. Estos logros deberán generar conocimiento y traducirse en elementos operativos y medidas concretas para retroalimentar la formulación de políticas encaminadas a coadyuvar a la solución de los problemas de salud que afectan a dos o más países.

En función de la experiencia de la Unidad, podemos concluir que el desarrollo de instituciones locales, apoyadas y complementadas a través de la conformación de redes o consorcios internacionales, es una estrategia eficiente y efectiva para consolidar las bases de producción, reproducción y utilización de la salud internacional. Con instituciones locales fortalecidas, la continuidad de este esfuerzo puede alcanzarse a través de la enseñanza e investigación multicéntrica. La cooperación en el campo de la salud podría proporcionar un ejemplo de logros concretos en la búsqueda compartida por un mejor futuro de la humanidad.

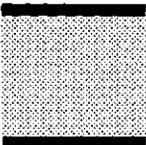
## **Agradecimiento**

Los autores agradecen las valiosas sugerencias ofrecidas por Sagar C. Jain y Octavio Gómez D.

## Referencias

1. Barry, M., Frenk, J. "Departments of medicine and international health". *Am J Med* 80:1019-1021 (1986).
2. Berliner, H., Regan, C. "Multinational operations of US for-profit hospital chains: trends and implications". *Am J Pub Health* 77(10):1280-1284 (1987).
3. Biraud, Y. "The international control of epidemics". *Br Med J* 1950 (May 6):1046-1050.
4. Bourdieu, P. "Algunas propiedades de los campos". Conferencia en la Ecole Normale Superior, París, 1976. Citado en: Mercer H. "La medicina social en debate". *Cuadernos Médico-Sociales* 42:5-13 (1987).
5. Buchanan, G.S. "International cooperation in public health: its achievements and prospects". *Lancet* 1934 (May 5):935-942.
6. Crandon, L. "Grass roots, herbs, promoters and preventions: A re-evaluation of contemporary international healthcare planning. The Bolivian case". *Soc Sci Med* 17(17):1281-1289 (1987).
7. Elling, R. "The capitalist world-system and international health". *Int J Health Ser* 11(1):21-51 (1981).
8. Foster, G. "World Health Organization behavioral science research: Problems and prospects". *Soc Sci Med* 24(9):709-717 (1987).
9. Frenk, J. "La investigación en salud pública: Una nueva realidad". *Gac Med Mex* 124:155-156 (1988).
10. Frenk, J. "La nueva salud pública". Trabajo preparado para la Organización Panamericana de la Salud. Cuernavaca, México, 1991.
11. Frenk, J., Bobadilla, J.L., Sepúlveda, J., Rosenthal, J., Ruelas, E. "A conceptual model for public health research". *Bull Pan Am Health Org* 22(1):60-71 (1988).
12. Frenk, J., Bobadilla, J.L., Sepúlveda, J., López-Cervantes, M. "Health transition in middle-income countries: New challenges for health care". *Health Pol Planning* 4(1):29-39 (1989).

13. Frenk, J., Duran, L. "Investigación en sistemas de salud: Estado del arte en México y perspectivas de desarrollo". *Ciencia* 41:15-25 (1990).
14. Frenk, J., Frejka, T., Bobadilla, J.L., Stern, C., Sepúlveda, J., José, M. "The epidemiologic transition in Latin America". *International Population Conference, New Delhi. Liege, Belgium, International Union for the Scientific Study of Population, 1989; Vol. 1 pp. 419-431.*
15. Gellert, G. "Global health interdependence and the international physician's movement". *JAMA* 264(5):610-613 (1990).
16. Gellert, G., Neumann, A., Gordon, R. "The obsolescence of distinct domestic and international health sectors". *J Pub Health Pol* 1989; Invierno:421-424.
17. Giovannini, M., Brownlee, A. "The contribution of social science to international health training". *Soc Sci Med* 16:957-964 (1982).
18. Howard-Jones, N. "Origins of international health work". *Br Med J* 1950 (May 6):1032-1037.
19. Seah, S.K.K. "Canada and international health". *Can Med Assoc J* 115:377-378 (1976).
20. Soberón, G., Valdés, C., De Caso, O. "La salud sin fronteras y las fronteras de la salud". *Salud Pública Mex* 31(6):813-822 (1989).
21. Taylor, C. "Changing patterns in international health: motivation and relationships". *Am J Pub Health* 69(8):803-808 (1979).



# **La Salud Internacional y la Integración Latinoamericana (Esbozo de Propuesta de Programa de Salud Internacional)**

**Eleutério Rodrigues Neto  
Ivo Ferreira Brito  
Alina Maria de A. Souza**

## **Introducción**

Estas notas de trabajo tienen como objeto discutir una propuesta de programa en salud internacional elaborada por el Núcleo de Estudios en Salud Pública y por otras instituciones nacionales asociadas. El tema en cuestión es de importancia fundamental para los países de la región, dado que los cambios que ocurren en el plano internacional y las transformaciones recientes de las instituciones de salud dentro del contexto de las reformas del Estado y de las políticas de ajuste, apuntan hacia la necesidad de una cooperación y del desarrollo de un accionar conjunto con vistas a superar la pobreza y el estancamiento producidos por la crisis en lo que hace al modelo de desarrollo económico adoptado por la región.

La velocidad con que se vienen dando los cambios en el escenario mundial y las incertidumbres acerca de ese mismo proceso de integración económica y social a escala mundial, redefinen las relaciones y el papel de los países dentro del ámbito regional. La política exterior tradicional adoptada hasta ahora debe corregirse en forma significativa con vistas a recuperar la capacidad técnica encaminada hacia el desarrollo económico. Si el escenario internacional se perfila como desfavorable en cuanto a la corriente de recursos, los procesos de reformas institucionales y la conquista de la democracia en la región facilitan el proceso de integración económica regional, la cooperación técnica y la creación de mercados comunes.

La salud es una de las áreas que se han venido considerando como estratégicas para reiniciar el desarrollo económico. Macedo, por ejemplo, menciona los términos de esa propuesta de la siguiente manera:

"se está reivindicando para la salud un papel protagónico en la escena del desarrollo, basado en evidencias de que la salud puede ser un factor positivo para el desarrollo al mismo tiempo que debe ser también uno de sus objetivos principales. Al redefinir de esta forma la salud y la búsqueda de su mejoría, también se reconoce que la salud no puede seguir siendo una responsabilidad exclusiva de las instituciones y los profesionales del sector, sino que necesita ser apropiada como una preocupación de la sociedad como un todo, de los llamados sectores productivos ligados al capital y al trabajo, de las diferentes ramas e

instancias del gobierno, inclusive de los parlamentos, de la acción internacional y de los individuos, de las familias y de las comunidades."<sup>1</sup>

En ese contexto, la salud adquiere un sentido estratégico para los propósitos de la integración latinoamericana y se reviste de fundamental importancia para los objetivos de superación de los estancamientos regionales y subregionales en el camino de retomar el desarrollo económico con equidad.

En este trabajo discutiremos los aspectos generales de la salud internacional en el contexto de los cambios en las relaciones internacionales. La primera parte considera el marco contextual. La segunda, la cuestión de la salud y la integración latinoamericana como pares interdependientes. En la tercera parte consideramos la internacionalización de la salud, los procesos relacionados con la nueva división internacional del trabajo y los ajustes internos de las economías regionales. La cuarta unidad detalla los ejes de la investigación, formación y cooperación técnica del programa. La quinta unidad trata acerca de las bases institucionales y las relaciones que deberán componer el referido programa.

### **Salud Internacional: Marco Contextual**

La salud internacional constituye un campo de conocimiento polisémico. Muchos autores utilizan el concepto a partir de diferentes puntos de vista y de distintas matrices teóricas<sup>2</sup>. En líneas generales, podemos decir que la salud internacional tiene como núcleo dos elementos fundamentales: a) pertenece al campo de las relaciones internacionales, que aquí se piensa como un sistema de relaciones de poder; b) pertenece al campo económico en términos de su significativa participación en la nueva división internacional del trabajo. Además, esos dos elementos presuponen en el contexto internacional dos factores adicionales que tienen que ser considerados: la interdependencia económica y la asimetría de las relaciones internacionales en términos del desarrollo económico y del endeudamiento externo.

Los cambios ocurridos en el transcurso de la década del 80 en el terreno de la economía y de las relaciones internacionales, han planteado nuevos problemas para que se comprendan la configuración y la correlación de fuerzas del sistema económico mundial. Las pautas del modelo creado en Bretton Woods, en julio de 1944, que creó el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), sufrieron profundas modificaciones con la crisis desencadenada por el embargo petrolero en 1973. Se pueden destacar aquí los elementos principales de estos cambios en el escenario mundial:

- El proceso creciente de multipolaridad entre los centros económicos estimulado por el debilitamiento de la política de distensión y por la

progresiva dispersión del poder económico dentro de los países industrializados y una acentuada diversificación de la estructura económica de los países de Europa Oriental;

- El fin de la fase de expansión de los países industrializados y el inicio de un período de inestabilidad y de incertidumbre, teniendo como telón de fondo tendencias inflacionarias crónicas agravadas por la crisis de la década del 70;
- La caída de la tasa de crecimiento de las economías occidentales y el desequilibrio de las balanzas de pagos de prácticamente todos los países industrializados, con la excepción del Japón.
- El acentuado proceso de interdependencia económica entre todos los países, estimulado por la expansión creciente del comercio, de los mercados financieros internacionales y por las actividades de las firmas transnacionales.

Ese escenario altera substancialmente la pauta de los aspectos relacionados con la salud en el contexto internacional. La conferencia de Alma Ata, por ejemplo, que adoptó como meta la salud para todos en el año 2000, ocurrió en un contexto internacional bastante desfavorable. Los puntos contenidos en la carta de principios sobre la ampliación de la atención primaria y el desarrollo de tecnologías simplificadas en el campo de la prestación de los servicios de salud, se integran con una visión que convalida la asimetría entre los países ricos y los pobres. Una ampliación de la cobertura y de las acciones básicas de salud para los países subdesarrollados y en vías de desarrollo refuerzan las desigualdades sociales y las contradicciones entre clases en esas regiones.

La relación de asimetría, mencionada anteriormente, y la internacionalización de los sectores del área de salud, aumentan las disparidades entre los países del norte y los del sur. La internacionalización va desde los sectores industriales (producción de fármacos, inmunobiológicos y hemoderivados, etc.), a los sectores de prestación de servicios por intermedio de seguros privados y medicina de grupo.

Así mismo, cuestiones como las relativas a las fronteras y a la movilidad de las poblaciones, la lucha contra las endemias y las enfermedades transmisibles, el problema del narcotráfico, se vuelven objeto de medidas que trascienden la esfera nacional y no constituyen problemas exclusivos de los países pobres.

La transferencia de plantas industriales del norte hacia el sur que agreden al medio ambiente y a la salud se dio en función de tres factores: a) la internacionalización de la economía y la flexibilidad industrial; b) el alto costo de la mano de obra en los países del centro y c) el surgimiento de nuevos actores sociales que comienzan a reclamar un mayor control sobre las industrias contaminantes. Esa transferencia de plantas industriales encontró, por otro lado, condiciones favorables en los países de la periferia: la legislación sanitaria y ambiental ya no tienen vigencia, incentivos fiscales y escasa capacidad de presión

y de control por parte de los actores sociales. Pero lo que supuestamente se perfilaba como una transferencia de los problemas del centro hacia la periferia, en la década del 80 se configura como problemas del ámbito internacional, dadas la internacionalización de la economía y la creciente movilidad de las poblaciones.

El proceso de integración económica de los mercados nacionales es la respuesta que los países del centro encontraron para superar los obstáculos producidos por la crisis económica mundial. La recesión de la década del 80 movilizó al conjunto de los países industrializados de la Comunidad Europea a adoptar medidas que viniesen a corregir las distorsiones en las relaciones económicas y comerciales de los países miembros. Una integración económica tiene como objetivo retomar el crecimiento y aumentar la productividad del trabajo, a partir de un modelo de cooperación multilateral que enfatice el intercambio de diferentes esferas de la economía y de la sociedad. Es preciso hacer notar que existen muchos problemas por superar, entre los cuales están las cuestiones relacionadas con el recrudecimiento de los conflictos nacionales y étnicos, el problema con el contingente de inmigrantes y, más recientemente, el deterioro de las estructuras sociales y económicas de los países de Europa Oriental.

Así, el desdoblamiento de los conflictos nacionales y la reorganización de los espacios económicos regionales con el proceso de integración desplazan el centro de gravedad de las relaciones internacionales. Este desplazamiento permite identificar una multiplicidad de circuitos internacionalizados en el campo energético, alimentario, industrial, tecnológico, comercial, financiero e inclusive, en el campo de la salud. El acceso de los distintos países a esos circuitos ya no depende de la posición de inserción en una jerarquía internacional homogénea, sino del papel y de la capacidad de decisión en torno a los intereses que se encuentran en juego en cada uno de los ámbitos incluidos y de una mayor reciprocidad en las relaciones centro-periferia<sup>3</sup>. En ese contexto, la cuestión salud deberá constituirse en un asunto de importancia en los temarios y en los procesos de integración económica y de cooperación técnica en la década que se inicia.

Es importante resaltar que los procesos relacionados con la integración económica no están exentos de conflictos internacionales y sectoriales. El surgimiento de instituciones no gubernamentales (ONG) que actúan en la esfera internacional, contribuyó a tornar todavía más complejos, además, a los niveles de decisión. Por otro lado, rescata el papel de la sociedad frente a la toma de decisiones en el ámbito internacional, a partir de redes de solidaridad más informales y democráticas. La acción de esas instituciones se basa en un nuevo tipo de racionalidad que enfatiza la autonomía y la participación directa de los actores comprendidos, influyendo en los procesos decisorios y en los rumbos que tienen que asumir las formas de vida en la sociedad moderna<sup>4</sup>. En tales

situaciones, las superposiciones y la interacción de las esferas en contextos inestables, revélanse cada vez más imprevisibles. Pero no se puede atribuir a todas las organizaciones un papel de neutralidad frente a los intereses económicos internacionales. La acción de organizaciones de control en el campo demográfico, por ejemplo, ha demostrado ser autoritaria y conservadora.

### **Integración Económica Latinoamericana: Salud y Desarrollo**

Los ajustes adoptados por los países industrializados para corregir las distorsiones del modelo de desarrollo se reflejaron en la periferia. El endeudamiento externo y el pago del servicio de la deuda acentuaron la crisis interna de los países de la región. El proceso de redemocratización de esos países y las demoras generadas por su inserción en la nueva división internacional del trabajo modificaron sustantivamente las relaciones entre ellos mismos y el centro hegemónico internacional.

El crecimiento económico obtenido entre las décadas del 50 y la del 70, derivado de las exportaciones y de las ventajas comparativas, modificó la estructura y la composición de las plantas industriales y de los mercados nacionales de la región. Sin embargo, la década que comenzó en 1980 no fue favorable para las economías latinoamericanas. Lo que se convino en llamar la década perdida puede plasmarse en cifras. La década del 70 se vio marcada por un crecimiento económico del 4% anual. En la década siguiente, entre 1980 y 1986, el crecimiento descendió al 2% como promedio anual, según informaciones del GATT<sup>5</sup>. El deterioro de las condiciones de vida de la población se agravó con las medidas de ajuste adoptadas en el extranjero y de los programas de corte neo-liberal que procuraban paliar los efectos de la crisis fiscal disminuyendo los gastos del Estado en el área social. La transferencia de recursos hacia el exterior alcanzó a aproximadamente el 25% del Producto Bruto Regional, como se puede verificar en el cuadro 1.

Esa situación se agravó en la medida en que los precios de los productos básicos, base de las exportaciones de los países latinoamericanos, sufrieron restricciones y la caída del mercado mundial. Otro factor que contribuyó al agravamiento de la situación mencionada fue, paralelamente con la competencia internacional, la adopción de medidas restrictivas y proteccionistas de parte de los países del centro, contrariando los principios liberales de Bretton Woods. Como contrapartida, los ajustes internos y la adopción de políticas económicas recesivas para enfrentar la crisis repercutieron en la calidad de vida de la población y de los servicios ofrecidos. La tendencia regresiva del financiamiento de las políticas sociales se traduce en la reducción del gasto privado en el sector salud, que afecta a los sectores de menores ingresos profundizando cada vez más las desigualdades sociales<sup>6</sup>. En el cuadro 2 aparece la evolución de los gastos en salud del Gobierno Central en los países de América Latina y del Caribe. El gráfico 1 da

Cuadro 1  
América Latina: Transferencia de Recursos  
(En millones de dólares)

| Año   | Ingresos de Capital | Pagos de Utilidades e Intereses | Transferencia de Recursos |
|-------|---------------------|---------------------------------|---------------------------|
| 1980  | 29.7                | 18.2                            | 11.5                      |
| 1981  | 37.6                | 27.2                            | 10.4                      |
| 1982  | 20.4                | 38.8                            | -18.4                     |
| 1983  | 3.0                 | 34.4                            | -31.4                     |
| 1984  | 9.3                 | 36.3                            | -27.0                     |
| 1985  | 3.3                 | 34.8                            | -31.5                     |
| 1986  | 8.7                 | 30.5                            | -21.8                     |
| 1987* | 14.4                | 30.1                            | -15.7                     |

\* Datos estimados.

Fuente: CEPAL, Informe Preliminar de la Economía Latinoamericana, 1987.

una idea del efecto regresivo de la política fiscal del gobierno brasileño sobre la canasta básica, tomando como referencia el impuesto de circulación de mercancías (ICM).

Las reformas institucionales en curso y las transformaciones del papel del Estado apuntan hacia la necesidad de una política exterior más flexible que redefina sobre nuevas bases, menos residuales y funcionales, la integración económica de los países de la región.

Los conflictos en torno a las propuestas de integración de la región tienen como referencia tres elementos importantes: a) la internacionalización de los mercados nacionales versus el modelo de desarrollo autosustentado; el énfasis aquí está dado por la participación e integración de la región en el contexto de reconstrucción de las economías centrales y teniendo como referencia el modelo de sustitución de las importaciones; b) el conflicto internacional entre las dos mayores potencias económicas de la posguerra (Guerra Fría) y el surgimiento de los movimientos nacionales de independencia en el África y en el Asia, en cuyo caso, la política externa de los países de la región se define a partir de su mayor integración con la política exterior de los Estados Unidos; c) la reorientación de la economía mundial, el impacto de las transformaciones tecnológicas y el surgimiento de los regímenes militares en diferentes países, esa situación agrava los problemas intrarregionales, se diversifican las relaciones con los países del centro, al mismo tiempo que se adopta la doctrina de la seguridad nacional y de la cooperación militar.

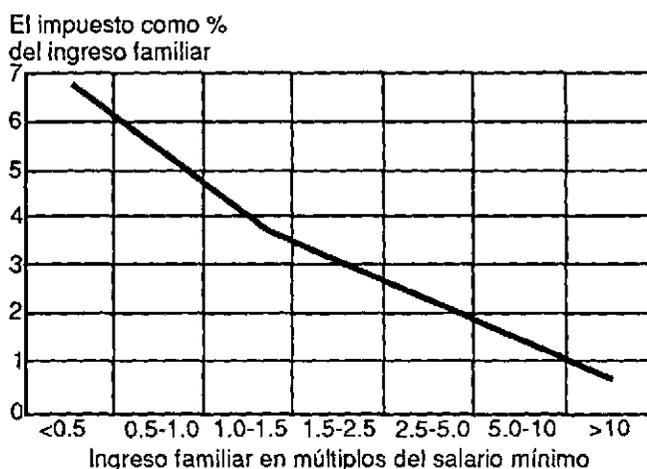
Cuadro 2  
Gasto del Gobierno Central en Salud Per Cápita en los Países de  
América Latina y el Caribe 1970-1988 (en dólares de 1988)

| País            | Año    |        |        |        |        |
|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|
|                 | 1970   | 1975   | 1980   | 1985   | 1990   |
| Argentina       | 10.36  | 13.73  | 17.55  | 13.89  | 22.91  |
| Bahamas         |        |        | 242.59 | 311.35 | 333.82 |
| Barbados        | 110.36 | 149.34 | 245.13 | 207.59 | 230.58 |
| Bolivia         | 6.8    | 8.94   | 16.83  | 3.4    |        |
| Brasil          | 18.89  | 24.63  | 32.34  | 6.51   |        |
| Chile           | 43.93  | 45.1   | 49.01  | 57.66  |        |
| Colombia        |        | 9.96   | 11.75  |        |        |
| Costa Rica      | 7.22   | 21.37  | 36.01  | 7.64   | 6.75   |
| Ecuador         | 4.14   | 10.94  | 28.58  | 27.26  |        |
| El Salvador     | 10.75  | 13.76  | 17.22  | 15.22  |        |
| Guatemala       |        | 10.25  | 25.6   | 10.79  |        |
| Guyana          | 25.86  | 27.08  | 44.46  | 29.17  | 21.45  |
| Haití           | 2.41   | 3.48   | 3.13   | 3.3    |        |
| Honduras        | 11.24  | 10.32  | 13.37  | 17.22  | 19.29  |
| Jamaica         | 50.59  | 61.98  | 61.5   | 36.39  |        |
| México          | 42.69  | 56.47  | 62.66  | 41.31  | 31.42  |
| Nicaragua*      | 8      | 18.96  | 20.2   | 94.13  |        |
| Panamá          | 37.97  | 42.85  | 40.41  | 43.43  |        |
| Paraguay        | 3.42   | 3.37   | 5.75   | 11.95  | 6.24   |
| Perú            | 14.61  | 16.23  | 18.38  | 13.44  |        |
| Rep. Dominicana |        | 23.4   | 33.23  | 7.71   |        |
| Surinam         |        | 86.09  | 16.26  |        |        |
| Trinidad/Tobago |        | 68.01  | 116.63 | 196.04 | 178.24 |
| Uruguay         |        | 23.75  | 34.22  | 23.95  |        |
| Venezuela       | 53.52  | 56.13  | 48.63  | 44.1   |        |

\* Las estimaciones de 1980 en adelante posiblemente reflejen tipos de cambio poco realistas.

Fuente: Basado en datos del Banco Interamericano de Desarrollo.

Gráfico 1  
Peso del Impuesto de Circulación de Mercancías  
(solamente alimentos) sobre el Ingreso Familiar



En el pasado, las discusiones sobre la integración económica latinoamericana tenían como referencia el modelo de la industrialización orientada a la sustitución de importaciones a partir de la adopción de una política externa sustentada sobre la base de un discurso y una doctrina nacionalista, con un mínimo impacto frente a la alianza internacional. El período desarrollista revierte las características anteriores y adopta una política más pragmática de integración de los mercados nacionales con la entrada del capital extranjero. El surgimiento de regímenes autoritarios en diferentes países de la región altera el escenario de la política externa, enfatizando la seguridad interna y la cooperación militar como estrategia de afirmación de la defensa de la región. El intervalo creado por el autoritarismo influirá sobre las decisiones y los rumbos del proyecto de integración del mercado latinoamericano. Las relaciones bilaterales transcurrieron en un clima de profundización del modelo de sustitución de las importaciones y de las relaciones internacionales. Los cambios actuales apuntan hacia una mayor flexibilidad de las relaciones entre los países de la región.

La idea de integración económica adquiere otro sentido en la década del 70. Desde el inicio de la década del 60, los gobiernos nacionales defendieron la integración económica de la región como vehículo para alcanzar niveles favorables de industrialización y de modernización de la sociedad. El alcance de las medidas si bien favoreció, por un lado, el desarrollo de una infraestructura y de una planta industrial volcada hacia la producción de los bienes de consumo, por otro, provocó una parálisis en la calidad de vida de la población. Las dificultades y los problemas originados por la industrialización tardía motivaron a los gobiernos nacionales a adoptar medidas más concretas en el ámbito de las

relaciones internacionales, en el sentido de mejorar las relaciones comerciales y técnico-científicas entre los países del continente. La respuesta de los países latinoamericanos a la política adoptada por los Estados Unidos en la Conferencia de Bogotá, apuntaba hacia la necesidad de que la cooperación se extendiera más allá de las cuestiones militares. De esa época proviene la iniciativa de crear un programa de cooperación que se dio en llamar, en ese momento, la Operación Panamericana, que se hacía extensivo al campo económico y social.

En la década del 80, es con la retoma de los procesos de redemocratización de las sociedades latinoamericanas y los desdoblamientos de la crisis económica internacional, que la discusión de la integración de la región pasa a tener un nuevo enfoque. Ya no se trata de pensarla en términos del modelo de desarrollo autosustentado, ni tampoco del modelo de seguridad nacional adoptado por los regímenes militares, sino a partir de un enfoque moderno que asigne prioridad a la integración de la región con vistas a la transformación económica con equidad, la adopción de la política de seguridad y de la geopolítica que enfatizan las relaciones y la cooperación mutua.

Este escenario debe tener como punto de partida la necesidad de una economía más competitiva cuyo objeto sea la transformación del cuadro actual de desigualdades sociales, movilizandoo diferentes instrumentos de decisión a nivel nacional e internacional.

En este sentido, las experiencias de cooperación de los países andinos y la creación reciente de un mercado común de los países del Cono Sur (MERCOSUR) constituyen iniciativas de importancia fundamental para la cooperación y para el desarrollo de políticas en el área de la salud. La experiencia andina con la creación de la Cooperación Andina en Salud (CAS) y la cooperación entre los países centroamericanos, teniendo como telón de fondo la lucha por la paz y por los derechos humanos, son ejemplos que tienen que ser rescatados y evaluados a la luz de los procesos de integración económica. La extensión de la integración más allá de sus especificidades económicas es necesaria. La cuestión democrática es aquí de fundamental importancia para armonizar las políticas y corregir eventuales distorsiones internas. Muchos analistas coinciden en afirmar que el mayor obstáculo para la instrumentación de la integración se encuentra en la inestabilidad de las economías nacionales de los países más grandes.

La integración, a partir de ese punto de vista, pasa a tener un alcance que permite el desarrollo de la cooperación y de acuerdos multilaterales en los diferentes sectores de la economía. La salud, en ese caso, se considera como una de las áreas prioritarias para la consolidación de un mercado común en la región. La coordinación y la definición de políticas comunes en el campo de la producción de medicamentos e insumos básicos, inmunobiológicos y servicios, son medidas que deben ser consideradas en los próximos años. En este sentido, se debe destacar el esfuerzo que viene haciendo la OPS/OMS con los gobiernos

nacionales para dirimir los conflictos de intereses en el plano de las relaciones exteriores, rompiendo con las anteriores concepciones residual y autoritaria articulando, de esta manera, los procesos de salud, el desarrollo y la integración con equidad<sup>7</sup>. La experiencia acumulada anteriormente en el área económica, que llevó a la creación de la CEPAL y de otros organismos regionales, debe favorecer el desarrollo de otras áreas, y con eso se llega a una concepción más completa de la integración y de la creación de un mercado común en la región.

## **La Internacionalización de la Salud**

El sector salud en la América Latina pasa por transformaciones profundas en su estructura y en su configuración institucional. La reforma del Estado y la experiencia democrática que está en curso, dentro del contexto de una crisis económica mundial sin precedentes, nos plantearon la necesidad de reconsiderar el modelo asistencial y su financiamiento. En líneas generales, podemos decir que el modelo asistencial hegemónico en la región comprendía una estructura dual de atención de salud: una medicina curativa e individual, fundamentalmente privada; y una medicina preventiva volcada hacia la mayoría de la población, generalmente financiada con recursos públicos.

El crecimiento de la asistencia médica privada e individual centrada en el complejo médico-hospitalario se fortaleció en la década del 70 con el financiamiento a través de los sistemas de seguridad social. El modelo brasileño, por ejemplo, tuvo su base de financiamiento en la Asistencia Social. Ese crecimiento del sector privado ocurrió en detrimento del accionar de la salud pública. El gasto público volcado hacia esa área disminuyó en forma significativa en la década del 80 a raíz de las medidas de ajuste estructural. El impacto de las medidas puede observarse en los indicadores de salud de la región. Muchos países ven crecer la deuda social para con la mayoría de la población y una cantidad significativa de enfermedades que se consideraban erradicadas en la década anterior vuelven por sus fueros. El caso reciente de la epidemia del cólera en el Perú y el aumento de los casos de malaria en la región confirman el deterioro de las condiciones de salud de los países latinoamericanos. El empobrecimiento de la población, el aumento del desempleo y la informalización del mercado de trabajo agravan la situación nutricional de las poblaciones de menores ingresos en los centros urbanos.

La incorporación de tecnología de vanguardia en el sector salud no se dio como contrapartida de las inversiones en recursos humanos especializados. Existe un desfase profundo entre los recursos tecnológicos de los que se dispone y la capacitación del personal para operar esos instrumentos. Por otro lado, la tecnología absorbida prácticamente en manos de las multinacionales, reproduce en escala ampliada las desigualdades entre los países del centro y los de la periferia.

La internacionalización del sector salud, teniendo en cuenta las cuestiones apuntadas anteriormente, es una realidad. El proceso de la internacionalización se dio, por un lado, por el aumento de la composición orgánica en el complejo médico industrial, sobre todo a partir de la incorporación del progreso técnico con la tercera revolución industrial y el aumento del capital financiero por medio del seguro de salud. Por otro lado, la profundización de la crisis económica, la movilidad de las poblaciones, la instrumentación de grandes proyectos industriales y agropecuarios, la construcción de barcas, carreteras, la explotación de minerales, hacen necesario que se conozca mejor el impacto social sobre las poblaciones.

En ese sentido, se observa que el sector salud, frente al proceso de internacionalización de la salud, no fue capaz de producir una base institucional para promover la integración y la cooperación regional. Existe un sinnúmero de dificultades que tienen que ser superadas. Entre éstas cabe destacar las desigualdades existentes entre los países de la región. El acierto de una política adecuada de integración en el área de la salud para la transformación productiva con equidad depende, por ende, de los ajustes y acuerdos entre los diferentes sectores gubernamentales que actúan en el área de la salud, modificando el perfil de actuación de las instituciones y de los organismos regionales, en el sentido de convertirlos en espacios para debate en torno de la integración y de la creación del mercado común.

Pensando en esas cuestiones, el Núcleo de Estudios en Salud Pública de la Universidad Nacional de Brasilia traza una propuesta de programa en salud internacional para ser elaborada en colaboración con otras instituciones académicas, con vistas a formar personal estratégico y producir conocimientos en el área, contribuyendo de esta manera con el proceso de integración de las economías latinoamericanas y mejorando los instrumentos de cooperación técnica hoy existentes.

### **Objetivos del Programa**

- Crear un grupo interinstitucional para formular un programa en salud internacional con vistas a la capacitación de personal estratégico<sup>8</sup> a nivel ejecutivo, promover la cooperación técnica y realizar investigación y difundir conocimientos en ese campo.
- Elaborar instrumentos y mecanismos institucionales que hagan viable la integración del sector salud dentro del contexto de la creación del mercado común en la región, teniendo en vista la transformación productiva y mejorando la calidad de vida de la población.
- Promover la cooperación técnico-científica en el área de salud como parte del proceso de integración económica de la región, participando activamente de las decisiones y de la formulación de políticas en el

ámbito internacional, dando prioridad a los proyectos conjuntos en: a) ciencia y tecnología; b) formación de recursos humanos; c) epidemiología y cuestiones relacionadas con el medio ambiente; d) vigilancia sanitaria de alimentos, medicamentos y hemoderivados; e) dirección, planeamiento y administración de servicios de salud.

## **Ejes para el Desarrollo de la Investigación, la Formación de Recursos Humanos y la Cooperación Técnica**

El programa tiene como ejes básicos la formación de recursos humanos, el desarrollo de las investigaciones y la cooperación técnica.

La formación de personal estratégico tiene por objetivo contar con especialistas para actuar a nivel de decisión en los organismos nacionales e internacionales, formulando políticas y medidas que hagan viable la integración regional en el área de salud. En ese sentido, el programa tiene como propuesta la realización de cursos de especialización de alcance internacional, abordando temas como los que están especificados en las líneas de investigación. La creación de un programa de maestría en el área de salud internacional es una de las actividades que deben hacerse viables en el mediano plazo.

La preparación de personal dedicado a los objetivos anteriormente mencionados es de fundamental importancia para los gobiernos nacionales y responde a las demandas de los organismos internacionales, sobre todo en lo atañe a la elaboración y a la ejecución de proyectos en el ámbito internacional.

La preparación de seminarios temáticos constituye un espacio más ágil para la actualización y la discusión de temas relevantes (sobre el asunto) en función de demandas coyunturales y además hace posible la profundización de las cuestiones conceptuales.

La investigación y el progreso tecnológico son importantes para el desarrollo de la masa crítica en el área. Una experiencia reciente en el área tecnológica de creación de incubadoras en las universidades para la transferencia de tecnología al sector industrial puede extenderse a nivel regional por medio de instrumentos de cooperación técnica entre universidades y empresas. Lo mismo podría pensarse en términos de creación de sistemas universitarios de salud que viniesen a incorporarse a los sistemas nacionales y regionales por medio de la cooperación bilateral o multilateral. La transferencia de tecnología interregional constituye otro elemento importante para la integración económica y la autonomía del sector. El mecanismo de articulación podría elaborarse a partir de los consejos científicos y tecnológicos, de los organismos internacionales multilaterales, tales como la red Latinoamericana de Ciencias Biológicas (LAMBIO), los Centros de Recursos Microbiológicos (MIRCEN) y el Programa Regional de Biotecnología para la América Latina del PNUD/ONUDI/UNESCO y de otras articulaciones que podrían hacerse viables. Las experiencias en curso motivarían

otras áreas de interés tal como la de manutención y equipamientos para hospital, los medicamentos, las vacunas y los hemoderivados.

Como propuesta podemos pensar en algunas líneas de investigación que viniesen a hacer viables el desarrollo de la ciencia y de la tecnología en la región. Entre estas se destacan:

- La producción de informaciones sobre recursos institucionales en ciencia y en tecnología, sobre los mecanismos de articulación regional y de cooperación técnica en el área de la salud.
- La discusión de los problemas sobre patentes y la transferencia de tecnología en el proceso de integración económica de la región.
- Los estudios comparados en el área de epidemiología sobre la dinámica internacional de los principales problemas endémicos y epidémicos.
- La elaboración de instrumentos de control de calidad en la circulación de los productos (medicamentos, cosméticos, alimentos, agrotóxicos, etc.) en el mercado internacional, especialmente latinoamericano, en vista de la política de eliminación de barreras aduaneras.

Por último, tenemos la cooperación técnica como un campo particular para facilitar la integración regional en el área de la salud. Es necesario identificar las demandas institucionales de cooperación y definir los instrumentos para su realización. La cooperación se puede dar entre instituciones nacionales y organizaciones no gubernamentales y entre organizaciones no gubernamentales del ámbito regional, a partir de acuerdos bilaterales y multilaterales o también creando redes informales de cooperación.

## **Bases Institucionales del Programa**

El Núcleo de Estudios en Salud Pública (NESP) es una institución con cinco años de existencia. Depende desde el punto de vista administrativo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia y está vinculada desde el punto de vista programático al CEAM, Centro de Estudios Avanzados Multidisciplinarios de la misma universidad.

El NESP surgió para ocupar un espacio hasta entonces vacío en la capital del país y en la región Centro-Oeste, en lo que atañe al área de enseñanza e investigación en Salud Colectiva.

Con un equipo técnico formado al estilo multidisciplinario - médicos, enfermeras, sociólogos, economistas, odontólogos, antropólogos, asistentes sociales y nutricionistas - el NESP ha forjado en estos últimos cinco años una amplia experiencia en los campos de formación de recursos humanos y de cooperación técnica, en respuesta a las necesidades manifestadas en el país y en la región, como resultado de las transformaciones que viene experimentando el sector salud en el Brasil. En ese sentido, cabe destacar la experiencia con cursos de perfeccionamiento en algunas áreas críticas, destinados a dirigentes nacionales

y regionales del sector, especialmente los relativos a la formación de Recursos Humanos, a la Planificación de Salud, de Medicamentos y a la Vigilancia Sanitaria. Por otro lado, también se viene dictando con regularidad el curso de especialización en Salud Pública, el único curso en esa área en Brasilia.

La ubicación del NESP en Brasilia le otorga algunas peculiaridades, la proximidad con los órganos centrales del sistema de salud en el país, el Congreso Nacional y los organismos internacionales y de Relaciones Exteriores del propio gobierno, así como las sedes de las representaciones diplomáticas en el Brasil.

De esa forma, surgen como naturales en el desempeño del NESP las áreas de cooperación técnica con el Ministerio de Salud, con el Ministerio de Relaciones Exteriores, la Asesoría y Estudios Legislativos, así como las cuestiones internacionales relacionadas con la salud, ya sea en la dimensión de los organismos internacionales o de las relaciones bilaterales.

En los campos de Asesoría Legislativa y de cooperación técnica en Políticas de Salud con el Congreso Nacional y con el Ministerio de Salud, respectivamente, el NESP ya tiene acumulada una larga experiencia, así como la articulación con la OPS/OMS.

Por otro lado, esas mismas peculiaridades propiciaron la creación en la Universidad de Brasilia de un Departamento de Relaciones Internacionales que, inclusive, ofrece un programa de posgrado en ese campo; hay también desde hace cinco años un programa de Doctorado, que se lleva a cabo en forma conjunta con el Departamento de Sociología y Ciencias Políticas de la Universidad y de FLACSO - Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales - en el campo de las prácticas públicas comparadas.

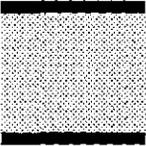
Con esa situación, en el que las relaciones interinstitucionales ya se han integrado, se propone una articulación de mayor envergadura entre el NESP/UNB, la FLACSO, la OPS/OMS, la ENSP/FIOCRUZ y el Instituto de Estudios Avanzados de la USP/SP, en el sentido de realizar en colaboración el programa de salud internacional.

### Referencias

1. Macedo, Carlyle G. de. "Salud en Desarrollo: Nuevas Alternativas para la Integración Regional en América". INTAL, 164:2 (Enero-Febrero 1991).
2. Ver los trabajos de Rovere, Mario, "Dimensiones Internacionales de la Salud" y de Godue, Charles, "La Salud Internacional: Un Concepto en Formación", presentados en el Seminario-Taller sobre Salud Internacional: Un Campo de Estudio y Práctica Profesional en Quebec, en marzo de 1991.

3. Ver el artículo de Tomassini, Luciano. "La Cambiante Inserción Internacional de América Latina en la Década de los Ochenta". En: Pensamiento Iberoamericano No. 13 (Enero-Junio de 1988) y el artículo de Lafer, Celso, "Dilemas da América Latina num mundo em transformação". En Lua Nova, Revista de Cultura e Política (São Paulo), No. 18 (agosto de 1989).
4. Ver Habermas, Jürgen, "A nova intransparência: A crise do estado de bem-estar social e o esgotamento das energias utópicas". Uno de los ejemplos más significativos del crecimiento de la acción independiente del estado en el área de salud fue el establecimiento de redes internacionales para la lucha contra el SIDA, que reuniera a grupos de profesionales, grupos de homosexuales, etc.
5. Ver Bouzas, Roberto, "América Latina en la economía internacional: Los desafíos de una década perdida". En: Pensamiento Iberoamericano No. 13 (Enero-Junio de 1988).
6. Ver Medici, André, "Saúde e Crise na América Latina (Impactos Sociais e Políticas de Ajuste)". En: Revista de Administração Pública, (Rio de Janeiro), 23(3) (Mayo-Julio de 1989).
7. Ver la publicación de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas, Transformación Productiva con Equidad, Santiago de Chile, CEPAL, 1990.
8. El personal estratégico lo forman quienes trabajan al más alto nivel en las organizaciones gubernamentales e internacionales en la formulación de políticas, la ejecución de medidas de una naturaleza decisoria a largo plazo y participan en la formulación de convenios de cooperación multilateral.





# Salud Internacional: Aproximaciones a Conceptos y Prácticas

Paulo Marchiori Buss

## Introducción

En la búsqueda de un intercambio de experiencias y de un acercamiento a los conceptos y prácticas de salud internacional, resulta sumamente oportuna la realización de un encuentro.

De hecho, los recientes movimientos observados en el escenario político y económico del mundo indican que habrá cambios significativos en las relaciones internacionales y una reestructuración de los convenios y alianzas entre países y bloques regionales.

Diffícilmente podría el área de salud permanecer al margen de las transformaciones geopolíticas y económicas del mundo, dado el elevado grado de dependencia que tiene la salud de las poblaciones con respecto a los procesos económicos, sociales, políticos y culturales que están ocurriendo dentro de los contextos en los que se la examina.

Nuestra posición en lo que respecta al campo de la salud internacional se relaciona fundamentalmente con la comprensión que tenemos de lo que constituye la salud y del proceso salud-enfermedad en la sociedad y de los principios que deben regir las relaciones entre las naciones.

Por ende, decidimos organizar nuestra presentación en dos partes:

- Cómo caracterizamos y cómo interpretamos un mundo en transformación en este final de siglo;
- Cómo reflexionamos sobre el proceso de salud-enfermedad y las organizaciones de salud y, en consecuencia, qué es lo que entendemos por salud internacional desde el punto de vista conceptual como campo de estudio, como campo de práctica y como espacio de acción política.

## Un Mundo en Transformación

La humanidad asiste, en el umbral del siglo XXI, a una enorme transformación en los campos económico y político en el mundo. La internacionalización de la economía, el cuestionamiento del estado-nación moderno y la profundización de las enormes diferencias sociales entre las naciones y, dentro de ellas, entre las clases sociales, son las señales más evidentes del proceso que vive el mundo en este final de siglo.

La constitución de bloques económicos y políticos, como son los casos de la Europa Unificada, del llamado Bloque Asiático y del Bloque

Norteamericano redefine las relaciones mundiales y repercute significativamente en la vida de las poblaciones de los estados nacionales.

En el otro extremo, una cantidad de grupos étnicos de Europa Oriental, del Medio Oriente o de América Latina y del Africa entran a reivindicar espacios de autonomía política en relación con los estados nacionales.

La reafirmación de las etnias y de las culturas, de las concepciones de vida y de los derechos de ciudadanía establecen una gran diversidad de intereses y de conflictos que se contraponen con el movimiento de constitución de bloques supranacionales en varias partes del mundo.

La presencia de empresas multinacionales, con poderosos intereses económicos y que actúan en diferentes países y sectores del mercado, es la señal más evidente de la globalización de la economía. Sus intereses frecuentemente entran en conflicto con los intereses de los estados nacionales o, cuando menos, con la clase trabajadora de los diferentes países en que actúan.

Resulta paradójico que hablar de un mundo en transformación signifique hablar de un mundo que acentúa diferencias y desequilibrios insoportables. Las diversidades políticas y culturales entre los países son comprensibles. Estas se deben a los procesos históricos vividos en cada uno de ellos y a la interacción que establecen con los demás. Sin embargo, lo más impresionante es la actualidad y la profundización de los desequilibrios, sobre todo en los campos económico y social.

Hablar de un mundo en transformación desde América Latina o del Africa es hablar de la profundización del desequilibrio entre el mundo de los ricos y el mundo de los pobres. Un mundo rico que es cada vez más rico y un mundo pobre que es cada vez más pobre, con todas las consecuencias derivadas de ello.

En el caso específico de América Latina (y del Tercer Mundo en general), la división internacional de la producción le reservó el papel de abastecedora de algunas materias primas y productos agrícolas, con precios internacionales manipulados, con las consecuencias trágicas que eran previsibles: un aumento en progresión geométrica de la deuda externa para financiar importaciones y una industrialización y modernización incipientes de la infraestructura; la renta se concentra en forma descomunal en manos de los nuevos "capitanes de la industria", ese segmento de las burguesías nacionales que se alió con el capital internacional; una mayor concentración de la tenencia de la tierra en manos de las empresas agroexportadoras; la expulsión de grandes contingentes de población rural hacia las áreas urbanas de las ciudades medianas y grandes y de las regiones metropolitanas con las repercusiones imaginables sobre las condiciones de vida y de salud.

La estrategia de la sustitución de importaciones, preconizada en la década del 60, que se produciría por medio del proceso de industrialización quedó fragmentada, dándose en algunos países latinoamericanos la instalación de

industrias sectoriales, pero no de un verdadero parque industrial moderno y competitivo, ni la constitución de un mercado interno capaz de sustentar el proceso económico. Por el contrario, las masas desposeídas aumentaron; el desempleo y el subempleo arrojan a trabajadores, mujeres y a menores a la marginalidad del mercado y de la sociedad. En Brasil, por ejemplo, la concentración de la renta bate récords al final de la década. Al uno por ciento de la población económicamente activa con trabajo remunerado corresponde el 15.9% de la renta nacional proveniente del trabajo, mientras que al 10% de los más pobres apenas el 0.7%. Mientras el 5% de los más ricos concentra el 39.4% de la renta nacional, el 80% apenas recibe el 9.6%<sup>5</sup>.

En la década del 80, la ya pobre América Latina fue exportadora neta de descomunales cantidades de capitales, en porciones crecientes de su PIB, que son transferidas a los países ricos como obligaciones de la deuda externa. A un proceso económico interno que ocasiona profundas desigualdades sociales, se agrega una anemia profunda ocasionada por el drenaje de recursos financieros generados por la región.

La deuda total del mundo en desarrollo es de más de 1 billón de dólares. En la mayoría de los países los pagos anuales por intereses y amortizaciones superan los aportes de nuevos recursos internacionales, exigiendo casi el 25% (si no más) de los ingresos por exportaciones de los países en desarrollo<sup>10</sup>.

Al mismo tiempo, en los últimos 10 años, los precios reales de los productos básicos del mundo en desarrollo cayeron alrededor de un 30%<sup>10</sup>.

Si consideramos solamente el caso del Brasil, este país pagó a sus acreedores, bancos oficiales y privados, de 1983 a 1988, la impresionante cifra de EU\$101,700 millones. Pero lo más alarmante es que, en el mismo período, la deuda externa brasileña aumentó de EU\$85,400 millones a EU\$112,700 millones. La mayor parte de este absurdo se debe a los empréstitos concertados con tasas de interés variables y que aumentaron debido a la política del Tesoro americano destinada a financiar sus propios déficits con intereses del 6% anual, que subieron al 8%, 12%, 15% y hasta un máximo de un 16% durante el transcurso del período<sup>12</sup>. En México, Argentina y Venezuela, la situación no fue muy diferente.

Además, los países no disponen de recursos para financiar las obras de saneamiento básico (agua y alcantarillado) o la educación, por ejemplo, ni siquiera los servicios de salud de decenas de millones de personas que se concentran en los grandes núcleos urbanos de cada país, víctimas de la perversa división internacional de la producción que impone al país los monocultivos destinados a la exportación y las industrias contaminantes, "sucias" y de segunda línea.

¿No habría que denunciar seriamente estos "procesos patógenos" en el campo internacional? ¿No debiera ocuparse de ellos la salud internacional?

La profunda crisis económica de los países en desarrollo, así como los acontecimientos políticos en diversas regiones del mundo, tales como Europa Oriental, han venido ampliando un fenómeno de amplias repercusiones sociales y económicas, políticas, culturales y sanitarias: las migraciones entre países así como también en el interior de ellos.

Esta movilidad de las poblaciones acarrea no solamente la movilidad de las enfermedades y de los agentes patógenos, sino también una repercusión aguda sobre los sistemas de salud de los países en cuestión, convirtiéndose en un objeto de importancia para el campo de la salud internacional.

Por otro lado, según el Consejo Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas<sup>1</sup>, la producción de alimentos en todo el mundo ha aumentado anualmente alrededor de un 3.2%, mientras que la población mundial viene aumentando aproximadamente en 2.1% al año. También informa que la reserva actual de cereales es la mayor de la historia. Todos los grandes países y mercados exportadores de alimentos como lo son los Estados Unidos, la CEE, Canadá, Australia, Brasil y la Argentina registraron un aumento en la producción de alimentos en casi todos los años de la década. La gran excepción la constituyó la Unión Soviética. Otros países grandes, como la China y la India disponen de una importante reserva de granos. En menor grado, las hay en diversas áreas de América del Sur, del Asia y del subcontinente indio.

Estos son datos del campo económico que también se relacionan significativamente con la cuestión de la salud, dado que es bien conocido el grave problema alimentario y nutricional que afecta a centenares de millones de personas en innumerables países del mundo. En el Sudeste Asiático hay más de 50 millones de niños desnutridos, a pesar de los excedentes de alimentos en esa región. En América Latina, hay cerca de 25 millones de niños que están mal alimentados aunque nuestra región se haya transformado en el mayor exportador de alimentos del mundo, después de los Estados Unidos<sup>10</sup>.

Uno de cada tres africanos sufre de hambre, de acuerdo con la FAO, que denuncia además, que la proporción de personas subalimentadas en el continente aumentó un 27% en la década del 80<sup>1</sup>.

¿Qué clase de paradoja constituye este mundo "en transformación", que es incapaz de alimentar, contando el mundo con alimentos en relativa abundancia, a la especie más elevada de la llamada "cadena alimentaria" y del reino animal?

En las mismas páginas de los periódicos del mundo que presentan los gastos militares de la guerra del Golfo (y que hacían la correspondiente apología de la industria bélica) pueden leerse las trágicas noticias de la devastación producida por el hambre y por la miseria en la provincia de Manice, en el centro de Mozambique; allí, más de 500 mil personas corren el riesgo de morir de hambre debido a la peor sequía registrada en los últimos 40 años que destruyó la mayor parte de la cosecha agrícola<sup>6</sup>. Posiblemente, los recursos utilizados en algunas "horas de bombas" de la guerra transformados en tecnología en la región

mencionada, resolvieran para siempre los problemas de aquella población. El mundo en desarrollo gasta aproximadamente más del 30% en el sector militar que en los sectores educación y salud en conjunto. Los cortes recientes en los gastos gubernamentales también afectaron con mayor intensidad a la salud y la educación<sup>11</sup>.

El Banco Mundial, en su Informe Anual sobre el Desarrollo correspondiente a 1990, cuyo tema central lo constituyó la pobreza, verifica que mil millones de personas viven por debajo de la línea de pobreza en los países en desarrollo, vale decir con menos de EU\$370 per cápita al año<sup>12</sup>.

Un análisis de los documentos en la materia indica, además, que la mejor estrategia para reducir la pobreza más rápidamente y en mayores volúmenes debe contener dos elementos: crecimiento económico, que asegure el uso productivo de la mano de obra de las poblaciones más pobres en condiciones aceptables de seguridad y el suministro de servicios sociales básicos, incluyendo la salud y el saneamiento, a los que viven con menos de EU\$370 anuales per cápita. Y alerta, además, que a pesar de que las políticas nacionales sean críticas para la reducción de la pobreza, esta reducción no tendrá lugar sin la ayuda internacional.

En fin, parece incuestionable que las condiciones de salud en el mundo no van a cambiar en forma significativa mientras no se cierre el abismo económico que separa a los países pobres de los ricos. Podremos obtener algunos pequeños avances parciales con la ampliación de la accesibilidad de algunas técnicas en salud, por medio de la universalización de la rehidratación oral o de ciertas vacunas. Pero el avance en bloque de las condiciones de salud sólo se obtendrá cuando las riquezas producidas por el hombre se distribuyan mejor entre los países y, dentro de ellos, entre las clases o grupos sociales.

## **Salud Internacional: Algunas Cuestiones sobre Conceptos y Prácticas**

El concepto de salud internacional se viene aplicando, en diferentes contextos, de acuerdo con las concepciones que los autores o que las instituciones tienen del proceso salud-enfermedad, de la sociedad y de las relaciones internacionales.

Esto resulta evidente cuando se examinan los conceptos y las prácticas de salud internacional que se encuentran en libros de texto, en artículos científicos o en programas de las instituciones académicas, en los organismos internacionales de los países o en las organizaciones multilaterales.

El reduccionismo biologista del proceso salud-enfermedad está por detrás de muchos conceptos y prácticas que privilegian a las "enfermedades tropicales" como foco del conocimiento de los programas de enseñanza, de cooperación y de intervención. En un campo diametralmente opuesto estarían las concepciones que identifican a la salud internacional exclusivamente con el campo del derecho y del código sanitario internacional.

Existen también otras concepciones, de las que derivan las prácticas educativas, de investigación y de intervención, que reducen el campo de la salud internacional a la cooperación técnica y a la asistencia técnica entre países o entre instituciones de diferentes países o a cursos del área de salud pública frecuentados por alumnos de diversos países.

Otro marco de referencia vigente relaciona el campo de salud internacional con los países subdesarrollados y con las poblaciones pobres y marginales y, por lo tanto, fatalmente enfermas. Ya se sabe, con seguridad, que no existe relación mecánica y necesaria entre el grado de desarrollo económico y las condiciones colectivas de salud, desmintiendo la fatalidad patológica de la "pobreza media". El factor determinante es, evidentemente, el funcionamiento de las relaciones sociales de producción existentes en la sociedad<sup>7</sup>.

Es evidente que hay otras percepciones y marcos de referencia que dimensionan la salud internacional con una visión distinta del problema. Una revisión de Godue<sup>9</sup>, presenta un resumen interesante de múltiples interpretaciones que aportan, desde luego, la posición y la postura técnico-científica de las instituciones y de los autores examinados.

Quizás la salud internacional comprende todo esto y todavía mucho más. Una cuestión fundamental es de qué lado se está y de dónde se miran los problemas y las prácticas de las agencias y de los actores individuales en el campo de la salud internacional.

Desde el punto de vista de la mayoría de los países, agencias y actores individuales "donantes" de los programas de ayuda, de cooperación, de enseñanza y de intervención, en forma general, existe una evidente "simplificación" de la realidad de los llamados países subdesarrollados, "receptores" de esas medidas. De hecho, el reduccionismo "tropicalista" o sea, la visión de los "trópicos enfermos" y los consecuentes programas que se proponen en general, encubren una enorme ignorancia de la complejidad y de los desafíos de las sociedades latinoamericanas y africanas. Sumergidas en sus condiciones económicas, que apuntamos ligeramente en el rubro anterior, muchas de ellas viven el fenómeno de la "transición epidemiológica" que fuera tan bien planteada por Omran<sup>8</sup>, a principios de la década del 80 y subsumido en formaciones económico-sociales concretas más recientemente, los casos de México por Frenk, Bobadilla y otros<sup>11</sup> y el de Brasil, al menos por Possas<sup>9</sup>.

La complejidad de sus cuadros de salud, verdaderas Belindias, término que acuñara el conocido economista brasileño Edmar Bacha, mezcla de Bélgica y de India, donde conviven en forma proterva los problemas del subdesarrollo y los derivados de la industrialización y de la urbanización, son retos inimaginables para los esquemas simplistas de muchos organismos y actores.

Sistemas de salud inmensos, con problemas críticos en todos los sectores y en sus componentes, que van desde la logística para el funcionamiento de simples servicios locales hasta los más difíciles e intrincados retos para su

financiamiento, plantean nuevas dimensiones respecto de las tradicionalmente encaradas por la salud internacional.

Tal vez se imponga, así mismo, la necesidad de la presencia de profesores e investigadores latinoamericanos en escuelas y organismos de los países desarrollados de la región, lo que debe recomendarse y estimularse para lograr un planteamiento más adecuado de las cuestiones y de los programas orientados hacia la América Latina.

La propia comprensión del proceso salud-enfermedad, en tanto que proceso social e histórico, con conceptos y marcos teóricos y metodológicos ya tan bien elaborados por la corriente latinoamericana de medicina social\* se ha examinado poquísimos en la proposición de programas de salud internacional de cualquier naturaleza.

Esta misma corriente de pensamiento de la medicina social ha apuntado las inequidades en las relaciones sociales como factores patógenos incuestionables. Se sabe perfectamente, también, cuán inicuas son las relaciones políticas y económicas entre los países desarrollados y los subdesarrollados. Las inequidades son factores patógenos y antiéticos incuestionables. Los procesos políticos y económicos repercuten en forma decisiva en las personas y en el ambiente. Así, por ejemplo, cuando un país impide que una empresa multinacional instale una empresa contaminante en su propio territorio y nada hace cuando esta misma empresa se instala en otro país - en general económicamente dependiente - eso es estar contra la ética y es producir contaminación ambiental e iniquidad.

El propio proceso de trabajo y los mecanismos de protección social para el trabajador, en una misma empresa multinacional, son diferentes cuando se examina la "matriz" y sus "filiales" del Tercer Mundo. El movimiento sindical ha denunciado en forma abundante estas cosas. Los gobiernos y los organismos internacionales no tanto.

Se observa de manera nítida, un claro predominio de las cuestiones y de los intereses económicos en las relaciones interpaíses sobre los aspectos éticos, humanitarios y de solidaridad internacional.

Este es un aspecto esencial de la cuestión para que podamos apreciar la dimensión y la amplitud de la temática y de la acción y la base doctrinaria en el campo de la salud internacional.

Este mismo mundo, con sus actores empeñados en la actividad racional de la economía, pierde la noción de la concepción planetaria de la vida y de que la posibilidad de la supervivencia depende de una acción solidaria y articulada

---

\* Solamente cito aquí a algunos autores que se han destacado en esta corriente de pensamiento: Breilh y Granda en el Ecuador; Donnangelo, Cordeiro, Fleury, Paim, Luz y muchos otros en Brasil; Testa, Bloch, Belmartino en Argentina; Laurell en México; Franco y Trujillo en Colombia; entre otros tantos autores y países.

entre los seres humanos, los países y los continentes. Así, por ejemplo, se sabe que una acción nociva sobre el ambiente en una parte del planeta tiene repercusiones incontrolables sobre regiones distantes y aparentemente no relacionadas entre sí.

De hecho, se vuelve imperativa una acción común entre los países en escala internacional, para la preservación de un ambiente saludable, capaz de hacer viable la vida en el planeta. Y que hagan posible la existencia de las poblaciones, seres humanos con condiciones de vida que les permitan alcanzar la plenitud de una existencia saludable y productiva.

Estos conceptos cuando no se los echa en saco roto, por lo menos se los ridiculiza como "meramente ideológicos". Por lo tanto, es necesario que retomemos las ideas de utopía y de solidaridad para que establezcamos el basamento sobre el cual podamos construir una propuesta de estudios, de prácticas y de políticas en salud internacional.

En fin, es necesario emprender a escala mundial una "acción política" de los actores sociales involucrados en el área de salud internacional para que se sumen a los que luchan por un reordenamiento mundial de las relaciones entre los países y entre los seres humanos, con la hegemonía de lo social, de lo ambiental, y de lo planetario sobre la visión económica reduccionista del desarrollo.

Corresponde que la salud internacional, como disciplina, estudie y señale a la sociedad mundial y a los gobiernos los factores sociales, económicos, políticos y culturales patógenos encontrados en el funcionamiento de las relaciones entre los países. Y ello aún cuando al formularlas inicialmente puedan parecer posiciones ingenuas o irrealizables. Así mismo, se puede preguntar:

- ¿Cuándo se hubiera podido imaginar en el mundo de hace dos o tres décadas que tendríamos hoy una "conciencia ecológica" tan elevada?
- ¿Cómo se hubiera podido imaginar entonces la tregua que se vive hoy entre las tensiones de las grandes potencias?

De la misma forma, es posible que la masificación de las informaciones sobre la correspondencia entre las condiciones de vida y las relaciones económicas y políticas entre los países y la salud, logre una expresión política a nivel mundial capaz de generar, por la exigencia de los movimientos políticos y sociales, medidas en favor de la salud de alcance internacional, hoy inimaginables: estímulos económicos para el desarrollo y la transferencia internacional de tecnologías favorables a la salud; obstáculos a los procesos y a las prácticas económicas "patógenas"; estímulos económicos para la redistribución de las existencias mundiales de alimentos; un tratamiento diferencial para cuestiones como la deuda externa en países que amplíen sus inversiones en salud y educación, etc.

Por otro lado, la supervivencia política de la actual estructura internacional de poder exige la reestructuración de las relaciones interpaíses, luego de la cual seguramente el tema de la salud podrá tener relevancia, ya que

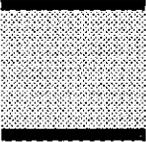
se habrá constituido en un bien individual y colectivo relativamente aceptado a escala mundial en diferentes culturas y en diferentes sistemas políticos.

Para finalizar, les daré una lista de un conjunto (parcial e incompleto) de áreas y de temas que debieran ser contemplados en los programas de formación en salud internacional.

- los diferentes conceptos de salud internacional y su reconceptualización;
- las grandes cuestiones sociales, políticas, económicas y culturales del mundo y su expresión en el campo de la salud;
- los procesos políticos, sociales, económicos y culturales y la Salud, en diferentes formaciones sociales;
- la solidaridad internacional y la bioética reconceptualizada como paradigma de la salud internacional;
- la salud internacional como tema político y su expresión en los movimientos sociales, partidos y actores políticos en el interior de los países y a nivel internacional (Parlamento Europeo, Unión de Parlamentarios Latinoamericanos, etc.);
- las cuestiones sectoriales del campo de la salud y su expresión en la disciplina de salud internacional;
- las migraciones entre los países, sus consecuencias sobre la salud de las poblaciones y la salud internacional;
- El hambre y el proceso de producción, de distribución y de comercialización de los alimentos en el mundo;
- La cuestión del medio ambiente como problema de salud internacional: las industrias multinacionales sucias, la exportación de residuos tóxicos; la acción del sector salud sobre la cuestión del medio ambiente a escala internacional; y otros temas;
- la cuestión de la tecnología para la salud: la producción, la transferencia entre los países, las patentes;
- la organización de los sistemas y de los servicios de salud: los modelos;
- los problemas de salud con expresión internacional: las enfermedades infectoparasitarias y la vigilancia sanitaria;
- la expresión de las principales cuestiones de salud internacional en el derecho sanitario internacional y en los derechos humanos;
- Los organismos internacionales: su papel, su pasado y sus perspectivas. La integración como estrategia para la potencialización de las acciones. El papel de las Naciones Unidas en la definición de reglas de convivencia "saludables" en las relaciones entre los países.

### Referencias

1. Adas, M. "A Fome: crise ou escândalo". São Paulo, Moderno, 12<sup>a</sup> ed., 1991.
2. Cardoso, Sen. Fernando H. Relator da Comissão da Dívida Externa no Parlamento brasileiro. Anais do Senado Federal/Brasília.
3. Frenk, J.; Bobadilla, J.L. y otros. "Health Transition in Middle-income Countries: New Challenges for Health Care". Health Policy and Planning, 4(1):29-39.
4. Godue, C. "La Salud Internacional. Un concepto en formación". Documento de trabajo. Montreal, enero de 1990.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). "Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNDA)". Brasília, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1989.
6. Jornal do Brasil, 3 de febrero de 1991, p. 13.
7. Laurell, A.C. "La Salud-Enfermedad como Proceso Social". México. Revista Latinoamericana de Salud 2:7-25, 1982.
8. Omran, A.R. "The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change". Milbank Memorial Fund Q 49:509-38, 1971.
9. Possas, C. "Epidemiologia e Sociedad: Heterogeneidad estructural e Saúde no Brasil". São Paulo, Hucitec-ABRASCO, 1989.
10. UNICEF. "Situação Mundial da Infância". 1989.
11. World Bank. "World Development Report, 1988".
12. World Bank. "World Development Report, 1990".



## La Transferencia de Tecnología y la Profesión de Salud Internacional

Paul F. Basch

La fecha que la Organización Mundial de la Salud tiene como meta para alcanzar la Salud para Todos llegará en el año 2000, menos de una década a partir de ahora. Ese año marcará el final de la presente década, de este siglo, del milenio y puede servir como un conveniente punto nodal para proyectar nuestros intereses hacia el futuro. La gente que ahora está estudiando salud internacional estará comenzando sus carreras en el año 2000; ¿Cómo pueden estar mejor preparados para estar a la delantera en sus profesiones en el mundo interactivo y cada vez más interdependiente del futuro? ¿Cuáles serán las preocupaciones de mayor envergadura de los trabajadores de salud internacional, y en particular, cómo se va a transformar el campo de estudios con el desarrollo, la aplicación y la transferencia de tecnología?

La tecnología que utilizamos determina, en buena medida, cómo vivimos diariamente y cuán productivo es nuestro trabajo. Todos los productos familiares, desde el pan hasta la tabla de cortar pan, de los lápices hasta la penicilina, y todos los métodos y productos útiles fueron alguna vez una innovación tecnológica que desde entonces ha alcanzado una enorme difusión.

Entre otras cosas, la aplicación de la tecnología les sirve a los seres humanos:

1. Para identificar, reunir y modificar recursos útiles de su medio ambiente;
2. Para protegerse de la diversidad de aspectos hostiles provenientes del mismo ambiente;
3. Para obtener y transformar los materiales necesarios para expresar su creatividad; y
4. Para escapar de las limitaciones impuestas por su resistencia física y por sus cinco sentidos.

La tecnología realiza estas cosas de una forma acumulativa en la medida en que cada progreso se basa en los que lo antecedieron. Desde los primeros asentamientos y las primeras civilizaciones, las únicas actividades del ser humano que han conocido el progreso ininterrumpido han sido la ciencia y la tecnología.

Teniendo en consideración la gran variedad de sus intereses, la especialidad que hemos escogido de salud internacional parece especialmente sensible a las tecnologías de todos los tipos que pueden hacer impacto sobre la salud, en el funcionamiento de los servicios de salud y en la creación y la instrumentación de política. Lo que se dio en llamar "tecnología médica" tiene una definición que le diera la "Office of Technology Assessment" (OTA) del Congreso de los EUA que consiste en la serie de técnicas, medicamentos, equipos y procedimientos utilizados por los profesionales en atención de salud en la

distribución de asistencia médica a las personas y a los sistemas dentro de los cuales se suministra esta asistencia.

## **El Futuro Previsible**

No hace mucho yo estaba en El Cairo en una asignación relacionada con el control de la esquistosomiasis en Egipto. Se encuentran evidencias de esta enfermedad en las momias del siglo XIII A.C., y aún hoy en día se considera el problema más importante de salud pública en Egipto. Es de creer, entonces, que la esquistosomiasis seguirá estando presente por lo menos en los próximos años. Se puede formular la misma hipótesis para otros temas duraderos tales como el aumento de la población y el deterioro del medio ambiente. De la misma manera, lo nuevo es probable que en sí sea menos predecible debido a que ha tenido una historia más breve y parece ser relativamente inestable. Hoy escribo estas líneas en una computadora portátil, mientras que hace unos años no lo podría haber hecho y bien pudiera ser que dentro de unos años esta máquina sea una antigualla, ya sustituida por algo mucho mejor. ¿Sería posible extrapolar la situación epidemiológica de algo relativamente tan nuevo como el SIDA y trasladarla diez o cien años más con el mismo nivel de confianza que aplicamos a la esquistosomiasis?

Que algo sea predecible no quiere decir que sea evidentemente obvio. Por ejemplo, la viruela era una presencia constante en el mundo desde los tiempos más remotos hasta hace muy poco, y desapareció en un tris, utilizando tecnología de la década del 90, vale decir de la década de 1790.

*Pronóstico Tecnológico.* Aún siendo evidentemente poco de fiar, se practica el pronóstico tecnológico debido a que los planificadores se han tornado cada vez más conscientes de la necesidad de anticipar el cambio tecnológico para reducir los riesgos y las incertidumbres asociadas con sus actividades de toma de decisiones y de planificación<sup>11</sup>. Los autores de estas afirmaciones indican que los pronósticos de corto plazo tienden a ser excesivamente optimistas acerca de lo que podría llegar a lograrse. Las proyecciones de largo plazo, que cubren varias décadas, tienden a ser demasiado prudentes en sus estimaciones de lo que la tecnología podría lograr y de los cambios sociales ocurridos a consecuencia de tales logros.

## **Los Insumos y los Productos Relacionados con la Salud**

Sería útil, para intentar predecir los temas decisivos de salud internacional del futuro, tratar al mundo como si fuera una computadora enorme y preguntar en la jerga de la microelectrónica cuáles son los insumos relacionados con la salud, cuáles son los productos y qué pasa con la unidad central de procesamiento que transforma al uno en el otro.

*Los insumos.* La situación real de la salud en cualquier lugar y en cualquier momento se determina mediante el interjuego de una variedad de elementos, algunos propios del lugar donde uno vive, otros universales. Estos factores, que se mencionan aquí en una lista bastante breve, tienen forzosamente que ser tenidos en cuenta si el trabajo de los profesionales en salud internacional ha de ser realmente importante.

*Demográfico.* La población humana cambia continuamente no solamente en cantidad sino en la estructura etárea proporcional. La supervivencia hasta la edad adulta del 85 al 90% de los niños que nacen en los países en vías de desarrollo, más el aumento de la longevidad, está llevando a una edad promedio más alta de la población, a un aumento predecible en el predominio de las condiciones crónicas de salud y a un realineamiento de las prioridades.

*Etnico.* Las poblaciones de los países varían en su composición genética y en los puntos de vista y las conductas determinadas por la cultura (por ejemplo, acerca de la crianza de los niños) que pueden afectar la incidencia de determinadas condiciones.

*Epidemiológico.* La combinación de agentes y de enfermedades está cambiando constantemente: al desaparecer la viruela, apareció el SIDA. Las úlceras gástricas disminuyen y aumenta el cáncer cervical de matriz. A pesar de los grandes esfuerzos, el sarampión se niega a ser erradicado en los Estados Unidos y la epidemia de pertussis, cólera y kala-azar siguen dándose.

*Medio ambiente.* Las condiciones climáticas varían según el lugar y el momento. Inundaciones, sequías, terremotos, tifones y otros desastres naturales tienen lugar con alguna regularidad. Los recursos se agotan y cada vez hay más contaminación del agua, del aire y del suelo. Los accidentes industriales producen una cantidad desconocida de efectos sobre la salud.

*Económico.* El ingreso disponible aumenta o disminuye en las diferentes regiones. El costo de los servicios de salud aumenta en todos lados y los funcionarios están en lucha constante para elaborar planes de financiación y de contención de costos. La crisis de la deuda en muchos países en vías de desarrollo ocasiona forzosamente cortes en los servicios de salud y médicos.

*Político.* Los gobiernos y las políticas sociales pueden cambiar. Los sistemas de asistencia médica sufren reorganizaciones. Las guerras y las contiendas civiles generan infinidad de refugiados.

*Conducta.* El uso del tabaco, del alcohol y de las drogas narcóticas puede difundirse o disminuir; puede terminar en violencia familiar y trauma.

*Tecnológico.* Todas las tecnologías y sus productos pueden ocasionar efectos positivos o negativos en la salud individual y pública.

## **Las Unidades Centrales de Procesamiento en Salud Internacional**

En el mundo real en donde todo está vinculado con todo lo demás, los insumos de salud antes detallados se integran, se traducen en partes definibles y se denominan temas. La supervivencia infantil, la maternidad segura, la salud ocupacional, el recupero de costos de atención de salud, la equidad, la continuidad. ¿Cómo se identifican, cómo se definen, cómo se diferencian estos temas dentro de la totalidad amorfa de la existencia humana? ¿Cómo se determina si los ritos del clan de la comunidad de salud internacional generan un producto que corresponda en forma efectiva con la realidad objetiva? Si el mismo mundo estuviera dividido en diferentes compartimientos, ¿nos daría eso una oportunidad más apropiada de mejorar lo que sea que llamamos salud?

Algunos profesionales de salud internacional ven los principales problemas del mundo más que nada como problemas técnicos que se pueden resolver mediante dosis generosas de ciencia y de tecnología. Para otros, la enfermedad tiene sus raíces en la pobreza, en la injusticia, en la ignorancia, en el prejuicio y solamente puede mejorar mediante cambios dirigidos en los órdenes social y económico. Algunos ven la mejor solución en la atención primaria de salud y discuten si debe ser selectiva o integral; otros prefieren programas verticales y aún hay quienes los quieren horizontales. En cualquiera de las estrategias, los problemas de salud se perciben como solubles o por lo menos posibles de mejorar; porque de no ser así, no tendría objeto el hacer grandes esfuerzos en este terreno.

El enfoque en particular que se adopta a menudo está orientado por la perspectiva de los individuos en posiciones importantes en el medio académico, en las organizaciones voluntarias privadas y en los organismos oficiales bilaterales y multilaterales, que influye sobre la dirección que adoptan sus organizaciones. Las grandes fundaciones norteamericanas suministran cantidad de ejemplos: la "John D. and Catherine T. MacArthur Foundation" de Chicago ha resuelto apoyar la investigación biológica básica de alta tecnología sobre parásitos; la "Edna McConnell Clark Foundation" de Nueva York ha variado el énfasis en las enfermedades tropicales de la esquistosomiasis a la ceguera; la "Pew Charitable Trusts" apoya estudios de política en salud y la transferencia de nuevas tecnologías aplicables a las enfermedades del Tercer Mundo; la Pew y la "Carnegie Corporation" cuentan con un Proyecto de Salud Materno Infantil binacional con México y la Rockefeller Foundation apoya centros internacionales de epidemiología, entre otras cosas. Existen razones muy buenas y de peso sobre las que basar estas decisiones: el grado de mejora que pueda esperarse razonablemente de la aplicación de los recursos existentes (el factor de impacto); la existencia de algunos medios realistas con los que enfrentar la cuestión (el factor tecnológico) y la identificación de problemas de los que otros grupos "no dicen una palabra" (el factor de grupo).

Algunas personas, principalmente en el medio académico, en la industria o en los despachos gubernamentales y laboratorios ven los mismos elementos de insumo como un reto a su ingenuidad y se esfuerzan por producir un resultado material tal como una vacuna o un instrumento, o un producto intelectual tal como un programa de computadora, que tiene la intención de mitigar el problema de salud internacional. Aún otros pueden ver en las características de los materiales existentes, por ejemplo en los pesticidas para la agricultura, nuevas aplicaciones para el control de vectores en las enfermedades tropicales. En cada uno de los casos hay algún elemento de madurez tecnológica para transferir de un país a otro.

## **Los Productos**

La atención de los profesionales de salud internacional en las próximas décadas estará dirigida tanto a los problemas clásicos como a los que emergen y el trabajo diario se llevará a cabo utilizando tanto las herramientas convencionales como las nuevas. Los temas corrientes de salud materno infantil, programas de control de enfermedades específicas, educación en salud, nutrición, planificación familiar, la equidad en la distribución de servicios de salud y demás, permanecerán con nosotros.

Considero que en el futuro próximo se le dará mayor atención a las siguientes áreas:

1. Salud de los adultos y su relación con el desarrollo nacional y la productividad económica; los temas conexos de
2. Salud ocupacional y
3. El envejecimiento de las poblaciones y el suministro de salud para la tercera edad;
4. Los aspectos financieros del suministro de servicios de salud, particularmente su eficiencia y efectividad, y los nuevos esquemas de financiación y de recupero de costos;
5. Salud ambiental, incluyendo las diversas formas de contaminación; y
6. La aplicación de la tecnología, particularmente de los avances en ingeniería genética y en inmunología. Se promoverán métodos y productos de avanzada en la prevención de enfermedades parasitarias e infecciosas y se le dará mayor atención al control inmunológico y hormonal de la fertilidad.

Las computadoras están revolucionando a la salud internacional, así como a todos los otros campos, en el ordenamiento de la información y de la palabra escrita, mediante las máquinas de facsímil y los modem para comunicación instantánea, mediante las filmadoras y las máquinas pasacassettes para tomar "notas" en el terreno y suministrarle información al público y mediante otros milagros de la era de la microtecnología. Ya sea que nos parezca bien o no, estas tecnologías habilitadoras y facilitantes le dan forma a la estructura,

controlan el funcionamiento y determinan el fruto de nuestros esfuerzos. Tal como lo describía el visionario canadiense Marshall McLuhan, el medio es el mensaje.

*Comprender lo que hacemos.* El proyecto sobre el terreno, el estudio de investigación, la metodología o el producto material que emerge de la misteriosa unidad central de procesamiento de salud internacional debe transferirse al país receptor e instrumentarlo en forma apropiada antes que pueda tener un efecto en la población meta. Una variedad de técnicas de evaluación, de evaluación de proyecto y de auditoría se han convertido en básicas dentro de la profesión; ciertamente se requiere a priori un componente de evaluación en el diseño de la mayoría de los proyectos en el extranjero. La situación no es así de clara en lo que respecta a la tecnología, gran parte de la cual parece transferirse con escasa planificación previa y sin una evaluación adecuada después de la transferencia.

*Concentración en la tecnología relacionada con la salud.* La mayoría de los observadores probablemente pensarán primero en la "tecnología médica" más o menos siguiendo la línea de la definición de la Office of Technology Assessment que se diera antes. Sin embargo, resulta difícil sobreestimar el impacto sobre la salud de otras tecnologías a través de su papel en la educación formal e informal; en la comunicación; en la recolección, transmisión y difusión de información; en la manutención de registros y el análisis de la información. De la misma manera, la biotecnología suministra la promesa de una mejor salud directamente por medio de vacunas contra las enfermedades infecciosas tales como la malaria, y menos directamente por medio de la agricultura mejorada y de la cría de animales.

*Transferencia de tecnología.* Todas las novedades que tienen la intención específica de mejorar la salud comprenden la aplicación de tecnología a menudo nueva o recientemente transferida, con repercusiones indeterminadas dentro del contexto en el cual se introducen. Las tecnologías tales como los trasplantes renales, la tomografía computada, el inmunodiagnóstico con ELISA o el uso de la hormona de crecimiento sintético, que ya se consideran de rutina en un medio pueden ser novedades en el otro. Las muchas incertidumbres que supone la transferencia exigen algún tipo de metodologías analíticas objetivas que sirvan para respaldar decisiones 1) a favor o en contra de la adopción de cualquier tecnología en particular, y 2) cómo se va a desplegar la tecnología, una vez adoptada. Las incertidumbres contenidas deben identificarse y medirse para que sirvan para anticipar los efectos (incluyendo los efectos económicos) que es probable que ocurran y sean útiles para asegurar, en la medida de lo posible, que la tecnología sea beneficiosa para la comunidad involucrada.

## **La Base Científica para la Aceptación de la Tecnología**

La transferencia unidireccional de los países más ricos hacia los más pobres de tecnologías relacionadas con la salud no es solamente la importación y la exportación de mercaderías, sino que exige la transferencia de una base y de una comprensión científicas que subyace a los aparatos, los métodos y los procedimientos. A veces la tecnología más apropiada para la solución de un problema de salud puede ser una avanzada, en otros casos una simple. Hasta que la tecnología de los trasplantes arraigue, se termine de integrar a su nuevo medio, y sea viable en sí misma, realmente no se la puede considerar transferida sino meramente transportada.

La relación entre los países proveedores y los países usuarios tiene necesariamente que ser de colaboración más que de dependencia. La explotación a pleno de una tecnología importada requiere la presencia de una infraestructura académica lo suficientemente robusta como para dominar la tecnología y adaptarla a las condiciones regionales. De carecer de semejante base científica, el país receptor puede aplicar la tecnología solamente en una forma superficial y mecánica. A largo plazo la transferencia puede llegar a ser inviable, resultando en una dependencia continua y en una capacidad autóctona débil de resolver los problemas internos dentro de ella.

## **Edificar Capacidad en el Medio de Investigación del País Receptor**

Los diversos proyectos de transferencia de tecnología han incluido la capacitación de científicos y de personal de apoyo en tecnologías de importancia, desde el funcionamiento y el mantenimiento de ordenadores de diagnóstico a la ejecución de técnicas complejas tales como reacciones en cadena de polimerasa, la fusión celular para la producción de anticuerpos monoclonales, o la construcción de una biblioteca de cADN. Si bien estas capacidades pueden ser necesarias bajo circunstancias particulares, el proceso de la transferencia tecnológica tiene que avanzar más y servir para el apoyo del desarrollo de la capacidad científica subyacente en los países usuarios.

En un país que visité, un investigador nacional me dijo con un dejo irónico que su personal de laboratorio, si pudiera, vendría a las diez y se iría a las once. Que los técnicos adopten ese tipo de actitudes no es fácil de disipar en una atmósfera donde el trabajo tiene poco valor, hay pocas oportunidades de progreso, y donde las retribuciones psicológicas y monetarias son hartamente insuficientes. Aunque las normas del país a menudo hagan difícil conceder incentivos adecuados, se puede estimular la motivación alentando normas de trabajo profesionales, reforzando la confianza en sí mismos, y haciendo que la gente se enorgullezca de haber cumplido con las metas. El logro de objetivos puede ayudarse mediante la definición y la superación de obstáculos en el medio

ambiente científico, despejando atolladeros al progreso y reforzando las capacidades científicas a nivel local. Una aproximación a este proceso no consiste solamente en suministrar el asesoramiento y los materiales apropiados, sino el facilitar el acceso de los investigadores y los estudiantes nacionales a la literatura científica mundial, enseñar rudimentos de computación y estimular la discusión y la curiosidad intelectual acerca de todos los tipos de temas metodológicos, éticos y científicos. Esta edificación de capacidad es costosa y frecuentemente se descuida, pero a largo plazo es una parte esencial de la transferencia de tecnología y su ausencia puede negar el potencial de la ciencia más compleja.

### **Evaluación de Tecnología y Toma de Decisiones**

El tema de la evaluación de tecnología ha generado una literatura demasiado rica y diversa como para ser revisada aquí. Hay varias discusiones generalizadas de evaluaciones de tecnología médica tales como la de Banta y Behney<sup>1</sup>; el excelente pequeño volumen de Brorsson y Wall<sup>2</sup>; y las muchas publicaciones de la Office of Technology Assessment de los EUA (por ejemplo, 1982)<sup>9</sup>, la National Academy of Sciences de los EUA<sup>4,8</sup> (1985; y Goodman 1988), la Organización Panamericana de la Salud<sup>10</sup> y otros organismos.

Los beneficios que se predicen de las nuevas tecnologías tienen que compensarse con los costos económicos y de otra índole. El profesional en salud internacional que es competente en esta área puede contribuir a la toma de decisiones lúcida del Gobierno en el sector salud. Los gobiernos de los países en vías de desarrollo deben esforzarse por obtener el máximo en beneficios de salud de una cantidad cada vez menor de dinero. Al mismo tiempo, pocas personas en los Ministerios de Salud están preparadas para lidiar con los temas complejos que abarca la evaluación de las tecnologías relacionadas con la salud que están surgiendo. Es difícil tomar decisiones acerca de la aplicación de tecnologías en virtud de su relativa novedad, su relación indefinida de riesgo-costo-beneficio y consecuencias desconocidas en los planos económico, ambiental, epidemiológico, demográfico y cultural. Los temas relacionados comprenden el control científico y político de la importación, la adaptación y la difusión de la tecnología y el papel de las academias, de la industria, de los organismos extranjeros donantes y de las organizaciones intergubernamentales.

### **Una Visión Crítica de la Transferencia de Tecnología**

Algunos individuos ven la transferencia y la difusión de la tecnología como una amenaza más que como un beneficio. Los autores como Illich<sup>6</sup> han sugerido que la mayor parte de la tecnología médica es antieconómica y contraproducente, a menudo peligrosa. Tales perspectivas, que como es claro no

son bien recibidas en la mayor parte de los círculos de salud nacionales e internacionales, sin embargo tienen que tenerse en cuenta.

El ex-Director General de la OMS ha dicho que en muchas instancias, la tecnología en salud es escogida por personas cuyas metas profesionales no tienen casi nada que ver con las necesidades de salud de las sociedades, o se acumula de una forma aleatoria y desapareja<sup>7</sup>.

En contraposición con los escépticos, que sospechan y muestran hostilidad a cualquier innovación, están los que confunden novedad con progreso sin exigir que se pruebe su utilidad real. Mahler sostiene que la tecnología por la tecnología misma es una droga peligrosa que produce adicción<sup>7</sup>.

Los beneficios que realmente obtiene la salud de la aplicación de una tecnología pueden ser ambiguos y difíciles de valorar. Los administradores a menudo señalan los recursos que existen (la cantidad de médicos, de enfermeras, de camas de hospital, cantidad de dinero y demás), o la cantidad de procedimientos o de servicios que se suministran, pero estos tienen poco que ver con la cantidad de salud que se le agrega a una población. Los indicadores de mortalidad y de morbilidad pueden llegar a estar algo cerca de demostrar un impacto para la salud, pero estos carecen de información acerca de cualquier mejora en la calidad de vida debido a la tecnología, que después de todo es el propósito principal de la empresa íntegra.

Greenwood y colegas han demostrado que en Gambia, Africa Occidental, la proporción de niños íntegramente inmunizados es efectivamente más grande que en el Reino Unido y la mortalidad infantil de las enfermedades prevenibles mediante vacunación cubiertas por el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), o sea la difteria, la pertussis, el tétano, la poliomiélitis, el sarampión y la tuberculosis, es relativamente baja. Aunque la mortalidad específica en términos de causa de las enfermedades prevenibles mediante la vacunación del PAI ha caído en forma dramática, la tasa de mortalidad infantil global en Gambia sigue siendo 10 veces la del Reino Unido básicamente por la malaria, las infecciones respiratorias agudas, la diarrea crónica y las causas neonatales no cubiertas por las inmunizaciones. Mientras los funcionarios del PAI señalan el éxito de su programa, otras personas siguen sin estar convencidas<sup>3</sup>.

Cada tecnología tiene que ser considerada independientemente para ver si es apropiada a cada una de las aplicaciones, tal como una llave y una cerradura. Resulta claro que una llave que funciona en una cerradura puede ser poco efectiva en otras. Algunas llaves son maestras y abren muchas puertas diferentes, mientras que otras tienen una aplicación altamente limitada. Lo mismo pasa con las relaciones entre los propósitos de las tecnologías y los objetivos específicos de aquellos que los instrumentan. Algunas tecnologías, tales como las inmunizaciones en la infancia, han recibido amplia adhesión, pero aún estas tienen que revisarse periódicamente en cada país. Durante siglos, se consideró que la vacuna contra la viruela era altamente beneficiosa, hasta que la

transmisión disminuyó al punto que los efectos secundarios de la vacuna llegaron a ser un riesgo más grande que el de la enfermedad misma. Entonces esa tecnología en particular (la inmunización contra la viruela) se hizo inaceptable.

### **Relación de las Necesidades de Capacitación en Salud Internacional**

Cualquiera que tenga que funcionar en salud internacional en el futuro, tendrá que atenerse a los mismos principios básicos de salud pública que rigen hoy. De manera similar, los fundamentos de bioestadística y de epidemiología no van a variar. Siempre va a ser necesaria una base sólida en esas cuestiones esenciales y cada generación de investigadores tiene que volver a aprenderla. Por el otro lado, la tecnología de presentación y de investigación suministrará capacidades cada vez mayores en la medida en que las técnicas más concentradas y más específicas de laboratorio y los paquetes de programas estadísticos de computadora aparecen sin cesar. Si bien esto es beneficioso en general, existe el peligro que las personas puedan llegar a ser seducidas por los instrumentos y comenzar a creer que la vaselina o la computadora son el tema de su investigación, más que la transmisión del plasmodio y la mejoría de la salud de la comunidad.

Todos los estudiantes de salud internacional utilizan diversas tecnologías en su propia educación e investigación; muchos ingresarán a un nivel superficial y quizás subconsciente en la transferencia internacional de tecnología durante el transcurso de su propio trabajo y unos pocos pueden edificar una carrera específicamente en derredor de este tema.

Aquellos de nosotros que estamos comprometidos en la enseñanza de salud internacional reconocemos que la ciencia y la tecnología van a desempeñar un papel cada vez mayor en el mundo del futuro. La transferencia, la difusión y la instrumentación de la tecnología relacionada con la salud es sumamente importante, es probable que se vuelva cada vez más destacadas y deban hallar un lugar en el plano consciente de todo profesional de la salud internacional. Y no solamente los presuntos beneficios, sino los costos, los riesgos y las consecuencias posibles tienen que discutirse íntegramente y en forma realista. Esto no significa que todos los profesionales de salud internacional tienen que ser especialistas en esta área pero que tienen que tener por lo menos un conocimiento general del tema. Por consiguiente, parece razonable que los programas de enseñanza en salud internacional deben incluir trabajo de curso formal acerca de la transferencia internacional y la evaluación de estas tecnologías que afectan a la salud.

## Referencias

1. Banta, H.D. y Behney, C.J. "Technology Assessment". En: J.M. Last. (ed.) *Maxcy-Rosenau Public Health and Preventive Medicine*, 12a. edición, Norwalk, CT., Appleton-Century-Crofts, pp. 1808-1829., 1986.
2. Brorsson, B. y Wall, S. "Assessment of Medical Technology. Problems and Methods". Estocolmo. Consejo Sueco de Investigación Médica. Edición Inglesa, 1985.
3. Goodfield, J. "A Chance to Live. The Heroic Story of the Global Campaign to Immunize the World's Children". Nueva York. Macmillan Publishing Company, 1991.
4. Goodman, C.: "Medical Technology Assessment Directory". Washington Council on Health Care Technology, Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1988.
5. Greenwood, B.M., Greenwood, A.M., Bradley, A.K., Tulloch, A., Hayes, R., Oldfield F. S.J. "Deaths in infancy and early childhood in a well-vaccinated, rural, West African population". *Ann Trop Paed* 7:91-99, 1987.
6. Illich, I. "Medical Nemesis". Nueva York, Pantheon Books, 1976.
7. Mahler, H. "Social Policy for Health Development and Health Development for Social Progress". Address to the Regional Committee for the Eastern Mediterranean, Karachi, Pakistan, 1976.
8. National Academy of Sciences. "Assessing Medical Technologies". Washington, D.C., National Academy Press, 1985.
9. Office of Technology Assessment. "Strategies for Medical Technology Assessment". Publication OTA-H-181. Washington, D.C., Congreso de los Estados Unidos, 1982.
10. Panerai, R.B., Peña-Mohr, J. "Health Technology Assessment Methodologies for Developing Countries". Washington, D.C. Pan American Health Organization, 1989.

11. Saren, M.A., Brownlie, D.T. "A Review of Technology Forecasting Techniques and Their Application". Bradford, R.U. MCB University Press, 1983.

## **SALUD INTERNACIONAL UN DEBATE NORTE-SUR**

La Organización Panamericana de la Salud acaba de editar *Salud Internacional: Un Debate Norte-Sur*. El trabajo constituye un reto al concepto dominante que mantiene que la salud internacional se ocupa de la salud de "los demás", de los "desposeídos", de los países en vías de desarrollo. Sus artículos abarcan enfoques sumamente diferentes planeados en el seno del Seminario sobre Salud internacional que tuvo lugar en marzo de 1991 en Quebec, Canadá, bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud, del Departamento de Salud y Bienestar Social de Canadá y del Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Quebec.

El libro encara dos temas fundamentales:

*Los Grandes Desafíos que Enfrenta la Salud en el Continente Americano*

*El Concepto y la Práctica de Salud Internacional. Especialmente en lo que se Refiere a las Actividades de Formación*

Participaron en la reunión profesionales de Argentina, Brasil, Canadá, Chile, México, Perú y Estados Unidos, así como de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud. En el transcurso del seminario se originó un animado debate acerca de los conceptos y temas fundamentales en salud internacional. Es un libro de lectura obligatoria no solo para los que se interesan en el tema en el continente americano, sino también para los profesionales y los habitantes del planeta tierra.

Dr. Milton Terris, M.S.P.

Editor

*Journal of Public Health Policy*



**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**