RESTRINGIDO

E/CEPAL/PROY.1/R.39
Marzo de 1980

ESPAÑOL
ORIGINAL: INGLES

C E P A L
Comisión Económica para América Latina

Proyecto Pobreza Crítica en América Latina

ATENCION MEDICA Y SANITARIA EN AMERICA LATINA

Michel Chossudovsky, Consultor */

*/ El autor es profesor de Economía de la Universidad de Ottawa. Las opiniones expresadas en este documento son de su exclusiva responsabilidad y pueden no coincidir con las de la Organización.

79-9-2088

y029 S8000086 S

INDICE

Página

I. INTRODUCCION 1

1.1 Metodología 1
1.2 Pobreza crítica y salud 3
1.3 La comparación institucionaly la desigualdad social.. 4
1.4 El argumento de la escasez de fondos 5
1.5 Bosquejo del presente estudio 6

II. FORMAS PATOLOGICAS ESENCIALES EN AMERICA LATINA 9

2.1 Introducción 9
2.2 Epidemiología y clase social 9
2.3 Malnutrición y enfermedad 11
2.4 Enfermedades provenientes de desechos humanos 17
2.5 Enfermedades aerotransmisibles 18
2.6 Heterogeneidad epidemiológica 19

III. EDUCACION MEDICA Y FORMACION DE RECURSOS HUMANOS 20

3.1 Introducción 20
3.2 Dimensiones históricas de la educación médica 20
3.3 Formación de recursos humanos en América Latina 22
3.4 El éxodo intelectual 24
3.5 La educación médica y la internacionalización de la formación de capital humano 25

IV. ATENCION SANITARIA PRIMARIA 30

4.1 Introducción 30
4.2 Personal sanitario intermedio 30
4.3 La distribución urbano-rural de la población 31
4.4 Estudios de caso de atención sanitaria primaria 32
4.4.1 Atención sanitaria primaria en China 33
4.4.2 Servicios sanitarios rurales en la India 35

V. EL SEGURO SOCIAL Y EL MARCO INSTITUCIONAL 39

5.1 Introducción 39
5.2 Antecedentes históricos de los planes de seguro social 40
5.3 Programas de seguro social en Brasil 40
5.4 Cobertura de la seguridad social 42
5.5 La seguridad social y la distribución social de los servicios sanitarios 43
5.6 Compartimentación institucional 46
5.7 Financiamiento de los diversos subsectores institucionales 51

/VI. PLANIFICACION

Página

VI. PLANIFICACION SANITARIA NACIONAL 52

6.1 Introducción 52
6.2 El método OPS/CENDES de costo-eficacia 52
6.3 El valor de la vida humana 54
6.4 Asignación de recursos 55
6.5 El problema de la vulnerabilidad 56
6.6 Dimensiones operativas del método OPS/CENDES 56
6.7 Evaluación crítica del método OPS/CENDES 58
6.8 La esperanza de vida y el modelo mundial latinoamericano 58

VII. LA INDUSTRIA FARMACEUTICA 61

7.1 Introducción 61
7.2 Concentración industrial y transnacionalización 62
7.3 Fijación de sobreprecio 63
7.4 Investigación y desarrollo 63
7.5 Los productos farmacéuticos y el subdesarrollo de la salud 64
7.6 Políticas 66

VIII. AYUDA EXTERNA 67

8.1 Introducción 67
8.2 La Fundación Rockefeller 67
8.3 La asistencia externa y la transferencia de tecnología médica 70
8.4 Asistencia externa de los Estados Unidos 71

APENDICE ESTADISTICO A 73

APENDICE ESTADISTICO B 87

BIBLIOGRAFIA 99

/I. INTRODUCCION

I. INTRODUCCION

1.1 Metodología

Según las divisiones metodológicas vigentes la atención médica y sanitaria constituye el componente sectorial de un estudio socioeconómico global; en consecuencia, las diversas dimensiones de la realidad económica y social se analizan primero en "casilleros sectoriales" separados para luego "agregarlos" a fin de obtener una "visión de conjunto" del proceso de desarrollo. Aunque los sectores sociales definidos dentro del contexto de la política gubernamental coinciden, por razones comprensibles, con sus jurisdicciones administrativas correspondientes, (por ejemplo, los ministerios de salud y educación), esto no quiere decir necesariamente que las categorías teóricas empleadas por los especialistas para analizar la salud y la educación deban ceñirse a las divisiones jurisdiccionales de la burocracia estatal. La forma tradicional de considerar los llamados "sectores sociales" caracterizada por la compartimentación artificial de la investigación en las ciencias sociales, ha conducido con frecuencia a modelos mecánicos y simplistas sobre la interacción entre los llamados fenómenos "sociales" y "económicos". Además, la organización y administración de la investigación en los organismos internacionales (incluida la Comisión Económica para América Latina) se ha ceñido invariablemente a las categorías tradicionales de las ciencias sociales, separando en compartimientos estancos sus diversas investigaciones "económicas" y "sociales". Estos últimos, en vez de ceñirse a categorías teóricas precisas reproducen las subdivisiones administrativas de la burocracia estatal nacional.

En el presente estudio, procuramos establecer desde un comienzo las premisas metodológicas apropiadas para insertar nuestra investigación sobre atención médica y sanitaria en el marco analítico global del estudio sobre pobreza crítica en América Latina. Gran parte de la literatura sobre la pobreza del Tercer Mundo es de índole descriptiva; ocupada sobre todo de mediciones y definiciones estadísticas de los fenómenos fundamentales. Las categorías analíticas son empíricas y no teóricas. Los procedimientos describen la pobreza en función de sus manifestaciones fenomenológicas externas sin identificar sus causas estructurales e históricas.

/La pobreza

La pobreza crítica no se inventó junto con el interés intelectual más reciente de los especialistas por las necesidades humanas esenciales y la justicia social: la pobreza crítica es el resultado objetivo de un proceso histórico de acumulación de capital que genera escaseces implícitas en la disponibilidad y distribución de los bienes de consumo y servicios necesarios para la subsistencia. Por tanto, el estudio de la pobreza crítica no puede limitarse a identificar aquel porcentaje de la población que se halla bajo la línea de pobreza y simular - mediante instrumentos aritméticos hipotéticos - el monto del ingreso que "debería" transferirse de los ricos a los pobres para "eliminar" la existencia de la pobreza crítica y lograr que los pobres "asciendan" a una línea de pobreza definida en forma estadística. Aunque las simulaciones de esta naturaleza podrían servir para demostrar que una escasez de recursos no es un obstáculo que se oponga a la eliminación de la pobreza crítica, el ejercicio aritmético en sí es estrictamente "normativo" e indica la posibilidad hipotética de satisfacer las necesidades humanas más esenciales para todos los miembros de la sociedad a partir del material disponible y del acervo de recursos humanos.

La distribución más justa y equitativa del ingreso no es una mera abstracción metafísica. La reorientación de la economía hacia la satisfacción de las necesidades humanas esenciales implica cambios trascendentales de la estructura de producción y acumulación, cambios políticos radicales de la estructura y funciones del estado y la transformación correspondiente de la mecánica de asignación de recursos. Aunque está cada vez de moda en las esferas internas de la intelligentzia que se ocupa del desarrollo, analizar los medios hipotéticos de lograr una distribución más justa y equitativa del ingreso, los diversos proyectos abstractos de políticas para un nuevo orden económico (nacional o internacional) rara vez se dirigen en forma seria a las fuerzas políticas y sociales conducentes a las estructuras reinantes de pobreza y desigualdad social.

/1.2 Pobreza

1.2 Pobreza crítica y salud

Las desigualdades sociales y la pobreza crítica se verán reflejadas en forma invariable por disparidades importantes de la condición sanitaria entre diferentes sectores y clases de la población. Esta heterogeneidad de la condición sanitaria se ve reflejada por enormes diferencias en las tasas de mortalidad y morbilidad entre clases sociales. La relación entre condición socioeconómica y enfermedad es lo medular de nuestra tesis. Al decir relación, no nos referimos simplemente a la correlación estadística entre las condiciones materiales de vida de los pobres y los diversos indicadores de mortalidad y morbilidad. Si bien es cierto que ambos conjuntos de fenómenos están "correlacionados", la relación estadística no revela en sí las fuerzas sociales y económicas internas, que generan la pobreza, la enfermedad y la mala salud.

La estructura de consumo en América Latina se caracteriza por una situación de consumo insuficiente en cuanto a la oferta y disponibilidad de bienes de consumo necesarios (es decir, las necesidades humanas esenciales), en contraposición a modalidades de consumo excesivo de un sector privilegiado de la población. La desigual distribución del ingreso y la pobreza crítica son las manifestaciones externas de una estructura acumulativa que crea progresivamente un vacío en la oferta y producción de necesidades humanas esenciales. A su vez, el estrato privilegiado de altos ingresos constituye el mercado interno que fomenta la demanda activa de bienes suntuarios y semisuntuarios.

¿Cómo se inserta "la producción de servicios de atención médica" en esta estructura productiva global de la economía? En realidad, sería tentador en un estudio sobre el llamado "sector salud" concentrarse en una relación de estilo lineal entre la producción de servicios de atención médica y la condición sanitaria promedio; es indudable que este enfoque nos llevaría, desde una perspectiva de política, a establecer cómo el sector salud podría mejorar sus servicios y extender su cobertura a los pobres urbanos y rurales. No creemos que una expansión de la atención médica convencional constituya una solución para las formas patológicas esenciales que prevalecen en la región. El estudio pionero de Rudolf Virchow en medicina social que investigaba las causas de un tifus epidémico en la época del Imperio Prusiano,

/en vez

en vez de propiciar "soluciones médicas" exclusivas, proponía cambios económicos, políticos y social trascendentales.1/ Asimismo, los resultados del modelo mundial latinoamericano Bariloche (IDRC 1978) corroboran el hecho de que la condición sanitaria promedio en América Latina no se modifica con la expansión de los recursos humanos y materiales del sector sanitario tradicional.

No se trata de saber si los servicios de atención médica contribuyen o no a la salud; la evidencia empírica sugiere que los tipos de servicios médicos que se otorgan son el resultado de una determinada estructura productiva e institucional. La desigualdad social está implícita en la estructura productiva; las mismas fuerzas sociales que generan un vacío en la economía en general en cuanto a la disponibilidad de bienes de consumo necesarios para la subsistencia, influyen también en la producción de servicios de atención médica, favoreciendo la producción urbana, de procedimientos curativos costosos que benefician al estrato privilegiado de altos ingresos. Por tanto, postulamos que gran parte de los servicios de atención médica son un componente del consumo semisuntuario destinado a los mercados de bienes de consumo de los estratos superiores.

Las especializaciones y procedimientos médicos que caracterizan al sector sanitario de América Latina están orientados hacia las necesidades de consumo de atención médica de los grupos de altos ingresos. Esta situación se distingue por una abundancia relativa de especialistas en cardiología, cáncer y cirugía plástica, etc., en contraposición a carencias implícitas en materia de atención sanitaria primaria y medicina social prioritaria.

1.3 La comparación institucional y la desigualdad social

Cuando la cobertura eficaz y el acceso a los servicios de atención médica están limitados al 25% de la población, entonces dicha atención se convierte en el privilegio de una minoría social. Los compartimientos institucionales estancos, caracterizados por sistemas de seguridad social y otros programas diversos de cobertura limitada, no sólo refuerzan las desigualdades reinantes sino que constituyen además mecanismos implícitos de "apartheid social" y de discriminación en la prestación de atención médica a diferentes categorías de individuos.

1/ Waitzkin (1978), p. 264.

/La configuración

La configuración institucional del sector salud es compatible con su estructura productiva. La primera refuerza a esta última. Un sistema de seguro de salud poderoso y "prestigiado", sumado a fondos de seguridad social para las fuerzas armadas, los funcionarios públicos y la policía, no sólo incluia las pautas de educación médica hacia procedimientos curativos especializados, sino que conduce también al desarrollo de costosos servicios hospitalarios urbanos mediante la importación de equipos diagnósticos y terapéuticos caros.

1.4 El argumento de la escasez de fondos

Por analogía con las teorías neoclásicas tradicionales del crecimiento económico, que explican "el desarrollo" en función de la formación de capital y la disponibilidad de recursos de inversión, se ha sostenido que los "problemas principales" de salud pueden resolverse mediante la formación de capital, es decir, destinando más recursos financieros al sector sanitario estatal. Si bien es cierto que este último se caracteriza, en América Latina, por una falta de recursos humanos y materiales, el argumento de la escasez de fondos suele aducirse más bien como una apología. La asignación de más recursos financieros al sector sanitario tradicional no significa necesariamente "más salud". En un sistema de atención médica en que la tendencia es hacia la concentración de recursos a favor de una minoría social, la asignación de más recursos conducirá a aumentar las formas existentes de producción y consumo semisuntuario de servicios de atención médica. Dentro de este contexto, la cuestión de financiar los servicios sanitarios con fondos públicos exige un análisis más amplio de la asignación de ingresos fiscales entre diferentes sectores que compiten por ello. Según la sabiduría convencional, el aporte fiscal podría incrementarse aumentando los impuestos vigentes o recortando otros programas de gasto fiscal para que el sector salud tuviere una expansión importante. A nuestro juicio, la discusión de este aspecto carece de sentido si no estamos en condiciones de identificar la eficacia social (es decir, el efecto sobre las formas patológicas fundamentales) de los gastos en salud comparados con otros sectores de actividad. Los fondos asignados a salud tienen un "costo de oportunidad social"; el mayor aporte de fondos a la atención médica convencional puede

/significar menos

significar menos fondos para otras actividades que tienen un efecto mucho más importante en los niveles de salud. Por ejemplo, la infraestructura agraria que aumente tanto la producción como el consumo de alimentos en las zonas rurales será mucho más eficaz en lo social que un hospital nuevo; el mismo razonamiento es válido para la inversión en el abastecimiento de agua potable; los sistemas de alcantarillado y el saneamiento ambiental, etc.

1.5 Bosquejo del presente estudio

En la sección 2 del presente estudio, analizamos las formas patológicas esenciales de la región y los determinantes sociales, económicos y políticos de la mala salud. La relación entre la condición socioeconómica y la salud es vital para nuestra tesis. Esta relación debe tenerse presente cuando pasemos a ocuparnos en las secciones siguientes del papel de la atención médica y su relación parcial con la salud.

En la sección 3 examinamos las formas de capacitación y educación médica. La formación de recursos humanos determina la estructura productiva del sector salud. La transferencia internacional de tecnología profesional e intelectual ha conducido al desarrollo de formas homogéneas de educación médica en todo el Tercer Mundo. La educación médica latinoamericana está orientada al estudio de las patologías de los países occidentales desarrollados. La estructura productiva resultante corresponde a la demanda de mercado de servicios médicos de los grupos de altos ingresos. La formación de recursos humanos conduce a la producción de "especialidades erróneas" en relación con las necesidades sanitarias fundamentales de la región. Además, los procesos de capacitación y educación médica interactúan con el desarrollo de las industrias de artículos médicos; la propia naturaleza de la tecnología médica conduce a la expansión de la educación médica especializada y viceversa.

En contraste con las formas tradicionales de educación médica tratadas en la sección 3, pasamos a ocuparnos en la sección 4 de la atención sanitaria primaria. La mayoría de la literatura y de los modelos de atención sanitaria primaria en el Tercer Mundo han mantenido un nivel estrictamente normativo. Las experiencias de atención sanitaria primaria han sido invariablemente fragmentarias, aisladas en determinadas localidades y desvinculadas

/generalmente del

generalmente del sector sanitario fiscal tradicional. En el plano técnico formal, el modelo de atención sanitaria primaria ofrece una alternativa hipotética; no obstante, su ejecución eficaz exige grandes cambios estructurales e institucionales del sistema sanitario vigente. Su ejecución fragmentaria junto con el desarrollo del sector sanitario "oficial", y en paralelo con éste, suele conducir a mecanismos de "apartheid social" que acentúan en vez de disminuir las formas existentes de desigualdad social en cuanto a la cobertura y el acceso a los servicios sanitarios.

De nuestro análisis de la estructura productiva (en las secciones 3 y 4), pasamos a tratar las organizaciones institucionales fundamentales concentrándonos en el desarrollo de los sistemas de seguro social en América Latina (sección 5). Pese a que los programas de seguridad social suelen proponerse como medio de ampliar la cobertura del sector salud, nuestros resultados sugieren que esos programas (y otros de cobertura limitada), conducen, salvo pocas excepciones a través de la compartimentación institucional a intensificar las desigualdades sociales que caracterizan al sector salud. Además, la configuración institucional está íntimamente relacionada con la estructura productiva y los procesos de formación de recursos humanos. La existencia de un sistema de seguridad social no sólo influye en que la educación médica se oriente hacia procedimientos curativos especializados, sino también hacia la expansión de costosas instalaciones hospitalarias.

En la sección 6 se examina la planificación sanitaria nacional dentro del contexto general de nuestro análisis de la estructura productiva, la formación de recursos humanos y las instituciones. Los métodos convencionales de costo-eficacia aplicados al sector salud consisten sistemáticamente en asignar recursos dentro de un marco estructural e institucional invariable. La aplicación de métodos costo-eficacia a una estructura que reproduce en esencia las desigualdades sociales conducirá, paradojalmente a la consolidación de esas desigualdades sociales intrínsecas. Para ser eficaz la planificación tiene que ocuparse de las características estructurales e institucionales más fundamentales del sector salud.

/En la

En la sección 7 se estudia la industria farmacéutica y los procesos de transnacionalización del capital en este rubro. El caso de los productos farmacéuticos ilustra la mecánica global de la difusión internacional que caracteriza a las industrias de artículos médicos. Reiteramos que estas industrias interactúan con las formas de educación médica y viceversa. La internacionalización de las industrias de artículos médicos (que incluyen equipos diagnósticos y terapéuticos, productos famaceúticos, etc.) se da a la par con la transferencia internacional de tecnología médica profesional e intelectual.

Estas diversas dimensiones internacionales interrelacionadas nos llevan a la sección 8, en que se hace una breve revisión de los programas de ayuda externa en actividades vinculadas con la salud.

II. FORMAS PATOLOGICAS ESENCIALES EN AMERICA LATINA

2.1 Introducción

El estudio de la epidemiología se ocupa invariablemente del análisis fenomenológico y estadístico de los diversos indicadores sanitarios. Dentro del contexto del presente estudio nos interesa el análisis epidemiológico dentro de un marco social, económico y político más amplio, o sea, la utilización de la epidemiología para identificar la heterogeneidad social de la condición sanitaria de diferentes sectores y clases de la población.

Cuando se explican las tendencias epidemiológicas en función de las enfermedades que deterioran la salud se tiende a minimizar en forma implícita la importancia de factores como la desnutrición, la vivienda inadecuada, el agua contaminada, etc., que tiene íntima relación con el riesgo de contraer una enfermedad. Estos últimos no dependen en forma estricta de las "acciones" de las bacterias o micro-organismos que "causan" la enfermedad, sino de las condiciones de la existencia material y social de diferentes grupos y clases de la sociedad.

2.2 Epidemiología y clase social

Las condiciones de existencia material y social son consecuencia de una forma particular de desarrollo económico capitalista en la región latinoamericana. La heterogeneidad de la condición sanitaria de diferentes clase sociales debería concebirse y analizarse dentro del contexto de los procesos de desarrollo económico, social y político más generales que caracterizan a la región. Este enfoque de la epidemiología figura en el estudio pionero de Engels sobre "The Conditions of the Working Clas in England" (publicado originalmente en 1845). En dicho estudio, Engels identifica las condiciones materiales de vida y trabajo que determinan la salud. El estudio de Engels, tanto en sus dimensiones descriptivas como conceptuales constituye indudablemente el primer estudio analítico sistemático de la pobreza crítica:

/"por lo

"por lo tanto, las aguas sucias y estancadas existentes en los barrios obreros de las grandes ciudades tienen un pésimo efecto sobre la salud pública, porque producen precisamente esas emanaciones que generan enfermedades; ... permanecen hacinados en una sola habitación, de modo que el aire que respiran por la noche basta para sofocarlos. Se les dan viviendas húmedas, sótanos en que el piso no es impermeable, ... sus casas están construidas de tal modo que el aire húmedo y pegajoso no puede escapar. Se les da un vestuario en malas condiciones, andrajoso, alimentos adulterados e indigeribles ... ¿Cómo es posible que en esas condiciones la clase baja sea saludable y longeva? Que más cabe esperar que una mortalidad excesiva, una serie ininterrumpida de epidemias, un deterioro progresivo del estado físico de la clase trabajadora?"2/

Engels achaca el origen de enfermedades como la tuberculosis, la fiebre tifoidea y el tifus a las condiciones materiales de vida de la clase trabajadora en Gran Bretaña.3/ Su tratamiento de los problemas sanitarios tuvo un efecto profundo sobre el desarrollo de la medicina social en Europa occidental, sobre todo en la labor de Rudolf Virchow. A petición del Gobierno de Prusia, Virchow investigó las causas de una epidemia de tifus:

"Basado en el presente estudio, Virchow recomendó una serie de profundos cambios económicos, políticos y sociales que incluían aumento del empleo, mejores salarios, autonomía local del gobierno, cooperativas agrícolas, y una estructura tributaria más progresiva. Virchow no propuso soluciones exclusivamente médicas, como más clínicas u hospitales. En cambio, vio los orígenes de la mala salud en los problemas societales."4/

Mientras los estudios pioneros de Virchow y Engels postulaban que los orígenes de la enfermedad eran multifactoriales y que dependían sobre todo de las condiciones materiales y sociales de vida, los progresos de la bacteriología moderna a fines de siglo XIX (por ejemplo, la labor de Ehrlich, Koch, Pasteur, etc.), introdujeron cambios radicales en las hipótesis diagnósticas y terapéuticas de la medicina.5/ La explicación unifactorial de la enfermedad ganó preeminencia con el desarrollo de la bacteriología

---

2/ Engels (1969) pp. 128-129.

3/ Waitzkin (1978) p. 264.

4/ Ibid., p. 264.

5/ Ibid., p. 265.

/moderna. Aunque

moderna. Aunque estos acontecimientos tuvieron un efecto profundo sobre la práctica médica, contribuyeron también a minimizar la importancia del efecto de las condiciones sociales, materiales y ambientales más generales sobre la frecuencia de las enfermedades. La teoría unifactorial del germen a la vez que representa un gran progreso de las ciencias médicas constituye desde una perspectiva ideológica una apología implícita de las causas económicas y sociales más generales de la mala salud. Al mismo tiempo, la concentración en las causas batecriológicas condujo en sentido estricto a la consolidación de una "medicina científica" basada en el laboratorio, divorciada funcionalmente de los determinantes económicos, ambientales y sociales de la mala salud:

> "El modelo unifactorial de enfermedad contiene supuestos reduccionistas, porque se concentra en el individuo y no en las condiciones generadoras de enfermedad de la sociedad".6/

La epidemiología moderna tiende a ser descriptiva y fenomenológica concentrándose en el desarrollo y recopilación de indicadores sanitarios en los planos nacional y regional. A nuestro jucio, los datos epidemiológicos sirven sólo en la medida que nos permiten establecer relaciones sociales estrechas que expliquen las estructuras fundamentales de la mortalidad y morbilidad. Los métodos tradicionales de clasificación, categorización y recopilación de datos epidemiológicos no son ni apropiados ni conducentes a analizar las causas sociales y materiales de la mala salud en la sociedad: los datos epidemiológicos reflejan la situación sanitaria promedio por habitante en la sociedad; no conducen a un análisis de las disparidades en cuanto a condición sanitaria en la sociedad. La relación entre condición socioeconómica y enfermedad es vital para nuestra tesis. Analicemos la forma de esta relación.

2.3 Malnutrición y enfermedad

El análisis empírico sobre la desnutrición en Chile y Venezuela ha confirmado la importante relación entre estado nutricional e ingreso familiar.7/ En el caso de Venezuela, 44% de la población sufre un déficit

---

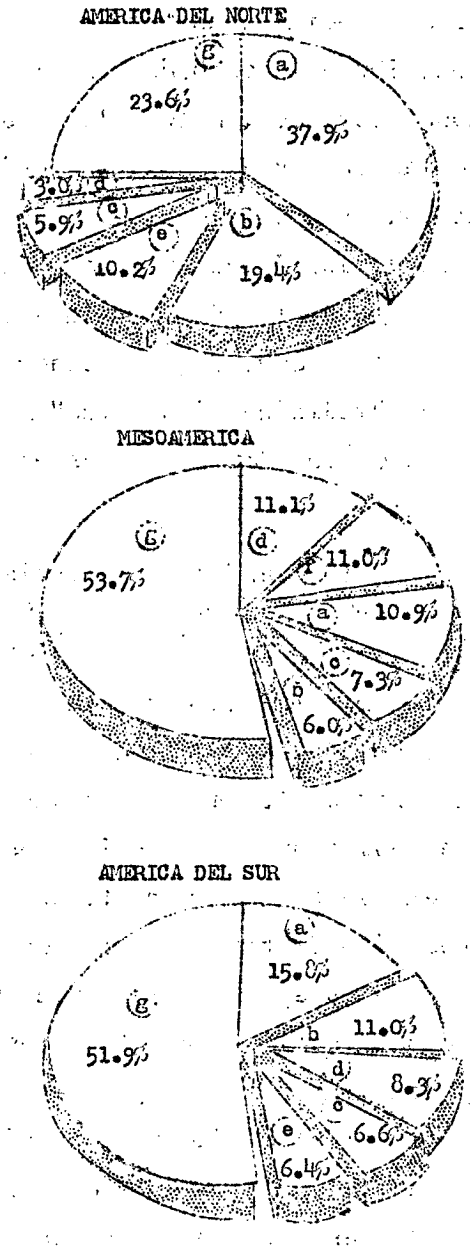
6/ Ibid., p. 270.

7/ Para mayores detalles véase Chossudovsky (1975) y Chossudovsky (1977a).

/Gráfico 2.1

Gráfico 2.1

CAUSAS PRINCIPALES DE DEFUNCION COMO PORCENTAJE DEL TOTAL DE DEFUNCIONES EN TRES REGIONES DE LAS AMERICAS, 1975



(a) ---- Enfermedades del corazón

(b) ---- Tumores malignos

(c) ---- Accidentes

(d) ---- Influenza y neumonía

(e) ---- Enfermedades cerebrovasculares

(f) ---- Enteritis y otras

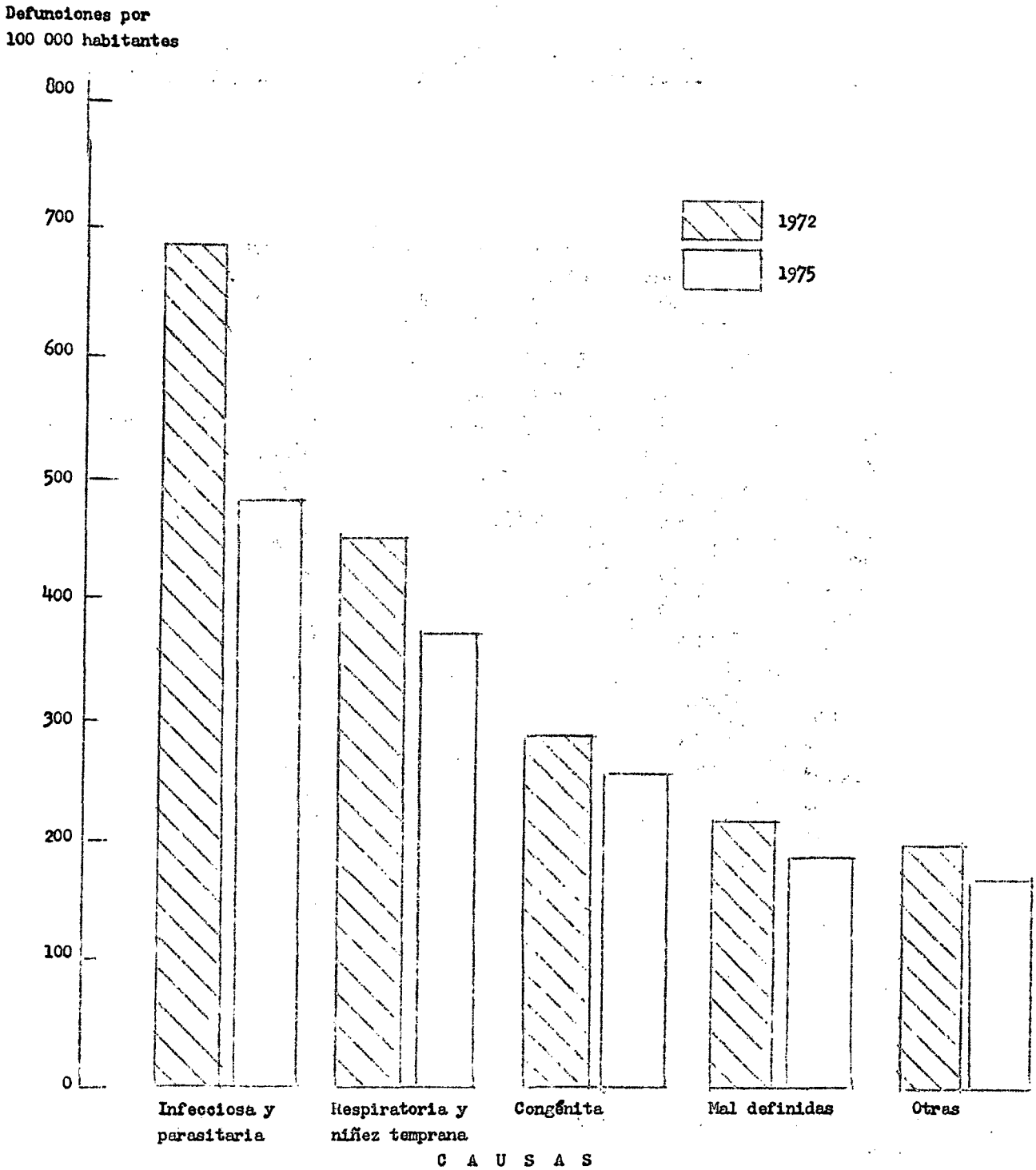
(g) ---- Residuo

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Las condiciones de salud en las Américas, Washington 1978, p. 28

/Gráfico 2.2

Gráfico 2.2

DEFUNCIONES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD POR 100 000 HABITANTES, POR GRUPOS DE CAUSAS, EN AMERICA LATINA, 1972 Y 1975

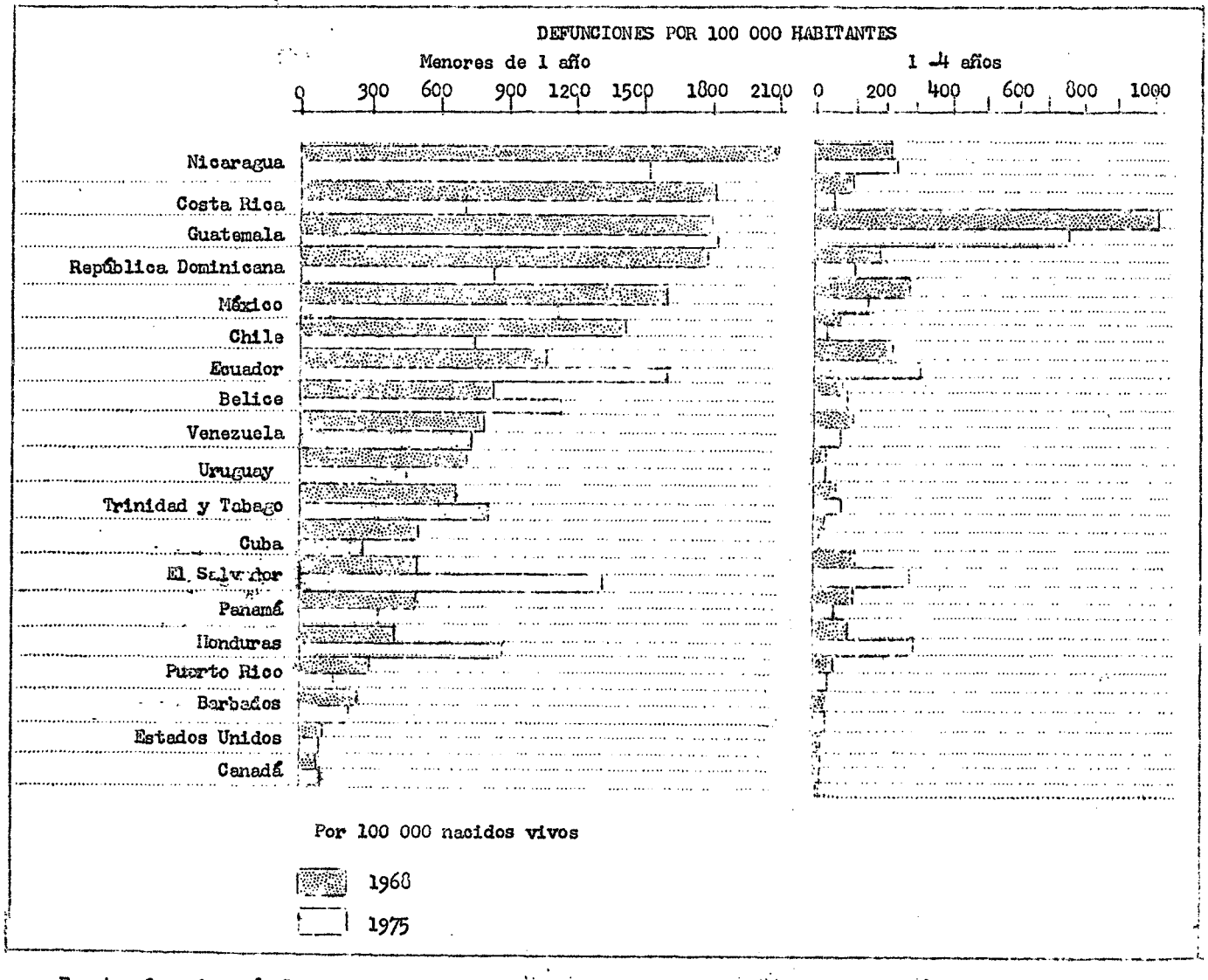


Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Informe del Director, Cuadrienal 1974-1977, Anual 1977, Washington, 1978, p. 86

/Gráfico 2.3

Gráfico 2.3

DEFUNCIONES POR ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO Y DE 1-4 AÑOS DE EDAD POR 100 000 HABITANTES, POR PAIS, 1968 y 1975

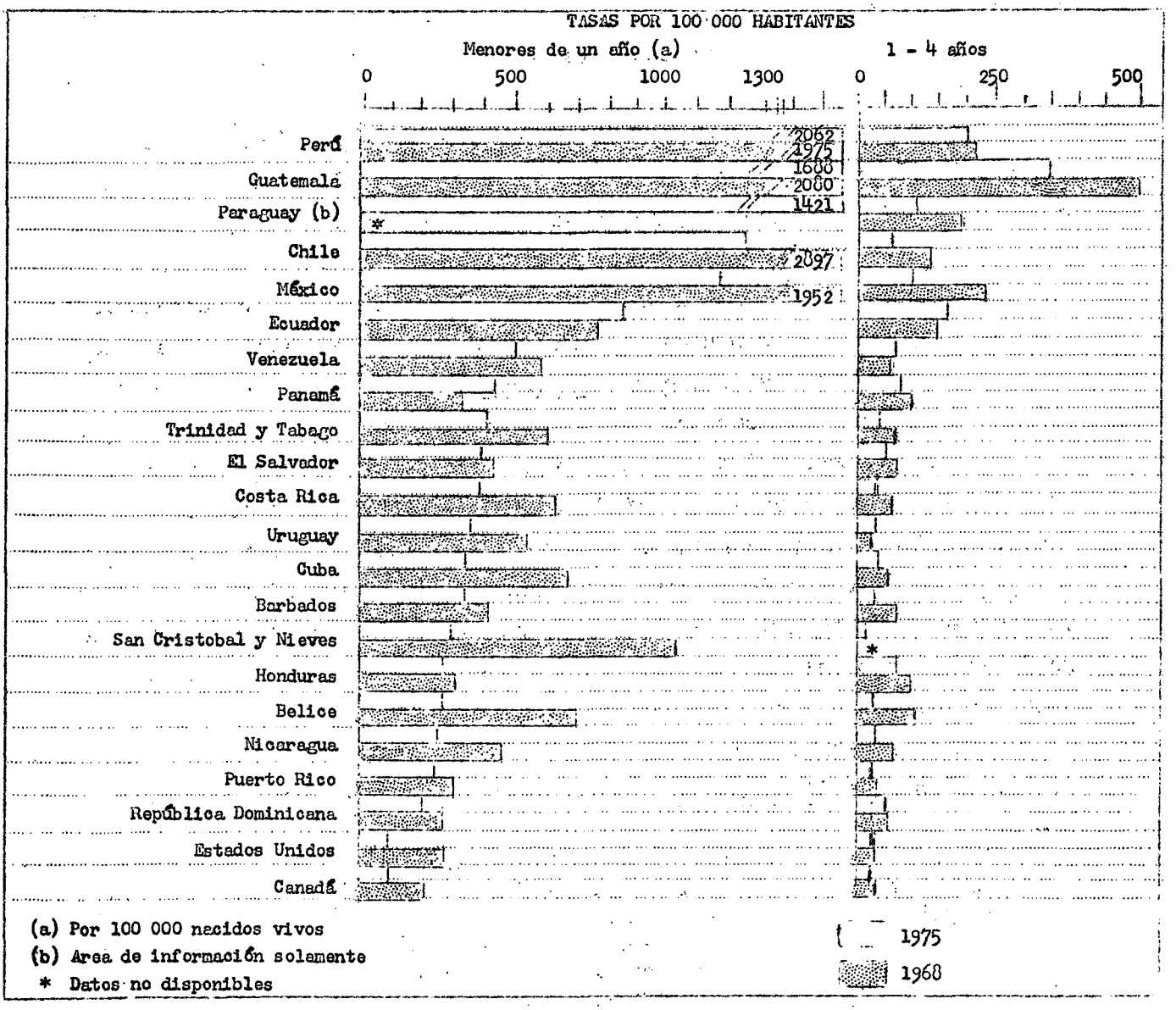


Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Las condiciones de salud en las Américas, Washington, 1978, p. 87.

/Gráfico 2.4

Gráfico 2.4

DEFUNCIONES POR INFLUENZA Y PNEUMONIA EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO Y DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD, POR 100 000 HABITANTES, POR PAIS, 1968 y 1975



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Las condiciones de salud en las Américas, Washington, 1978, p. 44.

/de calorías.

de calorías. Este déficit es un 23% inferior a las necesidades mínimas. Sólo 30% de la población de Venezuela satisface sus necesidades mínimas de calorías y proteínas.8/ El estudio sobre Chile confirma que la incidencia de la desnutrición está relacionada directamente con la caída dramática del poder adquisitivo que sobrevino a fines de 1973. Las estimaciones sugerirían que el 85% de la población de Chile tiene ingresos insuficientes para adquirir el alimento necesario para satisfacer el consumo mínimo de calorías y proteínas. Estimaciones empíricas confirman que 60% de todos los hogares (sobre todo obreros) están en condiciones de extrema pobreza y desnutrición.9/

En el caso de Venezuela se estima que la malnutrición prevalece en 55% de los niños venezolanos. Al respecto, la relación entre la prevalencia de la desnutrición infantil y la condición socioeconómica ha sido bien documentada: en un estudio realizado por el hospital J.M. De Los Ríos en Caracas, más del 70% de los niños que sufrían de desnutrición pertenecían a familias con un ingreso mensual inferior a 300 bolívares (75 dólares).10/

La desnutrición es una causa asociada de morbilidad y mortalidad en los niños. Si bien la carencia nutricional como causa primaria registrada de muerte corresponde sólo a 6% de las muertes de niños menores de 5 años en América Latina, representa 57% de todas las muertes como causa asociada. En otras palabras, si bien la desnutrición puede no ser la causa directa de muerte, actúa en forma sinérgica con la enfermedad para aumentar la incidencia de esta última, o sea, la nutrición deficiente disminuye la resistencia corporal al agente patógeno aumentando con ello el riesgo de contraer gastroenteritis, tuberculosis, neumonía, etc. A su vez, la enfermedad puede provocar una agravación del estado de desnutrición en los niños. Esta relación circular característica entre desnutrición y

---

8/ Estos estudios se basan en un análisis de encuestas de presupuesto familiar. El estudio de caso de Venezuela sugiere que más de 70% de la población se halla por debajo de las necesidades mínimas proteico-calóricas. Dado que Venezuela tiene el mayor ingreso regional por habitante y niveles de consumo relativamente elevados, este resultado nos da una idea comparativa del orden de magnitud de la desnutrición en otros países de la región.

9/ Para mayores detalles véase Chossudovsky (1975).

10/ Bruzual Acuña (1975).

/enfermedad conduce

enfermedad conduce tanto a una agravación de la enfermedad como a una acentuación del déficit nutricional del niño. Por ejemplo, un estado de desnutrición disminuye la resistencia e incrementa el riesgo de contraer afecciones diarreicas; a su vez, la incidencia de afecciones diarriecas altera aún más el equilibrio nutricional del niño impidiéndole la ingesta normal de alimentos.

2.4 Enfermedades provenientes de desechos humanos

Sharpston sugiere que el grupo más importante de enfermedades del mundo en desarrollo son aquellas cuyo ciclo de transmisión depende de la contaminación de alimentos, bebidas, aguas o suelos por desechos humanos.11/ Entre las enfermedades de este grupo figuran: tifoideas, disentería, cólera, polio y hepatitis. Las afecciones diarreicas constituyen la primera causa aislada de muerte en niños menores de 5 años. En América Latina, las afecciones diarreicas figuran entre las causas principales de mortalidad infantil. Según la Organización Panamericana de la Salud (1978), las afecciones diarreicas figuran entre las cinco causas principales de muerte en 28 de 29 países de la región para los que se dispone de información, en el grupo de edad de menos de 1 año; y en 18 de 22 países en el grupo de edad de 1 a 4 años. Se estima que unas 162 000 muertes ocurridas en América Latina en 1975, obedecieron a afecciones diarreicas en niños menores de 5 años. (En los Estados Unidos, ese año hubo 804 defunciones en el mismo grupo de edad.)12/

Tal vez, la importancia de la gastroenteritis y de las afecciones diarreicas sea mucho mayor de lo que podrían sugerir los indicadores oficiales de salud. Una proporción considerable de casos jamás se comunica y un gran número de defunciones no se registra (sobre todo las que ocurren en niños menores de 5 años de edad en zonas rurales).13/ En algunos países de la región las defunciones provocadas por causas mal definidas o desconocidas pasan de 30%.

11/ Sharpston, p. 25.

12/ Organización Panamericana de la Salud (1978a).

13/ Ibid., p. 62.

/Muchas de

Muchas de las enfermedades parasitarias y helmínticas como la teniasis, anquilostomiasis, bilharziasis o esquistosomiasis están asociadas con condiciones inadecuadas de saneamiento y abastecimiento de agua.14/ Los estudios de casos en Bangladesh, Sri Lanka y Venezuela indican que las tasas de helmintiasis en niños de 6 años superaba el 90%.15/ Pese a que estas enfermedades rara vez causan la muerte en adultos, se vuelven endémicas en ciertos sectores de la población con sistemas de eliminación de excretas y abastecimiento de agua potable inexistentes o inadecuados. Dentro de este contexto, en 1977 57% de la población urbana de América Latina (84.5 millones) y 97% de la población rural (3.2 millones) carecía de servicios de alcantarillado.16/ Las tendencias con respecto al abastecimiento de agua son más alentadoras. En 11 de 31 países (1977) 80% o más de la población urbana tenía acceso al agua potable; 155 millones de habitantes de las zonas urbanas (78%) tenía servicios de abastecimiento de agua, 140 millones mediante conexiones domiciliarias y 14 millones con fácil acceso al elemento. No obstante, los logros en cuanto a extender los servicios de abastecimiento de agua a las zonas rurales han sido menos alentadores: sólo 34% de los habitantes de las zonas rurales de la región latinoamericana (43 millones) contaba con servicios de abastecimento de agua a fines de 1977, 20 millones mediante conexiones domiciliarias y 23 millones con acceso fácil al elemento.17/

2.5 Enfermedades aerotransmisibles

La incidencia de enfermedades aerotransmisibles que incluye tuberculosis, neumonía, difteria, bronquitis, tos ferina, meningitis, influenza y sarampión es muy elevada en la región latinoamericana. A semejanza de las enfermedades derivadas de los desechos humanos, estas enfermedades están íntimamente relacionadas con la pobreza crítica y el status socioeconómico. La influenza y la neumonía, junto con la enteritis y otras enfermedades diarreicas figuran entre las causas principales de muerte en niños menores de 1 año.18/ En un estudio de envergadura realizado en 22 localidades de

14/ Sharpston, p. 25.

15/ Ibid., p. 25.

16/ Organización Panamericana de la Salud (1978a).

17/ Ibid., p. 113-114.

18/ Organización Panamericana de la Salud (1978a).

/8 países

8 países latinoamericanos y del Caribe, se observó que las enfermedades provocadas por la contaminación con desechos humanos, las enfermedades aerotransmisibles y la carencia nutricional representaban en todos los casos, salvo dos, más de 70% de las muertes de niños menores de 5 años, que no eran atribuibles a anomalías congénitas y causas perinatales.19/ La frecuencia e incidencia de las enfermedades aerotransmisibles está íntimamente relacionada con las condiciones materiales y sanitarias de vida en la región. Por ejemplo, en Perú, Guatemala, Paraguay, Chile y México, la tasa de defunción por 100 000 habitantes en el grupo de menores de 1 año provocaba por la influencia y la neumonía superaba la cifra de 1 000. (En los Estados Unidos era 225 por 100 000 y en Canadá 163 por 100 000.)

En resumen, las formas patológicas fundamentales de la región latinoamericana están caracterizadas en esencia por:

a) desnutrición y sinergismo desnutrición-enfermedad;

b) enfermedades contraídas por la contaminación del medio con desechos humanos. Las enfermedades principales de esta categoría son la gastroenteritis y las afecciones diarreicas concomitantes;

c) afecciones respiratorias como la neumonía y la influenza.

Reiteramos que la estructura patológica fundamental de América Latina está íntimamente relacionada con la nutrición, la disponibilidad de agua potable, la vivienda, el saneamiento ambiental, etc. A su vez, estos factores están íntimamente vinculados con la estructura de desarrollo económico y social y la estructura productiva que genera la pobreza crítica mediante escaseses implícitas en la disponibilidad de los bienes y servicios de consumo necesarios (necesidades humanas esenciales).

2.6 Heterogeneidad epidemiológica

Como se sabe las formas patológicas se diferencian según la clase social. El concepto de heterogeneidad epidemiológica significa que mientras la estructura patológica fundamental caracterizada por enfermedades aerotransmisibles, contaminación por desechos humanos y desnutrición describe la condición sanitaria de los pobres urbanos y rurales, las clases privilegiadas "padecerán" generalmente de tipos diferentes de enfermedades e infecciones. Dentro de este contexto, las enfermedades típicas de los grupos de altos ingresos de América Latina se asemejan más a las que prevalecen en los países occidentales industrializados.

19/ Sharpston, p. 26.

III. EDUCACION MEDICA Y FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

3.1 Introducción

La estructura productiva del sector salud depende de la índole de la educación y capacitación médica. A su vez, las desigualdades sociales inherentes al sector salud deben analizarse en relación con la formación de recursos humanos y la transferencia internacional de tecnología médica profesional e intelectual de corte occidental. La difusión internacional de valores se produce no sólo a través de la capacitación de personal médico y paramédico en las escuelas de medicina de los países centrales industrializados, sino también mediante el establecimiento de "filiales médicas" en el Tercer Mundo. El énfasis en las "escuelas de medicina filiales" en América Latina se basa casi exclusivamente en los procedimientos terapéuticos occidentales tradicionales. A su vez, los programas de educación médica exigen conocimientos especializados para utilizar la compleja tecnología médica en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Esto significa que la mano de obra médica de América Latina no sólo está capacitada de conformidad con las patologías de los países capitalistas avanzados, sino también en el empleo de tecnología diagnóstica y terapéutica compleja importada de los países occidentales industrializados.

3.2 Dimensiones históricas de la educación médica

García (1971) ha analizado el desarrollo histórico de las escuelas de medicina en América Latina desde el período colonial. El carácter colonial del sector salud ha incidido profundamente en las formas de educación médica en América Latina, así como en el currículum académico y los valores de los médicos latinoamericanos. Las primeras facultades de medicina del Nuevo Mundo se establecieron en Santo Domingo y Ciudad de México en el siglo XVI, como parte de las universidades o studia generalia que imitaban la estructura de la Universidad de Salamanca.20/ En Brasil, la educación médica evolucionó en forma muy diferente:

20/ García (1971), p. 37.

/"Durante la

"Durante la época colonial (1500-1808), los jóvenes que deseaban estudiar derecho o medicina tenían que hacerlo en las universidades europeas, especialmente en la Universidad de Coimbra en Portugal. La primera escuela se medicina se estableció en la Ciudad de Bahía, en 1808, después de la llegada de la monarquía portuguesa a Brasil como resultado de las guerras napoleónicas."21/

Dentro de un contexto algo diferente, Briscoe (1978) ha analizado el papel vital de la relación colonial en el desarrollo de los servicios sanitarios de la India. La medicina occidental se introdujo en la India en el siglo XVIII para atender sobre todo a los militares y civiles británicos. Posteriormente, los servicios médicos se extendieron a la élite India. Briscoe postula que el carácter colonial del sector salud en la India influyó profundamente en casi todos los aspectos de la educación médica, a saber instituciones, contenido de los cursos y capacitación de los médicos locales. Los estudiantes de medicina no sólo provenían de la élite, sino que esta profesión médica "de élite" desempeñaba además una función importante en el desarrollo y reproducción de un sistema sanitario orientado tanto a las necesidades de la administración colonial británica como a las de la burguesía de la India. El estudio de Briscoe sugiere que la estructura contemporánea del sector salud en la India, Pakistán y Bangladesh es un legado del período Colonial;

"Se fomenta la medicina jerárquica, con sede en hospitales y especializada en vez de la medicina general, democrática, domiciliaria y ambulatoria. En las escuelas de medicina se fijan estándares que permitan a los graduados practicar en los países occidentales desarrollados; en la formación se destacan las enfermedades que prevalecen en los países ricos. Se practica la medicina urbana, muy tecnificada en vez de la medicina rural, de gran densidad de mano de obra. Pese al hecho de que más de 90% de la población vive en zonas rurales, 70% de todos los gastos corrientes en salud son absorbidos por hospitales situados en las ciudades, y 85% de los médicos residen en zonas urbanas beneficiando a los empleados que tienen derecho a atención médica o a aquellos que pueden pagar por sus servicios.22/

21/ Ibid., p. 38.

22/ Briscoe (1978), p. 518.

/3.3 Formación

3.3 Formación de recursos humanos en América Latina

Si bien el sector salud de América Latina (y el Tercer Mundo en general) se caracteriza por escasez de personal calificado, los déficit más agudos son de funcionarios técnicos y de salud pública capacitados en el campo de la medicina preventiva y la salud ambiental. Horn (1977) advierte que sólo con respecto a actividades de vigilancia la proporción de epidemiólogos en América Latina no alcanza todavía a uno por cada 250 000 personas. Además, todos los países de la región carecen de la cantidad suficiente de personal calificado en disciplinas como nutrición, bioestadísticas e ingeniería sanitaria. En 1970 la estructura del personal sanitario por cada 10 000 habitantes de América Latina era: 6.9 médicos, 2.3 enfermeras, 8.8 auxiliares, 0.9 técnicos y 1.6 de personal administrativo y de salud pública.23/ Horn (1977) postula que los programas médicos de América Latina están orientados a la producción de las aptitudes erróneas, la demanda de una carrera médica tiene poco que ver con las necesidades societales, los recursos económicos o una planificación realista.24/ Dentro de un contexto similar, Ozlack y Caputo (1973) sugieren que:

> "El conjunto de estándares culturales, científicos y tecnológicos desarrollados en los países dominantes, que constituyen el paradigma predominante de la profesión médica y sus actividades afines, ejercerá indudablemente una influencia decisiva en los criterios que inspiran la educación y la especialización de la mano de obra en los países dependientes."25/

El estudio de García sobre los programas de estudios médicos en América Latina sugiere que la enseñanza de la medicina preventiva es prácticamente inexistente. Basado en un análisis acabado de los programas académicos de las principales escuelas de medicina con datos disponibles, García informa que el tiempo dedicado en 1972 a la medicina preventiva y social era 5.2% de la instrucción total. La enseñanza de enfermería adolecía de deficiencias similares.26/

23/ Horn (1977), p. 438.

24/ Horn (1977), p. 437.

25/ Ozlack y Caputo (1973), p. 19 citados en Horn (1977).

26/ Horn (1977), p. 438.

/La capacitación

La capacitación médica en América Latina está orientada no sólo en forma casi exclusiva a la formación de médicos, sino que además los hospitales docentes tienden a insistir en forma desproporcionada en capacitarlos en esferas especializadas de la medicina como cardiología, cancerología, etc. Esto se traduce en una escasez de médicos generales y de médicos formados en áreas sociales prioritarias como pediatría y gastroenterología. La formación de recursos humanos parece corresponder a la estructura de la demanda de los grupos de altos ingresos. La producción de recursos humanos conlleva elementos implícitos de desigualdad y discriminación social, el médico joven aparte de alentársele a ingresar a una formación de postgrado que lo lleve a trabajar como especialista en cirugía y procedimientos terapéuticos complejos, es incapaz, dada su formación, de aplicar sus conocimientos a la solución de los problemas sanitarios más apremiantes y prioritarios de América Latina. Las orientaciones médicas especializadas asumen proporciones abismantes en contraste con las necesidades sanitarias de la región. Jonathan Kandel (1976) informa que Río de Janeiro se ha transformado en la capital mundial de la cirugía plástica, practicándose más de 20 000 operaciones al año:

> "Sin embargo, hay millones de brasileños que carecen por completo de servicios sanitarios; nueve millones padecen de esquistosomiasis prevenible; y se estima que de unos 120 000 casos de tuberculosis al año, 40 000 no se tratan y 30 000 fallecen. El gasto nacional del Brasil en los servicios de salud es alrededor de 1.33 dólares por habitante."27/

3.4 El éxodo intelectual

Respecto al "éxodo intelectual" suele afirmarse que la migración de personal médico y paramédico constituye una pérdida de talento profesional que tiene graves repercusiones sobre el desarrollo del sector salud de América Latina. Se sostiene que la oferta de personal médico y paramédico constituye el factor clave para el desarrollo del sector salud y del proceso de transformación económica y social. Se considera que los factores que contribuyen a disminuir la oferta de médicos y personal sanitario calificado

27/ Citado en Horn (1977), p. 438.

/tienen importantes

tienen importantes repercusiones negativas sobre la prestación de servicios de atención médica. La migración es un factor que incide en la oferta; por tanto, se infiere que la migración constituye una seria desventaja para el progreso de la atención médica y sanitaria en América Latina.

Ese raciocinio tiende a minimizar las complejidades estructurales que caracterizan al proceso de migración concentrándose en una sencilla relación de tipo lineal entre la oferta de personal médico y sanitario y su efecto correspondiente sobre los niveles de salud de la población. Se asevera que una mayor oferta de médicos implicaría "mejor salud". Cuestionamos este razonamiento por motivos teóricos y prácticos. En primer lugar, la formación médica en América Latina no está orientada a las formas patológicas esenciales de la región; la tecnología profesional e intelectual del médico latinoamericano es más apropiada para tratar las patologías y la demanda implícita de servicios sanitarios de los países industrializados adelantados.

Por tanto, el proceso de migración de personal médico no puede disociarse de un análisis de la estructura institucional y productiva del sector salud y de los procesos de enseñanza y formación. No existe una evidencia empírica concluyente que sugiera que la emigración de médicos de América Latina haya tenido repercusiones negativas importantes sobre el nivel de salud de la población. Si bien la migración disminuye la oferta potencial de servicios médicos, esto no quiere decir necesariamente que una disminución de la oferta de servicios médicos conduzca a un deterioro de la condición sanitaria promedio de la población.

Por analogía con las teorías convencionales de crecimiento económico y modernización que explican el desarrollo económico como función exclusiva de la inversión de capital, se dice que el sector salud se "desarrolla" con la formación y crecimiento del "capital humano". Rara vez se examinan las funciones sociales y económicas de este capital humano y la estructura productiva del sector salud en el que está inserto. En la medida en que el proceso imperante de acumulación de capital en el sector salud, caracterizado por pautas tradicionales en materia de formación, tecnología médica y compartimentación institucional, conduzca al subdesarrollo de la salud,

/la salida

la salida por emigración del capital humano convencional, no puede constituir en modo alguno una explicación de las deficiencias, escaseces y defectos del sistema sanitario de América Latina.

Es indudable que la emigración más importante de facultativos latinoamericanos fue la protagonizada por los médicos cubanos. En la década de 1960, casi 40% de la tasa anual de emigración de médicos extranjeros (a los Estados Unidos) provenía de Cuba; 30% del total de graduados de las escuelas de medicina latinoamericanas residentes en los Estados Unidos (en 1966) eran de dicho país.28/ Dentro de este contexto, resulta cuando menos irónico que Cuba tenga a su vez la tasa más elevada de emigración de médicos y el mejor sistema sanitario y los estándares sanitarios más altos de toda la región. Esta situación contrasta con la del Brasil: allí, la emigración de médicos era bajísima comparada con la de otros países latinoamericanos, sin embargo no puede afirmarse que los estándares sanitarios de Brasil sean muy superiores a los de otros países de la región, en que la tasa de emigración médica era mayor. La mala salud y los bajos estándares sanitarios no son consecuencia de la migración médica, sino que la mala salud y la pobreza son las causas de la migración, porque la mala salud y la pobreza en una sociedad caracterizada por desigualdades sociales no constituyen un mercado "rentable" para los servicios médicos.

3.5 La educación médica y la internacionalización de la formación de capital humano

El éxodo de personal médico capacitado desde el Tercer Mundo a los países industrializados adelantados ocurre porque la estructura productiva en que se basa el proceso de formación de las "filiales médicas" del Tercer Mundo corresponde de modo muy preciso a las necesidades objetivas de mano de obra de los países centrales industrializados. En otras palabras, postulamos que el desarrollo de hospitales docentes en países del Tercer Mundo - con la ayuda de costosos programas de ayuda extranjera - ha contribuido al éxodo de personal médico del Tercer Mundo.

28/ Organización Panamericana de la Salud (1966), p. 26.

/La incorporación

La incorporación de médicos formados en el país al empleo activo en el sector sanitario dependerá del llamdo "tamaño del mercado nacional" y de la estructura de la demanda de servicios de personal médico y paramédico. La demanda efectiva se ve limitada por el tamaño y la importancia de los grupos urbanos de altos ingresos que constituyen los receptores primarios de los servicios médicos convencionales de corte occidental.

Si bien las causas de migración del personal sanitario son complejas (suelen depender de circunstancias políticas en determinados países), nuestro análisis sugeriría que la "capacidad de absorción" del sector sanitario nacional es un factor explicativo de peso. El tamaño limitado del mercado nacional para los servicios curativos tradicionales conduce a una situación de sobreproducción relativa de médicos. Esta sobreproducción es el resultado objetivo de la estructura social subyacente y genera una situación en que un gran sector de la población no tiene acceso al "mercado" de la atención médica curativa convencional. Esto es paradójico, ya que significa que puede haber una sobreproducción de médicos en países con una relación médico/población extremadamente baja.

La situación de sobreproducción relativa de médicos capacitados prevalece más en países cuyos servicios hospitalarios se basan fundamentalmente en la práctica privada y en las clínicas privadas, y cuyos servicios públicos de salud son limitados. Por ejemplo, en Filipinas existe un sistema de servicios hospitalarios basado en forma casi exclusiva en el mercado libre capitalista.29/ Las escuelas de medicina de Filipinas están bien dotadas y el país pose un número relativamente grande de médicos lo que da una relación de aproximadamente un doctor por cada 1 500 personas.30/ La oferta excesiva de médicos filipinos en relación con la demanda efectiva se refleja por la gran afluencia de dichos médicos a los Estados Unidos. Según Horn (1977, p. 426), Filipinas aporta tantos médicos extranjeros (a los Estados Unidos) como el conjunto de América Latina.

29/ Roemer (1973).

30/ Ibid., p. 488.

El éxodo intelectual y la migración de médicos latinoamericanos (principalmente a los Estados Unidos) es una consecuencia de los sistemas de educación médica de la región. Según Dublin (1974) el número de médicos extranjeros que ingresaba a los Estados Unidos superaba la producción anual de todas las escuelas de medicina de ese país.31/ Horn (1977) manifiesta que si bien la "participación de América Latina en el éxodo intelectual" ha disminuido sostenidamente en los últimos años, las cifras son todavía significativas y en algunos países representan una proporción considerable de los profesionales más capacitados de la región.

El éxodo de personal médico capacitado desde los países periféricos del Tercer Mundo hacia los países centrales industrializados es una manifestación y consecuencia de las características de la educación y formación médica. En este sentido, la transferencia de tecnología intelectual y profesional en las esferas de la salud y la medicina funciona casi como la transferencia de tecnología industrial en general. Los estilos de formación e investigación se originan en los hospitales docentes y escuelas de salud pública de los países centrales capitalistas. Dichas instituciones constituyen los "polos intelectuales y profesionales de crecimiento" para la formación académica de médicos y personal sanitario del Tercer Mundo. La capacitación de médicos del Tercer Mundo en los países centrales industrializados constituye la "primera etapa" de "la transferencia de tecnología intelectual y profesional" en el área de la salud. Mediante el "efecto de demostración" los valores nacionales y los programas académicos son transferidos a los países menos desarrollados lo que conduce al desarrollo de hospitales docentes y programas médicos que son prototipos de los existentes en los países occidentales industrializados. La creación de "filiales" de las escuelas de medicina de los países centrales contribuye a la consolidación de una estructura productiva orientada a las patologías de los sectores más privilegiados de la sociedad. En otras palabras, mientras la transferencia inicial de tecnología intelectual y profesional estaba

31/ Horn (1977).

/caracterizada por

caracterizada por un "alto contenido de importación" mediante la formación de médicos del Tercer Mundo en los países centrales, la "segunda etapa" se caracteriza por un proceso de "sustitución de importaciones" en que los programas médicos y las escuelas de salud pública de corte occidental son trasplantados al Tercer Mundo y orientados a la producción de la misma mano de obra profesional homogénea.

En esta presentación esquemática, el éxodo intelectual puede considerarse como una tercera fase de "sustitución de exportaciones", o sea, la "exportación no tradicional de capital humano". La internacionalización de la enseñanza y capacitación médicas conduce á integrar la formación de recursos humanos a escala mundial de conformidad con estándares intelectuales, profesionales y tecnológicos homogéneos. La internacionalización de la formación de capital humano se da en paralelo con el desarrollo de las industrias de artículos médicos y farmacéuticos. El proceso laboral en la industria de servicios de atención médica tiene una tecnología particular en que los elementos humanos (o sea, médicos, personal paramédico, etc.) interactúan con los componentes materiales del capital social (equipo, materiales, medicamentos, etc.). La producción de servicios de atención médica se distingue no sólo por una elevada composición orgánica del capital (es decir, la razón de valor entre materiales y equipo y recursos humanos) sino también por una elevada "composición orgánica del trabajo".32/ La composición orgánica del trabajo se refiere a la "composición cualitativa de la mano de obra", o sea, el valor del trabajo calificado en relación con el capital social global. En el contexto del sector salud nos estamos refiriendo al hecho de que la mano de obra sanitaria es muy especializada y que el proceso laboral de atención sanitaria involucra una gran proporción de personal altamente calificado. En otras palabras, las funciones de producción propias del sector de atención sanitaria son cada vez más "de gran densidad de capital" y "de gran densidad de capital humano".33/

32/ Para mayores detalles véase Chossudovsky (1979).

33/ El término se aplica en el sentido neoclásico y se refiere en este caso a las relaciones entre capital y capital humano y entre capital humano y trabajo, respectivamente.

/Los diversos

Los diversos componentes de la estructura productiva del sector salud son interdependientes e integrados de tal modo que la formación de capital humano influye en la oferta de equipos y materiales, y viceversa.

Tanto la formación de componentes humanos como materiales de capital social son transnacionales, lo que conduce a estructuras homogéneas de desarrollo capitalista en las industrias de atención médica y sanitaria y afines. De hecho, podemos distinguir dos compartimientos sociales separados que producen, respectivamente, los componentes humanos y materiales del capital social. Existe una relación dialéctica entre esos dos compartimientos caracterizada por la interacción entre educación médica especializada en los grandes hospitales docentes y escuelas de medicina, por una parte, y la producción de materiales, medicamentos, tecnología médica y equipo hospitalario, por la otra. La naturaleza misma de la tecnología y el equipo médicos conduce a la expansión de la educación médica especializada. El crecimiento de las instituciones médicas de investigación (situadas fundamentalmente en los países centrales industrializados) constituye un eslabón vital en este proceso interactuante.34/

34/ World Health Organization (1975b), p. 19.

/IV. ATENCION

IV. ATENCION SANITARIA PRIMARIA

4.1 Introducción

En el análisis precedente de la educación médica, destacamos que las pautas de formación de médicos y personal paramédico suelen ser inadecuadas para satisfacer los objetivos sanitarios más fundamentales de la región. Dentro de este contexto, tanto la Organización Panamericana de la Salud como la Organización Mundial de la Salud han sostenido que las formas patológicas esenciales imperantes caracterizadas por desnutrición, infecciones provenientes de la contaminación de alimentos, agua y medio ambiente, etc., no exigen capacitación profesional y equipos médicos costosos. En otras palabras, la mejor estrategia para combatir los problemas sanitarios que afectan a la mayoría es poner énfasis en los servicios preventivos, ambientales y orientados a la comunidad y no en la atención médica personal y curativa.

4.2 Personal sanitario intermedio

La Organización Mundial de la Salud al analizar el desarrollo de los servicios sanitarios en las áreas rurales postula que la mayoría de las acciones preventivas y un gran número de procedimientos médicos son sencillos y no requieren capacitación profesional costosa. Los trabajadores sanitarios primarios pueden seleccionarse entre los aldeanos y capacitarlos en la propia aldea o cerca de ella.

La Organización Mundial de la Salud expresa que la profesión médica suele oponerse a nuevos tipos de personal sanitario aduciendo que la prestación de atención médica es demasiado importante, demasiado compleja y demasiado peligrosa para dejarla en manos de personal menos capacitado.35/ Por otra parte, la capacitación de personal auxiliar deja mucho que desear. Invariablemente, el establecimiento en América Latina de servicios auxiliares que emplean personal no profesional ha conducido a una especie de apartheid social en cuanto a cobertura y acceso a los servicios de salud, en que algunos sectores de la población reciben servicios sanitarios "de segundo orden" prestados por auxiliares mal capacitados y dotados de materiales

35/ Ibid., p. 17

/escasos e

escasos e inadecuados. El empleo de personal auxiliar sólo se justifica si los procedimientos médicos efectuados por el auxiliar pueden integrarse con provecho a la jerarquía global del sistema sanitario. La utilización de personal auxiliar implica una división del trabajo dentro del sistema sanitario. Las funciones y procedimientos médicos más complejos requieren la existencia de un sistema de derivación.

Si bien la creación de un sistema de trabajadores primarios ofrece una forma alternativa de atención sanitaria que ha sido aplicada con éxito en varios países en desarrollo, su existencia plantea aspectos importantes relativos a:

a) la capacitación y enseñanza del personal auxiliar, y

b) la integración de los servicios primarios de salud rural al sistema global de servicios sanitarios.

4.3 La distribución urbano-rural de la población

En la mayoría de los países del Tercer Mundo, el grueso del gasto fiscal en salud se asigna a los procedimientos curativos centrados en hospitales. A su vez, los hospitales están concentrados en zonas urbanas y la mayoría de los pacientes proviene de los estratos de las clases media y alta. Generalmente, faltan los sistemas de derivación rural-urbana, lo que significa que los habitantes rurales no tienen acceso a los servicios de atención médica convencionales de las ciudades. Navarro (1974) sugiere que los grupos urbanos de altos ingresos constituyen una influencia política y económica importante en la distribución de recursos del sector salud. En localidades de América Latina con menos de 20 000 habitantes, la relación entre médicos y población es 10 veces menor en promedio que en localidades con más de 10 000 habitantes. En Colombia, por ejemplo, mientras había 0.78 médicos por 10 000 habitantes en las zonas rurales, en las ciudades se sobrepasaba la cifra de 15 por 10 000. Una pauta similar de distribución de médicos y de recursos humanos existe en la mayoría de los demás países latinoamericanos.36/

36/ Navarro (1974), p. 286.

/Al analizar

Al analizar la cuestión de los servicios rurales de salud, debe tenerse presente la distribución urbano-rural de la población regional. Entre 1950 y 1970, la población total de América Latina aumentó 73% y la población urbana se elevó en 140%. En 1950, la población urbana correspondía a 41% de la población total (67 millones). En 1970, la población urbana pasó a representar 50% de la población total y se espera que llegue a 64% en 1980.37/ Los planes y programas destinados a ampliar la cobertura de la atención sanitaria primaria deben orientarse no sólo a la prestación de servicios sanitarios en las zonas rurales, sino también a una mejor cobertura de las zonas urbanas, y en particular extenderla a las zonas periféricas marginales de las grandes ciudades. En vista de las diferencias de estructura demográfica, la naturaleza de los servicios sanitarios primarios en las zonas periféricas de las ciudades será muy diferente de los que podrían prestarse en zonas rurales menos pobladas. El excesivo crecimiento de las grandes ciudades de América Latina ha acarreado un aumento correspondiente de la demanda de atención médica y sanitaria en las zonas urbanas. Pese al hecho de que los recursos sanitarios están concentrados en las zonas urbanas, donde se produce a su vez una concentración demográfica creciente, no ha mejorado en absoluto el acceso a la atención sanitaria primaria para una gran proporción de la población urbana. Al respecto, es preciso destacar que la distribución desigual de la atención sanitaria entre grupos sociales receptores de una sociedad no depende exclusivamente de factores espaciales y geográficos. Pese a la concentración de material y recursos humanos en las zonas urbanas, sólo un pequeño sector de su población recibe una atención médica adecuada.

4.4 Estudios de caso de atención sanitaria primaria

Después de habernos abocado a algunos de los problemas estructurales, concentremos ahora nuestra atención en dos estudios de caso que ilustran tanto las dimensiones técnico-operacionales como el contexto básico político y social en que se ejecuta un plan de salud primaria descentralizado.

37/ Hsu (1977), p. 134.

/4.4.1 Atención

4.4.1 Atención sanitaria primaria en China

El sistema de atención sanitaria de China se compone de tres sectores: estatal, rural y militar. El sector estatal, administrado por el Ministerio de Salud Pública, se diferencia poco del de otros países socialistas. En síntesis, está encargado de la administración de hospitales en los niveles provincial, urbano y municipal.38/

La atención sanitaria rural de China ha concitado la atención de la literatura sobre el tema. Dicho sector comprende hospitales clínicos comunales y clínicas sanitarias de las brigadas de producción atendidas por médicos descalzos. La singularidad del sistema de atención sanitaria rural chino estriba en su servicio médico cooperativo y en depender de médicos descalzos para su funcionamiento.39/ El servicio médico cooperativo está organizado a nivel de la brigada de producción, atendida por médicos descalzos y, a veces, por auxiliares sanitarios voluntarios a jornada parcial que se ocupan de los problemas de saneamiento bajo la supervisión de los primeros.40/ La atención que presta el médico descalzo incluye educación sanitaria, prevención, y tratamiento de dolencias menores. Dichos médicos pertenecen a la brigada local y son seleccionados por los miembros de su comunidad para un breve período de capacitación.

Capacitación de la mano de obra

El desarrollo del sistema de salud pública de China desde 1949 hasta comienzos de los años 60 fue muy similar al establecido en la Unión Soviética.41/ Este primer período se caracteriza especialmente por la capacitación de médicos y la enseñanza en escuelas de medicina de nivel medio y superior. Durante la revolución cultural (1966-1969), se suspendieron y reorganizaron los métodos tradicionales de enseñanza médica, se reestructuró el Ministerio de Salud y se llevó a cabo un programa de descentralización de los servicios sanitarios.

38/ Ibid., p. 134.

39/ Ibid., p. 134.

40/ Djukanovic y Mach (1975), p. 40.

41/ Ibid., p. 38.

/El sistema

El sistema sanitario actual está jerarquizado funcionalmente según los diferentes niveles de organización. El nivel más bajo de esta jerarquía es el del equipo de producción. Las postas sanitarias, dotadas generalmente de una mesa de examen, un escritorio y algunas sillas, un gabinete con medicinas tradicionales y occidentales y un mapa de acupuntura colgado en la pared, tienen a su cargo la prestación de servicios médicos primarios en zonas rurales. Los servicios que suministra la posta sanitaria incluyen inmunizaciones, educación sanitaria y el tratamiento de afecciones menores. Las matronas también trabajan para la posta sanitaria de la brigada; atienden partos normales en el domicilio de la madre y se ocupan del control de la natalidad.42/ La atención sanitaria a nivel de la brigada está integrada a un sistema de hospitales comunales y municipales. Las comunas más grandes tienen sus propios servicios hospitalarios y constituyen la primera unidad de hospital de derivación del sistema sanitario chino. Los hospitales municipales suelen estar situados en la capital del municipio. Reiteramos que, la formación médica ha experimentado cambios radicales desde la revolución cultural. En particular, se ha puesto énfasis en todas las escuelas de medicina en la enseñanza de la medicina china tradicional junto con la educación médica occidental. Los trabajadores médicos intermedios se capacitan en escuelas médicas intermedias.43/ Desde la revolución cultural se ha acortado bastante el período de formación. La capacitación de médicos descalzos se compone de un período de tres meses de actividad académica que comprende labores teóricas y prácticas en un hospital municipal o comunal. A continuación sigue un período variable de práctica supervisada en el servicio.44/

La experiencia china con la atención sanitaria primaria rural descentralizada ha tenido éxito porque las unidades de atención a nivel de los equipos y brigadas de producción están integradas al sistema sanitario global del país. Este sistema no puede entenderse sin analizar, al mismo tiempo, su interacción con los procesos esenciales de asignación de

---

42/ Ibid., p. 41.

43/ Ibid., p. 48.

44/ Ibid., p. 48.

/recursos en

recursos en el plano político. ¿Cuáles son los criterios que rigen la asignación de recursos al sistema de atención sanitaria, y cómo se distribuyen? ¿Quiénes son los beneficiarios del sistema? En China, sólo a través de cambios estructurales del sistema de atención sanitaria fue posible desarrollar unidades sanitarias locales autosuficientes en las áreas rurales.

¿En qué medida puede aplicarse la experiencia china a otros países en desarrollo y a América Latina en particular? Se ha procurado establecer unidades sanitarias rurales descentralizadas en otras partes del Tercer Mundo conforme a pautas parecidas en principio a las de la experiencia de los médicos descalzos, pero estos intentos han fracasado sistemáticamente. Los fracasos pueden atribuirse la mayor parte de las veces al hecho de que esas unidades se establecieron en un sistema de atención estructuralmente invariable, en que las unidades locales estaban desvinculadas funcionalmente de los niveles superiores del sistema sanitario. En general, se carecía de un sistema eficaz de derivación, la capacitación y supervisión del personal sanitario auxiliar era deficiente y los materiales y equipos médicos suministrados a las unidades de atención sanitaria descentralizada solían ser inadecuados. Si no se introducen cambios estructurales globales en el sistema sanitario, el establecimiento de unidades locales de atención autosuficientes suele conducir a la consolidación de una estructura de atención sanitaria dualista caracterizada por una nítida diferenciación en cuanto al tipo y calidad de servicios de atención médica prestados a los diferentes sectores de la población.

4.4.2 Servicios sanitarios rurales en la India

El gobierno de la India ha lanzado últimamente un plan para formar trabajadores sanitarios comunitarios a fin de extender las prestaciones a las aldeas remotas del país. El plan recurre a trabajadores polivalentes designados por el Gobierno,45/ y pretende dar la oportunidad a la gente de la aldea de participar en la organización de servicios sanitarios. Los trabajadores sanitarios comunitarios son voluntarios seleccionados por los miembros de la aldea y colaboran con los trabajadores polivalentes.

45/ Dandekar y Bhate (1978), p. 2047.

/Conforme al

Conforme al plan, se designa un trabajador polivalente de ambos sexos para una población de 5 mil habitantes. Se capacitará a las enfermeras-matronas auxiliares, los vacunadores, los trabajadores en malaria, que ya trabajaban en la aldea en virtud del sistema administrativo anterior, para desempeñarse como trabajadores polivalentes. Conforme al plan del gobierno, todos los aspectos relativos a vacunación, prevención y tratamiento de la malaria, inmunización, saneamiento ambiental, servicios de bienestar familiar, quedarán a cargo de los dos trabajadores polivalentes.46/ El trabajador sanitario comunitario recibe una capacitación de tres meses en atención sanitaria básica: el primero y el tercero en el centro sanitario primario con uno de práctica intercalado en la aldea. En el centro sanitario primario asiste a conferencias dictadas por médicos, visitadores sanitarios, etc., sobre diferentes temas de salud pública. Al terminar el curso los trabajadores sanitarios comunitarios reciben un maletín médico que cuesta unas 200 rupias (20 dólares), una asignación de 600 rupias anuales (60 dólares) por trabajar en la comunidad y medicamentos por un valor aproximado de 600 rupias (60 dólares) anuales. Estas medicinas son remedios sencillos adecuados para ser utilizados en relación con las principales afecciones y enfermedades de las zonas rurales.47/ Según el plan del gobierno el trabajador sanitario comunitario queda capacitado para realizar una serie de actividades curativas y preventivas, que son las siguientes:

1) Identificación de casos de malaria: mantendrá un registro de dichos casos y los comunicará al trabajador sanitario. Colaborará con el trabajador sanitario y los equipos fumigadores en las operaciones de fumigación y alarvicidas. Asimismo, educará a la comunidad sobre la prevención de la malaria.

2) Viruela: Identificará los casos de fiebre y eritema comunicándoselos al trabajador sanitario. Ayudará al trabajador sanitario a organizar la primovacunación. Difundirá la importancia de la primovacunación.

3) Enfermedades transmisibles: Informará de inmediato al trabajador sanitario sobre la existencia de una epidemia en la zona. Educará a la comunidad sobre la prevención y lucha contra las enfermedades transmisibles.

46/ Ibid., p. 2047.

47/ Para mayores detalles véase Dandekar y Bhate (1978).

/4) Saneamiento

4) Saneamiento ambiental e higiene personal: Se desempeñará como agente para la cloración de las fuentes de agua potable a intervalos regulares y mantendrá un registro del número de pozos que han sido clorados. Asimismo, ayudará al trabajador sanitario a organizar la construcción de la infraestructura para eliminar los desechos humanos. Educará a la comunidad sobre los aspectos relativos al saneamiento (por ejemplo, agua potable, métodos higiénicos de eliminación de desechos líquidos y sólidos, saneamiento domiciliario, etc.). Asimismo, educará a la comunidad sobre la importancia de la higiene personal.

5) Inmunización: Ayudará al trabajador sanitario polivalente a organizar la inmunización. Educará a la comunidad sobre la inmunización contra la difteria, la tos ferina, el tétano, la viruela, la tuberculosis, la poliomelitis, el cólera y la fiebre tifoidea.

6) Planificación familiar: Aquí su papel es fundamentalmente educativo. Informará a la población de la aldea sobre los métodos de planificación familiar disponibles.

7) Atención maternoinfantil: Aconsejará a las embarazadas que consulten al trabajador polivalente en materia de atención prenatal, natal y postnatal. Asimismo, aconsejará a las embarazadas que se inmunicen contra el tétano. Educará a la comunidad sobre la disponibilidad de servicios de atención maternoinfantil y la alentará a utilizarlos.

8) Nutrición: Identificará los casos de desnutrición en los niños preescolares y los derivará al trabajador sanitario polivalente. Identificará los casos de mujeres con signos y síntomas de anemia durante el embarazo y la lactancia y los derivará al trabajador sanitario.

9) Estadísticas vitales: Informará al trabajador sanitario polivalente sobre todos los nacimientos y defunciones ocurridos en la zona. Educará a la comunidad sobre la importancia de registrar todos los nacimientos y defunciones.

10) Primeros auxilios en emergencias: Prestará los primeros auxilios en accidentes leves. Los casos que no esté en condiciones de manejar los derivará al centro primario de salud.

11) Tratamiento de afecciones leves: Administrará tratamientos sencillos en casos de fiebre, dolor de cabeza, dolor de espalda, tos y diarrea, vómitos, etc. Los casos que escapen a su competencia los derivará al trabajador sanitario o al centro primario de salud.

12) Salud mental: Reconocerá los síntomas y signos de la enfermedad mental y los remitirá al trabajador sanitario.

/Tales son

Tales son las atribuciones de los trabajadores sanitarios comunitarios según el plan del Gobierno de la India.

De la descripción precedente se infiere que las obligaciones esenciales del trabajador sanitario comunitario son las siguientes:

a) Educación sanitaria en el plano de la aldea;

b) Recopilación de datos sanitarios e información sobre mortalidad y morbilidad;

c) Derivación del centro primario de salud; y

d) Tratamiento de afecciones leves.

Dentro de este contexto, Dandekar y Bhate sugieren que el trabajador sanitario comunitario no realice más de lo que se espera de un lego educado que cuida de su salud o de la salud de los demás miembros de su familia.48/ La formación de dicho trabajador no parece estar orientada a las actividades que podría realizar un médico descalzo chino. Además, los materiales y medicinas con que cuenta (o sea, medicinas anuales por un valor de 60 dólares para una comunidad de 5 mil habitantes) son claramente insuficientes para que su actividad sea funcional y eficaz. Al parecer, la función del trabajador sanitario comunitario es servir de vínculo entre la comunidad y los primeros escalones del sistema de atención sanitaria primaria gubernamental.

Debe observarse que los esfuerzos de este trabajador orientados a encauzar hacia los aldeanos los servicios médicos provenientes del centro sanitario primario a través de los trabajadores polivalentes, aumenta el número de derivaciones y por ende la demanda eficaz de atención sanitaria primaria en el plano de la aldea. En la medida en que el plan de los trabajadores sanitarios comunitarios aumente el número de derivaciones a los trabajadores polivalentes y a los centros primarios, ¿serán los recursos humanos y materiales suficientes para satisfacer la demanda adicional de servicios sanitarios? Si bien el trabajador sanitario comunitario aumenta los estándares potenciales de saneamiento ambiental y asalud en el plano de la aldea, mediante actividades en educación sanitaria, derivación y recopilación de datos, es evidente que los estándares fundamentales de salud sólo mejorarán si esta demanda adicional se satisface con un aumento de los recursos destinados al sector "formal" de atención sanitaria primaria. En otras palabras, para ser efizaz el sistema necesitará más recursos (más oferta) para los centros sanitarios primarios y un mayor número de trabajadores polivalentes para manejar los casos derivados.

48/ Ibid., p. 4048.

/V. EL

V. EL SEGURO SOCIAL Y EL MARCO INSTITUCIONAL

5.1 Introducción

La evolución de los programas de seguridad social en los países en desarrollo ha sido analizada en relación con la difusión de las estructuras institucionales y de organización desde los países industrializados a los países del Tercer Mundo. Por analogía con las etapas de crecimiento económico, las teorías de modernización aplicadas al campo de la salud subrayan una forma evolutiva preestablecida de las estructuras e instituciones del sector salud. Las teorías de modernización se concentran en la similaridad evolutiva en diferentes países en períodos históricos distintos.49/ El criterio de las etapas de crecimiento plantea que diferentes países en épocas diversas pasan de modo unidireccional de formas "inferiores" a formas "superiores" de producción y organización social. En consecuencia, existe una cronología del desarrollo político, institucional y organizativo del sector salud que corresponde a etapas preestablecidas de crecimiento económico. Antes de alcanzar la "etapa suprema" de modernización de su sistema de atención sanitaria (es decir, el Estado asistencia de Occidente) los países en desarrollo deben pasar por diversas etapas transitorias e intermedias caracterizadas por una cobertura limitada. En este contexto, suele proponerse la ampliación de los planes de seguridad social y de seguro médico como medio de aumentar la cobertura y "modernizar" el sector.

Cuestionamos esta "sabiduría tradicional". En muchos casos, el establecimiento de planes de seguro social en América Latina ha conducido a una especie de apartheid social, ya que mientras determinados grupos de la sociedad quedan cubiertos y tienen acceso a los servicios médicos otros quedan marginados. Al respecto, los programas de seguridad social y de otra índole de cobertura limitada suelen constituir compartimientos institucionales estancos. Su carácter exclusivo tiende a intensificar las desigualdades sociales que caracterizan al sector salud.

49/ Myrdal (1963), p. 1847. Para mayores detalles se remite al lector a la crítica que formula Myrdal al enfoque de las etapas de crecimiento económico.

/5.2 Antecedentes

5.2 Antecedentes históricos de los planes de seguro social

Los planes de seguro social comenzaron a establecerse en América Latina con la introducción de programas circunscritos a determinados tipos de accidentes o enfermedades claramente definidos. Estos se vinculaban siempre con la protección de la mano de obra en los lugares de trabajo. Por ejemplo, en 1923 se introdujo en Brasil un plan de seguro social para los trabajadores ferroviarios.50/ En Argentina, Brasil, Chile y Cuba se establecieron mutualidades que proporcionaban un seguro para el costo de la atención médica. En muchos países de la región, las mutualidades se fusionaron posteriormente y fueron reemplazadas por un sistema nacional de seguridad social. Chile fue el primer país de la región en establecer en 1924 un sistema global de seguro social.51/ La legislación chilena de 1924 sobre la materia se ceñía a las prácticas europeas. En 1938, se aprobó en Chile la ley de medicina preventiva que otorgaba a los beneficiarios reconocimientos médicos anuales para la detección precoz de la tuberculosis, la sífilis y las enfermedades cardíacas.52/ Antes de 1952, sólo el seguro obrero obligatorio otorgaba prestaciones a los familiares a cargo de los beneficiarios asegurados y éstas se limitaban a atención maternal y pediátrica para niños menores de dos años. La mayoría de los sistemas de seguridad social ampliaron su alcance y cobertura. Este proceso culminó con la ley de medicina curativa de 1968 - año en que sólo 27% de la población chilena no estaba cubierta por un sistema de seguro.53/

Por muchos conceptos, la experiencia chilena no es típica de la estructura y cobertura global de los programas de seguridad social de la región.

5.3 Programas de seguro social en Brasil

En Brasil, los programas de seguridad social se iniciaron con la promulgación de una ley en 1923 que facultaba a los empleados de las empresas

---

50/ Roemer (1972), p. 5. Roemer plantea que los accidentes del trabajo son los primeros en haber recibido atención médica en América Latina.

51/ Ibid., p. 2.

52/ Hall y Díaz (1971) p. 363.

53/ Ibid., p. 365.

/ferroviarias para

ferroviarias para organizar fondos de bienestar.54/ Dichos fondos se establecieron en varios sectores industriales. En 1933, el número de fondos de bienestar llegaba a 183 y cubrían a la mayoría de los empleados de las grandes empresas y de la gran industria.55/ La legislación brasileña de seguridad social de 1933 condujo a amalgamar los fondos de bienestar por grupos ocupacionales. Esto condujo a la formación de Institutos supervisados por el Ministerio del Trabajo. En 1960, la legislación mencionada experimentó nuevas enmiendas creándose seis entidades públicas para las diversas ocupaciones y un plan general de seguro social además de planes de seguro específicos para los empleados fiscales. La fusión de los seis institutos en 1966 condujo a la creación del Instituto Nacional de Previdencia Social (INPS) que es la entidad nacional encargada de administrar el seguro social.56/

La formación de los Institutos junto con la legislación que indemnizaba a los trabajadores evolucionó con la industrialización y la proletarización. El seguro estaba destinado a proteger, rehabilitar y mantener la fuerza de trabajo en determinadas ocupaciones. Durante las etapas iniciales del seguro social en Brasil (1923-1933), la cobertura en materia de atención médica se limitaba a una ínfima minoría de la población trabajadora representada por los sectores más organizados y articulados de la fuerza de trabajo urbana. En 1954, la cobertura teórica abarcaba unos 10 millones, y desde 1966 el número de beneficiarios del seguro social se ha elevado a unos 36 millones, a una tasa de 2 millones anuales.57/ Conviene señalar que esta cifra se refiere a la población cubierta teóricamente por el plan. Sin embargo, Bastos (1971, p. 388) sugiere que la cobertura eficaz, expresada en términos de la prestación directa de servicios, sería apenas 10% de la cifra teórica de beneficiarios del seguro social, es decir, una población inferior a 4 millones de habitantes.

54/ Bastos (1971), p. 379.

55/ Ibid., p. 379.

56/ Ibid., p. 380.

57/ Ibid., p. 388.

/5.4 Cobertura

5.4 Cobertura de la seguridad social

La mayoría de los países latinoamericanos otorgan atención médica como parte de sus planes generales de seguridad social, salvo Argentina y Uruguay en los que dicha atención está a cargo de mutualidades y de planes especiales de seguro de enfermedad.58/ La totalidad de los 20 países latinoamericanos otorgan servicios médicos para accidentes del trabajo, sea dentro del marco del seguro social o en virtud de otros convenios que incluyen la responsabilidad directa del empleador.59/

En 1967, la proporción de la población económicamente activa protegida por un programa de seguridad social era inferior a 30% en 15 países latinoamericanos. En 10 países no superaba el 20%.60/ La cobertura de la seguridad social para los familiares a cargo varía de un país a otro. En general, otorga atención a la esposa e hijos de la persona asegurada. Sin embargo, dichos servicios son en gran medida preventivos.61/

Salvo pocas excepciones, la fuerza de trabajo agrícola no cuenta con la protección de la seguridad social. En México, se tomaron medidas a partir de 1958 para ampliar la cobertura a algunos grupos de trabajadores agrícolas.62/ En Chile, los trabajadores agrícolas recibían atención médica desde 1952 en las mismas condiciones que los demás trabajadores manuales asalariados.63/ Según estimaciones hechas por la Organización de los Estados Americanos, en 1962 sólo 1 333 000 trabajadores rurales estaban protegidos por un programa de seguridad social en América Latina, y unos 700 mil tenían derecho a atención médica general. Desde 1962, en ciertos países de la región se advierten algunos progresos en la prestación de atención médica a la población rural a través de planes de seguridad social.64/

58/ Roemer (1972), p. 15.

59/ Ibid., p. 15.

60/ Ibid., p. 16.

61/ Ibid., p. 17.

62/ Ibid., p. 17.

63/ Ibid., p. 17.

64/ Ibid., p. 17.

/5.5 La

5.5 La seguridad social y la distribución social de los servicios sanitarios

En el presente estudio hemos insistido en la distribución desigual de los servicios médicos entre diferentes grupos y clases de la población. Esta matriz distributiva es consecuencia de:

a) La estructura productiva y acumulativa del sector salud. En otras palabras, en América Latina el sector está orientado esencialmente a las enfermedades y afecciones de los grupos de altos ingresos;

b) La compartimentación institucional del sector salud en términos de sus diversos subsectores. Un plan de seguro social de cobertura limitada destinado a 20% de la población suele conducir a la concentración de recursos humanos y materiales.

En otras palabras, la configuración institucional básica está relacionada funcionalmente con la estructura productiva del sector salud. Los programas de seguro social junto con los fondos de seguridad social que cubren a ciertos grupos de la sociedad (la policía, el ejército, los funcionarios públicos, etc.) tienen una gran influencia sobre la estructura de la demanda de servicios de atención médica. Un plan de seguro de salud urbano, poderoso y prestigiado, influiría asimismo en los procesos de formación y educación médica. Abel-Smith y Leiserson (1978) plantean que la existencia de un sistema de seguro de salud influye no sólo en orientar la educación médica hacia los servicios curativos y especializados, sino que puede conducir además a la importación en gran escala de costosos equipos y productos farmacéuticos con la merma consiguiente de divisas.

Si el seguro de salud obligatorio conduce a servicios urbanos aún más caros, será imposible durante generaciones prestar servicios en las zonas rurales a costos comparables por habitante. El establecimiento de seguros de salud para la parte más acomodada de la población distrae recursos en sentido inverso a las exigencias de la justicia social.65/

Si bien la evidencia estadística es escasa, los datos confirman que los programas de seguridad social están mejor dotados financieramente que el sector público de salud. Por ejemplo, en Venezuela el programa de seguridad social (Instituto Venezolano de Seguros Sociales, IVSS), con una cobertura teórica de 22.4% de la población (principalmente urbana), casi cuadriplicó

65/ Abel-Smith y Leiserson (1978), p. 83-84.

/Cuadro 5.1

Cuadro 5.1

AMERICA LATINA: PROTECCION QUE OFRECE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MATERIA DE ATENCION MEDICA EN PROPORCION CUBIERTA DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA, 1967

País	Población económicamente activa (en miles)	Personas aseguradas directamente en planes de seguridad social (en miles)	Porcentaje de personas aseguradas directamente
Bolivia	2 294	124	5.4
Brasil	27 965	5 696	20.4
Colombia	5 649	569	10.1
Costa Rica	476	152	32.0
Cuba	1 992	1 992	100.0
Chile	2 960	2 098	70.8
Ecuador	1 760	258	14.6
El Salvador	1 011	72	7.1
Guatemala	1 476	367	24.9
Haití	2 530	29	1.1
Honduras	736	33	4.5
México	14 797	2 803	18.9
Nicaragua	551	77	14.0
Panamá	419	131	29.5
Paraguay	696	69	9.9
Perú	3 901	1 035	26.5
República Dominicana	1 046	161	15.4
Venezuela	2 927	641	21.9

Fuente: Roemer (1972).

Nota: No se dispone de información suficiente sobre el número de personas protegidas por las mutualidades, los fondos de bienestar social y demás sistemas de atención médica en Argentina, ni sobre los diversos planes de seguro de enfermedad en Uruguay. Respecto a Colombia, México y otros países, las cifras no corresponden al número total de personas protegidas directamente por todos los planes existentes, sino sólo al número protegido por los planes principales. Por ejemplo, si en el caso de México se hubiera dispuesto de cifras correspondientes a los trabajadores cubiertos por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el petróleo nacional, las empresas ferroviarias y de electricidad, etc., el número de personas aseguradas y la proporción de la población protegida habría sido un 20% mayor, pero las cifras del cuadro se circunscriben exclusivamente a las personas aseguradas en el Instituto Mexicano de Seguridad Social.

/Cuadro 5.2

Cuadro 5.2

AMERICA LATINA: BENEFICIOS MEDICOS QUE OTORGA LA SEGURIDAD SOCIAL Y SISTEMAS ANALOGOS EN LOS PAISES, 1971

País	Atención médica general para los trabajadores	Atención médica para los familiares a cargo			Atención médica para los accidentes del trabajo
		Idéntica que para los trabajadores	Atención maternal para las esposas	Atención pediátrica	
Argentina	X a/	•	X	X	X
Bolivia	X	X	X	X	X
Brasil	X b/	X	X	X	X
Colombia	X	•	X	X	X
Costa Rica	X	X	X	X	X
Cuba	X	X	X	X	X
Chile	X b/ c/	X	X	X	X
Ecuador	X	•	•	•	X
El Salvador	X	•	X	•	X
Guatemala	X	•	X	X	X
Haití	X	•	•	•	X
Honduras	X	•	X	X	X
México	X	X	X	X	X
Nicaragua	X b/	•	X	X	X
Panamá	X	X d/	X	X	X
Paraguay	X	X e/	X	X	X
Perú	X f/	•	X	X	X
República Dominicana	X	•	X	X	X
Uruguay	X g/	•	•	•	X
Venezuela	X b/	X	X	X	X

Fuente: Administración de Seguridad Social de los Estados Unidos: programas de seguridad social a través del mundo, 1971, Informe Nº 40, (Washington, 1972).

a/ Principalmente mediante fondos legales de previsión social y mutualidades no gubernamentales y, en el caso de los trabajadores agrícolas y ganaderos, como responsabilidad del empleador en virtud de la legislación que rige a los trabajadores rurales.

b/ Incluye transporte.

c/ Incluye exámenes médicos periódicos especiales.

d/ Diversas limitaciones en cuanto a prestaciones para los familiares a cargo.

e/ Salvo que la hospitalización está limitada a niños menores de 2 años.

f/ Sólo el plan acogido al Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social.

g/ Diversos planes especiales de seguros de enfermedad, mutualidades, etc.

/las consultas

las consultas médicas curativas por habitante efectuado por el sector público de salud (Ministerio de Salud).66/ Disparidades similares en cuanto al estándar de los servicios de atención médica entre el sistema de seguro social y los servicios prestados por el Ministerio de Salud pueden hallarse en otros países de la región. Mientras que un 20% de la población de la región está cubierta por un sistema de seguro social, alrededor de 75% está, en teoría, cubierta por los servicios públicos de salud bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud. Naturalmente, la cobertura real es muy inferior a la teórica. Se estima que casi 40% de la población regional tiene acceso nulo o limitado, a todo tipo de servicios médicos. Este porcentaje abarca una gran mayoría de la población rural.

5.6 Compartimentación institucional

El papel y las funciones de los programas de seguridad social en América Latina deben examinarse dentro de una perspectiva global. ¿Cuáles son las funciones de un sistema de seguridad social restringido a determinadas categorías de la población trabajadora? ¿Cómo influje la configuración institucional del sector salud - caracterizada por "compartimientos" estancos (es decir, salud pública, programas de seguridad social, diversos programas para los empleados públicos, los militares, etc.) - en el proceso de asignación de recursos en su interior? La configuración institucional del sector salud no sólo incide en su estructura productiva (o sea, los tipos de servicio que otorga) sino en las formas de distribución de los beneficios entre los diferentes grupos de la población. Cuando la cobertura de un sistema de seguridad social se limita a un 20% de la población, la compartimentación institucional conduce a la discriminación social y a mecanismos implícitos de apartheid social en la prestación de servicios de atención médica.67/ Es evidente que los compartimientos institucionales están relacionados funcionalmente con la división de la sociedad en clases sociales.

66/ Chossudovsky (1977a). El Instituto Venezolano de Seguro Social que cubre a 22.4% de la población (sobre todo a trabajadores urbanos) realizó aproximadamente 10 millones de consultas de medicina curativa. El Ministerio que cubre a 70% de la población realizó (en 1973) 9.3 millones de consultas de medicina curativa.

67/ Es evidente que este análisis (y el concepto de apartheid social) no rige para los países en que un sistema de seguridad social cubre a la mayor parte de la población (por ejemplo Cuba y Chile hasta 1973).

/Cuadro 5.3

Cuadro 5.3

MEXICO: RECURSOS PARA ATENCION MEDICA Y DISTRIBUCION DE RECURSOS ENTRE DIFERENTES ENTIDADES PRIVADAS E INSTITUCIONALES, 1970

Institución	Médicos generales		Especialistas		Total		Población (en miles)		Población por médico	Presupuesto por habitante
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje		
SSA	1 560	11.3	2 062	10.1	3 622	10.6	23 354	48.2	4 236	131.92
IMSS	3 653	26.6	2 902	14.2	6 555	19.2	11 874	24.5	1 691	1 169.00
ISSSTE	1 747	12.7	1 196	5.6	2 943	8.6	1 874	3.8	591	3 675.00
Otras dependencias	1 210	8.8	2 925	14.3	4 135	12.1	2 481	5.1	500	4 000.00
Privadas	5 528	40.3	11 324	55.4	16 852	49.4	8 795	18.1	500	
Total	13 689	100.0	20 409	100.0	34 098	100.0	48 378	100.0	1 418	

Fuente: Frenk, 1976, p. 484.

/Cuadro 5.4

Cuadro 5.4

VENEZUELA: DISTRIBUCION DE CONSULTAS MEDICAS ENTRE ENTIDADES INSTITUCIONALES, 1973

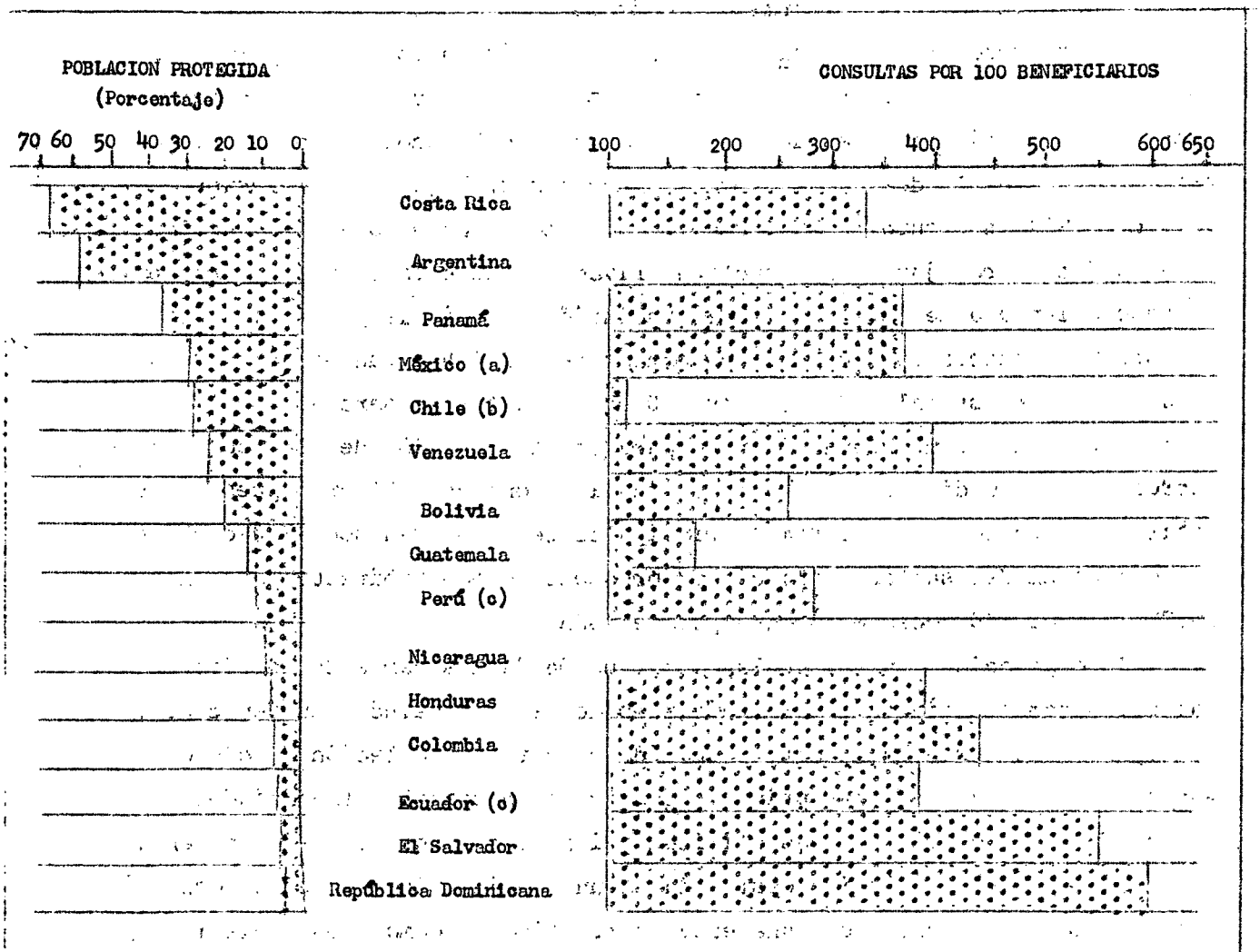
Entidad	Población porcentaje	Número de consultas			Número de consultas por habitante		
		Preventivas	Curativas	Dentales	Preventivas	Curativas	Dentales
IVSS	22.4	-	10 274 003	1 460 869	-	4.02	0.57
Ministerio de Salud	70.0	2 223 549	9 343 690	-	0.28	1.18	-

Fuente: Chossudovsky (1977), p. 135.

/Gráfico 5.5

Gráfico 5.5

CONSULTAS AMBULATORIAS POR 100 BENEFICIARIOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PORCENTAJE DE LA POBLACION PROTEGIDA POR ESOS SISTEMAS, 1975



(a) IMSS, 1972
(b) SERMENA
(c) Datos referentes sólo a beneficiarios afiliados

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Las condiciones de salud en las Américas, Washington, 1978, p. 101

/Los programas

Los programas de seguridad social están orientados invariablemente al desarrollo de instalaciones hospitalarias urbanas con terapias convencionales que contribuyen a la consolidación de la "estructura productiva" imperante en el sector. A su vez, esto tiene repercusiones importantes sobre el proceso de capacitación y educación médica. La estructura productiva no conduce a modificar las formas patológicas esenciales propias de la región. Los mecanismos de apartheid social adquieren toda su importancia cuando se examina la distribución de recursos humanos y financieros entre subsectores institucionales del sector salud. En México, por ejemplo, se estima que 10 a 11% del número total de médicos trabaja para el sector público (SSA), en tanto que 40.3% de los médicos generales y 55.4% de los especialistas trabajan en la práctica privada. (Se estima que el subsector privado atiende a menos de 20% de la población.) Así, la proporción entre población y médicos oscila entre un máximo de 4 236 habitantes por médico para el sector estatal (SSA) y unos 500 por facultativo para el sector privado.68/ La misma situación rige para la distribución de recursos financieros entre los diversos subsectores institucionales. El presupuesto por habitante para los dos programas principales de seguridad social decuplica con creces el del sector público. El presupuesto por habitante para el ISSSTE es casi 30 veces mayor que para el SSA.

Algo parecido ocurre con la distribución de las camas de hospital entre los compartimientos institucionales del sector salud. En Venezuela, por ejemplo, la proporción entre camas de hospital y población es cinco veces mayor en las clínicas privadas que en los hospitales financiados por el Estado. (Se estima que las clínicas privadas de Venezuela tienen cerca de 4 000 camas hospitalarias destinadas a una ínfima minoría de la población.) Esta situación contrasta con una escasez relativa de camas hospitalarias en los hospitales públicos (es decir, hay unas 20 000 camas para una población de más de 8 millones de habitantes).69/

68/ Frenk (1976), p. 484.

69/ Chossudovsky (1977), p. 117.

/5.7 Financiamiento

5.7 Financiamiento de los diversos subsectores institucionales

El Estado financia no sólo el sector público de la salud sino que subvenciona además la atención médica privada, los programas de seguridad social y diversos otros programas de cobertura restringida.

> "En muchos países, además, el gobierno paga cuotas como patrón o bien subvenciona sistemas de seguridad social (por ejemplo, planes de seguro de enfermedad para funcionarios). En el caso de las subvenciones, existe el peligro de que la carga de la participación del gobierno recaiga en parte en las categorías menos privilegiadas de la población, dado que en las zonas en desarrollo, la mayor parte de los ingresos fiscales se obtiene mediante impuestos indirectos que con frecuencia gravan artículos de primera necesidad."70/

En términos más generales, podemos afirmar que los sistemas de seguridad social de América Latina están financiados sobre una base tripartita con el aporte de empleados y trabajadores, empleadores y subsidios gubernamentales.

70/ Organización Mundial de la Salud (1978a), p. 27.

VI. PLANIFICACION SANITARIA NACIONAL

6.1 Introducción

La planificación sanitaria se ha considerado invariablemente como una técnica para la toma de decisiones caracterizada por la utilización "óptima" y "eficiente" de recursos humanos y financieros de conformidad con ciertos objetivos sanitarios preespecificados. Así concebida, la planificación sanitaria nacional se reduce a la programación de actividades sanitarias sujeta a ciertas condiciones limitantes en cuanto a la disponibilidad de recursos humanos y financieros.

En el presente estudio hemos demostrado que la estructura del sector salud está caracterizada por desigualdades sociales intrínsecas que restringen la cobertura efectiva a un pequeño sector de la población urbana. La aplicación de métodos costo-eficacia a una estructura que en esencia reproduce las desigualdades sociales conducirá, paradojalmente, a la consolidación de estas desigualdades sociales intrínsecas. Los métodos de costo-eficacia y de planificación óptima no se ocupan de las dimensiones estructurales e institucionales. Procuran optimizar ciñéndose a un conjunto de relaciones paramétricas dadas.

6.2 El método OPS/CENDES de costo-eficacia

Los métodos costo-eficacia en salud se relacionan siempre con "medir" la "eficiencia" de los programas sanitarios en función de diferentes indicadores de mortalidad y morbilidad. El método OPS/CENDES mide los "beneficios" concentrándose en los patrones de asignación de recursos que minimizan el costo por número de vidas salvadas.

El método OPS/CENDES fue elaborado con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud y el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela, Caracas. Además, la Organización Panamericana de la Salud colaboró con el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES), con sede en Santiago de Chile, a fin de establecer un programa de capacitación en planificación sanitaria nacional. El método OPS/CENDES ha sido utilizado profusamente en toda América Latina. Más de cinco mil especialistas en planificación sanitaria nacional se han capacitado en el ILPES, el CENDES y otros centros análogos de América Latina.

/El método

El método se basa en la medida de la "eficacia", que se define como sigue:

"un recurso está siendo bien utilizado si el beneficio que se obtiene en el uso que se le da es superior al que se obtendría con el mismo recurso empleado en cualquier uso".71/

La metodología, orientada fundamentalmente a la asignación de recursos, se basa en:

a) definir determinados objetivos en el campo de la salud;

b) seleccionar los modos más "eficaces" para lograr esos objetivos:

"Las actividades o políticas sanitarias se realizan, a semejanza de las actividades económicas, dentro de ciertas limitaciones cuya importancia depende del período de tiempo que se considere. En un momento dado esas limitaciones están representadas principalmente por el medio ambiente físico, la cantidad y calidad de recursos existentes, el conocimiento técnico disponible y el contexto social, económico, político y cultural en que se está actuando. Los recursos, el conocimiento, el contexto social e incluso el medio ambiente físico pueden modificarse a la larga. En todo caso, para diagnosticar un período anterior dado hay que reunir y analizar todos estos elementos."72/

La función de la planificación sanitaria dentro del sistema global de planificación nacional se define así:

"Los planes sanitarios son sólo una parte de los planes "comunitarios" para promover el bienestar de los habitantes. Por lo tanto, la salud, la economía, la energía, la educación, el transporte, etc., son medios para alcanzar un fin superior: el bienestar (expresado en nivel de vida). Aunque cada uno de estos sectores impone exigencias y limitaciones sobre los demás sectores, hay a la vez ciertas esferas de cada sector que son un "fin" en sí mismas y deben aceptarse como parte del "bienestar". Las interrelaciones entre la salud y los demás sectores revelan que aquella es el resultado de fenómenos biológicos y culturales. Las diferencias entre las comunidades que conforman un país hacen que sean poco práctico tratar de formular una planificación sanitaria global a nivel central para luego distribuir los recursos. Por lo tanto, es esencial que el plan central sea formulado sobre la base de planes locales."73/

71/ Organización Mundial de la Salud (1973), p. 59. El método OPS/CENDES fue elaborado con la colaboración del Dr. Mario Testa de la Organización Panamericana de la Salud y del extinto Profesor Jorge Ahumada.

72/ Pan American Health Organization (1963), p. 1. Citado en Pan-American Health Organization (1973a).

73/ Ibid.

/El método

El método se ocupa tanto de la planificación sanitaria global en el plano nacional como de la microplanificación sanitaria en el plano local. Considera tres niveles de criterios para distribuir los recursos sanitarios:

1. La satisfacción de la demanda directa de servicios curativos;
2. El mantenimiento de los niveles existentes de cobertura para los servicios de prevención, la atención maternal, etc.;
3. La distribución de cualquier recurso adicional que pueda mobilizarse según la magnitud relativa de las diferentes amenazas a la salud (evaluadas comparando las tasas de defunción de cada una de ellas), su importancia para la familia y la comunidad, ... 74/

El método OPS/CENDES se ocupa sobre todo del criterio 3 - o sea, la asignación de recursos disponibles de conformidad con prioridades sanitarias específicas. Esas prioridades se establecen en función de la estructura básica de mortalidad y morbilidad. El método OPS/CENDES consiste, en primer lugar, en realizar un inventario de los recursos disponibles y de las actividades que van a realizarse. El método involucra la descentralización de la red sanitaria. Favorece la elaboración de programas sanitarios nacionales que comienzan con las llamadas "áreas de programa" que tienen un máximo de 100 a 150 mil habitantes y que distan sólo unas pocas horas del centro sanitario más cercano empleando medios habituales de transporte.75/ Los programas destinados y adapatados a esas áreas locales se integran posteriormente a los programas regionales y nacionales.

6.3 El valor de la vida humana

La elección de objetivos que supone la metodología OPS/CENDES plantea el problema de establecer prioridades sanitarias y determinar los medios de instrumentación para satisfacer dichos objetivos. El método plantea el problema más general de la "elección de técnicas". Nos interesa la cuestión costo-eficacia, en que los costos se miden en términos financieros

---

74/ Pan American Health Organization (1973a).

75/ Ibid., p. 27.

/y los

y los beneficios en términos de su efecto sobre los indicadores de mortalidad y morbilidad. En términos más concretos los beneficios se miden en función del "valor de la vida humana", o sea, las acciones en el campo de la salud están orientadas a aumentar la esperanza de vida tomando las medidas apropiadas para combatir las formas patológicas esenciales. ¿Cómo se "mide" el valor de la vida humana? Los criterios al respecto parecen ser algo contradictorios. Por una parte, el método OPS/CENDES reconoce que el "valor de la vida humana" es el mismo para todos los individuos de la sociedad. Por otra, postula que el valor de la vida de algunos individuos es mayor en vista de su mayor contribución a la producción. Este último criterio sugiere que la valoración y medición de la vida humana en términos financieros ha sido bastante utilizada en diversas esferas de la planificación del desarrollo. En síntesis, se trata de identificar la tasa de rendimiento del llamado "capital humano" durante la vida productiva del individuo. Es indudable que este criterio involucra orientar los programas sanitarios a los miembros más productivos de la sociedad.

Las acciones en materia de salud, según la metodología OPS/CENDES, se evalúan en función del efecto que tienen diversos programas sanitarios para reducir el número de defunciones. Sin embargo, en algunas circunstancias la frecuencia de enfermedades y los patrones consiguientes de morbilidad pueden disminuirse bastante, sin que haya una disminución correspondiente de la mortalidad. Esto sugiere que el efecto de acciones sanitarias concretas sobre la morbilidad podría exigir una evaluación específica y separada.

6.4 Asignación de recursos

Según el método OPS/CENDES, no basta con establecer una relación entre la asignación de recursos específicos y los beneficios que éstos aportan, sino comparar también la utilización de diferentes tipos de recursos destinados a satisfacer los mismos objetivos. Además, se ocupa de la combinación e interacción de recursos humanos y materiales necesarios para satisfacer objetivos sanitarios concretos. El método consiste en minimizar los costos o gastos en relación con un objetivo sanitario específico, es decir, cuál

/es la

es la combinación óptima de recursos humanos y materiales que exige el menor desembolso financiero por vida salvada.

6.5 El problema de la vulnerabilidad

El método reconoce que algunas enfermedades seguirán existiendo al margen del volumen de recursos que se les asignen. Esto nos lleva a clasificar las enfermedades en dos categorías esenciales:

a) las que son "reductibles", es decir, enfermedades que pueden reducirse mediante procedimientos conocidos de atención preventiva y curativa tradicional, o mediante la adopción de medidas más generales en materia de política económica y social; y

b) las "enfermedades irreductibles" que comprenden muchas enfermedades crónicas y degenerativas. La incidencia de las enfermedades irreductibles aumenta con la edad del individuo. En otras palabras, nos referimos en este caso a las causas principales de defunción entre los ancianos.

6.6 Dimensiones operativas del método OPS/CENDES

El método se caracteriza por una etapa de diagnóstico que consiste en determinar el costo de impedir la muerte y/o el costo de disminuir la frecuencia de ciertas enfermedades. El diagnóstico involucra efectuar un análisis de los conceptos de magnitud, trascendencia y vulnerabilidad:

a) Magnitud: este concepto se refiere al número de defunciones que podrían atribuirse a enfermedades determinadas. En otras palabras, la magnitud se refiere al porcentaje de la mortalidad total que depende de una afección o patología específica.

b) Trascendencia: se refiere a las consecuencias sociales en el seno de la comunidad derivadas del patrón de mortalidad.

c) Vulnerabilidad: se refiere al éxito de las medidas de prevención y/o tratamiento, o sea, vulnerabilidad prácticamente nula en el caso del cáncer y de algunas afecciones cardiovasculares; y cercana a la unidad en enfermedades que pueden erradicarse fácilmente como por ejemplo, la viruela.76/

El análisis costo-eficacia exige inventariar los recursos destinados a prevenir o disminuir diversas afecciones y enfermedades. Dichos recursos son tanto materiales (equipo, productos farmacéuticos, vehículos, etc.), como humanos (médicos, enfermeras, personal paramédico auxiliar, etc.). Hay que saber además si se utilizan con "eficacia". Para ello, es necesario conocer no sólo las combinaciones en que son utilizados sino la

76/ Organización Mundial de la Salud (1973), p. 66.

/intensidad de

intensidad de su uso. En otras palabras, ¿se utilizan plenamente los recursos?77/ Con tal fin los recursos se clasifican en instrumentos, tareas y técnicas:

a) El instrumento: es una combinación específica de recursos utilizada para realizar una función específica; la combinación recibe el nombre de uno de sus elementos principales. Por ejemplo, el instrumento "enfermera visitadora" incluye no sólo las enfermeras sino también los vehículos, el personal administrativo para organizar las visitas, los materiales, etc. El instrumento "cama hospitalaria" incluye no sólo la cama sino también el tiempo del médico, personal paramédico y de otra índole, equipo, materiales, etc., necesarios para utilizar en forma eficiente la cama hospitalaria.78/

b) La tarea: es la función específica que realiza un instrumento. Por ejemplo, la tarea de una cama hospitalaria es facilitar la rehabilitación del paciente.

c) La técnica: consta de la combinación de tareas efectuadas para combatir una determinada enfermedad. Por tanto, la técnica puede involucrar una combinación de procedimientos preventivos y curativos. Por ejemplo, en el caso de una epidemia la técnica combinará encuestas epidemiológicas, vacunaciones y procedimientos curativos convencionales.

Diagnóstico

La etapa de diagnóstico está destinada a identificar las condiciones sanitarias que existen en los planos regional y local, es decir, las causas "ambientales, sociales, culturales y políticas" de la mala salud.79/

Pronóstico

El pronóstico involucra "predecir" la situación sanitaria que se produciría si no se introdujeran cambios en materia de política sanitaria. Se formulan "proyecciones" alternativas, que involucran diversos supuestos de política, para confirmar la situación sanitaria que se produciría como consecuencia de diferentes formas de intervención en los sectores de la salud y de la medicina.80/

77/ Ibid., p. 67.

78/ Ibid., p. 67.

79/ Ibid., p. 69.

80/ Ibid., p. 69.

/6.7 Evaluación

6.7 Evaluación crítica del método OPS/CENDES

El método OPS/CENDES es un procedimiento de asignación "eficiente" de recursos. Sus hipótesis metodológicas son similares a las de otros modelos de asignación en las esferas de la planificación y programación óptima. El formato estructural e institucional del sector salud permanece invariable, los recursos se asignan en forma óptima según relaciones estructurales e institucionales invariables. El método no examina el importante aspecto de la producción y reproducción de recursos humanos en el sector salud, por ejemplo, ¿es adecuada la capacitación médica en relación con las formas patológicas esenciales?

El método se presenta como un procedimiento destinado a minimizar el costo por vida salvada mediante intervenciones apropiadas en el sector salud. Como tal, el método no cuestiona los parámetros del sistema sanitario. Aunque los recursos puedan asignarse "en forma eficiente" mediante la aplicación del método OPS/CENDES, la estructura, instituciones y tecnología médica del sector salud son inapropiadas y no funcionales en relación con las formas patológicas esenciales de la región. Si bien la aplicación del método OPS/CENDES es "eficiente" dentro de sus propias atribuciones, es "ineficiente" y costoso porque las funciones y procedimientos del sector salud no fueron destinados a utilizarse en la satisfacción de las prioridades sanitarias más apremiantes de la región.

Si bien el método OPS/CENDES por concentrarse en el valor de la vida humana, parece involucrar a primera vista un proceso de asignación de recursos "más democrático" y equitativo, el sistema sanitario en que se asignan permanece estructuralmente invariable y es en esencia de carácter no democrático.

6.8 La esperanza de vida y el modelo mundial latinoamericano

En la presente sección examinamos algunos resultados de un estudio de envergadura realizado por la Fundación Bariloche.81/ Nos ocuparemos sobre todo del tratamiento que recibe la esperanza de vida en "el modelo mundial latinoamericano" para introducir algunos elementos críticos en el análisis del "valor de la vida humana" en la planificación sanitaria nacional. Examinemos primero brevemente los aspectos esenciales del modelo.

81/ Centro Internacional para Investigaciones para el Desarrollo (1976).

/El modelo

El modelo matemático ideado por el grupo Bariloche es explícitamente normativo. No es una tentativa de descubrir lo que ocurrirá de continuar las tendencias actuales sino que trata de indicar el camino para llegar a una meta final, la meta de un mundo liberado del subdesarrollo y la miseria.82/ En síntesis, el modelo es una simulación de las formas de acumulación de capital que resultarían si el sistema de producción se orientara a satisfacer las necesidades humanas esenciales. En el modelo, la producción comprende cinco sectores: nutrición, educación, vivienda, bienes de capital y bienes de consumo y demás servicios. Este último abarca todo lo que no va incluido en los otros cuatro.83/ El sistema económico asigna recursos entre estos cinco sectores para maximizar la medida global de las necesidades humanas esenciales.

Los autores encararon el problema de elegir un indicador apropiado para fines de optimización. Después de una investigación exhaustiva se observó que la esperanza de vida era extremadamente sensible a las variables socioeconómicas principales del modelo y que ese indicador único podía emplearse para asignar recursos a cada sector. En otras palabras, un mecanismo matemático que asigna recursos a cada sector de modo que la esperanza de vida al nacer es maximizada en cada punto durante el ensayo que se practique.84/ En forma más concreta, con respecto a la salud los autores postulan que:

> "no ha sido posible hallar un indicador único que ofrezca una medida adecuada de la salud en un país o región. No obstante, se ha investigado mucho sobre el tema y es posible afirmar que, como primera aproximación, hay por lo menos dos indicadores que deberían considerarse: la esperanza de vida al nacer y la mortalidad infantil".85/

Lo que resulta interesante es que estos dos indicadores dependen bastante de los factores socioeconómicos incorporados en el modelo. En otras palabras, estos dos indicadores son en esencia una función de la estructura productiva y la asignación de recursos a los cinco sectores de la economía.

82/ Ibid., p. 7.

83/ Ibid., p. 8.

84/ Ibid., p. 9.

85/ Ibid., p. 52.

/No obstante,

No obstante, conviene señalar que tanto la esperanza de vida como la mortalidad infantil fueron insensibles en el modelo de simulación al aumento de recursos sanitarios tradicionales (por ejemplo, número de médicos y de camas de hospital por habitante). En otras palabras, el modelo matemático confirma que las condiciones generales de salud dependen en primer lugar de las condiciones de vida y no de determinadas inversiones en el sistema de atención médica tradicional.86/ Este importante resultado confirma que las formas patológicas esenciales de la región latinoamericana son atribuibles a factores socioeconómicos y no a una escasez de atención médica. La asignación de mayores recursos a los servicios médicos tradicionales no modificará notoriamente los niveles objetivos de salud. Esto plantea a su vez el problema de la asignación de recursos entre la atención médica convencional y otros programas públicos (por ejemplo, sistemas de alcantarillado, abastecimiento de agua, eliminación de excretas, etc.) que tienen una influencia clara y decisiva en las formas patológicas esenciales.

86/ Ibid., p. 53.

VII. LA INDUSTRIA FARMACEUTICA

7.1 Introducción

Las industrias médicas proveedoras están dominadas por intereses multinacionales muy diversificados que fabrican productos químicos, farmacéuticos, equipo diagnóstico y terapéutico, computadoras y equipo electrónico utilizado en hospitales, etc.87/ La industria está diversificada y muy concentrada. Murray (1974, p. 625) postula que la industria sanitaria en los Estados Unidos constituye uno de los sectores de crecimiento más promisorio orientado tanto al mercado nacional como internacional. En general, el mercado para los productos farmacéuticos es de estructura monopólica y caracterizado por márgenes de utilidad extraordinarias.

En la actualidad, más de 30% de los ingresos de las empresas farmacéuticas con sede en los Estados Unidos se origina en el exterior.88/ La expansión externa de la industria farmacéutica se ha hecho mediante el establecimiento de filiales en el Tercer Mundo. Las empresas farmacéuticas del Tercer Mundo con sede en el extranjero obtienen invariablemente un virtual poder monopólico sobre los proveedores locales por intermedio de patentes y de concesiones de licencias de carácter internacional. Vaitsos, sugiere que la mayoría de las patentes de los países subdesarrollados son de propiedad de unas pocas empresas extranjeras y que el sistema de patentes permite que estas empresas lleguen a imperar en la industria farmacéutica sin efectuar grandes inversiones.89/ Los niveles de utilidad de las empresas extranjeras, que de otro modo serían inalcanzables, se logran mediante el control internacional del mercado a través de carteles de patentes, es decir, la cartelización de familias de productos objeto de la explotación mutua de derechos de patentes.90/

87/ Turshen (1976).

88/ Murray (1974), p. 626.

89/ Citado en Turshen (1976) p. 283.

90/ Turshen (1976), p. 284.

/Los países

Los países desarrollados controlan un 90% de las exportaciones farmacéuticas, y la producción está muy concentrada en 7 países (Francia, Alemania, Italia, Japón, Suiza, Gran Bretaña y los Estados Unidos) que representan un 80% de la producción mundial:

> "Estos productores principales son también los países encargados de producir el grueso de la nueva tecnología en la industria de medicamentos. Cinco países en particular (Estados Unidos, Suiza, Alemania, Francia y Gran Bretaña) son líderes en este campo y representan en conjunto 89% del descubrimiento de 138 drogas nuevas de importancia entre 1950 y 1967. Las empresas que más se dedican a la investigación y desarrollo en estos países poseen también la mayoría de las patentes de nuevos medicamentos y procesos en todo el mundo, y son los verdaderos agentes de la transferencia de tecnología en la industria farmacéutica."91/

7.2 Concentración industrial y transnacionalización

La inversión multinacional en productos farmacéuticos está integrada en forma vertical y horizontal. Murray (1974, p. 629) postula que la inversión de las empresas transnacionales en América Latina en este rubro ha conducido invariablemente a consolidar los mercados de venta antes de establecer filiales manufactureras. Las empresas farmacéuticas transnacionales coordinan y regulan la producción a escala mundial. Las filiales del Tercer Mundo importan el grueso de las materias primas necesarias para la producción. Un estudio de la industria farmacéutica brasileña sugiere que las empresas farmacéuticas extranjeras emplean aproximadamente 4% de materias primas brasileñas.92/ En México, 85% del mercado farmacéutico y entre 85 y 90% de las patentes farmacéuticas son controlados por empresas extranjeras.93/ Una situación similar existe en otros países de la región. En la mayoría de los países en desarrollo el mercado farmacéutico es controlado por grandes empresas multinacionales. Las sesenta multinacionales líderes en la industria farmacéutica representan hasta 60% de la producción del mundo no socialista.

91/ Lall (1977), p. 21.

92/ Murray (1974), p. 629.

93/ María y Campos (1977), p. 895.

/La estructura

La estructura monopólica de la industria farmacéutica se refleja en sus enormes utilidades y en las prácticas de fijación de precios de las transnacionales farmacéuticas tanto en los países en desarrollo como en los países industrializados desarrollados.

7.3 Fijación de sobreprecio

La estructura monopólica de la industria permite que las transnacionales farmacéuticas más importantes practiquen la discriminación de precios tanto entre compradores de un mismo país como entre diferentes países. Asimismo, el sobreprecio está relacionado con la proliferación de marcas comerciales en la industria farmacéutica. Varios estudios acerca del sobreprecio confirman que las transnacionales farmacéuticas cobran precios por sus productos de marca registrada que a veces son varios miles de veces mayores que los de productos equivalentes no registrados (nombres genéricos) de empresas más pequeñas.94/ Vaitsos informa que en Colombia el sobreprecio oscila entre 17 y 6 584.95/ En general, hay grandes diferencias de precios entre productos vendidos con marca comercial y aquellos vendidos con su nombre genérico.96/

7.4 Investigación y desarrollo

La investigación y el desarrollo en la industria farmacéutica se orienta sobre todo a aumentar el poder de mercado de los consorcios multinacionales. El afán de lucro es el objetivo y las mayores utilidades constituyen el incentivo fundamental para la investigación y el desarrollo de nuevos productos farmacéuticos. Las actividades de investigación de la industria pueden agruparse en investigación básica para desarrollar productos genuinamente nuevos, investigación aplicada (transformación de una sustancia en un producto) e investigación terapéutica (ensayo clínico). Turshen (1976, p. 279) sugiere que sólo a 15 a 20% de los gastos de investigación se asignan a la investigación básica y que más de la mitad del producto de la industria cae en la categoría de la reformulación. Lo anterior sugeriría que gran parte de los gastos de investigación se asignaría de hecho al desarrollo de marcas comerciales diversificadas y productos diferenciados.

94/ Lall (1977), p. 23.

95/ Vaitsos (1972), citado en Turshen (1976), p. 275, comunica que la fijación de sobreprecio en Colombia oscila entre 17 y 6 584%.

96/ Para mayores detalles sobre el tema véanse los estudios de O'Brian (1977) Lall (1977), Lall y Bibile (1977), Turshen (1976), Murray (1974), María y Campos (1977).

/Las actividades

Las actividades de investigación de las transnacionales farmacéuticas suelen ser innecesarias o incluso inconvenientes en relación con las necesidades objetivas de salud del mundo en desarrollo. En otras palabras, las esferas escogidas para investigación y desarrollo son determinadas por criterios de comercialización y de las utilidades potenciales que podrían obtenerse. Las necesidades sanitarias objetivas de los países en desarrollo no constituyen en modo alguno un incentivo para el desarrollo de productos farmacéuticos prioritarios. Lall (1977) sugiere que los gastos de comercialización duplican o triplican los montos asignados a investigación y desarrollo:

> Las fuentes de este mercado en la industria de medicamentos son la tecnología y la comercialización, reforzándose recíprocamente mediante una interacción compleja a fin de presentar una posición de dominio prácticamente inexpugnable ... el volumen de inversiones en investigación y desarrollo que exige constantemente la industria es muy elevado y aumenta sostenidamente, de modo que sólo las firmas más grandes pueden afrontar los gastos necesarios para mantenerse a la vanguardia de las innovaciones ... El sólo costo de promoción en el mundo desarrollado supera el valor total de la producción de medicamentos en todos los países subdesarrollados semindustrializados tomados en conjunto, y ha conducido a una proliferación de marcas comerciales para unos 700 medicamentos esenciales que alcanzan a 14 o 15 000 en Brasil y la India, 25 000 en España y 35 000 en los Estados Unidos. Esta estructura de comercialización ... es prácticamente la única fuente de información sobre medicamentos. Además, todo parece indicar que este mecanismo de promoción de medicamentos funciona en forma más eficiente incluso en los países subdesarrollados con muy poca competencia interna.97/

7.5 Los productos farmacéuticos y el subdesarrollo de la salud

Si bien nuestro análisis de la industria farmacéutica en los países en desarrollo plantea consideraciones que escapan al estudio de la salud pública en América Latina, no se puede tener un conocimiento cabal de los principales problemas de la atención médica y sanitaria sin analizar las diversas dimensiones relacionadas de la transferencia de tecnología en salud. Estas incluyen las industrias farmacéutica, de medicamentos y de suministro médico. En forma más concreta, las pautas de producción de la industria farmacéutica responden a las mismas fuerzas sociales que caracterizan al sector salud en general. Existe una íntima relación entre la transferencia

97/ Lall (1977), pp.23-24.

/de tecnología

de tecnología intelectual y profesional en las esferas de la capacitación (véase nuestro análisis previo sobre este tema) y el desarrollo de las industrias farmacéuticas y de suministro médico a escala mundial. El énfasis en América Latina en los servicios tradicionales prestados por un médico ha significado que la industria farmacéutica se oriente sobre todo a elaborar medicamentos para pacientes atendidos por un facultativo. Además, la industria de medicamentos tiende a elaborar productos destinados a procedimientos curativos y no preventivos. La comercialización y a menudo las investigaciones inútiles de las transnacionales farmacéuticas no sólo alzan los costos de los medicamentos, sino que además la industria farmacéutica se caracteriza por un sistema de fijar sobreprecios que tiene graves repercusiones sobre los niveles de salud de la población.

La dependencia de los medicamentos en los países en desarrollo tiende a ser mayor que en los países desarrollados. Pese a que el Tercer Mundo (con 70% de la población mundial) consume aproximadamente 20% de la producción mundial de la industria farmacéutica, los gastos en medicamentos representan un porcentaje mucho mayor de los gastos totales en salud que en los países desarrollados. Mientras en los países occidentales industrializados el gasto en medicamentos puede representar 9 a 10% del gasto total en salud, en los países subdesarrollados representa hasta 20% de dicho gasto.

Del análisis precedente se desprende que el sistema de fijar sobreprecios en la industria farmacéutica constituye un obstáculo para satisfacer determinados objetivos sanitarios globales, sobre todo en el campo de la medicina preventiva. Al respecto, los gobiernos suelen ser grandes compradores de productos farmacéuticos, los que absorben una gran proporción del presupuesto fiscal de salud de los países del Tercer Mundo.

¿Cuál es la relación entre la industria farmacéutica y la estructura sanitaria global de los países en desarrollo? Sugerimos que las industrias de suministros médicos y famacéuticas responden del lado de la demanda, a un sistema de atención sanitaria orientado sobre todo a las necesidades de los grupos de altos ingresos. La transferencia de valores médicos, mediante los procesos de capacitación y educación médica, respaldan el crecimiento dinámico y la expansión de las transnacionales farmacéuticas y de suministro médico en los países en desarrollo. En otras palabras, la consolidación de

/intereses farmacéuticos

intereses farmacéuticos empresariales en América Latina es compatible con las desigualdades sociales inherentes que caracterizan al sistema sanitario. Desde un punto de vista de política esto significa que la vigilancia y/o el control de las transnacionales farmacéuticas no puede desvincularse fácilmente de las políticas globales relativas al sector salud en general. Dentro de este contexto, los poderosos acuerdos de comercialización propios de la industria farmacéutica son consecuencia directa de una estructura de demanda de productos farmacéuticos que se origina en gran parte del gasto gubernamental:

> "El efecto combinado de dichos factores sobre los países subdesarrollados es que los medicamentos son demasiado costosos, demasiado "modernos", utilizados a menudo en exceso por los que pueden adquirirlos y distribuidos en forma sumamente desigual. En realidad, sólo una pequeña proporción de la población está en condiciones de adquirir los medicamentos que ofrecen las multinacionales e incluso malgastan su dinero en relación con los beneficios que proporcionan. No se suministran medicamentos baratos y eficaces para satisfacer las verdaderas necesidades médicas del resto porque no es aquí donde las multinacionales obtienen utilidades."98/

7.6 Políticas

En la quinta Conferencia de Jefes de Estado de países no alineados, celebrada en Colombo en agosto de 1976, un programa de acción en materia de productos farmacéuticos bosqueja una serie de recomendaciones relativas al funcionamiento de la industria farmacéutica en los países en desarrollo. En síntesis, estas recomendaciones son las siguientes:

a) la elaboración de una lista de productos farmacéuticos prioritarios en cada país y el establecimiento de una lista básica de necesidades farmacéuticas que sirva de guía para establecer políticas en los países en desarrollo;

b) el establecimiento de un organismo nacional gubernamental encargado de la adquisición y distribución de productos farmacéuticos; y

c) la eliminación, en lo posible, de marcas comerciales y la adopción de nombres genéricos para designar los productos farmacéuticos; la información respectiva y los nombres genéricos serían controlados por el gobierno.99/

Si bien los cambios sugeridos (por ejemplo, abolición de marcas comerciales, suministro de mayor información sobre medicamentos, control de la distribución de productos farmacéuticos, etc.) son objetivos importantes, no cabe esperar que cambios de esta especie modifiquen la estructura global de la industria farmacéutica en los países en desarrollo.

98/ Ibid., p. 28.

99/ O'Brian (1977), p. 984.

VIII. AYUDA EXTERNA

8.1 Introducción

La asistencia externa para actividades sanitarias prestada por organismos bilaterales o multilaterales se canaliza invariablemente a un sistema nacional de salud caracterizado por una determinada estructura productiva e institucional. En muchos casos, el financiamiento externo ha contribuido a distorsionar las prioridades sanitarias y mantener el statu quo institucional del sector salud.

Los programas de asistencia externa en materia de salud forman parte de las actividades generales de ayuda e inversión extranjeras. En otras palabras, su estudio no puede desvincularse de un análisis de la estructura global de la llamada "asistencia externa" prestada por los países donantes y los organismos multilaterales. Al respecto, la asistencia externa en materia de salud suele destinarse a consolidar la infraestructura económica y social para la inversión extranjera privada en otros sectores de actividad.

8.2 La Fundación Rockefeller

Es tradicional que los programas de ayuda externa en materia de salud hayan estado íntimamente vinculados con los intereses económicos del país donante. En 1913, la Fundación Rockefeller creó la Comisión Sanitaria Internacional con el propósito inicial de ampliar el programa de lucha contra la anquilostomiasis, desarrollado en un comienzo en el Sur de los Estados Unidos, para eliminar una enfermedad que tenía graves repercusiones sobre la productividad de los trabajadores del algodón. La Comisión Sanitaria Internacional emprendió posteriormente campañas contra la fiebre amarilla (1915) y el paludismo.100/ Los programas de salud pública organizados por la Fundación Rockefeller fueron realizados en China, Filipinas, América Latina, Indias Occidentales, Ceilán, Malasia y Egipto:

> "Estos progamas de salud pública estaban destinados conscientemente a: primero elevar la productividad de los trabajadores de los países subdesarrollados; segundo, disminuir la autonomía cultural de esos pueblos agrarios y hacerlos más susceptibles de transformarse en una fuerza de trabajo industrial; y tercero, calmar la hostilidad contra los Estados Unidos y socavar las metas de independencia económica y

100/ Brown (1977), p. 26.

/política nacional

política nacional ... Los Rockefeller y sus funcionarios parecen haberse ocupado ante todo, según sus propios escritos, de la productividad de la fuerza de trabajo de cada país. Señalaban que era importante la "eficiencia" de los trabajadores de las plantaciones y las minas para extraer los productos y recursos naturales considerados esenciales para la prosperidad de los Estados Unidos ... Los funcionarios de la Fundación estaban convencidos de esta relación e impresionados por los resultados de su campaña. Un informe de 1918 sobre el valor económico del tratamiento de la anquilostomiasis demostraba que, en el caso de 320 trabajadores de dos plantaciones de Costa Rica curados de dicha enfermedad, la productividad había aumentado espectacularmente. Una plantación había aumentado su superficie cultivada casi un 50% - sin necesidad de contratar mano de obra adicional y con un menor costo unitario por cultivo. Cada trabajador percibía menos por unidad de trabajo, pero su mejor estado físico le permitía trabajar con mayor intensidad y durante un tiempo más prolongado por lo que ganaba más dinero en definitiva ... por ende la Comisión Sanitaria Internacional de la Fundación Rockefeller ... identificaba la salud como la capacidad de trabajar y medía las mejoras sanitarias cualitativas por los aumentos cuantitativos de la productividad."101/

La experiencia recogida por la Comisión Sanitaria Internacional fue de importancia decisiva para el desarrollo posterior de los programas de ayuda externa de los Estados Unidos en las esferas de la salud pública y la atención médica. Harry Cleaver (1977, p. 87) sugiere que ya en 1899 las enfermedades y el bajo rendimiento resultante de los trabajadores presentaba problemas para las empresas estadounidenses. Por ejemplo, la prevalencia de enfermedades y endemias en Centroamérica indujo a la United Fruit a establecer hospitales para los trabajadores en sus plantaciones bananeras a fin de disminuir los mayores costos vinculados con ellas. La empresa exponía así las razones que la impulsaban a preocuparse por la salud de sus trabajadores:

"Los enfermos no pueden trabajar. Puede haberse tratado de un egoísmo positivo pero se hizo sobre todo porque ellas (las empresas estadounidenses) no podían extraer minerales, o cultivar bananas o bombear petróleo si no se cautelaban estas necesidades esenciales."102/

Por lo tanto, el primer período de ayuda externa estadounidense en materia de salud fue dedicado esencialmente a la prevención, es decir, se emprendieron campañas contra la fiebre amarilla, el tifus y la malaria y

101/ Ibid., pp. 27-28.

102/ Citado en Cleaver (1977), p. 87.

/se desarrolló

se desarrolló una infraestructura localizada de salud pública para la eliminación de desechos humanos sólidos y el abastecimiento de agua potable. Al propagarse al extranjero el movimiento de salud pública de los Rockefeller, se reconoció que las endemias y epidemias constituían un obstáculo que se oponía al desarrollo del capitalismo en América Latina. Una situación similar existía en la India donde la administración colonial británica se dedicó a erradicar el paludismo en las zonas de especial interés económico para la economía colonial.103/ No obstante, estos programas eran localizados y no constituían en modo alguno la base para el desarrollo de un esfuerzo global en materia de salud pública.

Las actividades de la Fundación Rockefeller gravitaron también en el desarrollo histórico de la investigación médica y en consolidar la educación médica y de salud pública en el Tercer Mundo. En otras palabras, la Fundación Rockefeller servía de palanca para la transmisión eficaz de la tecnología intelectual y profesional en las esferas de la salud pública y la atención médica. La internacionalización de la tecnología profesional e intelectual ha conducido al desarrollo de enfoques comunes para encarar los problemas sanitarios en todo el Tercer Mundo. Estos han consistido, en forma invariable, en concentrarse en la sintomatología y etiología de determinadas enfermedades y evaluar su incidencia sobre la productividad y el crecimiento económico, y no en la mala salud y la enfermedad como síntomas del subdesarrollo y la pobreza. Desde que se iniciaron los programas de asistencia externa de la Fundación Rockefeller, éstos parecen haber evolucionado desde sus esfuerzos preventivos iniciales dirigidos a erradicar epidemias y endemias hacia la transmisión de la tecnología médica curativa de corte occidental. Examinados dentro del contexto del debate actual sobre medicina curativa versus preventiva, los cambios de énfasis (desde los primeros programas preventivos de la Fundación Rockefeller hasta las tendencias contemporáneas más recientes de transferencia masiva de sistemas de atención sanitaria de corte occidental al Tercer Mundo) parecerían algo contradictorios. El cambio de énfasis y el paso de la fase preventiva a la curativa de los

103/ Cleaver (1977), p. 86.

/programas de

programas de asistencia externa deben entenderse en relación con las estructuras cambiantes del desarrollo y dominación capitalista en la periferia de la economía mundial.

8.3 La asistencia externa y la transferencia de tecnología médica

Los programas de asistencia externa están orientados a la transferencia internacional de equipo, material y tecnología médicos. Los patrones de la educación médica especializada exigen gastos paralelos en equipos diagnósticos y terapéuticos complejos. Bader (1977, p. 446) sugiere que las empresas multinacionales financiadas por los programas de asistencia externa habilitan los hospitales docentes del Tercer Mundo con los mismos implementos diagnósticos y terapéuticos que se utilizan en los países industrializados:

> "La construcción de hospitales exige mucho capital, ya que cada cama cuesta actualmente más de 85 000 dólares, de los cuales 2/3 (del costo total) corresponde a equipo mecánico que quedará obsoleto dentro de 10 años ... La construcción de hospitales ha atraído por una sola vez al capital internacional de asistencia y ha motivado políticamente inversiones locales que gravan al país en desarrollo con un costo permanente que asciende cada año a 25% del costo original del hospital. Por ende, quedan pocos recursos disponibles para los servicios de atención preventiva y primaria que pueden producir a la larga mejores beneficios sanitarios en relación con el dinero desembolsado."104/

La mayoría de los programas bilaterales de asistencia externa son atados y condicionados a la adquisición de equipo médico en el país donante. Las empresas multinacionales son los agentes económicos de la transferencia internacional de tecnología médica. Por ejemplo, el centro cardiológico para Asia (situado en Manila, Filipinas) es un complejo quirúrgico cardiopulmonar que vale millones de dólares y que absorbe una gran proporción del presupuesto nacional de salud.105/ Moreley (1976) sugiere que los hospitales docentes del mundo en desarrollo son "palacios de la medicina" porque ni forman el tipo de personal sanitario ni emprenden el tipo de investigación que necesita la comunidad que los financia.106/ Dentro de un contexto análogo, Jorge Ahumada sugiere que cada dólar que se gasta en América Latina

---

104/ Bader (1977), pp. 446-447.

105/ Ibid., p. 447.

106/ Citado en Bader (1977).

/en servicios

en servicios hospitalarios altamente especializados cuesta 100 vidas. Si cada uno de esos dólares se hubiera gastado en abastecer de agua potable y de alimentos a la población, 100 vidas se habrían salvado.107/

8.4 Asistencia externa de los Estados Unidos

Gustavo Molina-Guzmán describe las diversas "etapas" de la asistencia externa estadounidense a América Latina:

> Primer período ... se ponía énfasis (durante la política del buen vecino de (Roosevelt) en la prevención; en las campañas contra la fiebre amarilla y el tifus; se establecían algunos servicios locales de salud y se ejecutaban obras menores y medianas en materia de agua y alcantarillado en algunas localidades - es decir, apenas una gota en un mar de necesidades. Se edificaban y equipaban costosos sanatorios y centros de salud, que solían ser las estructuras mejores y las únicas modernas en la zona. Había un sinnúmero de becas para capacitar personal en los Estados Unidos.
>
> Segundo período ... el período que va entre Truman y Ford abarca la próxima década. En esa época, se realizaban actividades sanitarias en la mayoría de las repúblicas latinoamericanas a través de organismos especiales que trabajaban en estrecha colaboración con las embajadas estadounidenses. Se desarrolló el llamado "servicio cooperativo" que estaba vinculado con el servicio nacional de salud de cada país, pero era paralelo a éste ... y se ponía mucho énfasis en la propaganda, la propaganda de acciones apoyadas, por una parte, en la tecnología más reciente y, por la otra, en la convicción en el "estilo americano de vida" ... Se decía que se continuaba poniendo énfasis en la prevención, pero en realidad ya se destinaban cuantiosas sumas a la construcción de grandes centros médicos ... A fines de la década, se introducía la educación médica como parte de la ayuda externa, con la misma actitud del imperialismo cultural en el programa de estudios, en la metodología y el énfasis excesivo en las ciencias básicas y en la medicina centrada en hospitales curativos ... Esta distorsión de la enseñanza médica es una de las pocas políticas en que casi todos reconocen un efecto muy importante y perjudicial del imperialismo económico que abastece sin costo a los Estados Unidos y Europa del personal médico y de enfermería que necesitan.
>
> Tercer período ... este último período comienza en la década de 1960, con la Alianza para el Progreso ... esta tercera onda fue estimulada por la revolución cubana y el afán de impedir que se propagara ... Los 20 mil millones de dólares ofrecidos en 1961 no podían gastarse sin alguna especie de plan nacional y continental. De aquí nació con la aprobación oficial la idea y la práctica de la planificación sanitaria y se estableció un conjunto de objetivos excesivamente

107/ Citado en Navarro (1974).

/ambiciosos ...

> ambiciosos ... Uno de sus efectos importantes ... es que durante la década siguiente y casi hasta ahora, todos estos países consagraron grandes esfuerzos y el mejor talento disponible al proceso de formular planes sanitarios nacionales. En realidad no se ejecutó ningún plan, y muy pocos recibieron la verdadera aprobación de los gobiernos respectivos ... 108/

Podemos distinguir un cuarto período (el contemporáneo) caracterizado por un énfasis retórico en la expansión de los programas de atención primaria de bajo costo, sobre todo en zonas rurales y para los sectores económicos más pobres de la sociedad. Una circular de 1978 del Departamento de Estado ordenaba a las embajadas estadounidenses en el Tercer Mundo dar:

> "apoyo prioritario a los programas ampliados de atención primaria de bajo costo, sobre todo en las zonas rurales, a través de personal auxiliar en clínicas, postas sanitarias, sistemas comerciales de distribución y otros modos de llegar a la comunidad, con énfasis en la enseñanza y prestación de servicios de planificación familiar". 109/

Esta nueva orientación concuerda con la ideología predominante en la diplomacia exterior estadounidense y con el énfasis en lograr un orden económico internacional más justo y humano. No obstante, la preocupación retórica por la expansión de los programas de atención sanitaria primaria de bajo costo tiende a mistificar (desde un punto de vista ideológico) el hecho de que el sector curativo "oficial" sigue recibiendo el grueso de la asistencia externa. Si bien se han llevado a cabo programas de esta índole en varios países de la región, constituyen invariablemente casos aislados en algunas localidades rurales. Además, prestan servicios ínfimos, de segundo orden y de mala calidad a los pobres de las poblaciones rurales y urbanas periféricas. En este último caso, dichos programas suelen utilizarse como medio político para debilitar las exigencias de esos estratos sobre el sector de atención médica formal.

Si bien en teoría el concepto de atención sanitaria primaria constituye una solución que podría tener un efecto potencial y eficaz sobre las formas patológicas esenciales de la región latinoamericana, la prestación de atención sanitaria primaria, dado que es un simple apéndice de la estructura existente del sector salud, conduce inevitablemente a mecanismos de discriminación social en la prestación de servicios de salud a diferentes categorías de personas.

108/ Molina Guzmán (1979), pp. 140-142.

109/ Ibid., p. 145.

/APENDICE ESTADISTICO A

APENDICE ESTADISTICO A

Indicadores de Mortalidad y Morbilidad

Cuadro A.1

ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR REGIONES DE LAS AMERICAS Y PAISES, 1960-1965, 1965-1970, 1970-1975, 1975-1980, 1980-1985; Y AÑOS ESTIMADOS Y PROYECTADOS DE AUMENTO EN LA ESPERANZA DE VIDA, 1960-1970 Y 1970-1980

Región/país u otra unidad política	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985	Años de aumento estimados 1960-1970	Años de aumento proyectados 1970-1980
I. América Latina	57.7	59.5	61.4	63.5	65.4	3.7	4.0
A. Caribe	59.6	61.8	63.1	64.3	65.7	3.5	2.6
Barbados	66.0	67.6	69.1	70.5	71.7	3.1	2.6
Cuba	65.1	69.2	69.8	70.4	71.1	4.7	1.3
Guadalupe	65.4	67.4	69.4	70.7	71.9	4.0	2.5
Haití	45.5	47.7	50.0	52.2	54.5	4.5	4.5
Jamaica	65.8	67.8	69.5	70.6	71.5	3.7	2.0
Martinica	65.4	67.4	69.4	71.0	72.3	4.0	2.9
Puerto Rico	69.5	71.0	72.1	72.8	73.5	2.6	1.4
República Dominicana	53.0	55.4	57.8	60.2	62.6	4.8	4.8
Trinidad y Tabago	65.8	67.8	69.5	70.8	71.8	3.7	2.3
B. Mesoamérica Continental	57.2	59.1	61.5	63.9	65.7	4.3	4.2
Costa Rica	62.8	65.4	68.2	70.2	71.8	5.4	3.6
El Salvador	51.5	54.9	57.8	60.7	63.3	6.3	5.5
Guatemala	47.2	50.1	52.9	55.7	58.5	5.7	5.6
Honduras	45.1	49.4	53.5	56.2	58.9	8.4	5.4
México	59.5	61.0	63.2	65.5	67.0	3.7	3.8
Nicaragua	47.9	50.4	52.9	55.2	57.6	5.0	4.7
Panamá	62.9	64.9	66.5	67.9	69.1	3.6	2.6
C. América del Sur Templada	63.3	65.3	66.5	67.9	68.7	3.2	2.2
Argentina	66.0	67.4	68.2	69.4	69.9	2.2	1.7
Chile	57.7	60.6	62.6	64.4	66.1	4.9	3.5
Uruguay	68.3	69.3	69.8	70.2	70.7	1.5	0.9
D. América del Sur Tropical	56.6	58.6	60.5	62.7	64.9	3.9	4.4
Bolivia	43.8	45.3	46.8	48.3	50.8	3.0	4.0
Brasil	57.9	59.7	61.4	63.6	65.7	3.5	4.3
Colombia	56.6	58.5	60.9	63.4	65.8	4.3	4.9
Ecuador	54.2	57.2	59.6	62.1	64.3	5.4	4.7
Guyana	62.4	65.2	67.9	69.1	71.2	5.5	3.3
Paraguay	57.0	60.1	61.9	63.6	65.1	4.9	3.2
Perú	51.0	53.4	55.7	58.1	60.7	4.7	5.0
Suriname	61.5	63.6	65.5	67.2	68.8	4.0	3.3
Venezuela	60.2	63.0	64.7	66.4	68.0	4.5	3.3
II. América del Norte	70.1	70.6	71.4	71.7	72.0	1.3	0.6
Canadá	71.4	72.0	72.4	72.5	72.7	1.0	0.3
Estados Unidos	70.0	70.5	71.3	71.6	71.9	1.3	0.6

Fuente: World Population Prospects as Assessed in 1973; Naciones Unidas, 1977.

Cuadro A.2

TASAS DE MORTALIDAD BRUTAS Y AJUSTADAS POR EDAD POR 1 000 HABITANTES, POR PAIS, ALREDEDOR DE 1960 Y 1975

País	Alrededor de 1960		Alrededor de 1975	
	Tasa bruta	Tasa ajustada	Tasa bruta	Tasa ajustada
Argentina	8.7	7.6	9.4a/	7.0a/
Canadá	7.7	5.1	7.4	4.2
Colombia	10.1	10.7	6.8	7.0
Costa Rica	8.5	8.2	4.9	5.0
Chile	11.7	12.2	7.5	6.7
Ecuador	13.1	12.5	9.7	9.6
El Salvador	11.7	11.2	8.2	7.8
Estados Unidos	9.5	5.6	9.0	4.4
Guatemala	15.9	16.3	12.6	12.5
Honduras	9.5	9.9	7.1	7.2
Jamaica	7.8	6.1	7.5a/	6.6a/
México	11.5	11.1	7.8	7.4
Nicaragua	7.2	6.9	5.8	5.9
Panamá	8.0	7.9	5.7	5.6
Perú	9.0	8.7	6.4a/	6.5a/
República Dominicana	8.9	9.2	5.6	5.6
Trinidad y Tabago	8.1	8.2	6.7	6.6
Uruguay	8.9	6.4	10.1	6.0
Venezuela	7.3	7.7	6.3	6.5

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Las condiciones de Salud en las Américas, Washington, 1978, p. 16.

a/ Alrededor de 1970.

Cuadro A.3

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION POR ORDEN DE IMPORTANCIA EN TODAS LAS EDADES EN 37 PAISES DE LAS AMERICAS, 1975

Causas de defunción	Total	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Quinta
Enfermedades del corazón (390-429)	34	26	3	3	2	-
Tumores malignos (140-209)	30	2	14	10	2	2
Influenza y neumonía (470-474, 480-486)	27	2	2	3	10	10
Accidentes (E800-E949, E980-E989)	26	1	6	3	11	5
Enfermedades cerebrovasculares (430-438)	25	1	7	10	4	3
Enteritis y otras enfermedades diarreicas (008, 009)	16	5	6	1	1	3
Causas de mortalidad perinatal (760-779)	15	-	-	2	4	9
Diabetes mellitus (250)	4	-	-	1	1	2
Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales (260-269)	3	-	-	1	-	2
Bronquitis, enfisema y asma (490-493)	3	-	-	1	-	2
Homicidio, intervención legal y operaciones de guerra (E960-E978, E990-E999)	2	-	-	-	1	1
Sarampión (055)	1	-	-	1	-	-
Trastornos mentales (290-315)	1	-	-	-	1	-

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Las Condiciones de Salud en las Américas, Washington, p. 16.

Nota: Los números que aparecen entre paréntesis son los de la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Cuadro A.4

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION POR ORDEN DE IMPORTANCIA EN LOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD EN 29 PAISES DE LAS AMERICAS, 1975

Causas de defunción	Total	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Quinta
Influenza y neumonía (470-474, 480-486)	29	2	7	13	5	2
Causas de mortalidad perinatal (760-779)	28	21	3	4	1	-
Enteritis y otras enfermedades diarreicas (008, 009)	29	6	12	4	4	2
Anomalías congénitas (740-759)	20	-	6	3	9	2
Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales (260-269)	14	-	-	2	2	10
Bronquitis, enfisema y asma (490-493)	8	-	1	3	3	1
Accidentes (E800-E949, E980-E989)	5	-	-	-	2	3
Meningitis (320)	4	-	-	-	1	3
Tos ferina (033)	3	-	-	-	1	2
Tétanos (037)	3	-	-	1	2	-
Sarampión (055)	2	-	-	-	1	1
Enfermedades del corazón (390-429)	2	-	-	-	-	2
Sífilis y sus secuelas (090-097)	1	-	-	-	-	1
Enfermedades cerebrovasculares (430-438)	1	-	-	-	-	1
Ulcera péptica (531-533)	1	-	-	-	-	1

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Las condiciones de Salud en las Américas, Washington, p. 17.

Nota: Los números que aparecen entre paréntesis son los de la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Cuadro A.5

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION POR ORDEN DE IMPORTANCIA EN EL GRUPO DE EDAD DE 1 A 4 AÑOS EN 22 PAISES DE LAS AMERICAS, 1975

Causas de defunción	Total	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Quinta
Influenza y neumonía (470-474, 480-486)	22	5	10	4	3	-
Enteritis y otras enfermedades diarreicas (008, 009)	18	12	2	2	1	1
Accidentes (E800-E949, E980-E989)	18	5	3	3	4	3
Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales (260-269)	12	-	1	3	3	5
Bronquitis, enfisema y asma (490-493)	9	-	1	3	2	3
Sarampión (055)	8	-	3	1	4	-
Anomalías congénitas (740-759)	8	-	2	2	3	1
Tumores malignos (140-209)	6	-	-	3	1	2
Tos ferina (033)	5	-	-	2	1	2
Meningitis (320)	4	-	-	-	-	4
Poliomielitis aguda (040-043)	1	-	-	-	-	1
Enfermedades del corazón (390-429)	1	-	-	-	-	1
Homicidio, intervención legal y operaciones de guerra (E960-E978, E990-E999)	1	-	-	-	-	1

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Las Condiciones de Salud en las Américas, Washington, p. 17.

Nota: Los números que aparecen entre paréntesis son los de la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Cuadro A.6

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION POR ORDEN DE IMPORTANCIA EN EL GRUPO DE EDAD DE 5 A 14 AÑOS EN 22 PAISES DE LAS AMERICAS, 1975

Causas de defunción	Total	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Quinta
Influenza y neumonía (470-474, 480-486)	22	1	3	7	7	4
Accidentes (E800-E949, E980-E989)	22	17	4	-	1	-
Tumores malignos (140-209)	15	-	7	2	2	4
Enteritis y otras enfermedades diarreicas (008, 009)	13	4	6	1	1	1
Enfermedades del corazón (390-429)	10	-	-	4	2	4
Anomalías congénitas (740-759)	8	-	-	4	2	2
Anemias (280-285)	6	-	-	2	4	-
Sarampión (055)	4	-	2	1	1	-
Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales (260-269)	4	-	-	1	-	3
Bronquitis, enfisema y asma (490-493)	2	-	-	-	-	2
Homicidio, intervención legal y operaciones de guerra (E960-E978, E990-E999)	2	-	-	-	2	-
Disentería bacilar y amibiasis (004, 006)	1	-	-	-	-	1
Tuberculosis (010-019)	1	-	-	-	1	-
Suicidio (E950-E959)	1	-	-	-	-	1

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Las Condiciones de Salud en las Américas, Washington, p. 18.

Nota: Los números que aparecen entre paréntesis son los de la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Cuadro A.7

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION POR ORDEN DE IMPORTANCIA EN EL GRUPO DE EDAD DE 15 A 44 AÑOS EN 27 PAISES DE LAS AMERICAS, 1975

Causas de defunción	Total	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Quinta
Accidentes (E800-E949, E980-E989)	27	26	1	-	-	-
Enfermedades del corazón (390-429)	23	-	9	10	3	1
Tumores malignos (140-209)	22	-	8	8	3	3
Homicidio, intervención legal y operaciones de guerra (E960-E978, E990-E999)	14	1	5	1	3	4
Suicidio (E950-E959)	11	-	1	3	3	4
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio (630-678)	9	-	-	1	4	4
Tuberculosis (010-019)	7	-	1	1	4	1
Enteritis y otras enfermedades diarreicas (008, 009)	5	-	-	2	1	2
Influenza y neumonía (470-474, 480-486)	5	-	1	2	1	1
Cirrosis hepática (571)	4	-	1	1	-	2
Trastornos mentales (290-315)	3	-	-	-	2	1
Enfermedades cerebrovasculares (430-438)	3	-	-	1	-	2
Anemias (280-285)	1	-	-	-	-	1
Bronquitis, enfisema y asma (490-493)	1	-	-	-	-	1
Nefritis y nefrosis (580-584)	1	-	-	-	1	-
Anomalías congénitas (740-759)	1	-	-	-	-	1

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Las Condiciones de Salud en las Américas, Washington, p. 18.

Nota: Los números que aparecen entre paréntesis son los de la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Cuadro A.8

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION POR ORDEN DE IMPORTANCIA EN EL GRUPO DE EDAD DE 45 A 64 AÑOS EN 31 PAISES DE LAS AMERICAS, 1975

Causas de defunción	Total	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Quinta
Tumores malignos (140-209)	31	10	15	5	1	-
Enfermedades del corazón (390-429)	31	20	8	1	1	1
Enfermedades cerebrovasculares (430-438)	27	-	2	14	5	6
Accidentes (E800-E949, E980-E989)	27	-	3	7	10	7
Cirrosis hepática (571)	11	-	-	2	3	6
Diabetes mellitus (250)	10	-	-	1	4	5
Influenza y neumonía (470-474, 480-486)	6	1	1	-	2	2
Enteritis y otras enfermedades diarreicas (008, 009)	4	-	1	-	3	-
Tuberculosis (010-019)	4	-	-	1	1	2
Trastornos mentales (290-315)	2	-	1	-	1	-
Homicidio, intervención legal y operaciones de guerra (E960-E978, E990-E999)	2	-	-	-	-	2
Suicidio (E950-E959)	1	-	-	-	-	1

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Las Condiciones de Salud en las Américas, Washington, 1978, p. 19.

Nota: Los números que aparecen entre paréntesis son los de la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Cuadro A.9

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION POR ORDEN DE IMPORTANCIA EN EL GRUPO DE EDAD DE 65 AÑOS Y MAS EN 35 PAISES DE LAS AMERICAS, 1975

Causas de defunción	Total	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Quinta
Tumores malignos (140-209)	35	1	16	13	3	2
Enfermedades del corazón (390-429)	35	31	3	-	-	1
Enfermedades cerebrovasculares (430-438)	34	1	14	16	3	-
Influenza y neumonía (470-474, 480-486)	29	2	1	1	17	8
Diabetes mellitus (250)	17	-	1	-	8	8
Enteritis y otras enfermedades diarreicas (008, 009)	10	-	1	3	2	4
Accidentes (E800-E949, E980-E989)	8	-	-	-	1	7
Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales (260-269)	3	-	-	1	-	2
Bronquitis, enfisema y asma (490-493)	3	-	-	-	-	3
Cirrosis hepática (571)	2	-	-	-	-	2
Tuberculosis (010-019)	1	-	-	-	-	1
Anemias (280-285)	1	-	-	-	1	-
Trastornos mentales (290-315)	1	-	-	-	-	1

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Las condiciones de salud en las Américas, Washington, 1978, p. 19.

Nota: Los números que aparecen entre paréntesis son los de la Octava Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Cuadro A.10

NUMERO Y PORCENTAJE DE DEFUNCIONES POR ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, CON TASAS POR 100 000 HABITANTES, EN LAS REGIONES DE LAS AMERICAS, 1968 Y 1975

País	Año	Todas las edades			Menores de un año			1 a 4 años			Menores de 5 años		
		Número	Tasa	Porcentaje	Número	Tasa	Porcentaje	Número	Tasa	Porcentaje	Número	Tasa	Porcentaje
América del Norte	1968	3 207	1.3	0.2	1 130	29.2	1.4	281	1.7	9.1	1 411	7.1	1.4
América Latina	1968	136 851	98.8	11.0	67 880	1 278.0	19.7	39 198	204.6	23.0	107 078	437.6	20.8
Mesoamérica Continental	1968	90 368	144.0	14.3	40 712	1 480.6	22.5	25 582	280.0	26.1	66 294	557.7	23.7
América del Sur	1968	40 894	68.9	8.1	23 207	1 121.0	16.5	12 513	156.8	19.0	35 720	355.4	17.3
Caribe	1968	5 589	34.0	5.1	3 961	806.3	17.2	1 103	54.1	17.4	5 064	200.1	17.2
América del Norte	1975	2 258	1.0	0.1	779	22.2	1.4	107	0.8	1.1	886	5.0	1.4
América Latina	1975	115 364	69.8	9.7	61 337	1 027.0	20.9	30 011	137.9	24.3	91 348	329.3	21.9
Mesoamérica Continental	1975	74 948	97.9	12.7	37 391	1 122.0	23.2	18 808	175.4	28.3	56 199	399.8	24.7
América del Sur	1975	37 097	53.1	7.6	21 865	1 003.9	18.6	10 548	117.4	20.0	32 413	290.3	19.1
Caribe	1975	3 319	17.6	3.1	2 081	450.3	14.1	655	31.8	14.9	2 736	108.6	14.3

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Las condiciones de salud en las Américas, Washington, p. 63.

/Gráfico A.1

Gráfico A.1

DEFUNCIONES MATERNAS POR 10 000 NACIDOS VIVOS EN LAS TRES REGIONES DE LAS AMERICAS, 1960-1975

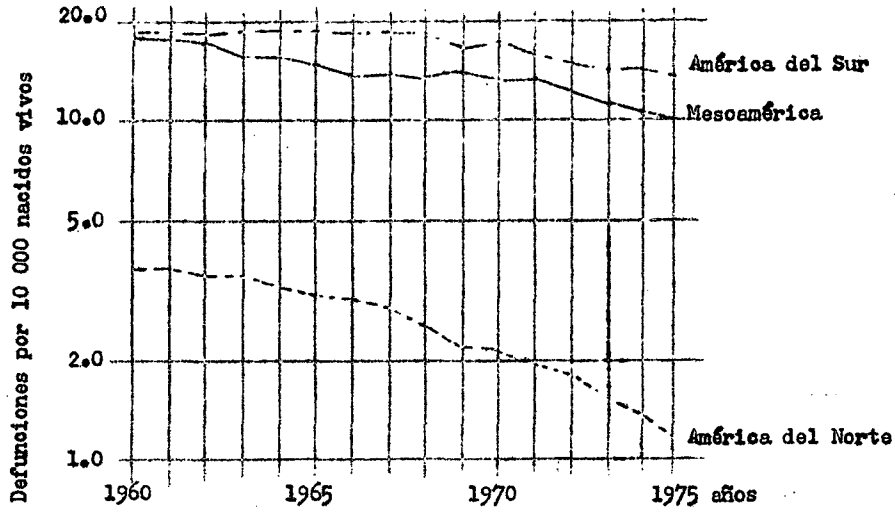
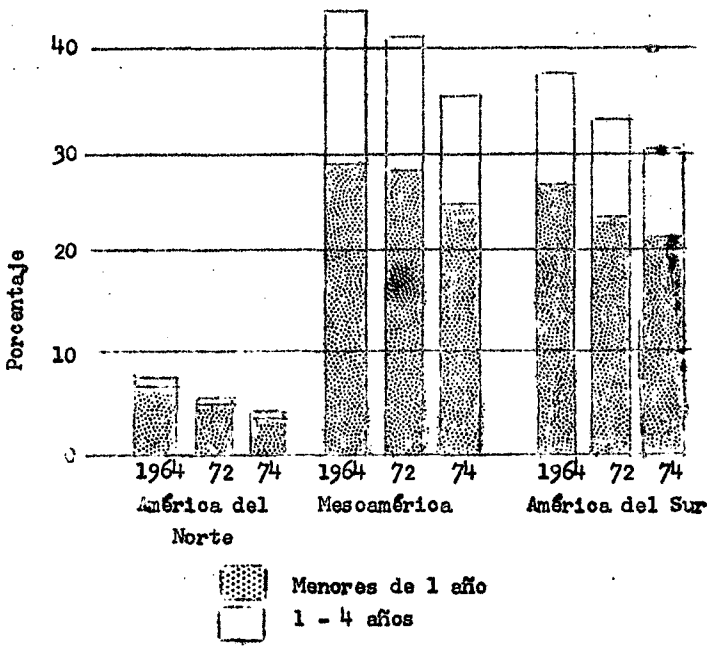


Gráfico A.2

PORCENTAJE DE DEFUNCIONES DE MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD EN LAS TRES REGIONES DE LAS AMERICAS, 1964-1974

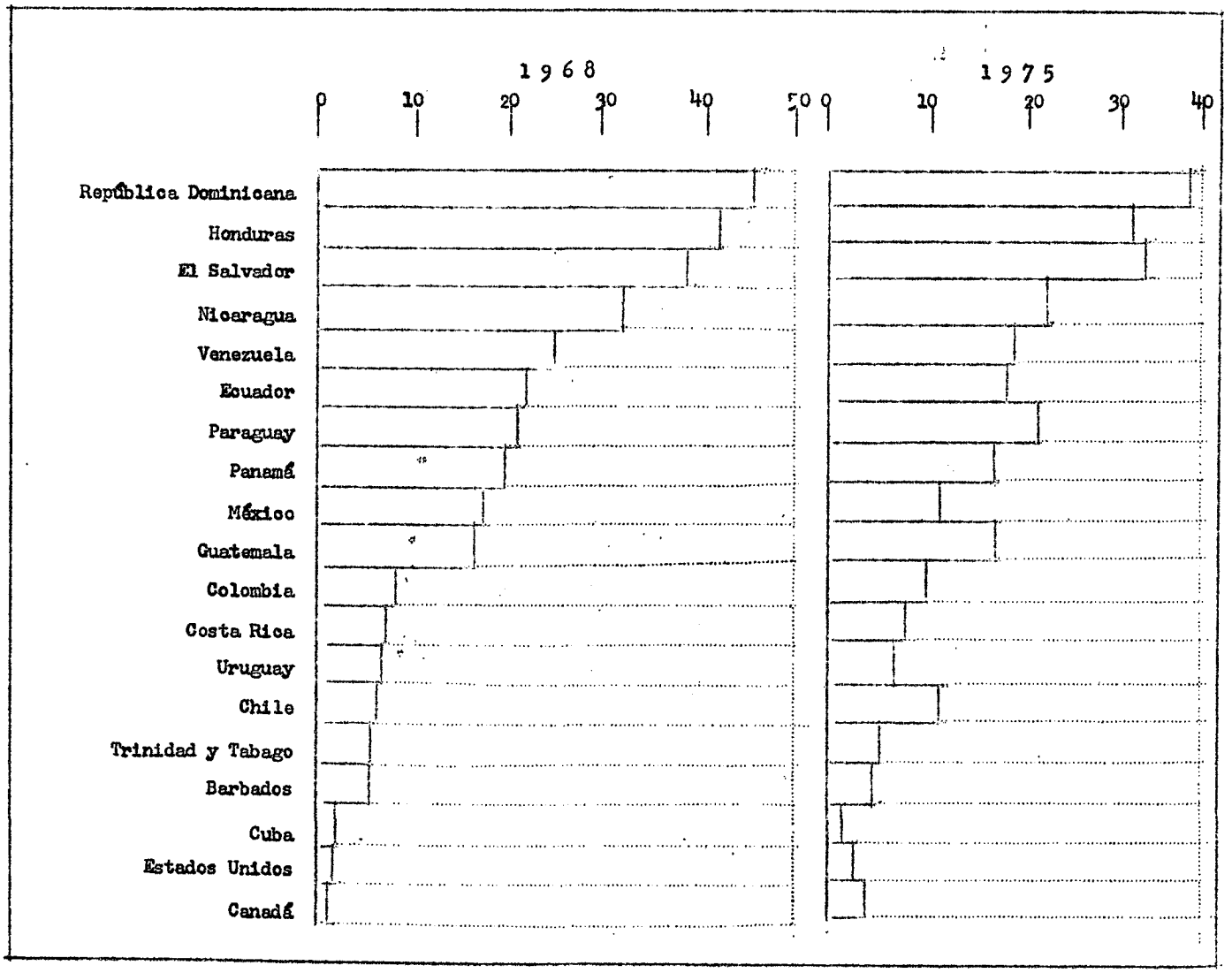


Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Informe del Director, Cuadrienal 1974-1977, Anual 1977, Washington, 1978, p. 84

/Gráfico A.3

Gráfico A. 3

PORCENTAJE DE DEFUNCIONES POR CAUSAS MAL DEFINIDAS Y DESCONOCIDAS, POR PAIS, 1968 Y 1975



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Las condiciones de salud en las Américas, Washington, 1978, p. 27

/APENDICE ESTADISTICO B

APENDICE ESTADISTICO B

Recursos humanos, materiales y financieros del sector salud

Cuadro B.1

NUMERO DE MEDICOS, ENFERMERAS GRADUADAS Y AUXILIARES DE ENFERMERIA, CON RAZONES POR 10 000 HABITANTES, EN LAS AMERICAS

País u otra unidad política	Año	Médicos		Año	Personal de enfermería			
					Enfermeras graduadas a/		Auxiliares de enfermería	
		Número	Razón		Número	Razón	Número	Razón
Antigua	1976	26	3.7	1976	98	13.8	78	11.0
Antillas Neerlandesas	1968	120	5.6	1968	266	12.4	...	...
Argentina	1973	53 684	21.7	1973	14 471	5.9	25 754	10.4
Bahamas	1976	143	6.8	1976	354	16.8	394	18.7
Barbados	1976	166	6.7	1976	631	25.5	388	15.7
Belice	1976	41	2.8	1976	118	8.2	113	7.8
Bermudas	1973	58	10.6	1968	214	42.8	123	24.6
Bolivia	1974	2 583	4.7	1972	853	1.6	859	1.7
Brasil	1972	59 573	6.1	1972	8 054b/	0.8	92 247c/	9.7
Canadá	1976	40 130	17.3	1975	140 388	61.5	108 324	47.4
Colombia	1973	10 625	4.8	1977	3 509	1.4	27 645	11.0
Costa Rica	1975	1 293	6.6	1976	1 121	5.6	4 291	21.3
Cuba	1974	8 200	8.9	1977	9 710	10.1	13 877	14.4
Chile	1976	4 750	4.5	1976	2 758	2.6	21 544	20.6
Dominica b/	1973	13	1.8	1973	152	20.8	31	4.2
Ecuador	1973	3 109	4.7	1977	1 294	1.7	8 028	10.6
El Salvador	1976	1 116	2.7	1976	1 189	2.9	2 525	6.1
Estados Unidos de América	1975-1976	348 443	16.3	1976	962 800	44.9	1 489 000	69.4
Granada	1974	25	2.6	1974	106	11.0	47	4.9
Guadalupe	1975	218	6.2	1975	702d/	19.8	87	2.5
Guatemala	1971	1 208	2.2	1971	751	1.4	3 673	6.8
Guayana Francesa	1976	51	8.2	1974	151d/	26.0	266	45.9
Guyana	1976	133	1.7	1972	641	8.7	510	6.9
Haití	1976	418	0.9	1976	494	1.1	1 752	3.8
Honduras	1976	954	3.4	1976	375	1.3	3 582	12.7
Islas Caimán	1974	13	11.8	1974	20	18.2	21	19.1
Islas Malvinas	1974	3	15.0	1974	5	25.0	5	25.0
Islas Turcas y Caicos	1973	3	5.0	1973	9	15.0	19	31.7
Islas Vírgenes (EUA)	1974	96	11.0	1974	241	27.7	111e/	12.8
Islas Vírgenes (RU)	1976	10	8.3	1976	15	12.5	20	16.7
Jamaica	1974	570	2.8	1974	2 979	14.8	950	4.7
Martinica	1975	256	7.1	1974	724d/	20.2	320	8.9
México	1974	46 473	8.0	1974	26 724	4.6	47 434	8.2
Montserrat	1972	6	5.0	1972	52f/	43.3	...	...
Nicaragua	1975	1 357	6.3	1972	469	2.4	1 915	9.8
Panamá	1976	1 356	7.9	1976	1 193	6.9	2 598	15.1
Panamá, Zona del Canal	1975	151	34.3	1975	259	58.9	348	79.1
Paraguay	1976	1 266	4.6	1976	470	1.7	1 851	6.7
Perú	1972	8 023	5.6	1977	7 563	4.6	12 143	7.3
Puerto Rico	1974	3 479	11.5	1974	5 025	16.6	5 386	17.8
República Dominicana	1973	2 374	5.4	1976	332	0.7	2 639	5.5
San Cristobal, Nieves y Anguila	1976	17	2.6	1973	144	22.2	59	9.1
San Pedro y Miquelón	1976	6	12.0	1976	20	40.0	3	6.0
San Vicente	1974	22	2.2	1974	119	11.8	103	10.2
Santa Lucía	1976	32	2.9	1976	172	15.6	57	5.2
Suriname	1975	194	4.6	1975	516	12.2	611	14.5
Trinidad y Tabago	1975	550	5.1	1975	1 873	17.3	703	6.5
Uruguay	1972	3 250	11.0	1971	988	3.4	5 956	20.4
Venezuela	1976	14 211	11.5	1975	8 914	7.4	19 120	15.9

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Informe del Director, Cuadrienal, 1974-1977, Anual 1977, Washington, p. 125.

a/ Incluye enfermeras especializadas en obstetricia.

b/ Personal al servicio del gobierno.

c/ Datos de 1971.

d/ Incluye enfermeras psiquiátricas.

e/ Enfermeras prácticas con certificado.

f/ Se desconoce el nivel de adiestramiento de las enfermeras.

Cuadro B.2

NUMERO DE MEDICOS Y RAZONES POR 10 000 HABITANTES EN GRANDES CIUDADES Y EN EL RESTO DEL PAIS

País	Año	Total de médicos	En capitales y grandes ciudades		En el resto del país	
			Número	Razón	Número	Razón
Argentina a/	1971	46 149	32 129	24.6	14 020	13.3
Barbados b/	1972	140	113	11.4	27	1.9
Bolivia a/	1970	2 143	1 130	13.8	1 013	2.5
Colombia a/	1970	9 468	7 026	11.5	2 442	1.6
Chile b/	1970	4 401	2 556	7.2	1 845	3.0
Ecuador b/	1970	2 080	1 380	6.5	700	1.8
El Salvador c/	1972	952	738	14.0	214	0.6
Guatemala a/	1971	1 208	1 025	15.0	183	0.4
Guyana b/	1972	191	145	4.4	43	1.1
Haití d/	1969	361	212	6.2	149	0.3
Honduras d/	1971	645	294	12.4	351	1.5
Jamaica e/	1970	710	537	10.0	173	1.3
México f/	1968	25 602	12 937	22.9	12 665	3.0
Nicaragua d/	1972	1 385	683	16.5	702	4.5
Panamá d/	1972	1 070	702	18.9	368	3.2
Perú d/	1972	8 023	4 932	18.2	3 091	2.6
Suriname a/	1970	163	131	6.7	32	1.6
Venezuela c/	1972	11 222	5 035	22.0	6 187	7.2

Fuente: Horn (1972), "Medical Brain in Latin America", p. 429.

a/ En localidades con 100 000 o más habitantes (ciudad capital).
b/ Departamentos o provincias que contienen la ciudad capital y/o la ciudad más grande.
c/ Area metropolitana de la ciudad capital.
d/ Sólo la ciudad capital.
e/ Incluye las comunas de Kingston y St. Andrews.
f/ Capitales y ciudades de más de 500 000 habitantes.

Cuadro B.3

NUMERO DE DENTISTAS CON RAZONES POR 10 000 HABITANTES EN PAISES U OTRAS UNIDADES POLITICAS DE LAS AMERICAS

País u otra unidad política	Año	Número	Razón	País u otra unidad política	Año	Número	Razón
Antigua	1976	4	0.6	Islas Caimán	1974	3	2.7
Antillas Neerlandesas	1968	29	1.3	Islas Malvinas	1974	1	5.0
Argentina	1972	13 300	5.5	Islas Turcas y Caicos	1973	1	1.7
Bahamas	1974	32	1.6	Islas Vírgenes (EUA)	1974	25	2.9
Barbados	1976	17	0.7	Islas Vírgenes (RU)	1976	2	1.7
Belice	1976	6	0.4	Jamaica	1974	107	0.5
Bermudas	1968	30	6.0	Martinica	1975	80	2.2
Bolivia	1972	685	1.3	México	1970	5 101	1.0
Brasil	1972	31 664	3.2	Montserrat	1972	2	1.7
Canadá	1976	9 487	4.1	Nicaragua	1973	295	1.5
Colombia	1972	3 264	1.5	Panamá	1976	237	1.4
Costa Rica	1976	360	1.8	Panamá, Zona del Canal	1975	7	1.6
Cuba	1974	2 000	2.2	Paraguay	1976	703	2.5
Chile	1976	1 391	1.3	Perú	1972	2 542	1.8
Dominica	1973	1a/	0.1	Puerto Rico	1974	667	2.2
Ecuador	1973	579	0.9	República Dominicana	1973	516	1.2
El Salvador	1976	359	0.9	San Cristóbal, Nieves y Anguila	1976	7	1.1
Estados Unidos de América	1975	112 020	5.3	San Pedro y Miquelón	1975	1	2.0
Granada	1974	4	0.4	San Vicente	1974	2	0.2
Guadalupe	1974	45	1.3	Santa Lucía	1976	5	0.5
Guatemala	1971	244	0.5	Suriname	1974	15	0.4
Guayana Francesa	1976	10	1.6	Trinidad y Tabago	1975	58	0.5
Guyana	1976	30	0.4	Uruguay	1971	1 331	4.6
Haití	1976	81	0.2	Venezuela	1976	3 674	3.0
Honduras	1976	220	0.8				

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Informe del Director, Cuadrienal 1974-1977, Anual 1977, Washington, 1978, p. 126.

a/ Ministerio de Salud únicamente.

Cuadro B.4

NUMERO DE HOSPITALES Y CAMAS, CON RAZONES POR 1 000 HABITANTES EN REGIONES DE LAS AMERICAS, ALREDEDOR DE 1954, 1964 Y 1974

Variable y región	1954	1964	1974	Porcentaje de cambio en décadas	
				1954-1964	1964-1974
Número de hospitales					
América del Norte	8 432	8 514	8 828	+1.0	-3.7
América Latina	7 126	9 919	12 694	+39.2	+28.0
Mesoamérica	1 293	2 778	2 887	+114.8	+3.9
América del Sur	5 833	7 141	9 807	+22.4	+37.3
Número de camas					
América del Norte	1 774 176	1 902 604	1 657 324	+7.2	-12.9
América Latina	559 459	764 271	903 071	+27.5	+18.2
Mesoamérica	119 712	213 449	199 339	+78.3	-6.6
América del Sur	479 747	550 822	703 732	+14.8	+27.3
Razón de camas					
América del Norte	10.0	9.0	7.1	-10.0	-21.1
América Latina	3.3	3.3	3.0	-	-9.1
Mesoamérica	2.1	2.9	2.1	+38.1	-27.6
América del Sur	3.9	3.6	3.5	-7.7	-2.8

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Las condiciones de salud en las Américas, Washington, 1978, p. 109.

Nota: Estos totales regionales incluyen todos los países integrantes, si bien el año a que corresponden los datos puede variar según el país y la disponibilidad de la información.

Cuadro B.5

CAMAS DE HOSPITAL CON RAZONES POR 1 000 HABITANTES EN LAS CAPITALES Y GRANDES CIUDADES DE MAS DE 100 000 HABITANTES Y EN EL RESTO DEL PAIS, ALREDEDOR DE 1976

País u otra unidad política	Año	Total		Capitales y grandes ciudades		Resto del país	
		Número	Razón	Número	Razón	Número	Razón
Argentina	1973	133 847	5.4	27 145a/	9.4	106 702b/	4.9
Bahamas	1975	874	4.3	816	6.9	58	0.7
Barbados	1976	2 141	8.7	1 636c/	16.7	505	3.4
Belice	1976	653	4.5	452	9.6	201	2.1
Bolivia	1975	4 113	0.9	2 021	1.4	3 092	0.7
Canadá	1975	208 912	9.2	120 153	19.3	88 759	5.3
Colombia	1973	44 242	2.0	25 218	3.0	19 024	1.4
Costa Rica	1974	7 371	3.8	4 665	21.2	2 706	1.6
Cuba	1973	37 693	4.2	22 636	13.8	15 057	2.0
Chile	1975	33 772	3.3	12 796a/	3.4	20 976b/	3.2
El Salvador	1976	5 935	1.4	2 769	7.1	3 166	0.8
Haití	1976	4 509	1.0	2 170	4.4	2 339	0.6
Honduras	1976	4 751	1.7	3 157	7.6	1 594	0.7
Jamaica	1974	7 815	3.9	5 029c/	8.6	2 786	2.0
Nicaragua	1976	4 426	2.0	1 348	2.8	3 078	1.7
Panamá	1976	6 381	3.7	3 146	7.6	3 235	2.5
Puerto Rico	1974	12 267	4.0	7 230	6.4	5 037	2.6
República Dominicana	1975	7 129	1.5	3 018a/	3.8	4 111b/	1.1
Trinidad y Tabago	1975	4 815	4.5	1 049	14.6	3 766	3.7
Venezuela	1976	36 163	2.9	10 990	5.7	25 173b/	2.4

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Las condiciones de salud en las Américas, Washington, 1978, p. 109.

a/ Sólo la capital.

b/ Incluida una o más ciudades de más de 100 000 habitantes.

c/ Parroquia que incluye la capital.

Cuadro B.6

COSTOS ESTIMADOS DE LA EDUCACION MEDICA Y GASTOS DEL GOBIERNO EN SALUD, TOTAL Y POR HABITANTE, EN 16 PAISES, ALREDEDOR DE 1972

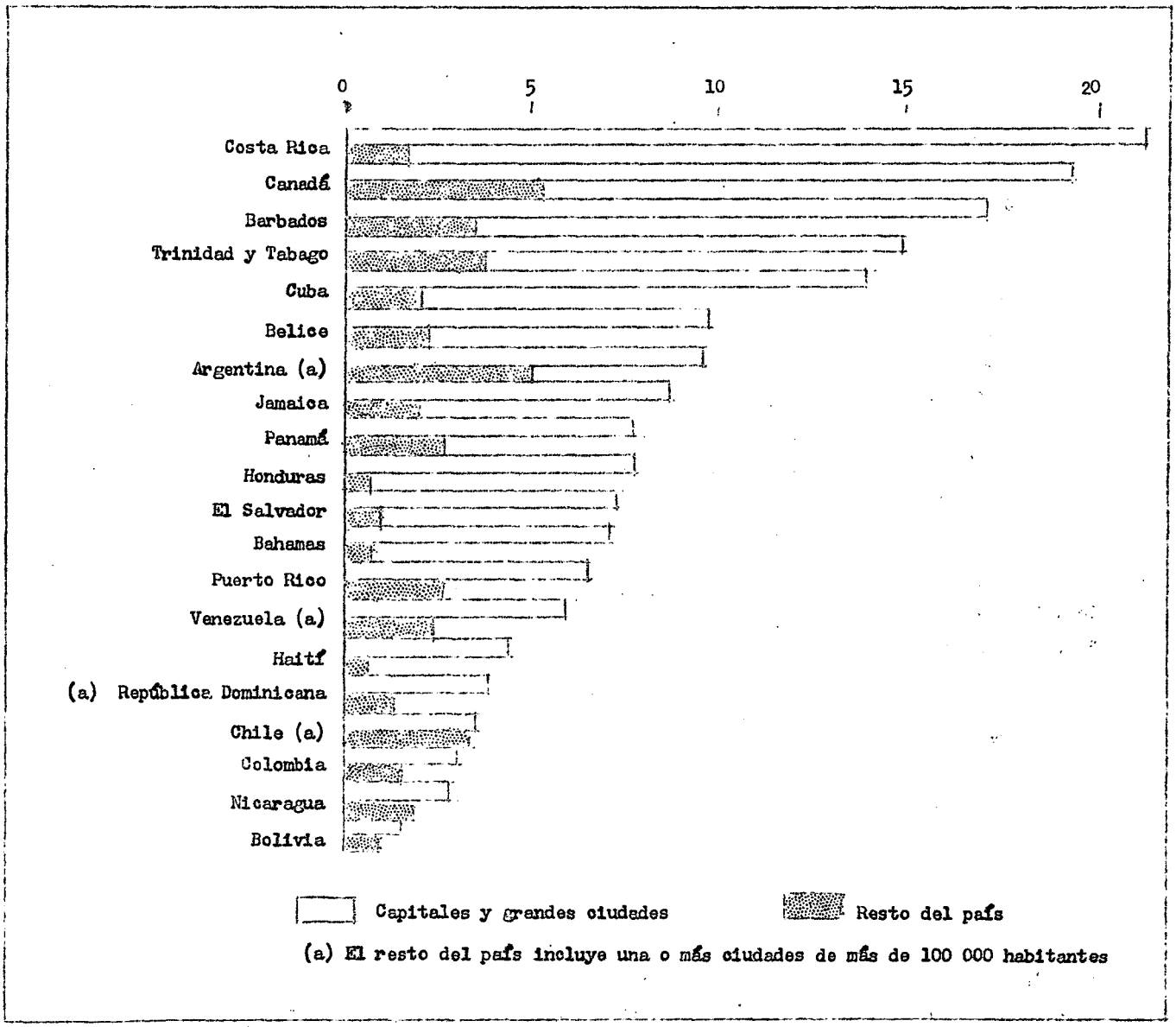
(En dólares)

País	Costo promedio por estudiante, por año, 1967	Estudiantes matriculados, 1971-1972	Costo total estimado por año de la educación médica	Gastos totales en salud 1972	Gastos en salud por habitante, 1972
Argentina	350.08	29 891	10 464 241.28	81 187 900 000	10.15
Bolivia	172.29	1 788	308 054.52	242 496 000	2.33
Brasil	1 210.10	44 074	53 333 947.40	817 600 000	1.33
Colombia	837.07	4 547	3 806 157.29	1 664 300 000	3.23
Costa Rica	1 484.54	282	418 640.28	47 200 000	4.23
Chile	2 986.87	2 546	7 604 571.02	5 596 900 000	22.12
Ecuador	176.45	4 638	818 375.10	155 000 000	0.95
El Salvador	1 802.85	2 179	3 928 410.15	39 138 000	4.41
Guatemala	561.64	1 830	1 027 801.20	21 653 000	4.00
Honduras	781.63	761	594 820.43	18 000 000	3.42
México	250.22	41 675	10 427 918.50	1 619 000 000	2.64
Nicaragua	1 008.03	312	314 503.36	152 214 000	10.92
Panamá	2 090.70	147	307 332.90	25 437 000	16.69
Perú	1 785.29	3 487	6 225 306.00	6 902 000 000	12.34
República Dominicana	753.03	4 087	3 077 633.61	39 518 000	9.72
Venezuela	2 028.89	6 232	12 644 042.48	2 024 858 000	42.92
Estados Unidos					149.09

/Gráfico B.1

Gráfico B.1

CAMAS HOSPITALARIAS POR 1 000 HABITANTES EN LAS CAPITALES Y GRANDES CIUDADES Y EN EL RESTO DEL PAIS, ALREDEDOR DE 1976

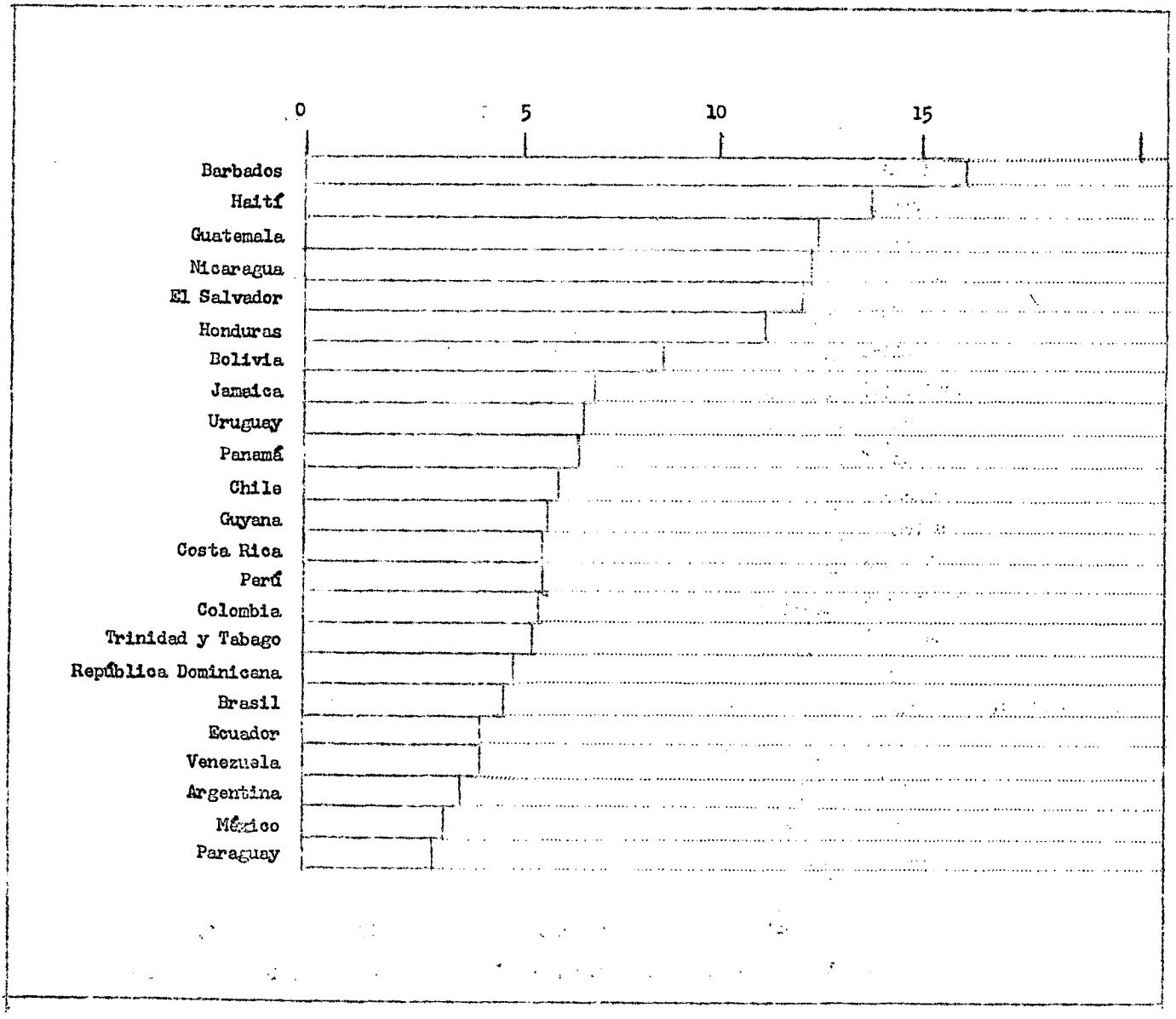


(a) El resto del país incluye una o más ciudades de más de 100 000 habitantes

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Las condiciones de salud en las Américas, Washington, 1978, p. 107

Gráfico B.2

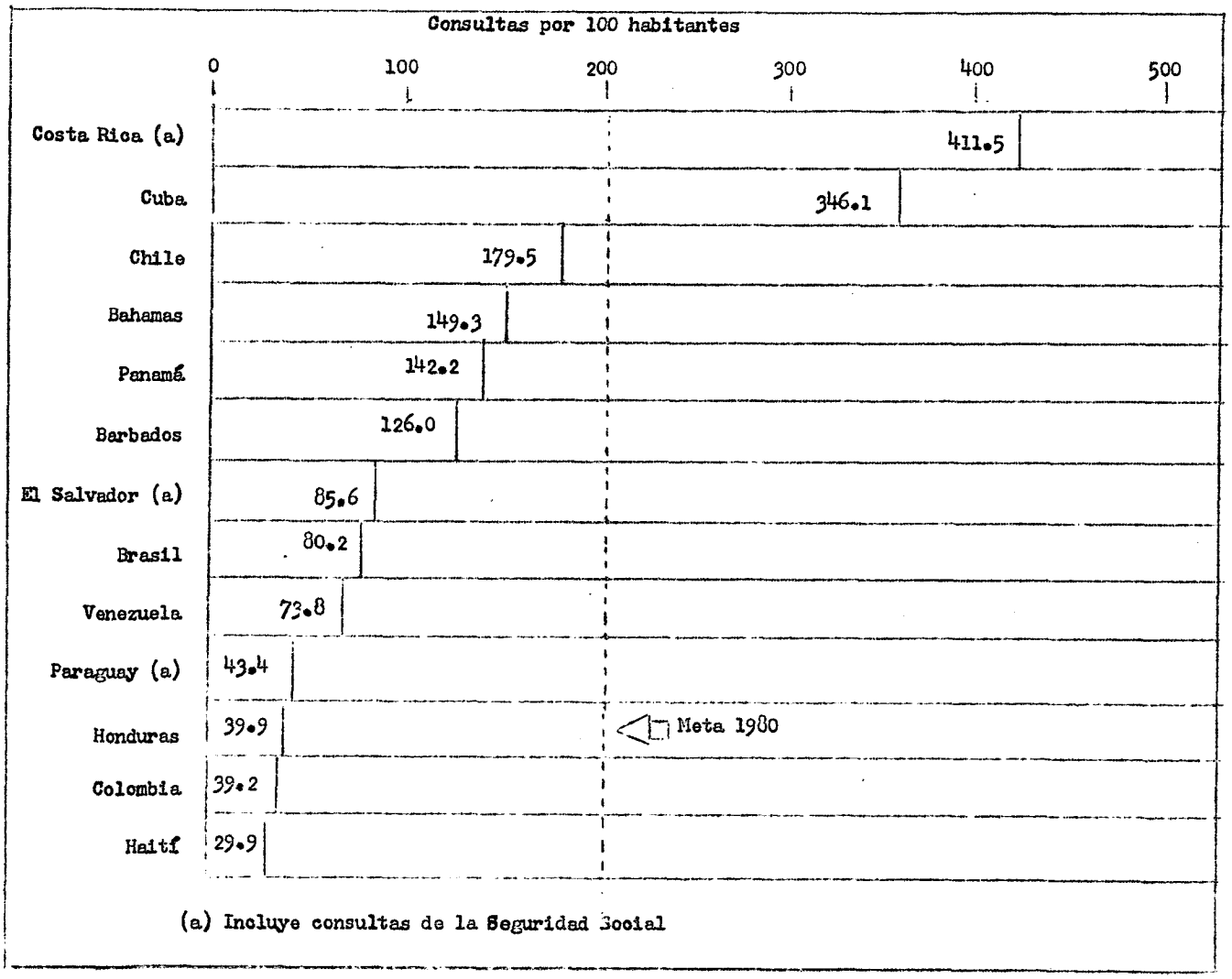
PORCENTAJE DE GASTOS DEL GOBIERNO DEDICADO A SALUD, POR PAIS, 1975



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Las condiciones de salud en las Américas, Washington, 1978, p. 99

Gráfico B.3

CONSULTAS POR 100 HABITANTES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
CON SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, ALREDEDOR DE 1976



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Las condiciones de salud en las Américas, Washington, 1978, p. 100

/BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

ABEL-SMITH, Brian (1968): Estudio internacional sobre los gastos sanitarios, Crónica de la OMS, Vol. 22, N° 3, 91-103.

ABEL-SMITH, Brian y Alcira LEISERSON (1978): "Poverty, Development, and Health Policy", Cuadernos de Salud Pública, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

ACUÑA MONTEVERDE, Héctor (1971): "La planificación sanitaria en los países latinoamericanos", Salud Pública de México, Vol. 13, N° 2, 189-193.

de ARAUJO, José D. (1972): "An Appraisal of the Health Planning Method Proposed by the Pan American Health Organization for Latin America", Revista de Saúde Pública, Vol. 6, N° 4, 305-315.

BADER, Michael (1977): "The International Transfer of Medical Technology - an Analysis and a Proposal for Effective Monitoring", International Journal of Health Services, Vol. 7, N° 3.

BAYLET, René y Amor BENYOUSSEF (1975): "Santé et développement: priorités, planification et indicateurs sanitaires", Social Science and Medicine, Vol. 9, N° 2, 69-73.

BANARJI, D. (1978): "Class View of Health and Disease", Economic and Political Weekly, Vol. XIII, N° 27, 1103-1106.

BASTOS, M.V. (1971): "Brazil's Multiple Social Insurance Programs and Their Influence on Medical Care", International Journal of Health Services, Vol. 1, N° 4, 378-389.

BEHM, Hugo (1979): "Demographic Growth and Health Needs in Latin America", International Journal of Health Services, Vol. 9, N° 1, 77-85.

BEHM, Hugo, H. GUTIERREZ y M. REQUENA (1972): "Demographic Trends, Health and Medical Care in Latin America", International Journal of Health Services, Vol. 2, N° 1, 13-22.

BELMAR, Roberto y col. (1977): "Evaluation of Chile's Health Care System, 1973-1976: a Communiqué from Health Workers in Chile", International Journal of Health Services, Vol. 7, N° 3, 531-540.

BERLINER, Howard S. (1977): "Emerging Ideologies in Medicine", The Review of Radical Political Economics, Vol. 9, N° 1, 116-124.

DREILH, J. (1979): "Community Medicine under Imperialism", International Journal of Health Services, Vol. 9, N° 1, 5-24.

BROWN, Richard E. (1977): "Public Health and Imperialism", Monthly Review, Vol. 29, N° 4, 21-34.

BRISCOE, John (1978): "Politics of an International Health Programme", Economic and Political Weekly, Vol. 13, N° 11, 518-520.

BICE, Thomas W. (1976): "Comments on Health Indicators: Methodological Perspective", International Journal of Health Services, Vol. 6, N° 3, 509-519.

BRUZUAL ACUÑA, Juan (1975): Aquí la enfermedad es un delito, Caracas.

BURGUETE OSORIO, Jorge M. (1972): "Un servicio de vigilancia epidemiológica nacional. Su importancia para el enfoque científico de las actividades sanitarias", Salud Pública de México, Vol. 14, N° 2, 243-247.

CHANFREAU, Diana (1979): "Professional Ideology and the Health Care System in Chile", International Journal of Health Services, Vol. 9, N° 1, 87-105.

CLEAVER, Harry (1977): "Malaria, the Politics of Public Health and the International Crisis", The Review of Radical Political Economics, Vol. 9, N° 1, 81-103.

CHOSSUDOVSKY, Michel (1977), La miseria en Venezuela, Valencia, Vadell Editores.

CHOSSUDOVSKY, Michel (1977): "Dependence and the Transfer of Intellectual Technology", Economic and Political Weekly, 3 septiembre 1977, 1579-1583.

CHOSSUDOVSKY, Michel (1975): "Hacia el Nuevo Modelo Económico Chileno, Inflación y Redistribución del Ingreso", El Trimestre Económico, Vol. XLII (2), N° 166, 311-347.

CHOSSUDOVSKY, Michel (1978), Methodology and Analysis of Poverty in Latin America, Santiago, Comisión Económica para América Latina.

CHOSSUDOVSKY, Michel (1979): "Human Rights, Health and Capital Accumulation in the Third World", International Journal of Health Services, Vol. 9, N° 1, 61-75.

CONOVER, Patrick W. (1973): "Social Class and Chronic Illness", International Journal of Health Services, Vol. 3, N° 3, 357-368.

DJUKANOVIC V. y E.P. MACH, editores (1975): Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

DANDEKAR, Kumundini y Vaijanyanti BHATE (1978): "Maharashtra's Rural Health Services System", Economic and Political Weekly, Vol. XIII, N° 50, 16 diciembre 1978, 2047-2052.

ECKHOLM, Erick (1977): The Picture of Health: Environmental Sources of Disease, Nueva York, W.W. Norton.

ECONOMIC AND POLITICAL WEEKLY (1978), New Drug Policy, Economic and Political Weekly, Vol. XIII, N° 21, 875-879.

ENGELS, Friedrich (1962): The Condition of the Working Class in England, Frogmore, Panther Books.

FAJARDO ORTIZ, Guillermo (1969): "El valor económico de la atención médica", Prensa Médica Mexicana, Vol. 34, N° 9, 349-350.

FRENDALL, N.R.E. (1972): "Primary Medical Care in Developing Countries", International Journal of Health Services, Vol. 2, N° 2, 297-315.

FREI, Eduardo (1975): "The Political Realities of Health in a Developing Nation", Bulletin of the New York Academy of Medicine, Vol. 51, N° 5, 580-590.

FRENK, J. et al (1978): "Medicina liberal y medicina institucional en México", Salud Pública de México, Vol. XVIII, N° 3, 481-493.

GARCIA, Juan C. (1972): La educación médica en la América Latina, Washington, Organización Panamericana de la Salud.

GARCIA, Juan C. (1971): "Profile of Medical Education in Latin America", International Journal of Health Services, Vol. 1, N° 1, 37-59.

GISH, Oscar (1973): "Resources Allocation, Equality of Access and Health", International Journal of Health Services, Vol. 3, N° 3, 399-412.

GOUGH, Ian (1978): "Theories of the Welfare State", International Journal of Health Services, Vol. 8, N° 1, 27-40.

GUZMAN OROZCO, Renaldo (1973): "La planificación de la salud en los países en vías de desarrollo", Salud Pública de México, Vol. 15, N° 6, 807-811.

HALL, T.L. y S. DIAZ P. (1971): "Social Security and Health Care Patterns in Chile", International Journal of Health Services, Vol. 1, N° 4, 362-377.

HORN, James (1977): "The Medical 'Brain Drain' and Health Priorities in Latin America", International Journal of Health Services, Vol. 9, N° 1, 425-440.

HSU, Robert C. (1977): "The Political Economy of Rural Health Care in China", The Review of Radical Political Economics, Vol. 9, N° 1, 134-140.

HILLEBOE, H.E., A. BARKHUSS y William C. THOMAS Jr. (1973): "Métodos de planificación sanitaria nacional", Cuadernos de Salud Pública, N° 46, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

INTERNATIONAL DEVELOPMENT RESEARCH CENTRE (1976): Catastrophe or New Society? A Latin American World Model, Ottawa.

LALL, Sanjaya y Senake BIBILE (1977): "La economía política del control de las transnacionales. La industria farmacéutica en Sri Lanka (1972-1976)", Comercio Exterior, Vol. 27, N° 8, 951-968.

LALL, Sanjaya (1977): "Medicines and Multinational", Monthly Review, Vol. 28, N° 10, 19-30.

LEESON, Joyce (1974): "Social Science and Health Policy in Preindustrial Society", International Journal of Health Services, Vol. 4, N° 3,

LLEWELYN, Davies R. y H.M.C. MACAULAY (1969): Planificación y Administración de Hospitales, Washington, Organización Panamericana de la Salud.

de la LOZA SALDIVAR, Arnoldo y M. de LOURDES R. MORENO (1975): "El impacto de las acciones de salud en la mortalidad de México en 1973", Salud Pública de México, Vol. 17, N° 2, 181-195.

MANZANA P., José y Jacobo FINKELMAN (1973): "Necesidades de información para la planificación de programas de salud", Salud Pública de México, Vol. 15, N° 2, 251-254.

MARIA y CAMPOS, Mauricio (1974): "La industria farmacéutica en México", Comercio Exterior, Vol. 27, N° 8, 888-912.

MARTINEZ NARVAEZ, Gregorio (1971): "Conceptos actuales en la planeación de salud pública", Salud Pública de México, Vol. 13, N° 2, 183-187.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (1974): Estudios básicos sobre el Servicio Nacional de Salud, Caracas.

MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA (1978): Gasto Institucional en Salud, Bogotá.

MOLINA-GUZMAN, Gustavo (1979): "Third World Experiences in Health Planning", International Journal of Health Services, Vol. 9, N° 1, 139-150.

MURRAY, Martin J. (1974): "The Pharmaceutical Industry: A Study in Corporate Power", International Journal of Health Services, Vol. 4, N° 4, 1974, 625-640.

MYRDAL, Gunnar (1963): Asian Drama, Nueva York, Pantheon Press.

NAVARRO, Vicente (1978): "The Crisis of the Western System of Medicine in Contemporary Capitalism", International Journal of Health Services, Vol. 8, N° 2, 179-209.

NAVARRO, Vicente (1979): Health and Medical Care in the U.S., Farmingdale, N.Y., Baywood Publishing Co.

NAVARRO, Vicente (1977): "Political Power, the State and Their Implications in Medicine", The Review of Radical Political Economics, Vol. 9, N°1, 61-80.

NAVARRO, Vicente (1974): "The Underdevelopment of Health or the Health of Undervelopment", Politics and Society, Winter 1974.

NERI, Rolando y Jorge FERNANDEZ de CASTRO (1968): "Evolución y tendencias de las inversiones de salud pública en México durante los últimos 50 años", Salud Pública de México, Vol. 10, N°2, 147-157.

O'BRIEN, Peter (1977): "Las marcas, la industria farmacéutica y los países en vías de desarrollo", Comercio Exterior, Vol. 27, N°8, 977-989.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (1976): El desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud frente a la necesidad de la extensión de cobertura, Divisiones Técnicas, CD24/DT/1, Washington.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1973): "Métodos de Planificación Sanitaria Nacional", Cuadernos de Salud Pública 46, Ginebra.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (1973): Conferencia panamericana sobre planificación de recursos humanos en salud, Ottawa.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (1970): "Coordinación de la atención médica", Washington, Publicación Científica N° 201.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (1970): Financiamiento del Sector Salud, Washington, Publicación científica N° 208.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (1975): Estudios de fuentes y usos, sistemas de financiamiento y costos del sector salud, Washington CE74/12, Comité Ejecutivo.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (1977): "Principios básicos para el desarrollo de la educación médica en la América Latina y el Caribe", Washington, Scientific Publication N° 341.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (1978a): Las condiciones de salud en las Américas, 1973-1974, Washington.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (1978c): Informe del Director, Cuadrienal 1974-1977 Anual 1977, Washington.

OZLACK O. y D. CAPUTO (1973): La emigración de personal médico desde América Latina a los Estados Unidos, Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud, Documentos de Referencia, Vol. 3, Cap. 4, Washington, Organización Panamericana de la Salud.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (1963): Seminar on the Methodology of Health Planning, Washington, Final Report.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (1965): Health Planning: Problems of Concept and Method, Washington, Scientific Publication N° 111.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (1966): Migration of Health Personnel, Scientists, and Engineers from Latin America, Washington.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (1972): Systems Analysis Applied to Health Services, Washington.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (1973): "Health Planning in Latin America", Washington, Scientific Publication N° 272.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (1978b): "Health Education", Addresses presented at the IX International Conference on Health Education, Washington, Scientific Publication N° 36.

PAREDES LOPEZ, Octavio (1977): "Consideraciones sobre la actividad de las empresas farmacéuticas en México", Comercio Exterior, Vol. 27, N° 8, 932-941.

RODBERG, Leonard y Gelvin STEVENSON (1977): "The Health Care Industry in Advance Capitalism", The Review of Radical Political Economics, Vol. 9, N° 1, 104-115.

ROEMER, Milton I. (1971): "Social Security for Medical Care: Is it Justified in Developing Countries?", International Journal of Health Services, Vol. 1, N° 4, 354-361.

ROEMER, Milton I. (1972): Development of Medical Services Under Social Security in Latin America, Third American Congress of Social Security Medicine, Inter American Committee on Social Security, Ciudad de Panamá, noviembre 1972.

ROEMER, Milton I., y Nobuo MAEDA (1976): "Does Social Security Support for Medical Care Weaken Public Health Programs?", International Journal of Health Services, Vol, 6, N°1, 69-78.

ROEMER, Milton I. (1973): "Political Ideology and Health Care: Hospital Patterns in the Philippines and Cuba", International Journal of Health Services, Vol. 3, N° 3, 487-492.

SALMON, J. Warren (1977): "Monopoly Capital and the Reorganization of the Health Sector", The Review of Radical Political Economics, Vol. 9, N° 1, 125-133.

SCHATZKIN, Arthur (1978): "Health and Labor-Power: A Theorical Investigation", International Journal of Health Services, Vol. 8, N° 2, 213-234.

SCHUFTAN, Claudio (1978): De-Westernizing Health Planning and Delivery through Consumer Participation: Some Lessons from Chile and Tanzania, Departamento de Nutrición, New Orleans, Tulane University.

SCHARPSTON, Michael J.: Health and the Human Environment.

TURSHEN, Meredith (1977): "The Political Ecology of Disease", Review of Radical Political Economics, Vol. 9, N° 1, 45-59.

TURSHEN, Meredith (1976): "An Analysis of the Medical Supply Industries", International Journal of Health Services, Vol. 6, N° 2, 271-294.

VAITSOS, C. (1972): "Patents Revisited: Their Function in Developing Countries", Journal of Developing Studies, 9, 71-97.

VASCO URIBE, Alberto (1975): Salud, medicina y clases sociales, Medellín, Editorial La Pulga.

WAITZKIN, Howard (1978): "A Marxist View of Medical Care", Annals of Internal Medicine, Vol. 89, N° 2, 264-278.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1971): Handbook for the Health Planner in the African Region, Brazaville.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1973): "Interrelationship Between Health Programmes and Socio-Economic Development", Public Health Papers N° 49, Ginebra.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1975): "Health Economics", Public Health Papers N° 64, Ginebra.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1978): "La Financiación de los Servicios de Salud", Serie de Información Técnica N° 625, Ginebra.