

DESARROLLO ECONÓMICO Y SALUD

RAÚL ENRIQUE MOLINA SALAZAR, ECON., M. EC., M. EDUC.,⁽¹⁾

J. ROGELIO ROMERO VELÁZQUEZ, ECON.,⁽²⁾ JOSÉ ANTONIO TREJO RODRÍGUEZ, ECON.⁽²⁾

Molina-Salazar RE, Romero-Velázquez JR,
Trejo-Rodríguez JA.
Desarrollo económico y salud.
Salud Publica Mex 1991;33:227-234.

Molina-Salazar RE, Romero-Velázquez JR,
Trejo-Rodríguez JA.
Economic development and health.
Salud Publica Mex 1991;33:227-234.

RESUMEN:

ABSTRACT:

El propósito del presente ensayo es examinar la relación del desarrollo económico y el nivel de salud de la población, para lo cual se establece una comparación entre México y otros países con diferentes estadios de desarrollo. La interrelación entre desarrollo económico y salud es un problema complejo, el cual permanece poco comprendido, aún cuando existe una apreciación general de que a un mayor nivel de desarrollo económico se elevarán los niveles de salud de la población. Estas consideraciones se toman en cuenta al observar que, en general, las condiciones de salud de los países industrializados son mejores que las condiciones de salud de los países no industrializados. En el caso de México, los problemas de desigualdad social a que ha dado lugar el estilo de desarrollo económico se han reflejado en el nivel de salud de la población. El rezago que muestran las condiciones de salud y el deterioro de los servicios de salud de México en base a los referentes internacionales, es un asunto que debe ser resuelto tras una clara decisión política, acompañada de los recursos correspondientes, para que puedan ser llevadas a cabo las estrategias que se plantearon en el Programa Nacional de Salud 1989-1994.

The purpose of this work is to examine the relationship between economic development and the population's level of health. Consequently, we will establish a comparison between Mexico and other countries in various stages of development. The interrelationship between economic development and health is a complex problem which is little understood, even though it is acknowledged that at increased levels of economic development the levels of health of a population will also increase. These considerations can be taken into account when we accept the fact that the health conditions in industrialized countries are generally better than the health conditions in non-industrialized countries. In the case of Mexico, the problems relating to social disparities due to the type of economic development are reflected in the country's level of health. Poor health conditions and the deterioration of health services in Mexico, based on international references, are matters that must be resolved by means of a clear political decision accompanied by the appropriate corresponding resources so that the strategies put forth by the National Health Program (1989-1994) can be carried out.

Palabras clave: desarrollo económico, crecimiento económico, producto nacional bruto *per cápita*, tasa de mortalidad infantil

Key words: economic development, economic growth, *per capita*, gross national product, infant mortality rate

Solicitud de sobretiros: Mtro. Raúl Molina Salazar, Instituto Nacional de Salud Pública, Escuela de Salud Pública de México, Departamento de Economía de la Salud. Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatitlán, CP 62508. Cuernavaca, Mor., México.

(1) Candidato doctoral, Universidad de Londres. Investigador del Departamento de Economía de la Salud, Escuela de Salud Pública de México (ESPM), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

(2) Investigador del Departamento de Economía de la Salud, ESPM-INSP.

Fecha de recibido: 15 de abril de 1991 Fecha de aprobado: 15 de mayo de 1991

LA INTERRELACIÓN ENTRE desarrollo económico y salud es un problema complejo, el cual permanece poco comprendido, aun cuando existe una apreciación general de que a un mayor nivel de desarrollo económico se elevarán los niveles de salud de la población. Asimismo, se asume que el crecimiento económico conllevará a una expansión y mejoría en los servicios de salud.¹ Estas consideraciones se toman en cuenta al observar que, en general, las condiciones de salud de los países industrializados son mejores que las condiciones de salud de los países no industrializados. De esta manera, se considera que el crecimiento económico es un determinante básico para la elevación de las condiciones de salud de una población, de la mejor organización y prestación de los servicios de salud.

La carencia de recursos de inversión en general y la ausencia de tecnología endógena han limitado al crecimiento económico de los países no industrializados. La importación de tecnología condiciona a su vez los estilos del desarrollo económico. Al igual que en los servicios de salud, el modelo imperante de atención curativa ha impuesto una barrera a la elevación de las condiciones de salud de la población, por su énfasis en el uso intensivo de recursos costosos para las condiciones de un país no industrializado, como es el caso de los insumos importados (equipo y materiales) o del empleo del profesional médico.

A pesar de los avances tecnológicos que la ciencia ha generado en el área de la salud para evitar los males de las epidemias como en el caso de la viruela (Small Pox), existe todavía una brecha entre el conocimiento científico y la disponibilidad de estos bienes a toda la población, la cual no ha permitido abatir problemas de salud pública básicos como las enfermedades transmisibles o infecciosas en los países no industrializados. Es en este punto de la discusión donde la ciencia económica o política pueden contribuir al esclarecimiento de las barreras o problemas asociados a la elevación de las condiciones de salud de las poblaciones en los países no industrializados.

El propósito de este trabajo es contribuir a la discusión de la relación entre desarrollo económico y nivel de salud; además es descriptivo y apunta algunas líneas de investigación para un posterior análisis. La evaluación se realiza a través de la comparación de las condiciones de salud y el nivel de crecimiento económico de algunos países industrializados (Estados Unidos e Inglaterra) con países latinoamericanos de mediano ingreso (Colombia, Costa Rica y México).

DESARROLLO ECONÓMICO

Al término desarrollo económico se le han asignado múltiples connotaciones, algunas con objetivos o metas alcanzables y otras más como la expresión de un proceso o camino deseable a recorrer. En una definición operativa S. Kuznets define al desarrollo como: "Entendemos por desarrollo económico de un país el crecimiento sostenido en su magnitud como unidad económica. A la inversa, el estancamiento y la decadencia pueden definirse como la incapacidad sostenida de crecimiento de la magnitud económica de la nación, o su persistente disminución".²

Las teorías que estudian el proceso de desarrollo económico dan diferentes versiones respecto del proceso causal que permite el desarrollo económico de un país, y de las posibles alternativas para superar las condiciones del subdesarrollo. Las principales versiones desde el punto de vista de los países desarrollados enfatizan la ausencia de niveles adecuados de ahorro e inversión, y cómo el desarrollo se daría a través de un proceso en etapas y no mediante un proceso lineal y continuo.³ A través del aumento sostenido del Producto Nacional Bruto (PNB) se estima que podría elevarse el bienestar general, pues los beneficios podrían diseminarse gradualmente a toda la población. A estos enfoques se contraponen las teorías desde el punto de vista de los países en desarrollo, de las cuales la de la dependencia es un buen epítome. En ella se enfatiza que la situación de atraso de los países pobres está determinada por el carácter de las relaciones de dependencia que se dan entre los países industrializados y los no industrializados, lo cual supedita el crecimiento de las economías no industrializadas al ritmo de acumulación de las economías con mayores ingresos. Cardoso enuncia las condiciones de dependencia y subdesarrollo "...como a la estructura de un tipo de sistema económico, con predominio del sector primario, fuerte concentración de la renta, poca diferenciación del sistema productivo y, sobre todo, predominio del mercado externo sobre el interno".⁴

El crecimiento económico y el desarrollo económico han sido utilizados como términos intercambiables, aun cuando es conveniente hacer algunas precisiones al respecto para evitar ahondar las confusiones a que da lugar el proceso de desarrollo económico. Al crecimiento se le vincula con una mayor generación de bienes y servicios o, específicamente para un país, con el aumento del PNB; generalmente no son consideradas la naturaleza del crecimiento y el carácter de sus beneficiarios. Al desarrollo

económico se asocian el crecimiento y distribución del PNB, el estado de la tecnología y las condiciones institucionales que permiten el crecimiento.⁵ En palabras de A. Lewis, el desarrollo económico, a la vez que nos permite tener mayor disponibilidad de bienes, nos ofrece mayores oportunidades de elección y de ocio.⁶

Sin embargo, por las dificultades que tiene la operacionalización del concepto de desarrollo económico, generalmente se ha asociado al simple crecimiento del PNB como sinónimo del desarrollo económico, como lo postula Kuznets. De esta forma el Banco Mundial ha venido clasificando a los países con diferentes procesos de desarrollo con base en su nivel del PNB *per cápita*,⁷ en dólares de los Estados Unidos. En su última publicación clasifica a los países en:⁸

- a) Economías con ingresos elevados: que alcanzaron un PNB *per cápita* anual igual o superior a \$ 6 200 dólares.
- b) Economías con ingresos medios: países con un PNB *per cápita* de \$ 570 a \$ 6 199 dólares.
- c) Economías con ingresos bajos: países con un PNB *per cápita* menor a \$ 570 dólares.

De acuerdo con esta clasificación ningún país latinoamericano se encuentra en el grupo de ingresos elevados y con excepción de Haití, todos los demás países de América Latina se ubican dentro de los de ingresos medios. Sin embargo, debe hacerse notar que el PNB *per cápita* de Haití es 50 veces menor que el de los Estados Unidos, el cual es al menos seis veces más elevado que el de los países con mayores ingresos de Latinoamérica.

Al menor PNB *per cápita* de los países pobres generalmente se asocian otras diferencias como el elevado peso que las actividades primarias (agropecuarias, etc.) tienen en el sistema económico, un patrón de comercio con exportaciones de bienes primarios e importaciones de bienes manufacturados, con un bajo nivel de consumo de energéticos, elevadas tasas de crecimiento poblacional, bajos niveles de escolarización y malas condiciones de salud de la población.

Los países de bajos ingresos han venido afrontando dificultades mayores en su crecimiento, por el deterioro de sus relaciones de intercambio y la elevación de su endeudamiento, lo cual ha ocasionado que los gobiernos orienten sus esfuerzos a la satisfacción de las necesidades esenciales.⁹ Las nuevas estrategias de los procesos de ajuste con "human face" que han venido impulsando los

organismos internacionales como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF),¹⁰ y el Banco Mundial, con el "combate a la pobreza"¹¹ buscan reducir el fuerte deterioro que la población de bajos ingresos ha sufrido con las políticas de ajuste macroeconómico. Algunos analistas, como Musgrove, afirman que el carácter de las políticas macroeconómicas es un asunto interno de los gobiernos nacionales, por lo que la repercusión de estas políticas de ajuste en el sector salud responden a las prioridades nacionales, y no son una imposición de los organismos financieros.¹²

DESARROLLO ECONÓMICO Y NIVEL DE SALUD

El nivel de salud no está asociado exclusivamente con la disponibilidad de los servicios de salud, pues ésta es un proceso complejo al cual afectan significativamente la disponibilidad de otros elementos como la alimentación, la vivienda y el ingreso de las familias. Sin embargo, una elevación del nivel de desarrollo económico significaría tener mayores recursos para elevar los niveles de salud, así como una mayor disponibilidad de bienes y servicios para elevar la calidad de la vida.

La documentación de la asociación entre los niveles de bajos ingresos y las menores condiciones de salud de la población es un hecho claro, así como la asunción de que una forma de elevar los niveles de salud poblacionales es el aumento del PNB *per cápita*. La evidencia empírica es clara respecto a que los países de bajos ingresos generalmente tienen una menor oferta de servicios de salud, así como un menor nivel de salud.

Sin embargo esta asociación está lejos de ser determinística. En los niveles muy bajos de desarrollo, como en el caso de Haití, parece ser que la elevación del PNB *per cápita* tendría un impacto directo en los niveles de salud.¹ En una situación de pobreza absoluta, como en el caso de Haití, el abatimiento de las elevadísimas tasas de mortalidad infantil y neonatal podría conseguirse con mayor disponibilidad de bienes en general. Pero una vez superada esa etapa de pobreza absoluta, no es claro si el simple aumento del PNB podría incidir significativamente en la elevación de los niveles de salud poblacionales; la evidencia al respecto no es totalmente conclusiva. La Fundación Rockefeller llevó a cabo una investigación, con el propósito de ver las condiciones que permitirían elevar los niveles de salud poblacionales sin esperar a una fuerte elevación de los niveles del PNB *per cápita*, y en sus

conclusiones afirma que el crecimiento económico no es el determinante *sine qua non* para que pueda elevarse el nivel de salud de una población.¹³

DESARROLLO ECONÓMICO Y NIVEL DE SALUD EN MÉXICO

Con el propósito de evaluar la relación entre nivel de desarrollo económico y niveles de salud en el caso de México, se realiza una comparación entre algunos países con diferentes niveles del PNB *per cápita*, con algunos indicadores de salud de la población, de la disponibilidad de los recursos de los servicios de salud y de la eficacia con que éstos operan.

Inglaterra y los Estados Unidos se tomaron dentro del grupo de países con economías de elevados ingresos; en el caso de Inglaterra los servicios de salud son ofrecidos en su mayoría por el gobierno, y en el caso de los Estados Unidos se ofrecen a través de un mercado privado de los servicios de salud. También se tomaron Colombia, Costa Rica y México dentro de los países de ingresos medianos; en el caso de Costa Rica, los servicios de salud tienen una cobertura casi completa a través de un esquema gubernamental; en el caso de México y Colombia coexisten sistemas de servicios de salud públicos y privados, pero con una baja cobertura de los servicios de salud en general. La información básica se tomó del Reporte Anual de 1990 del Banco Mundial y del Informe sobre la situación de la niñez en el mundo en 1990 de UNICEF, (cuadro I).

La vinculación del nivel de desarrollo y de la situación de salud se analiza a través de la relación entre el nivel del PNB *per cápita* y de la tasa de mortalidad infantil de los niños menores de cinco años (U5MR - siglas en inglés). La tasa U5MR es el indicador que emplea UNICEF para evaluar el nivel de desarrollo y de bienestar de una población, en oposición al simple PNB *per cápita* que atiende más al aumento de bienes y servicios en general, sin considerar las condiciones en que se genera su crecimiento, y su impacto sobre los grupos más vulnerables de la sociedad.

Con este propósito se analiza primeramente la asociación que guarda el PNB *per cápita* con la tasa U5MR entre los países de la muestra (cuadro I).

- a) Los países de elevados niveles de ingreso (Inglaterra y Estados Unidos) se asocian con bajos niveles de U5MR; sin embargo, a pesar de que el PNB *per cápita* de los Estados Unidos es 0.6 veces mayor que el de Inglaterra, su tasa de U5MR es más elevada 19 por ciento.
- b) A pesar de que el PNB *per cápita* de Costa Rica es 10.7 veces menor que el de los Estados Unidos, las diferencias en las tasas de U5MR sólo llegan a ser 0.7 veces.
- c) Las tasas de U5MR de México y Colombia son iguales, aun cuando el nivel del PNB *per cápita* de México es 0.5 veces más elevado que el de Colombia.
- d) México y Costa Rica disponen de un nivel similar del PNB *per cápita*, pero México tiene una tasa U5MR 2.1 veces mayor que la de Costa Rica.

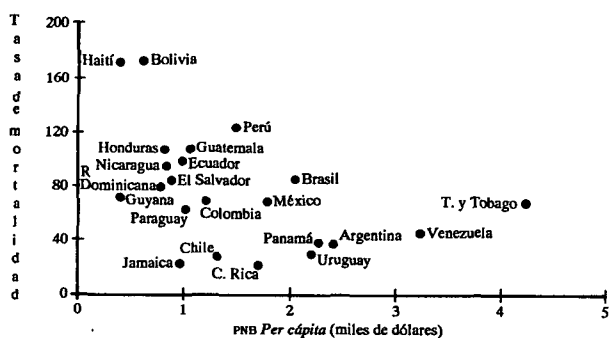
CUADRO I
Comparación del PNB *per cápita* y de indicadores de salud en países seleccionados

País	PNB <i>per cápita</i> (dólares 1988)	T. Mortalidad <5 años (U5MR) 1988	T. Mort. materna 1980-87	% Niños con bajo peso al nacer 1982-88	Esperanza de vida al nacer años en 1988	Cob. serv. sal. 1985-87 %	Nº de hab. por médico 1984	% Pob. con acceso agua 1985-87
Colombia	1 180	68	110	15	65	60	1 240	92
Costa Rica	1 690	22	36	10	75	80	960	91
México	1 760	68	82	15	69	45	1 240	77
Inglaterra	12 810	11	9	7	75	100	nr	100
Estados Unidos	19 840	13	8	7	76	100	470	100

Fuente: Referencias 7 y 10

En forma complementaria se ofrece en la figura 1 un panorama de la relación entre el PNB *per cápita* y la tasa de mortalidad infantil U5MR en el contexto latinoamericano (no se contó con información de Cuba). Los países con una elevada tasa de mortalidad infantil U5MR disponen de un PNB *per cápita* menor: Haití y Bolivia. Los países con mayores ingresos en el área, no gozan de las menores tasas de mortalidad infantil U5MR, las cuales se registran en Costa Rica, Jamaica y Chile. México se encuentra en una situación parecida a la de Colombia y Paraguay, sólo que estos países disponen de un PNB *per cápita* mejor; los altos niveles de las tasas de mortalidad U5MR en México lo acercan más a las condiciones que guardan los países de la región centroamericana y Brasil; pero debe tenerse en cuenta que los países centroamericanos disponen de la mitad del PNB *per cápita* mexicano.

El análisis de la relación del PNB *per cápita* y de la tasa de U5MR da luz a un serio cuestionamiento, a la afirmación de que el crecimiento de la producción (PNB) se traduce en un mejor nivel de salud de la población. Primero, el elevado PNB *per cápita* de los Estados Unidos no se ha traducido en una reducción de la mortalidad infantil, y lo mismo se puede decir de los países latinoamericanos de mayores ingresos. Segundo, las tasas de mortalidad infantil de Costa Rica están muy cerca de las que tienen los países de ingresos elevados, a pesar del PNB *per cápita* relativamente bajo de Costa Rica (10.7 veces menor que el de los Estados Unidos). Y, por último, México acusa una tasa de mortalidad infantil muy superior a la de Costa Rica y similar a la de Colombia, aun



Fuente: UNICEF. The state of the world's children 1990
World Bank. World development report 1990

FIGURA 1. PNB *per cápita* y mortalidad infantil en menores de 5 años en América Latina. 1988

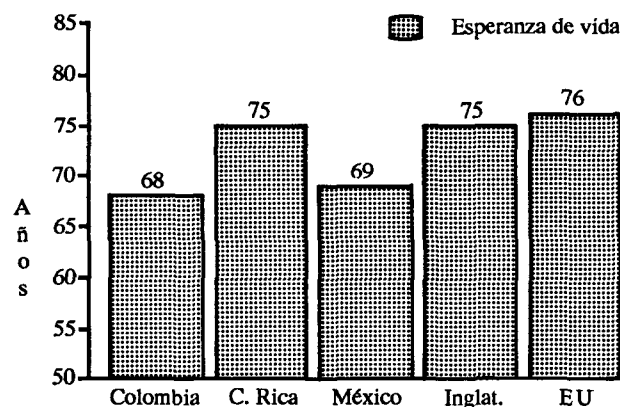
cuando este país dispone de un menor PNB *per cápita* que el de México.

La relación del PNB *per cápita* y de la esperanza de vida al nacer muestra una asociación directa; los países con ingresos elevados tienen la mayor esperanza de vida al nacer y los países con menores niveles de ingreso registran una menor esperanza de vida. Sin embargo, Costa Rica ha alcanzado una elevada esperanza de vida al nacer, similar a la de Inglaterra y los Estados Unidos, a pesar de que dispone de un PNB *per cápita* sustancialmente menor que el de los otros países (cuadro I y figura 2).

Las condiciones de bienestar y de salud en general están estrechamente vinculadas con las condiciones de la vivienda, disponibilidad de alimentos y de ingreso, junto con la disponibilidad de adecuados servicios de salud y educativos.

La proporción de la población con acceso a agua potable es menor en México que en los otros países de la muestra. Los países de ingresos elevados ofrecen a toda su población acceso al agua potable, mientras que en los países de menores ingresos la proporción varía del 91 por ciento en Costa Rica, 92 por ciento en Colombia y del 77 por ciento en México (cuadro I).

Los servicios de salud ofrecen una cobertura completa en el caso de los países de ingresos elevados —Inglaterra y Estados Unidos. Costa Rica ofrece una cobertura adecuada de servicios de salud a cuatro quintas partes de su población, Colombia a tres quintas partes, mientras que en México sólo se ofrecen estos servicios al 45 por ciento



Fuente: World Bank. World development report 90

FIGURA 2. Esperanza de vida al nacer. Años de vida en 1988

de la población. Para México este promedio es el resultado de una cobertura del 90 por ciento en el medio urbano, pero de una ausencia de servicios de salud adecuados en el medio rural (cuadro I).

El número de médicos por habitante se tomó como un indicador de la disponibilidad de recursos de los servicios de salud. Los países con elevados ingresos cuentan con mayor número de éstos, y la situación inversa se presenta con los de menores ingresos. La disponibilidad de recursos médicos en Costa Rica es 1.6 veces menor que en los Estados Unidos, pero 0.3 veces mayor que en México y Colombia (cuadro I).

La proporción de los niños con bajo peso al nacer es menor con un PNB *per cápita* más alto, y mayor con un PNB *per cápita* más bajo. Costa Rica vuelve a ser la excepción y su porcentaje de niños con un bajo nivel de peso al nacer se acerca al de los países de elevados ingresos (cuadro I).

Por último, se analiza la eficacia de la operación de los servicios, así como su disponibilidad, a través de las tasas de mortalidad materna. Estas son más bajas en los Estados Unidos e Inglaterra (8 y 9, respectivamente), y más elevadas en los países de ingresos menores (Colombia 110; México 82; Costa Rica 36). A pesar de que Costa Rica no dispone de una cantidad y calidad de los servicios de salud similar a la de los países de ingresos elevados, su tasa de mortalidad materna se ha alejado bastante de las de países de ingresos medios, lo cual es una referencia de la eficacia con la que está operando el sistema de salud costarricense (cuadro I).

POLÍTICA ECONÓMICA Y POLÍTICA DE SALUD EN MÉXICO

El crecimiento económico de México, al igual que la mayoría de los países en vías de desarrollo, se ha caracterizado por una polarización de la sociedad. En el caso de México, la política económica se ha orientado a apoyar al crecimiento industrial, a través de una protección externa y con subsidios indiscriminados en detrimento de las actividades del sector primario. El llamado milagro económico mexicano llegó a su fin en los setenta, sin haber sentado las bases de un desarrollo sostenido a largo plazo y con una marcada desigualdad económica y social.

El agotamiento del modelo de sustitución de importaciones, la crisis mundial de los setenta y la ausencia de democracia condujeron al país a una severa crisis, en la que se acentuó la desigualdad social. Los diferentes programas macroeconómicos de ajuste, desde mediados

de los setenta, dieron lugar al inicio de una creciente partida presupuestal para el pago del servicio de la deuda, cuya contrapartida fue la reducción del gasto social. Para 1987, el pago de los servicios de la deuda ya absorbía la mitad del gasto público. La nueva política económica, bajo un enfoque neoliberal, redujo en mayor proporción el gasto en educación y salud.¹⁴ De esta forma, la inversión y el gasto corriente del sector salud se redujeron al mínimo, en términos reales, para alcanzar una operación eficiente. A pesar de los esfuerzos de la administración pasada por modificar el modelo curativo dominante a un enfoque de prevención¹⁵ —de acuerdo a los postulados de la estrategia de salud para todos de la OMS—¹⁶ no se registró un avance significativo en este sentido.

En los aspectos financieros del sector salud, se debe tener en cuenta que la mayor parte del presupuesto ejercido corresponde al gasto de las instituciones de seguridad social (75%), un 9 por ciento a la Secretaría de Salud (SSA), y el resto a las otras instituciones, por lo que las acciones de las primeras ejercen una acción fundamental en el sector.

El gasto curativo absorbía el 82.1 por ciento en 1977,¹⁷ y diez años después se mantenía en un nivel similar (82.4%).¹⁸ Sin embargo, debe hacerse notar la diferencia de los programas de las instituciones de seguridad social —Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)— con los de la SSA. Para 1987, el IMSS y el ISSSTE orientaban el 93.8 por ciento y el 90.5 por ciento de su gasto a la atención curativa, respectivamente, mientras que la SSA y otras instituciones oficiales de asistencia social destinaban alrededor del 50 por ciento de su presupuesto a la atención curativa. Por el contrario, en acciones preventivas la SSA destinaba el 38.5 por ciento de su presupuesto, el IMSS el 36.1 por ciento y el ISSSTE el 10.9 por ciento.¹⁸

El bajo nivel que representan los gastos de prevención en el total del gasto en salud (5.2%), y la disminución del gasto real *per cápita* en salud afectaron la eficacia de los programas de prevención. En el Plan Nacional de Salud 1989-1994 se hacen explícitos los efectos de la crisis económica en el sector "...la crisis económica, ha limitado la disminución del rezago en los servicios de salud, el suministro insuficiente de los insumos y el deterioro de la infraestructura...".¹⁹ Los niveles de cobertura de los programas de vacunación que se informaron en el Estado de México, uno de los estados con mayores recursos en la atención a la salud, indican que el promedio de los es-

quemados completos de vacunación (DPT, polio, sarampión y BCG) sólo alcanzaron un 47 por ciento en 1987.²⁰ A pesar de la falta de una documentación que muestre la relación de las políticas de ajuste y las condiciones de salud de la población, el descenso de la eficacia de las acciones de vacunación muestra con claridad el daño que las políticas económicas neoliberales le hicieron a la salud de la población.

En el nuevo Programa Nacional de Salud 1989-1994 se replantean cuatro estrategias, que en diferente forma ya habían estado presentes en las anteriores programaciones sectoriales, en las cuales se perseguía abatir los rezagos sociales para contrarrestar los efectos indeseables de la desigualdad social a que ha dado lugar el crecimiento económico. Las estrategias generales a seguir son las siguientes:²¹

- a) Mejorar la calidad de los servicios de salud
- b) Atenuar las desigualdades sociales
- c) Modernizar el sistema de salud
- d) Descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud.

La acumulación de capital en México se realizó con base en una creciente desigualdad social, que en términos de salud se manifiesta en las dimensiones que aún asume la patología de la pobreza en el país. La comparación de las tasas de mortalidad nacionales con las mínimas tasas de mortalidad a nivel internacional, muestra el enorme rezago en que ha quedado el país a nivel internacional. A la vez, es un indicador de los problemas y retos que enfrentan los servicios de salud, dado que las tasas que exceden a las internacionales son dos veces más elevadas que las de Argentina, tres veces mayores que las de Costa Rica y nueve veces superiores a las de un país con ingresos elevados como España.²²

Las estrategias delineadas en el Programa Nacional de Salud 1989-1994 marcan una pauta para eliminar los rezagos a que ha dado lugar el crecimiento económico, y la ausencia de una fuerte voluntad política para abatir la pobreza absoluta y sus manifestaciones en salud. La modificación del modelo de salud hacia un enfoque preventivo, podría contribuir significativamente al abatimiento de las enfermedades prevenibles, a la vez que podría poner un dique de contención al aumento sostenido de los costos de los servicios de salud, al poner menor énfasis en los servicios curativos que requieren de insumos costosos y muchas veces de importación.

CONCLUSIONES

La relación entre desarrollo económico y niveles de salud es un asunto complejo de múltiples dimensiones. La asociación directa que existe entre el nivel del PNB y las tasas de mortalidad infantil de los niños menores de 5 años (U5MR), es clara en el sentido de que a mayores niveles de desarrollo económico se obtienen mejores índices de salud. Sin embargo, del análisis de esta misma relación surgen algunos cuestionamientos al enfoque determinístico de que es necesario esperar a obtener los niveles de ingreso de los países desarrollados para acceder a mejores niveles de salud poblacionales. Costa Rica constituye un modelo político-económico en el cual el bienestar de la población y los niveles de salud no se han sacrificado, a pesar de las limitaciones económicas a que se ha visto sujeto. El alto nivel de sus indicadores de salud es una clara muestra de la fuerte voluntad política, que ha apoyado la toma de decisiones en materia de salud pública bajo un enfoque social de la medicina. En Estados Unidos se puede observar cómo, a pesar del elevado nivel de sus ingresos y del elevado gasto en salud, el enfoque privado de los servicios de salud está lejos de ser una solución eficaz y eficiente.

En el caso de México, los problemas de desigualdad social que ha originado el estilo del desarrollo económico, se han reflejado en el nivel de salud de la población. El rezago que muestran las condiciones de salud y el deterioro de los servicios de salud en México con base en los referentes internacionales, es un asunto que debe ser resuelto tras una clara decisión política, acompañada de los recursos correspondientes, para que puedan ser llevadas a cabo las estrategias que se plantearon en el Programa Nacional de Salud 1989-1994.

El modelo de salud costarricense podría ser una ruta a seguir; a manera de ejemplo: en Costa Rica, el gasto en medicamentos para toda la población les absorbe solamente un 6 por ciento del gasto total en salud, a través de un concurso consolidado de compras a nivel internacional con el cual se abastece a toda la población. Mientras que en México se estima que una tercera parte del gasto público y privado se destina a la compra de medicamentos, con dudosa eficacia clínica y a precios elevados internacionalmente, y que el beneficio de la adquisición consolidada de medicamentos se preserva para las compras oficiales en el sector salud, sin efecto alguno para la población en general.²³

REFERENCIAS

1. Cumper G. Economic development, health services, and health. En: Lee K, Mills A (Eds.). *The economics of health in developing countries*. Oxford, England: Oxford Medical Pub., 1983:23-42.
2. Kuznets S. Medición del desarrollo económico. *El Trimestre Económico* No 97. México: FCE, 1958:72-96. Ver también: Kuznets S. *Aspectos cuantitativos del desarrollo económico*. 2a ed. México: CEMLA, 1964.
3. Rostow WW. *Las etapas del crecimiento económico. Un manifiesto no comunista*. México: FCE, 1956:16-25.
4. Cardoso HF, Faletto E. *Dependencia y desarrollo en América Latina*. México: Siglo XXI, 1969:22-38.
5. Kindleberger CP. *Desarrollo económico*. Madrid: MacGraw Hill, 1986.
6. Lewis A. ¿Es deseable el desarrollo económico? *Teoría del desarrollo económico*. México: FCE, 1958:459-475.
7. The World Bank. *World Development report 1990*. Oxford: Oxford University Press, 1990.
8. World Bank. *Annual report 1990*. Oxford: Oxford University Press, 1990.
9. Abel-Smith B, Alcura L. *Poverty, development and health policy*. *Public Health Papers* No 69. Geneva: WHO, 1978.
10. UNICEF. *The state of the world children 1990*. New York: Oxford University Press, 1990.
11. World Bank. *Annual Report 1990 (poverty)*. Washington, 1990.
12. Musgrove P. *The impact of the economic crisis and health care in Latin America and the Caribbean*. WHO, *Chronicle* 1986;40(4):152-157.
13. Halstead S, Walsh J, Warren K. *Good health at low cost. Conference Report*. New York: The Rockefeller Foundation, 1985.
14. Molina R, Palencia M. *La crisis económica y su repercusión en el sector salud*. *Iztapalapa* 1989;9:131-139. Ver también: Soberón G. *El financiamiento de la salud para consolidar el cambio*. *Salud Publica Mex* 1987;29(2):169-177.
15. Soberón G. *La implantación de la estrategia de atención primaria a la salud en México*. *Salud Publica Mex* 1987;29(2):169-177.
16. WHO. *Health for all in the year 2000*. Switzerland: WHO, 1979.
17. Ochoa M. *Política de gasto en el sector salud (1977-1986)*. En: Almada I (Ed). *Salud y Crisis en México*. *Textos para un debate*. México: Siglo XXI, 1990: 274-300.
18. Vázquez S, *et al*. *Notas sobre la estructura y evolución del presupuesto programático ejercido en las instituciones que conforman el sector salud, 1980-1987*. *Salud Problema (UAM-X)* 1988;(15):37-46.
19. Secretaría de Salud. *Plan Nacional de Salud 1989-1994*.
20. Nájera P, *et al*. *Alcances y limitaciones de los programas de atención primaria a la salud en preescolares*. Ponencia presentada en el II Congreso Nacional en Salud Pública, INSP, Enero de 1991.
21. Secretaría de Salud. *Programa Nacional de Salud 1989-1994*.
22. Kozuo U. *Excess mortality ratio with reference to the lowest age-sex-specific death rates among countries*. *WHSQ* 1989;42:26-41. Ver también: Plaut R, Roberts E. *Preventable mortality: Indicator or target? Application in developing countries*. *WHSQ* 1989;42:4-15.
23. Molina R. *Sobrepeso de los medicamentos en México*. *Memorias de la I Conferencia Latinoamericana sobre Políticas Farmacéuticas y Medicamentos Esenciales*, México, octubre 10-14 de 1988.