

# Mortalidad y políticas de salud en el ámbito internacional

## Principales acciones en los últimos diez años | JOOP ALBERTS\*

EL DESCENSO DE LA MORTALIDAD:  
PROGRESOS Y PERSPECTIVAS

### Introducción

A l discutirse el Plan de Acción Mundial sobre Población, formulado y aceptado en 1974, en Bucarest, la mortalidad ocupó un lugar importante. Lo mismo ocurrirá, sin duda, cuando se evalúe y reformule en la Conferencia Internacional de Población de 1984 en México.

En primer lugar, esta importancia se deriva de que el mejoramiento de la salud y la reducción de la mortalidad son objetivos centrales del desarrollo.

Para el individuo, una vida prolongada y llena de salud es quizá uno de los mayores beneficios posibles y también uno de los derechos humanos fundamentales. El logro de un estado de bienestar físico, mental y social completo para todos es un bien colectivo y ha sido una de las recomendaciones más importantes de la Conferencia de Bucarest.

Por otro lado, el mejoramiento general de la salud y la reducción de la mortalidad pueden considerarse como una de las bases fundamentales para el desarrollo de los países. Como ejemplo ilustrativo quisiera señalar que el crecimiento económico de un país depende mucho de la calidad de la fuerza de trabajo, tanto en términos de la salud como también en lo que se refiere a su capacidad profesional.

La mortalidad también ocupa un lugar importante por su incidencia en el crecimiento natural de la población.

En la transición demográfica de Europa, a partir del siglo XVIII, las tasas brutas de natalidad y de mortalidad eran muy altas, con poca diferencia entre sí, por lo que hubo un crecimiento demográfico moderado.

Gracias a los importantes descubrimientos en la medicina, la mortalidad descendió en un período de 100 años a niveles muy

\* Representante Alterno y Asesor Principal en Población, Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población. Ponencia presentada por el autor en ocasión de la Reunión Nacional sobre Mortalidad y Políticas de Salud, celebrada en Mérida, Yucatán, el 16 de marzo de 1984, y que se recogió en una edición especial del Consejo Nacional de Población, México. El trabajo se publica en *Comercio Exterior* con el permiso del autor y del editor. [La Redacción hizo algunos cambios editoriales.]

bajos. Simultáneamente, disminuyó la fecundidad, sobre todo como consecuencia de mejoras económicas y sociales en esos países, reflejadas en mejores condiciones de vida y en un aumento considerable de los niveles educativos de la población. Hoy en día, las tasas de fecundidad y mortalidad son bajas y muestran poca diferencia; consecuentemente, el crecimiento demográfico es también muy moderado.

En los países en vías de desarrollo, la transición demográfica ha sido y todavía es muy diferente. El descenso de la mortalidad, logrado por los países de Europa en un período de más de 100 años mediante un proceso lento pero sostenido de desarrollo, en los países en vías de desarrollo se ha producido en un período más breve gracias a los avances de la medicina y a los programas de asistencia internacional y nacional en este campo. Sin embargo, las tasas de fecundidad, por el hecho de que dependen del mismo desarrollo, se mantuvieron y se mantienen todavía en muchos países en niveles muy altos, resultando en un crecimiento demográfico muy acelerado.

Si bien el crecimiento poblacional del mundo ha bajado de 2.2 a 1.7 por ciento anual, el descenso en los países en vías de desarrollo, excluyendo a China, ha sido cero, dado que la disminución de los niveles de fecundidad se ha compensado con la disminución de la mortalidad. En América Latina, en el período 1974-1984, la tasa anual de crecimiento bajó ligeramente de 2.5 a 2.3 por ciento; en África, al contrario, subió de 3.2 a 3.5 por ciento, básicamente a consecuencia de que se mantuvieron constantes los niveles de fecundidad y bajaron los de mortalidad.

#### *Las metas establecidas en Bucarest*

En la Conferencia de Bucarest fueron la mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer las únicas áreas para las cuales se establecieron metas muy precisas: se indicó la necesidad de bajar la mortalidad infantil a 120 por 1 000 nacidos vivos en 1985, y la esperanza de vida al nacer debería subir a un mínimo de 50 años, en países con niveles de mortalidad elevados.

También se estableció, como meta, una esperanza de vida mundial media de 62 años en 1985, y de 72 años en el año 2000, lo que en aquel momento (1974) requería un aumento en la esperanza de vida al nacer de 11 años para América Latina, de 17 años para Asia y de 28 para África en el período 1974-2000.

¿Se han logrado o se lograrán estas metas? En la Conferencia Internacional de Población de México, diez años más tarde, indudablemente debe llegarse a la conclusión de que esas metas no se cumplieron en su totalidad.

La situación mundial de la mortalidad se caracteriza por brechas continuas entre los países desarrollados y los en vías de desarrollo, y también por diferencias muy importantes y grandes entre las distintas regiones de cada país.

La esperanza de vida al nacer, para el período 1980-1985 y para ambos sexos, se estima en 72 años en los países desarrollados y en 57 años en las regiones en desarrollo: una diferencia inaceptable de 15 años. La menor esperanza de vida al nacer se

encuentra en África y se estima únicamente en 51 años, seguida por 53 años en Asia del Sur y 64 en América Latina. La esperanza de vida para Asia del Este es de 70 años y refleja básicamente los valores obtenidos por China, que tiene hoy una esperanza de vida de 70 años. En los países más desarrollados la esperanza de vida al nacer es alta: 70 años en la URSS, 73 en promedio en Europa y América del Norte y 74 en Australia y Nueva Zelandia. Algunos países de Europa ya están logrando esperanzas de vida hasta de 78 años.

Las cifras a nuestra disposición dan lugar a ciertas satisfacciones, en particular la elevada esperanza de vida obtenida por China, que representa 22% de la población mundial y 30% de la de los países en vías de desarrollo. Debido a ello, la esperanza mundial de vida al nacer, en 1984, es únicamente dos años más baja que la meta de 62 años establecida en Bucarest.

Sin embargo, la situación aún es inaceptable en muchos países. Cuando en 1974 se acordó el Plan de Acción Mundial sobre Población, 51 países tenían una esperanza de vida al nacer de menos de 50 años. De estos países, es probable que 20 sobrepasen este mínimo, ahora o en los próximos años; pero 22 países, con una población de 150 millones de habitantes, no llegarán a dicha meta. Estos 22 países se encuentran todos en África y en Asia del Sur. Un total de 69 países (45 en África, 20 en Asia y 4 en América Latina), con una población de 1 700 millones de habitantes, no tendrán la esperanza de vida al nacer de 62 años en 1985. La cifra recomendada de 72 años para el año 2000 se logrará en todos los países desarrollados; sin embargo, en las regiones menos desarrolladas será diferente: a China le faltaría un año, a América Latina un lustro, a Asia del Sur, 13 años y a África le faltarían 15 años.

Son muy grandes las disparidades de mortalidad entre las regiones y países, particularmente en el primer año de vida, un período muy vulnerable en el cual las malas condiciones de salud y de nutrición se reflejan en muy altas tasas de mortalidad infantil en vastas zonas del mundo menos desarrollado. En este momento, la mortalidad infantil en los países en vías de desarrollo es cinco veces mayor que en el resto del mundo (respectivamente 92 y 17 defunciones por 1 000 nacidos vivos) y las tasas de mortalidad infantil más altas se encuentran en África (116) y Asia del Sur (109). Las tasas estimadas en las otras regiones son: América Latina 63, que todavía es muy alta; Asia del Este y Oceanía, 38; la URSS, 25; Europa, 16; América del Norte, 12. Hay en este momento algunos países de Europa, y también Cuba, que están logrando a tasas de mortalidad infantil menores de diez.

Al respecto, en Bucarest se estableció como meta mínima disminuir la mortalidad infantil a 120 muertes por 1 000 nacidos vivos. Se estima que 28 países, todos en África y Asia del Sur, no la alcanzarán.

Como se puede derivar de las cifras generales, de los tres continentes en vías de desarrollo, África, Asia y América Latina, este último es el que tiene el nivel de mortalidad más bajo.

En el momento de Bucarest, cada país de América Latina, con excepción de Bolivia, Haití y quizá Honduras, había logrado tasas de mortalidad infantil de menos de 120 por 1 000 nacidos vivos.

Se estima que en 1985 todos los países de América Latina tendrán niveles inferiores a lo recomendado.

Como se ha mencionado, la región en su totalidad también logra la meta de 62 años de esperanza de vida al nacer; sin embargo, hay grandes diferencias en nuestra América Latina:

La mortalidad más baja se encuentra en el Cono Sur. Argentina y Uruguay llegan a tener una esperanza de vida de 70 años en el período 1980-1985, y para Chile se calculan 62 años.

La región tropical de América del Sur muestra una mortalidad más alta, con una esperanza de vida de 63 años. Sin embargo, hay una variación muy grande entre los nueve países que la forman. Si bien Bolivia (51 años) y Perú (59 años) no llegan a la meta de 62 años, países como Guyana (68 años), Surinam (69 años) y Venezuela (68 años) tienen una mortalidad infantil baja.

También en el Caribe y América Central hay muchas diferencias. En la primera subregión la esperanza de vida varía de 53 años en Haití hasta 74 en Puerto Rico. En América Central, Honduras y Nicaragua tienen una de 60 años, por lo que difieren mucho de los 73 años de Costa Rica. Por último, cabe incluir a los dos países mayores de América Latina: Brasil, que alcanza una esperanza de vida al nacer de 63 años, y México, con 65 años.

#### *Causas de muerte*

A pesar de que los patrones en las causas de muerte se conocen de modo general para las regiones menos desarrolladas, los datos cuantitativos precisos por causa de muerte son muy escasos, particularmente para los países con los niveles más altos de mortalidad.

En general, cuanto más alto el nivel de mortalidad de una población, mayor es el porcentaje de muertes debidas a causas de exógenas, como son las enfermedades infecciosas y parasitarias, respiratorias agudas y diarreas, y más baja la proporción de las llamadas enfermedades degenerativas y crónicas.

Al bajar la mortalidad, el grupo de causas de muerte exógenas disminuye en importancia, y aparece un patrón más "moderno": las enfermedades cardiovasculares y el cáncer que causan la mayor parte de las defunciones.

Las diferencias en los patrones de causas de muerte son muy notables entre los países en vías de desarrollo y los más desarrollados. Un estudio comparativo muestra que, en países con esperanza de vida entre 55 y 65 años, las enfermedades infecciosas y parasitarias constituyen 35% de todas las muertes, contra 9% en países con más de 70 años de esperanza de vida al nacer. Respecto a las enfermedades cardiovasculares, las cifras son 18% contra 48%, respectivamente, y de cáncer, 8 y 21 por ciento, respectivamente.

Resulta evidente que estas cifras están influidas por las diferencias en la estructura por edad entre los dos grupos de países. Debido a la estructura más joven de la población de los países en vías de desarrollo y la mortalidad más alta de los niños menores de 5 años, la distribución de las causas de muerte está muy influida por las enfermedades de los jóvenes (infecciones, parásitos, diarreas), mientras que en los países desarrollados, con una po-

blación más vieja, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer cobran cada vez mayor importancia.

Sin embargo, a pesar de esta estructura por edad, calculando las tasas específicas de mortalidad por causas de muerte (es decir, por grupos de edad), parece evidente que los países menos desarrollados tienen relativamente más defunciones por causas exógenas.

En los países en vías de desarrollo, los problemas más graves de salud se presentan en las mujeres en edad reproductiva y entre los niños.

Un ejemplo bien claro de la mortalidad entre las mujeres adultas es la anemia nutricional, un síndrome causado por desnutrición y agravado por embarazos continuos e infecciones, como la malaria, y los parásitos intestinales.

Alrededor de la mitad de las mujeres sin embarazo y hasta dos terceras partes de las mujeres embarazadas sufren de esta enfermedad. Aparte de ser un obstáculo muy grande para la salud de la mujer embarazada y para el niño no nacido, esta anemia aumenta en forma considerable la tensión y eclampsia de muchas de las mujeres más pobres durante su edad reproductiva.

Para los niños de los países en vías de desarrollo, gran parte de los problemas de salud se derivan de la desnutrición y de las infecciones.

Una proporción significativa de los recién nacidos tiene un peso muy bajo (15% en África, 20% en Asia y 11% en América Latina). El peso al nacer del niño está fuertemente condicionado por el estado de salud y de nutrición de la madre y constituye el factor determinante más importante de sus posibilidades de sobrevivir y de crecer y desarrollarse sanamente.

En Asia, alrededor de 40% de los niños en edad preescolar sufren de desnutrición, y 16% de desnutrición aguda. En África estas cifras son respectivamente 70 y 35 por ciento, en América Latina 43 y 4 por ciento. La desnutrición aguda es precursora de la desnutrición clínica y lleva implícito un alto riesgo de mortalidad.

Por otro lado, las enfermedades diarreas están estrechamente relacionadas con la desnutrición, de la cual pueden ser causantes o bien una consecuencia. Se estimó que 4.5 millones de niños murieron de diarrea en 1980.

La incidencia de estas enfermedades depende mucho de las condiciones del ambiente. En las zonas rurales de los países en desarrollo, 70% de la población no tiene agua potable y 80% carece de las condiciones sanitarias mínimas.

Muchas enfermedades de los niños, sobre todo la viruela, tienen un efecto mucho más grave en los países en desarrollo que en los desarrollados, principalmente a consecuencia de la desnutrición y también debido a diferencias en la cobertura de las campañas de inmunización.

Se estimó que en 1982, en África, 27% de los niños fueron vacunados contra el sarampión a la edad de 12 meses; en América

Latina la proporción fue de 37%; en Asia del Sureste, de menos de 1 por ciento.

Cada año, 1 000 000 de recién nacidos muere de tétanos neonatal, una enfermedad causada o transmitida por la infección del cordón al momento de nacer. En muchas regiones, esta enfermedad causa la mayor parte de las muertes neonatales.

#### INTERACCIONES DE LA SALUD, LA MORTALIDAD Y EL DESARROLLO

##### *Recomendaciones*

**E**n el Plan de Acción Mundial sobre Población se declara que "la reducción de la morbilidad y mortalidad hasta sus límites mínimos es un objetivo fundamental de cada sociedad", y se recomienda que "éste se debe obtener a través de y en combinación con un desarrollo socioeconómico mayor".

Ahora bien, aunque no se definió lo que es desarrollo, sí se fijaron con claridad objetivos específicos tales como "la promoción de la justicia social, la movilidad y el desarrollo social, particularmente por medio de una amplia participación de la población en el desarrollo y una distribución más equitativa del ingreso, la tierra y los servicios sociales".

Si hablamos aquí sobre las interacciones de la salud, la mortalidad y el desarrollo, esta especificación resulta de la mayor importancia porque las estrategias para el desarrollo económico acelerado deben considerarse en el contexto del desarrollo social, y diferentes estrategias de desarrollo pueden tener sus propias implicaciones para la salud, particularmente en los países en vías de desarrollo.

Es evidente que mucho depende de la estructura del desarrollo económico y social, en particular en lo que se refiere a la distribución de los beneficios sociales, lo que sin duda influye en las condiciones generales de salud en el ámbito nacional y en los niveles de mortalidad, así como también en las diferencias regionales.

##### *Algunos ejemplos*

**N**o es arriesgado afirmar que en muchos países en vías de desarrollo existe una estructura administrativa con extensiones muy débiles hacia las zonas rurales. También puede observarse una estructura ecológica de pequeños sectores urbanos y élites muy desarrollados, localizados en la ciudad principal y en algunas ciudades grandes, rodeados por áreas rurales subdesarrolladas.

Lo anterior se refleja en ciertos sistemas de salud centralizados en exceso y que cubren quizá 20% o menos de las zonas rurales.

Un factor adicional puede ser la dependencia económica internacional de muchos países en vías de desarrollo, caracterizados, en general, por altas tasas de inversión extranjera y deudas externas que crecen aceleradamente. La recesión económica global reciente, causada básicamente por el estancamiento económico de los países desarrollados, ha llevado a algunos en vías de desarrollo al borde del colapso, debido a la pérdida de los mer-

cados extranjeros para sus exportaciones y a las deudas internacionales masivas.

Esto último no sólo ha restringido gran cantidad de proyectos de desarrollo, sino también ha provocado un descenso general de las condiciones de vida de muchos países, en donde gran número de sus habitantes está en una situación de extrema pobreza.

Por otro lado, cabe señalar que las condiciones de salud dependen mucho del equilibrio que establezca el gobierno entre las estrategias de desarrollo que favorecen la acumulación de capital y las inversiones concentradas para maximizar el desarrollo económico y otras estrategias orientadas más a atender necesidades básicas de la población y reducir las desigualdades del ingreso y la riqueza.

Por ejemplo, hay evidencia de que políticas adoptadas en Brasil para controlar la inflación y estimular el crecimiento económico, por medio de una estrategia que permite aumentos de salarios a menor ritmo que los incrementos en el costo de la vida, han resultado en un aumento considerable de la mortalidad infantil en São Paulo a fines de los sesenta y a principios de los setenta. Las reducciones del poder de compra impusieron límites a las familias, particularmente aquellas de los grupos de ingresos más bajos, tanto para adquirir los alimentos adecuados, como conseguir vivienda y mejorar sus condiciones sanitarias y de salud.

En efecto, los bajos ingresos familiares influyen directamente en la mortalidad porque reducen la calidad y cantidad de la dieta, el acceso a facilidades médicas, la posibilidad de mejorar las condiciones sanitarias y de la vivienda. Pero también pueden obligar a que las esposas tengan que trabajar fuera de la casa, disminuyendo así la atención y el cuidado de los niños en higiene, salud y alimentación.

El nivel de la educación tiene una alta correlación negativa con la incidencia de la mortalidad infantil. Muchos países han dado alta prioridad a la educación, especialmente para las mujeres; la alimentación, la higiene y el cuidado de los niños cobran cada día más importancia en los programas de atención materno-infantil y de planificación familiar.

Estos programas tienen un efecto multiplicador muy grande, porque son las madres quienes pueden considerarse como proveedoras de la atención primaria de la salud a los hijos, lo que a su vez resulta en un mejor conocimiento de prácticas positivas de salud y sanitarias para toda la familia. Se ha llegado a la conclusión de que tales políticas y programas materno-infantiles tienen la mayor importancia en la reducción de la mortalidad infantil.

Más allá de los mencionados factores del macrodesarrollo, en cuanto a ingreso y distribución de los beneficios sociales, hay muchos otros elementos del proceso de desarrollo que pueden tener efectos en la salud.

Por ejemplo, en cuanto la sociedad se orienta más hacia el consumo, las empresas comerciales pueden promover productos innecesarios y peligrosos que influyen en la salud, tales como el tabaco, el alcohol y ciertas drogas. Por otro lado, también es muy

conocida la influencia del proceso de industrialización en el ambiente y las consecuencias que tiene para el estado de la salud.

POLÍTICAS SOCIALES Y DE SALUD Y SUS  
EFECTOS SOBRE LA MORTALIDAD

*Reunión preparatoria de expertos*

El grupo de expertos participantes en la reunión preparatoria sobre mortalidad, que se celebró en Roma en junio de 1983, identificó cinco temas de mayor relevancia para la elaboración, aplicación y evaluación de las políticas social y de salud. Ellos son:

- a) Información básica;
- b) el marco conceptual para determinar las prioridades de salud y la asignación de recursos;
- c) la eficacia de las medidas sociales y de salud;
- d) el contexto de las políticas sociales y de salud,
- e) la voluntad política.

No cabe dentro de los propósitos de esta ponencia analizar en detalle todas las conclusiones principales de las discusiones sobre este tema, por lo que quisiera limitarme a las observaciones más sobresalientes sobre las áreas problemáticas.

Con respecto a la información básica se llegó a la conclusión de que para elaborar, poner en práctica y evaluar estrategias de salud de manera adecuada es imprescindible disponer de:

- un entendimiento profundo de la estructura de la morbilidad y mortalidad en el contexto socioeconómico y cultural;

- un conocimiento acabado de la eficacia potencial de estrategias de salud en estrecha relación con los patrones culturales y de comportamiento de las comunidades.

En muchos de los países en vías de desarrollo este conocimiento básico simplemente no existe. ¿Cómo lograrlo? En primer lugar, será necesario hacer estudios antropológicos acerca de la aceptabilidad de ciertos programas de salud. No menos importante es la realización de estudios nacionales sobre los patrones de la morbilidad y mortalidad; además deben llevarse a cabo estudios regionales acerca de la eficacia de las estrategias sociales y de la salud. Dentro de este contexto, los expertos insisten mucho en un programa mundial coordinado para mejorar las tres metodologías de las estrategias de la salud.

En cuanto se refiere a la eficacia de ciertos programas de salud, cabe señalar que en la atención primaria se da preferencia a medidas preventivas simples en toda la población, en particular a la vacunación contra enfermedades tales como tétanos, tosferina y viruela, lo que contribuye mucho al descenso de la mortalidad infantil y juvenil. Sin embargo, como se ha señalado, en muchos países esas enfermedades siguen siendo problemas serios, debido a la poca cobertura de tales programas.

En las discusiones de los expertos se trató extensamente la importancia de terapias de rehidratación para combatir una de las causas principales de la mortalidad infantil, la diarrea. Si bien en muchos países en vías de desarrollo se llevan a cabo programas

específicos, aparentemente no son siempre eficaces por la falta de una instrucción en gran escala para toda la población.

Por otro lado, surgió también la necesidad de promover la lactancia como uno de los componentes más promisorios de los programas de atención primaria de la salud, en combinación con suplementos nutricionales.

En estrecha relación están los programas materno-infantiles y de planificación familiar, que pueden mejorar en forma significativa la salud de la madre y el niño, así como proveer el marco para la instrucción relativa a prácticas de salud y de educación de los hijos, permitiendo a la vez un mejor reconocimiento de las enfermedades y los procedimientos para tratarlas.

Finalmente, en lo que se refiere a las estrategias sociales y de salud se hizo hincapié en el mejoramiento del ambiente en las zonas rurales y urbanas marginadas, por ser causa importante de muchas enfermedades infecciosas y del desarrollo deficiente de los niños.

Sin duda, al formular las políticas de la salud deberán tomarse en cuenta las condiciones socioeconómicas y culturales del país y de sus regiones prioritarias. Al respecto, deben destacarse algunas áreas problemáticas. En primer lugar, deben evitarse intervenciones aisladas que se orienten a combatir una enfermedad específica, sin que se dé atención a otras enfermedades que quizás son de mayor gravedad.

En segundo lugar, los programas sociales y de salud pueden sufrir ciertas restricciones resultantes del mismo entorno en que se llevan a cabo. Por ejemplo, ciertas creencias, normas y valores pueden obstaculizar determinadas políticas de salud. Por otro lado, ciertos factores determinantes socioculturales y económicos de las enfermedades y defunciones son a veces más difíciles de cambiar y pueden limitar los efectos de algunos programas médicos.

Resulta obvio que, para resolver estas restricciones, deben cumplirse ciertas condiciones en la formulación y la ejecución de los programas de salud. Una de ellas ya se mencionó: debe disponerse de un buen diagnóstico del contexto socioeconómico y cultural de países, regiones y grupos sociales; segundo, una política de salud sólo puede tener éxito si está incorporada integralmente en los programas de desarrollo del país. Por último, quisiera someter a discusión un tema que aparentemente no examinaron con mayor profundidad los expertos participantes en la reunión preparatoria. Se trata del tema de la planificación y administración de los programas de salud y de su financiamiento.

*Planificación y administración de programas de salud*

Para que las políticas de salud se apliquen con éxito, el proceso de producción, asignación, uso y organización de los recursos, incluyendo los humanos y físicos, debe planearse y administrarse en forma adecuada. No es arriesgado afirmar que en muchos países en desarrollo todavía existen una planificación y administración deficientes de la salud, incluyendo una falta de co-

operación adecuada con otros sectores sociales y económicos. Ocurre a menudo, especialmente en países muy poco desarrollados, que los planes de salud sólo lo son en el papel y nunca se llevan a cabo. En estos casos, no es raro que se postergue durante mucho tiempo o en forma definitiva la construcción de centros de salud, y también ocurre, que las campañas nacionales de vacunación no lleguen a ciertas áreas marginadas.

Son varios los problemas que se presentan en la ejecución de programas de salud. Un factor importante es la capacitación y distribución de recursos humanos de salud. Por otro lado, dado el carácter intensivo de trabajo de la atención de la salud, los recursos humanos consumen una gran parte del presupuesto respectivo, de modo que en muchos países la escasez de recursos humanos es el resultado y sigue siendo el mayor obstáculo para el cumplimiento de los programas.

No es arriesgado afirmar que los recursos humanos disponibles están mal distribuidos geográficamente. Esto es, en parte, consecuencia de la baja prioridad que suele darse a las áreas muy remotas y también se debe a la falta de voluntad del personal de salud para trabajar en situaciones muy aisladas y bajo las condiciones de trabajo propias de áreas deprimidas. Por otro lado, se observa que el adiestramiento del personal de la salud a menudo se concentra en el suministro de atención médica especializada en grandes hospitales con equipo moderno, y que no siempre se prepara al médico para trabajar en zonas rurales.

También se señala que no se está dando suficiente importancia a la formación de paramédicos, resultando un desequilibrio en la composición general de la fuerza de trabajo del sector de la salud. Esos desequilibrios indican un uso ineficiente de un fondo de salud ya limitado, mientras muchos pueblos rurales necesitan urgentemente esos trabajadores de salud para la atención básica preventiva.

En resumen, el gran obstáculo es la falta de personal médico y paramédico principalmente en las áreas rurales, lo que hace imposible llevar a buen término los programas nacionales de salud.

Otro aspecto de los recursos humanos de los países en desarrollo en esta materia es la tendencia de producir más médicos de los que en realidad se necesitan o a los cuales se puede dar empleo según la estructura del sistema de la salud y las restricciones presupuestarias correspondientes. La diferencia en cuanto a disponibilidad de recursos financieros entre los dos bloques de países es aún más grande. En el mundo rico, 4% del producto nacional bruto va al sector de la salud; en contraste, sólo 1% en los países pobres, que en general, dependen mucho más de los servicios de salud del sector público.

En el análisis de los problemas financieros en el sector de la salud hay cuatro puntos que merecen atención:

En primer lugar, en períodos de recesión económica e inestabilidad suele observarse que para muchos países resulta difícil mantener los actuales niveles de financiamiento de los servicios públicos de salud, lo que indudablemente lleva implícito un deterioro de la atención que se da a los habitantes.

En segundo lugar, aparte de la situación económica hay un fenómeno cada vez más preocupante. Sin excepción, en todo el mundo se observa desde hace mucho tiempo un aumento acelerado de los costos médicos, mucho más rápido que el aumento que ocurre en otros sectores. La cuestión básica es, entonces, cómo hacer bajar la morbilidad y la mortalidad cuando, por otro lado, suben los costos médicos, sobre todo en un momento de estancamiento económico mundial.

Cabe preguntarse cuáles son las causas de este aumento en los costos médicos. Al parecer, se combinan diversos factores: la inflación, el mejoramiento en la calidad y la seguridad de los servicios médicos, una mayor atención de los seguros médicos a una parte mayor de la población, diagnósticos y tratamientos cada vez más desarrollados y también cambios en la estructura de la población, como el envejecimiento, que es una consecuencia directa del descenso de la mortalidad y de la fecundidad.

Un tercer punto es el método de financiamiento del sector de la salud. En general se financia por medio de pagos directos del consumidor, mediante el seguro médico y con ingresos por impuestos. Dada la escasez crónica de recursos financieros para la salud, suele observarse en muchos países una gran diversificación de dichos recursos, lo que puede llevar implícito: a) una duplicación de actividades; b) una mayor falta de coordinación entre los diferentes programas; c) gastos administrativos muy grandes, y d) una flexibilidad insuficiente para asignar fondos en áreas prioritarias.

Un cuarto y último punto concierne al financiamiento de la salud mediante la cooperación técnica internacional. Es un hecho que la ayuda internacional ha sido y todavía es un factor importante en la reducción de la morbilidad y la mortalidad. Sin embargo, debe reconocerse que dada la situación económica internacional, hay ciertos límites al futuro crecimiento a través de esta fuente.

Por otro lado, cabe señalar que la ayuda internacional no siempre se da en armonía y en concordia con las políticas nacionales de salud. Los países donantes tienden a preferir inversiones en la infraestructura de la salud y en la introducción de recursos adicionales internos del país receptor, una vez puestos en marcha los programas, lo que a su vez aumenta la carga de obligaciones financieras de un país.

La continuidad y la regularidad de la contribución internacional son un requisito muy importante. Por otra parte, los países receptores deben analizar cuidadosamente las consecuencias financieras nacionales de esa ayuda internacional, y establecer con claridad prioridades que beneficien al país y contribuyan al bienestar de cada uno de sus habitantes.

En conclusión, he planteado ante esta conferencia una serie de áreas problemáticas en lo que se refiere a la mortalidad, las políticas de salud y su interacción con las estrategias de desarrollo. Espero que algunos puntos puedan contribuir a un debate fructífero sobre el objetivo fundamental del desarrollo, un derecho humano básico, sobre todo para las madres y los niños de los países en desarrollo: el descenso de la mortalidad y un estado completo de bienestar físico, mental y social. □