

# Desarrollo y Salud

## **Carlos A. Agudelo C.**

Médico, Periodista. M. Sc. Salud Pública, M. Sc. Ciencias. Profesor Asociado. Instituto de Salud en el Trópico, Departamento de Salud Pública y Tropical, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Tel 3681486.

E-mail: [cagudelo@bacata.usc.unal.edu.co](mailto:cagudelo@bacata.usc.unal.edu.co)

---

## **RESUMEN**

Se presentan los conceptos de desarrollo y de salud que son frecuentemente utilizados en el análisis de las relaciones que existen entre ambos. Las determinaciones positivas y negativas son consideradas desde el lado del desarrollo y desde la salud. En el primer caso, la salud se convierte en un objetivo y tiene valor por sí misma. En el segundo caso la salud opera como un medio que podría incidir de alguna manera en el desarrollo. De otra parte, se examina el alcance de los enfoques de capital humano y de desarrollo humano sostenible, especialmente este último por el reto que supone en cuanto a preservación ambiental y su relación con el bienestar.

**Palabras Claves:** Desarrollo, salud, capital humano, desarrollo humano, desarrollo sostenible

## **ABSTRACT**

### **Health and development**

The concepts of health and development, which are frequently used in the analysis of the relationships between them, are presented. Positive and negative determinations are considered from both sides. In the first case, health becomes a goal with a value by itself. In the second case health acts as a means which could in some ways influence development. On the other hand, the extent of the approaches of human capital and sustainable development are examined, in particular the latter because of the challenge it poses in respect to environmental preservation and its relationship to welfare.

**Key Words:** Development, health, human capital, human development, sustainable development.

El concepto de desarrollo se interpreta con frecuencia como crecimiento económico, enriquecimiento y mayor productividad, aspectos que suponen mayor producción y consumo (1,2). En estos sentidos, uno de los indicadores de uso común es el ingreso *per cápita*. Otras aproximaciones, más amplias e integrales, conciben el desarrollo como un fenómeno complejo, que incluye los aspectos económicos, sociales, culturales y ambientales. En este último enfoque, el desarrollo, además de sus dimensiones económicas y de la producción de recursos materiales, supone también la expansión de las capacidades y complejidades de la sociedad y de los individuos que la componen lo que, a su vez, permite contar con mejores posibilidades de satisfacer necesidades y aspiraciones. El desarrollo sería, al tiempo, crecimiento y cambio en las condiciones sociales y culturales.

En los estudios que se proponen demostrar alguna relación específica entre salud y desarrollo o, de manera más circunscrita, nivel económico o social, por regla general, la salud se interpreta como ausencia de enfermedad o como un estado deseable de bienestar, cuya imagen de espejo se obtiene de eventos epidemiológicos (3). Enfoques más amplios (4,5) conciben la salud como determinada por una compleja combinación de factores del ambiente, los comportamientos, los servicios de salud y la población. Otras concepciones (6,7) destacan las condiciones de vida (educación, alimentación, servicios públicos, vivienda, empleo, ingreso, etc.), la cultura y el ambiente, como los factores que condicionan el nivel de salud de una población. En estos estudios se utilizan, para conectar la salud con el desarrollo en el momento de análisis, productos finales como la morbilidad y la mortalidad, o los fenómenos de calidad de vida, condiciones de vida, esperanza de vida y la provisión de servicios de promoción, prevención y curación.

Las relaciones teóricas entre desarrollo y salud pueden ser establecidas de muchas maneras. En este ensayo las organizaremos y presentaremos desde el punto de vista de su alcance, remarcando las determinaciones mutuas y las interacciones positivas y negativas que existen entre ellas.

Las relaciones entre desarrollo y salud pueden ser examinadas desde el lado del desarrollo o desde la salud. En el primer caso, la salud se

convierte en un objetivo y tiene valor por sí misma. En el segundo caso la salud opera como un medio que podría incidir de alguna manera en el desarrollo. Al abordar las relaciones mencionadas se deben tener en cuenta del lado del desarrollo, el nivel alcanzado y el modelo, tipo o estilo de desarrollo. Sin embargo, numerosos estudios se limitan a manejar unas pocas variables que pueden reflejar el grado de desarrollo alcanzado en el marco de un modelo o un conjunto de políticas que no se hacen explícitas.

Cuando el asunto se observa desde el lado del desarrollo, es un hecho bien establecido que este último puede tener un amplio beneficio sobre la salud, en varios sentidos: los ricos o las personas de estratos altos “... tienden a gozar de una vida más larga y a ser más sanos que los pobres”(8); los niveles de mortalidad infantil, por sexos y por edades, son inferiores en las sociedades desarrolladas con respecto a aquellas que no han alcanzado tal estado; a mayor desarrollo y riqueza social generalmente se encuentra un mayor gasto en salud y una más amplia cobertura, disponibilidad y acceso a todos los tipos de servicios de salud.

A pesar de que la validez de los estudios que se han ocupado de la relación entre desarrollo y salud es motivo de debate -por su diseño, por la calidad de la información y por los indicadores económicos utilizados- se cuenta con evidencias suficientes sobre el hecho de que el estado de salud “...está firmemente vinculado con la clase social”(8).

Debido a que son más frecuente los estudios basados en la mortalidad diferencial por edad, sexo, ocupación y otros aspectos similares, también se ha documentado de manera más amplia la relación entre este indicador indirecto de salud y los indicadores económicos y sociales. Numerosas opiniones coinciden en que los indicadores más apropiados para este fin son los que se refieren a la educación, el ingreso y la ocupación, en especial la educación (9). Es aceptado de manera amplia que un mayor nivel de escolaridad puede conducir, salvo las situaciones de distorsión ocupacional, a cargos más altos y mejor remunerados; de otra parte, mientras el nivel educativo individual se adquiere en una fase temprana de la vida, la ocupación y el ingreso pueden experimentar modificaciones sustanciales a lo largo de la vida; además, la salud, el desarrollo y la educación tienen un factor común en la cultura científica y técnica.

Aunque estos indicadores tienen una alta relación entre sí, representan dimensiones diferentes de las condiciones de vida o de los aspectos socio económicos.

Con los indicadores comentados se ha encontrado en los países desarrollados (10 -15) que:

- Hay una relación inversa entre nivel socioeconómico y riesgo de morir.
- La relación entre esperanza de vida y el nivel socioeconómico es directa.
- Estas diferencias no son uniformes en todos los grupos de edad, y tiende a disminuir después de los 65 años.
- Las diferencias cambian según las causas de muerte y los grupos de edad.

Algunos estudios realizados en América Latina (16-23) indican que también en esta región los grupos en condiciones sociales y económicas más desfavorables tienen un riesgo más alto de enfermar y morir. Pero también sugieren que hay consistentes diferencias con los países desarrollados en las formas como operan las relaciones entre desarrollo y salud, en los factores determinantes y en sus expresiones concretas, aspectos que requieren aún amplio estudio.

Cuando se ha utilizado únicamente el indicador de ingreso (24) se ha encontrado que, por lo general, a medida que este se incrementa, se acompaña de un mejor estado de salud y que el efecto es mayor cuando se incrementan los tramos de ingreso bajo; así mismo, el ingreso determina el volumen y el tipo de servicios que un individuo puede adquirir cuando se trata de "comprar" servicios individuales, pero influye poco en la oferta de servicios, la cual depende más del estado de desarrollo general, del tipo de sistema de salud y de las modalidades de financiación, provisión y pago de los servicios. De otra parte, la relación entre ingreso y salud no es lineal y el gasto para la protección de la salud presenta un rendimiento decreciente. En otras palabras, un mayor ingreso conduce a una mayor capacidad de gastar en servicios, pero esto no produce un mejoramiento proporcional del estado de salud, ni de la esperanza de vida.

Por último, si bien cierto que el desarrollo progresivo –entendido en cualquiera de sus acepciones- puede acrecentar la salud de la población, por la vía del mejoramiento del nivel de vida, dando lugar a una mayor esperanza y calidad de vida, o ampliando la tecnología disponible para la detección oportuna y tratamiento eficaz, esto no siempre reduce de manera importante las inequidades existentes en la salud colectiva o en las condiciones sociales (25-31).

#### EFFECTOS NEGATIVOS

Los modelos, políticas y tipos de desarrollo inapropiados en la dimensión humana, social y ambiental, pueden incidir de manera negativa en la salud colectiva e individual, en muchos sentidos. Cualquier listado será siempre incompleto, pero cabe destacar los aspectos siguientes que afectan la salud, la calidad de vida y la esperanza de vida, de manera directa o indirecta (6,8,14,24):

- El rápido desgaste físico y mental de las personas.
- La exposición a continuos riesgos ocupacionales.
- Los hábitos inapropiados, y las costumbres y estilos de vida no saludables.
- El consumo de alcohol y tabaco, así como de sustancias psicoactivas.
- La combinación de estrés y sedentarismo que caracteriza buena parte de la vida urbana y “moderna”
- La urbanización acelerada sin criterios de ordenamiento territorial, sin los servicios sociales y públicos apropiados, o sin una cultura de convivencia.
- El deterioro y la contaminación ambiental.
- La pobreza constante y la distribución inequitativa del ingreso y la riqueza.
- El sometimiento a los fenómenos del mercado sin los controles ciudadanos y estatales apropiados.
- La cultura "consumista".
- La ausencia de controles públicos y estatales sobre los procesos políticos, sociales, y económicos poco saludables.
- La carencia o restricción de la democracia, de las libertades públicas y de la participación social, que impiden el ejercicio del control ciu-

dadano sobre los factores de riesgo, el deterioro ambiental, la utilización inadecuada de los dineros públicos, la ausencia de políticas saludables y los desbordes del mercado.

- La participación social, comunitaria y ciudadana precarias, y la ausencia de redes sociales de apoyo.

Como estos aspectos inciden de manera específica, en medio de las interacciones sociales, biológicas, familiares, ocupacionales, ambientales, culturales e institucionales en las que a su vez están operando los factores positivos, los resultados y efectos finales sobre la salud individual y colectiva tienden a ser productos de una síntesis compleja que se acopla a la dialéctica de los procesos cotidianos. Estos resultados, lejos de carecer de dirección o producirse por combinaciones aleatorias, están determinados por la configuración de situaciones en las que se consolidan o predominan los factores propicios para un nivel adecuado de salud, o dan lugar a equilibrios precarios e inestables entre los factores positivos y adversos, o se inclinan hacia un continuo deterioro, amén de otras posibles situaciones.

De otra parte, cuanto más perjudicial sea el estilo de desarrollo, mayor será la fracción de la atención en salud que deberá dedicarse a compensar tales efectos, lo cual a su vez reduce o elimina el efecto neto de los servicios de salud sobre el bienestar de la población.

#### LA SALUD COMO UN MEDIO

Las relaciones entre desarrollo y salud también pueden ser ilustradas desde el lado de la salud. Numerosos análisis (2, 32-34) indican que la buena salud ejerce un impacto definido en la situación económica de la población y en la productividad económica, ya sea por la vía del aumento de la producción o de la disminución de las incapacidades. La población sana produce más y la eliminación de enfermedades mejora las posibilidades de crecimiento económico. Este aspecto se ha examinado más ampliamente al estudiar los efectos de programas dirigidos a mejorar el estado nutricional y a controlar las enfermedades infecciosas y parasitarias. Y aunque está menos documentado y estudiado, esta relación positiva opera también con respecto a grandes grupos de población y en el ámbito nacional. En otros térmi-

nos, la inversión nacional en salud y la buena salud colectiva aumentan las posibilidades del crecimiento económico actual y futuro, no sólo por su efecto sobre la productividad, sino también porque contribuyen a crear un clima favorable para el mercado y las inversiones de largo plazo, al tiempo que estimulan la producción de más bienes y servicios, acrecientan el ingreso potencial y la disponibilidad de tiempo libre para la recreación y la creatividad.

De otra parte, la salud también presenta una alta relación horizontal con la educación, en la medida que atenúa el ausentismo escolar y mejora la capacidad de aprendizaje. Así mismo, prolonga la vida productiva disminuyendo la tasa de depreciación de la inversión en educación.

En la relación entre salud y desarrollo, la prestación de servicios de atención a la salud individual y colectiva puede mejorar el desarrollo si incorpora la participación de la gente. En este aspecto, el papel propio de los servicios de salud es más específico. En condiciones de pobreza, los servicios de salud, aún en sus actividades preventivas, suelen tener un impacto limitado, que es importante conservar y fortalecer. A medida que se superan las condiciones más extremas de pobreza, los servicios de salud pueden acrecentar progresivamente su papel social y su impacto en la salud de los individuos y las poblaciones, y por ende en el desarrollo, siempre y cuando asuman su tarea de manera integral, no sólo como tratamiento de los enfermos, sino también como prevención y promoción de la salud. Cuando el papel de los servicios de salud se reduce a la atención curativa o a la atención hospitalaria de enfermos, el impacto en la salud y en el desarrollo es marginal, pues contribuyen sólo a modificar parcialmente la calidad de vida de una parte de la población que utiliza los servicios asistenciales, sin incidir sobre la esperanza de vida de la mayoría de la población.

#### BIENES ECONOMICOS Y CAPITAL HUMANO

Con frecuencia la salud es considerada como un bien económico especial (24), por cuanto la inversión en salud no tiene sólo efectos individuales, sino que también genera ingresos adicionales, acrecienta la

productividad o tiene amplias consecuencias externas, económicas y sociales, como ya se ha indicado. Así mismo, varios de los agentes que participan en el proceso de la salud están libres de las regulaciones del mercado, y el consumidor no es soberano ya que no tiene información adecuada para tomar decisiones. En el caso de los servicios de salud, quien elige no es quien consume y quien consume no siempre es quien paga.

Considerada la salud como un bien económico, debe ser mirada en conexión con otros servicios sociales que hacen parte de la calidad de vida. En este sentido, la necesidad de contar con una fuerza de trabajo capacitada y competente, como un factor del desarrollo, llevó al concepto de capital humano. La historia de países con diferente grado de desarrollo, ha permitido entender que el crecimiento no puede ser explicado sólo por cambios en los insumos convencionales, y que factores como la educación, la nutrición y la salud han tenido un gran impacto en la expansión del capital, del trabajo y de la productividad. El concepto de capital humano, por tanto, significa que cada ser humano representa un capital que no es sino la suma de sus habilidades y conocimientos. En consecuencia, los recursos destinados a proteger o recuperar la salud, como también ocurre con la educación, se consideran como una inversión que tiene una cierta productividad, rentabilidad o rendimiento actuales y futuros.

#### DESARROLLO HUMANO Y SOSTENIBLE

Un enfoque un tanto diferente al planteado hasta ahora para examinar las relaciones entre desarrollo y salud, resulta de una manera también distinta de considerar el desarrollo. En el último lustro ha logrado alcanzar un sitio propio, desde el punto de vista conceptual y como indicador, el concepto "desarrollo humano", según el cual el ser humano es el centro del esfuerzo de desarrollo (35-37). Para ello debe tener satisfechas sus necesidades básicas, ha de contar con capacidad de decidir entre alternativas y tener acceso a opciones de trabajo dignas.

El concepto de desarrollo humano apunta a complementar las medidas tradicionales de desarrollo como el PBI que excluye el bienestar no

económico, componente básico de la calidad de vida en el que se integrarían, entre otros, los servicios sociales y por tanto la salud.

A partir de 1995, el Índice de Desarrollo Humano utiliza tres indicadores (38): el ingreso (medido por el PBI real corregido por las paridades en el poder adquisitivo), la esperanza de vida al nacer y el logro educativo, que toma en cuenta la tasa alfabetismo en la población adulta y el índice de escolaridad (tasa de escolarización combinada de primaria, secundaria y superior). En este índice, por tanto, se integran la dimensión económica del desarrollo y los efectos combinados de la salud, en términos de longevidad, y la educación.

El concepto de desarrollo sostenible ha resultado de un proceso prolongado de búsqueda de una relación apropiada entre el desarrollo de la sociedad y el medio ambiente. Involucra los conceptos de protección y conservación del ambiente y la naturaleza y, más recientemente, la sostenibilidad global. El término desarrollo sostenible puede ser equívoco, o por lo menos unilateral, si se centra únicamente en la conservación de la naturaleza, de los recursos y del ambiente, pues indicaría que en el hipotético caso de lograr modelos y estilos de desarrollo limpios, se conservarían al tiempo los componentes de iniquidad y pobreza de tales modelos.

El término de sostenibilidad amplía el alcance del desarrollo sostenible ya que si bien apunta a la armonía con el medio ambiente y la naturaleza, implica reconocer que la sostenibilidad material no es posible sin un desarrollo humano continuo que conduzca al uso racional de los recursos y a una cultura de respecto al medio ambiente y la naturaleza; en otras dimensiones, la sostenibilidad significa conservación de oportunidades para las futuras generaciones, para generar y disfrutar como mínimo de misma clase de calidad de vida que hoy poseemos o aspiramos a poseer. En consecuencia, para garantizar equidad en el futuro hay que actuar en el presente y para lograr la sostenibilidad se requiere superar la pobreza, por medio de acciones redistributivas y modelos de desarrollo equitativos, que al mejorar la calidad de vida, la productividad y los ingresos mejoran el manejo ambiental actual y futuro.

En otros términos, los modelos de desarrollo que perpetúan las inequidades de hoy día, despilfarran recursos naturales y deterioran el medio ambiente no son sostenibles ni merecen sostenerse. Por lo tanto, el concepto "desarrollo humano sostenible" introduce un conjunto de desafíos en el análisis de las estrategias del desarrollo: subraya que sostener las grandes desigualdades del presente conduce a negar a las generaciones del futuro tanto el bienestar como la sostenibilidad.

#### REFERENCIAS

1. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1991, La tarea acuciante del desarrollo. Washington, D.C.: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 1991.
2. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. Washington, D.C.: Banco Mundial; 1993
3. Organización Panamericana de la Salud. El desafío de la epidemiología. Washington, DC:OPS; 1988 (Publicación Científica 505).
4. Lalonde MA. A New perspective on the health of Canadians. Ottawa Healthy Welfare Canada, 1974.
5. Blum HL. Social perspective on risk reduction. Family and Community Health. 1980; 3(1):41-61.
6. Breilh J, Granda E, y cols. El Deterioro de la Vida. Quito: Corporación Editora Nacional/CEAS; 1990.
7. Castellanos PL. Sobre el concepto de salud enfermedad. Bol. Epidemiol. OPS. 1990; 10:1-7.
8. Alleyne G. La Salud y el desarrollo humano. Bol. Of. Sanit. Panam. 1996; 120(1):1-10.
9. Nicholls E. Diferenciales de mortalidad en las enfermedades no transmisibles según el nivel socioeconómico. El caso de América Latina. Bol. Of. Sanit. Panam. 1993; 115 (3):255-269.
10. Fox AJ. Socioeconomic differences in mortality and morbidity. Scand J Soc Med. 1990; 18:1-8.
11. Jamison D, Mosley H. Disease control priorities in developing countries: Health policy responses to epidemiology change. Am J Public Health. 1991; 81:15-22.
12. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990. Washington, DC: OPS. 1990; Vol 1,26-45. (Publicación Científica 524).

13. Koskenvuo M, Kaprio J, Romo M, Langinvaino H. Incidence and prognosis of ischemic heart disease with respect to marital status and social class. *J. Epidemiol. Commun. Health.* 1981; 35:191-196.
14. House J, Robbins C, Metzner H. The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *A. J. Epidemiol.* 1982; 116:123-140.
15. Marmot M, Shipley M, Rose G. Inequalities in death: Specific explanations of a general pattern. *Lancet.* 1984; 111003-1006.
16. Behm H, Vargas E. Guatemala: diferencias socioeconómicas de la mortalidad de los menores de 2 años, 1968-1976. San José Costa Rica: Ministerio de Economía, Dirección Central de Estadística, República de Guatemala y CELADE; 1984. (Serie A/1044).
17. Behm H, Modes L. Panamá: la mortalidad infantil según variables socioeconómicas y geográficas, 1966-76. San José Costa Rica: Ministerio de Planificación y Política Económica, República de Panamá y CELADE; 1983. (Serie A/1044).
18. Frenk J, Freika T, Bobadilla JL. La transición epidemiológica en América Latina. *Bol. Of. Sanit. Panam.* 1991; 111:485-496.
19. Adult health in Brazil: adjusting to new challenges. Washington, DC: The World Bank; 1989. (World Bank Report No.7807-BR).
20. Duncan B, Schmidt M, Achutti A. Prevalence and detection status of hypertension in a large Brazilian city: influence of social factors. In: Second International Conference on Preventive Cardiology, Washington, DC, 1989.
21. Kunner S, Soibelman M, Duncan B. Consumo excesivo de alcohol nas diferentes camadas sociais de Porto Alegre. In: Primeiro Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Sao Paulo, Brasil, 1990.
22. Berríos C, Jadue H, Zenteno A, Ross A, Rodríguez P. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas: estudio en población general de la región Metropolitana, 1986-1987. *Rev. Med Chil.* 1990; 118:597-604.
23. Aristizabal N, Cuello C, Correa P. The impact of vaginal cytology on cervical cancer risks in Cali, Colombia. *Int. J. Cancer.* 1984; 34:5-9.
24. Musgrove Ph. Relaciones entre la salud y el desarrollo. *Bol. Of. Sanit. Panam.* 1993; 114 (2):115-129.
25. Musgrave RA. Teoría de la Hacienda Pública. Madrid: Editorial Aguilar; 1969.
26. Musgrave RA. El futuro de la política fiscal. Madrid: Instituto de Estudios Económicos; 1980.

27. García D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Bol. Of. Sanit. Panam. 1990; 108(5-6):570-585.
28. Musgrove Ph. La equidad del sistema de servicios de salud. Conceptos, indicadores e interpretación. Bol. Of. Sanit. Panam. 1983; 95 (6):525-546.
29. Whitehead M. Los conceptos y principios de la equidad en la salud. OPS/OMS. Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. Serie Traducciones No. 1; Diciembre, 1991.
30. Mhatre S, Deber RB. From equal acces to health care to equitable acces to health: A review of Canadian Provincial Health Commissions and Reports. Int. J. Health Services. 1992; 22(4):645-668.
31. Soberón GA, Naro J. Equidad y atención de salud en América Latina. Principios y dilemas. Bol. Of. Sanit. Panam. 1985; 99(1):1-9.
32. Feinstein JS. The relationships between economic status and health: a review of the literature. Mil-bank Q. 1993; 71:279-315.
33. Evans RG, Bauer ML, Mamor TR. Why are some people healthy and others not?: the determinants of health of populations . New York: Aldine de Gruyter; 1994.
34. Newman BA, Thomson RJ. Economic growth and social development: a longitudinal analysis of casual priority. World Development 1989; 17:461-471.
35. Programa de las Naciones Unidad para el Desarrollo. Desarrollo Humano. Informe 1990. Bogotá: Tercer Mundo Editores; 1990.
36. Programa de las Naciones Unidad para el Desarrollo. Informe sobre el Desarrollo Humano. Nueva York: Oxford University Press; 1993.
37. Behrman JR. Inversión en recursos humanos. En: Informe sobre el desarrollo económico y social de América Latina. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 1993.
38. Departamento Nacional de Planeación. Informe de desarrollo humano para Colombia. 1998. Santafé de Bogotá: TM Editores; 1998.