

## ECONOMIA

## Y SALUD

El presente relato nos ofrece un examen de las interrelaciones existentes entre economía y salud y los efectos recíprocos entre ambas, además de la interacción de diferentes componentes de nivel de vida, entre los que destaca la salud y la frecuencia de enfermedades. Tal estado no sólo depende de un ingreso económico mayor sino que comprende otros factores como nutrición, instrucción, vivienda, recreación, comunicación y seguridad social.

Los problemas de salud en el niño en el adulto y en el anciano, como la prolongación de la expectativa de vida se traducen en un envejecimiento relativo de la población.

En lo referente a la salud mental, éste se ve influido por características propias de los pueblos, particularmente en las áreas cultural, filosófica y religiosa.

Los efectos de la salud sobre la economía dan margen para considerar diversas repercusiones de la enfermedad sobre la capacidad productiva del individuo.

## ECONOMIA Y SALUD

*Dr. ERNESTO MEDINA LOIS \**

El examen de las interrelaciones existentes entre economía y salud puede hacerse en varios planos y desde diferentes ángulos, destacando los efectos de la condición económica sobre la salud; los efectos de la salud sobre el proceso económico y la interacción de diferentes componentes del nivel de vida, entre los cuales destaca la salud.

Como premisa fundamental conviene destacar que para la economía el hombre es simultáneamente un medio, esto es, un insumo de producción, y un fin, esto es, que el propósito fundamental del proceso económico es alcanzar mejoramientos de los niveles de vida y por ende, del bienestar de los seres humanos. El análisis de las relaciones entre economía y salud será muy diferente si se considera al progreso económico como un fin en sí mismo olvidando la meta de orden humano.

La observación de países en diferentes niveles de desarrollo, de comunidades nacionales y de individuos de diversos estratos socioeconómicos revela que el estado de salud y la frecuencia de enfermedad son fenómenos asociados al nivel de vida. El efecto no

sólo depende de un ingreso económico mayor sino que comprende los factores de la nutrición, instrucción, vivienda, vestuario, recreación, transportes y comunicaciones y seguridad social, elementos que, junto a otros, configuran lo que se ha dado en llamar nivel de vida. El bajo nivel de vida coincide con una mayor frecuencia de enfermedad, fenómeno dependiente de la relación existente entre bajos niveles de nutrición, educación, vivienda, vestuario y protección dada por la seguridad social y la producción de enfermedad. El fenómeno es especialmente notorio en el niño menor cuyos problemas de salud se asocian especialmente a la atención del parto de la madre, la desnutrición y la infección. Vale la pena anotar, sin embargo, que en aquellas comunidades que disponen de una adecuada atención médica se logra resolver adecuadamente el negativo efecto del medio, particularmente, si el niño está protegido en momentos claves como el parto y cuando recibe protección suficiente en cuanto al número anual de consultas médicas y entrega de leche en forma de alimentación complementaria; si a estos tres elementos (atención del parto, consulta médica y alimentación complementaria) se agrega la instrucción de la madre se configura el conjunto de factores claves de protección de la salud infantil que resulta ope-

\* Director, Depto. de Salud Pública y Medicina Social, Facultad de Medicina Santiago Norte, Universidad de Chile.

rante incluso en condiciones muy deprimidas del medio ambiente y del nivel de vida.

Mientras el niño se ve afectado por problemas de salud que se relacionan y entroncan fundamentalmente con su nivel de nutrición y con el riesgo de infección y de accidente, el adulto y en particular el anciano se ven afectados más bien por problemas de salud de tipo crónico y degenerativo entre los cuales destacan las enfermedades del corazón, la hipertensión arterial, los accidentes vasculares cerebrales y las diferentes localizaciones del cáncer. Cuando el desarrollo de una comunidad, a través del control de las enfermedades y riesgos infantiles y del adulto joven (riesgo de accidentes; relacionados con la gestación y el parto; tuberculosis) hace posible la sobrevivencia de las personas, esta prolongación de la expectativa de vida, tiene como contrapartida un envejecimiento relativo de la población que se expresa en el aumento de la proporción de personas de 65 años y más, lo que trae a su vez como consecuencia un serio incremento de las enfermedades crónicas propias de esta edad. Ocurre de este modo en la historia de los pueblos que el riesgo de muerte muy elevado (tasas de 25 defunciones anuales o más por cada 1.000 habitantes), propio de condiciones elementales de desarrollo, declina sistemáticamente durante un tiempo pero llega un momento en el cual dicho riesgo de muerte se estabiliza e incluso aumenta por la aparición del fenómeno de envejecimiento antes descrito. Se da entonces la paradoja de que comunidades en estadios intermedios de desarrollo, como ocurre con Chile, tengan un riesgo global de muerte (7 por mil habitantes) inferior al observado en comunidades desarrolladas, pero envejecidas, como Alemania o Suecia (tasas de 11 a 12 por mil habitantes).

Dada la diferencia de problemas de salud propios del niño o del anciano, diferencia que como hemos anotado deriva del hecho de que los primeros se asocian a las condiciones inadecuadas del medio ambiente y del nivel de vida, mientras los del anciano están más bien asociados a hábitos y costumbres de las personas, dada esta diferencia, resulta comprensible que los efectos del mejoramiento del medio puedan apreciarse a través de la evolución de la mortalidad del niño menor (mortalidad infantil) y que este indicador revele un riesgo considerablemente inferior en países como Suecia u Holanda (10 a 12 muertes de menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos) en comparación con Chile (51 por 1.000) o algunos de los nuevos países africanos

(150 o más por 1.000 nacidos vivos) en situaciones muy elementales de desarrollo.

Para mejorar la salud de una población en condiciones muy bajas de nivel de vida, con expectativas de vida al nacimiento de 25 o 30 años, la mejor inversión corresponde al mejoramiento del medio ambiente, particularmente a través de obras de saneamiento que permitan el consumo de agua no contaminada y la eliminación de los riesgos provenientes de la contaminación por excretas y otros desechos. En situaciones de desarrollo intermedio, como la que vive Chile en la actualidad, con una expectativa de vida de 65 años, en que se ha obtenido un avance importante, aunque distante de ser completo, en materia de saneamiento del medio y de la vivienda, en estas condiciones, los factores de mayor significado están dados por la provisión de atención médica, de complementos alimentarios y de educación de las personas. En situaciones de mayor desarrollo como las de muchas naciones industriales, con esperanza de vida de 75 años, los progresos en salud son mucho más lentos tanto por el envejecimiento de las personas como por la dificultad de controlar riesgos de salud asociados a la contaminación ambiental propia de la industrialización, como a la dificultad de cambiar hábitos y costumbres inveterados (tipos de alimentación, hábito de fumar, vida urbana con tensión emocional) asociados a los riesgos de mayor significado de esa edad que son la arterioesclerosis, la hipertensión arterial o las diversas variedades de cáncer.

Los comentarios anteriores se han referido a los riesgos de salud de tipo físico que son sensiblemente parecidos en diversos países y comunidades. No ocurre lo mismo con la salud mental que, si bien está ligada a los niveles de desarrollo, se ve profundamente influida por características propias de los pueblos particularmente en las áreas cultural, filosófica y religiosa. Resulta evidente, por ejemplo, la elevada frecuencia de problemas mentales que emergen en las poblaciones anglosajonas y escandinavas en comparación con los pueblos latinos. Igual observación cabe para la expresión más objetiva de los problemas de depresión —que es el suicidio— que es sistemáticamente mayor en los países protestantes que en los católicos y en las regiones protestantes de aquellos países en los que coexisten ambas religiones. En Chile, el problema de salud mental más grave está constituido por la adicción alcohólica, que se enraíza en las tradiciones culturales de los elementos que formaron nuestra raza.

De los diferentes elementos a través de los cuales el nivel de vida actúa sobre la salud, el de más importancia en momentos de desarrollo intermedio, como el que vive Chile en la actualidad, es la magnitud, cobertura y organización de la atención médica. Como cualquier otro servicio, la atención médica tiene un costo que se caracteriza en los últimos años en todos los países por aumentar a tasas mayores que el índice global de precios. Ello se explica por cuanto, a diferencia de lo que ocurría en el pasado con la atención de enfermos, momento en el que se hacía fundamentalmente una medicina de buenos consejos con muy escasa ayuda de procedimientos diagnósticos y con terapéutica de poca eficacia pero barata; en contraste, en el momento actual la atención médica se ha encarecido por la tendencia progresiva a la hospitalización de pacientes y parturientas; por la exigencia de la población de contar con buenos elementos de ayuda diagnóstica basados en complicadas técnicas de laboratorio o radiología y con el costo actual de terapéuticas eficaces.

Si se examina la situación de los países de mediano desarrollo y las sociedades industriales se advierte que dichas comunidades gastan proporciones variables de recursos en atención médica y farmacéutica que oscilan en la mayoría de los casos entre un 5% a un 8% del ingreso nacional. En Chile no disponemos de información suficientemente actualizada. La última corresponde a 1969, año en el cual de acuerdo a los estudios del Ministerio de Salud el gasto total en salud alcanzaba a un 6,2% del ingreso nacional, destinándose 2/3 de dicha suma a la atención médica y 1/3 a los gastos farmacéuticos.

La magnitud del gasto en atención de salud puede variar grandemente según la forma predominante de organización. Tiende a ser considerablemente mayor, como ocurre en Estados Unidos, en que se acerca al 10% del producto nacional, cuando existe mayoritariamente una atención médica de tipo privado concebida como una empresa comercial con fines de lucro, más bien que cuando la atención médica se fundamenta en sistemas de seguro solidarios o es financiada por impuestos. En este caso, además de la reducción global del costo se produce un fenómeno progresivo de distribución del ingreso, por cuanto las personas con mayores recursos ayudan a financiar la atención médica de los menos dotados. El fenómeno mundial de elevación de los costos de atención médica ha llevado sistemáticamente a la instalación en los diversos países

de sistemas de protección de las contingencias de la salud basados en sistemas de seguros o financiados a través de los impuestos colectados por el Estado. El hecho es paralelo a la aparición de las concepciones más modernas que tienden, igualmente, a asegurar la salud de todos los habitantes, surgiendo el concepto del derecho a la salud.

El análisis económico del área de la salud y de la atención médica hace surgir algunas peculiaridades, por las cuales, con frecuencia, no le son aplicables postulados que resultan válidos para otras áreas del proceso económico. Se trata desde luego de una entrega de servicios en la que la meta final ideal es dar la menor cantidad de estos mismos servicios; en otros términos, producir una población suficientemente sana o con tal nivel de salud para no requerir servicios de atención médica. Esta condición es diversa de la que presentan otros sectores del área social, como la educación, en la que interesa prestar el mayor número posible de servicios para obtener el mejor nivel de instrucción y enteramente diferente de los postulados básicos de la producción de bienes en los cuales la meta final es producir el mayor número posible y obtener el mayor beneficio. Si por otra parte, se agrega que lo que suele estar en juego en la atención de la salud y la enfermedad es la vida misma de las personas, puede concluirse que a la actividad de entrega de servicios de salud no le son aplicables en general los modelos de organización económica basados en el mercado, surgiendo una diferencia conceptual muy substancial entre médicos y algunos economistas. Lo anterior no significa que la actividad de atención médica no pueda ser racionalizada en su operación, intentando obtener el mejor costo-efecto y el máximo resultado en la relación costo-beneficio, siempre que no se olvide que el propósito final es la persona humana y no el beneficio de la empresa. Algunas actividades de la atención de salud, por definición, no importan beneficio económico, como ocurre por ejemplo con la atención de pacientes crónicos, inválidos o senescentes, pero en los cuales resulta indispensable la entrega de estos servicios por razones de tipo humanitario.

En el momento actual, en Chile las declaraciones oficiales establecen un marco doctrinario de interés. A la salud se la define como el estado de bienestar físico y psicológico de la persona y la sociedad. Es un patrimonio nacional y por lo tanto responsabilidad irrenunciable del Estado. Como fin individual es un derecho humano. Todos deben tener acce-

libre e igualitario a las acciones de salud, las cuales deben ser integrales, esto es incluyendo acciones de fomento de la salud, de protección y de recuperación de ella. A la financiación deben concurrir todos en forma proporcional a sus ingresos. A la dación deben concurrir los sectores público y privado. Las personas deben tener libertad de elegir el sistema de atención que deseen. El derecho a la salud se debe ejercer durante toda la vida independientemente de la edad, sexo o condición social. Este conjunto de postulados representa a nuestro juicio una adecuada concepción doctrinaria respecto a la salud de las personas.

Establecer los efectos de la salud sobre la economía representa un problema difícil de resolver metodológicamente tanto por la complejidad de la relación como por la relativamente escasa cuantía de investigación operacional en la materia. En el plano teórico puede sustentarse que existe un círculo vicioso entre pobreza y enfermedad, en la que ésta promueve la pobreza y ésta, a su vez, engendra nueva enfermedad. De hecho, una elevada frecuencia de enfermedad en una comunidad tiene como efecto claro el ausentismo y bajo rendimiento que se traducen en una producción baja, la que al perpetuar bajos niveles de vida cierra el círculo vicioso al favorecer la producción de enfermedad y recomenzar el ciclo. La ruptura de este círculo vicioso supone la necesidad de inversión en procedimientos que permitan la curación rápida de los procesos de enfermedad y particularmente en procedimientos preventivos. También en el plano teórico puede asumirse que la sociedad invierte recursos en las personas durante el período previo a su ingreso al trabajo, situación que deriva de la necesidad de gastos en la atención del parto, la protección del niño y su educación, gastos que empiezan a ser amortizados a partir del ingreso de la persona al proceso productivo. Se desprende de lo anterior que cualquier muerte infantil supone un elemento al debe en esta contabilidad nacional. En un razonamiento similar, ya en la edad productiva, cada individuo tiene un valor económico vinculado a su capacidad de producción. Cualquier fenómeno que la altere, ya sea por enfermedad o por muerte prematura, representa un saldo negativo.

La dificultad metodológica surge sin embargo del hecho que muchos sectores de la economía, además de los programas de atención de las personas, tienen efecto sobre la salud: así ocurre con el desarrollo agrícola que mejora la nutrición y, en la misma forma,

la vivienda y las condiciones de saneamiento tienen estrechas interrelaciones con la salud especialmente infantil.

Algunos economistas sostienen que la inversión en programas de salud raramente se justifica sobre bases exclusivamente económicas sino más bien depende del hecho que la salud es el más importante factor singular para mejorar la calidad de la vida humana. En otros términos, que la salud es un objetivo en sí mismo y representa una de las más importantes manifestaciones de progreso social. Desde el momento que los programas de salud no se justifican puramente desde el punto de vista económico suele surgir entre economistas y planificadores cierta reticencia a efectuar inversiones en el sector salud, particularmente en países de recursos relativamente escasos. No cabe duda, por otra parte, de que el aporte al desarrollo económico es muy diverso en diferentes tipos de programas de salud. Su contribución es prácticamente nula en un programa de atención al senescente o al incurable. En el otro extremo los programas de prevención de enfermedad tienen seguramente el mayor beneficio: ello ocurre con claridad en los sistemas de inmunización que previenen la aparición de enfermedades infecciosas, en los servicios de salud ocupacional que disminuyen el riesgo de enfermedad y accidente en el medio laboral y en los programas de detección precoz de enfermedades. En una situación intermedia aparecen los programas maternoinfantiles y la atención médica del adulto.

En Chile, la tendencia histórica de los últimos 50 años, en forma pionera en Latinoamérica, ha sido la organización de grandes sistemas solidarios de atención médica. La tendencia se inició en 1924 con la creación del Seguro Obrero y continuó en 1952 con la aparición del Servicio Nacional de Salud (S.N.S.) y en 1968 de la medicina curativa en el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA). En conjunto, el SNS y el SERMENA, ambos dependientes del Ministerio de Salud, entregan atención preventiva al total de la población chilena y curativa al 85% de ella (60% por el SNS y 25% por SERMENA). El financiamiento de ambos servicios se basa en un concepto solidario: el SNS lo hace mayoritariamente a través de aportes estatales y el SERMENA en un sistema de aportes mayores para los empleados de ingresos superiores.

La situación actual de la atención médica chilena puede caracterizarse por dos hechos

básicos: 1) la disminución del gasto fiscal en salud que alcanza en 1977, en valores per cápita, a un 85% del gasto de 1971, situación que representa una recuperación parcial después de una aguda depresión observada en el año 1975 y 2) la presión de diversos sectores económicos por incorporar la atención médica al área privada.

El Gobierno ha optado por la mantención de los sistemas organizados, en particular del SNS., basándose en el hecho crucial de que esta institución, por una parte, entrega atención médica al 60% de la población chilena de menores ingresos (obreros y familiares y población indigente) y, por otra parte, constituye el único servicio existente en numerosas comunidades chilenas.

Los principales indicadores de salud revelan que durante 1977 continuó la tendencia declinante de los riesgos de mortalidad total de los chilenos (mortalidad general) y de los lactantes (mortalidad infantil). En 1976 se observó cierto aumento de la mortalidad gene-

ral del orden de un 6% y una virtual estabilización de la mortalidad infantil, que han sido interpretados como efectos de la epidemia de influenza que afectó extensamente al país.

La mantención de las tendencias declinantes de los riesgos de salud de los chilenos, a pesar de la crisis económica imperante y, en particular, la disminución mantenida de la mortalidad infantil, siempre vinculada a las condiciones de vida de los pueblos, seguramente se explica por la mantención de la medicina organizada chilena que ha permitido mejorar en el último período la cobertura de atención de los partos (que alcanzó a 87% de los nacidos vivos en 1976), ha mantenido el nivel de consultas infantiles y, en un importante esfuerzo de organización, ha mantenido y mejorado el programa de alimentación complementaria, el cual, financiándose a base del Fondo Unico de Prestaciones Familiares destinada a la entrega de leche recursos equivalentes a un quinto del presupuesto del SNS.