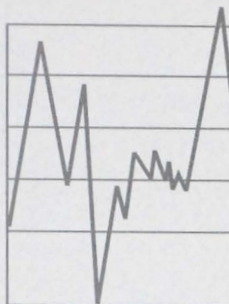


Universidad Tecnológica de El Salvador



# La situación de salud

## El proceso salud enfermedad

El análisis del proceso "salud enfermedad" ha esclarecido la importancia no solo de los factores etiopatogénicos – cada vez más cambiantes por los avances de la investigación especialmente relacionada con la genética - en la ocurrencia de las enfermedades, sino de los factores condicionantes de la estructura epidemiológica de una comunidad.

En este sentido, más allá de los universalmente aceptados conceptos de salud como el fisiológico de Armijo<sup>(Ref 1)</sup>; el ecológico y de prevención de Leavell y Clark,<sup>2 (Ref 2)</sup>, Hilleboe<sup>(Ref 3)</sup> y otros, así como el enfoque social de la Organización Mundial de la Salud, hay conciencia de la dificultad de expresar la salud en términos positivos como son el bienestar y calidad de vida, y en consecuencia, es evidente la existencia de limitantes para su valoración y medición.

Al respecto, en 1973 Horwitz,<sup>(Ref 4)</sup> enunció el concepto de "salud para el desarrollo", sustentado en el hecho que el progreso generalmente se revela en menos enfermedad y muerte, pero no necesariamente en mayor bienestar individual o colectivo y/o en mayor acceso a oportunidades de salud. Complementando este marco conceptual, Lalonde<sup>(Ref 5)</sup> en su análisis del proceso de salud, identificó cuatro factores determinantes relacionados con: la biología humana, que comprende los aspectos de salud que se desarrollan dentro del cuerpo humano como consecuencia de la interacción entre el agente etiológico y el sistema inmunológico; el ambiente físico y social, comprendiendo todas aquellas condiciones fuera del cuerpo humano que afectan la salud; el estilo de vida, como el conjunto de decisiones tomadas por los individuos con efecto significativo para su propia salud, y, la organización de la atención médica como

conjunción de recursos para proteger la salud. La Salud, como se cita por la Fundación Mexicana para la Salud, es "un mirador a través del cual se pueden observar muchos de los procesos sociales, económicos y políticos de nuestro tiempo".

En las naciones industrializadas, la evolución de las características de las enfermedades, se extendió progresivamente por más de un siglo y procedió en tres etapas bastante bien definidas identificadas en su conjunto como *transición epidemiológica*.<sup>(Ref 6)</sup> La *primera etapa*, se caracterizaba por la prevalencia de enfermedades infecciosas condicionadas por

situaciones de pobreza (hacinamiento, malnutrición, analfabetismo e inadecuada higiene). Esta etapa fue cediendo gracias al mejoramiento de las condiciones de trabajo, vivienda, al énfasis en la prevención primaria (educación sanitaria, saneamiento ambiental básico), y a la disponibilidad de tecnologías que difundieron la antisepsia, quimioterapia y la preven-

ción de ciertas enfermedades por inmunización específica. En la identificada como *segunda etapa*, las enfermedades degenerativas y en general no transmisibles, tales como cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes, neoplasias, etc, comenzaron a emerger, reemplazando a las enfermedades infecciosas como principales causas de defunción, siendo necesario para su control, de complejos métodos de diagnóstico y tratamiento con énfasis en la prevención secundaria y terciaria. Por último, la *tercera etapa*, refleja una constante preocupación por los problemas de salud causados por la exposición a contaminantes ambientales y las condiciones sociales cambiantes en la familia, comunidad y lugar de trabajo, que favorecen la aparición de problemas de conducta, violencia, el uso indebido de alcohol y la farmacodependencia.

Este proceso, en los países subdesarrollados no ha seguido la gradualidad antes expuesta, sino que las tres etapas han prevalecido concomitantemente identificando un mosaico de «doble carga epidemiológica» muy difícil de aten-

**Tanto salud como educación no pueden ser considerados elementos típicos del sistema de recompensas que se obtienen a través del ingreso monetario. El "mercado" de salud presenta tantas imperfecciones que es "perfectamente imperfecto"**



recursos de salud – , ofrecen en sus promedios generales las desventajas de todo nivel de medición: ocultan diferencias entre diversos países y regiones de un mismo país; no son igualmente comparables – ni dentro de un mismo país, ni entre países- por los limitantes de los sistemas de información y por la magnitud del subregistro; los distintos períodos y diferentes metodologías para la recolección de datos dificultan el análisis comparativo; los aspectos conceptuales para las actividades de salud. Además de dichos factores negativos, las fuentes de datos no siempre proporcionan información básica, homogénea y similar, siendo en algunas ocasiones, datos no comparables (por terminología y épocas diferentes) y a veces hasta contradictoria. No obstante lo anterior, la información estadística que se presenta para el análisis de la situación de salud en América Latina y Caribe, la hemos seleccionado entre aquellas publicaciones generadas por organismos internacionales de experiencia en América Latina (Organización Panamericana de la Salud: OPS; Banco Interamericano de Desarrollo: BID; Banco Mundial, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo: PNUD; Fondo de Naciones Unidas para la Infancia: UNICEF) tratando de homogenizar la selección de datos de modo que permita a manera de trazadores y/o "benchmarks" la imagen de situación y hasta una sutil comparación en escenarios diferentes.

Aún cuando parece existir una clara relación entre salud y desarrollo económico, hay que tomar en cuenta el *hecho diferencial de la salud*, que como expresa Donabedian<sup>(167)</sup>, tanto salud como educación no pueden ser considerados como elementos típicos del sistema de recompensas que se obtienen a través del ingreso monetario. El "mercado" de salud presenta tantas imperfecciones que es "perfectamente imperfecto", debido a las asimetrías entre productores y consumidores, siendo que el consumidor no posee la información adecuada para guiar y orientar sus decisiones de compra y por otra parte, el productor es en la mayoría de casos quien decide: demanda inducida por la oferta. Por otra parte, los beneficios de la atención de salud, no son estrictamente individuales ya que llegan a la familia y sociedad. Las *externalidades* son un ejemplo de ello: (el control de las Enfermedades Transmisibles beneficia a la persona y a la sociedad, es decir, poseen alta externalidad positiva. La atención médica curativa individualizada beneficia principalmente a la persona: baja externalidad positiva o externalidad negativa. La falta de control sanitario de las basuras afecta negativamente a la persona y comunidad: externalidad negativa).

En este sentido, presentamos como primera aproximación a una imagen comparativa de los países de América Latina y Caribe, la situación de 3 variables: Población en número de habitantes y tasa de crecimiento demográfico; PBI, y Nivel de Pobreza (cuadro No. 1)

cuadro No. 1

REGION	EN MILES DE HABITANTES 1995	2025	TASA % CRECIMIENTO DEMOGRAFICO	PBI REAL PERCAPITA EN US\$	NIVEL POBREZA %
MUNDO	5.759.276	8.472.446	1.20	5.990	
AMERICA	774.220 13.44%	1.061.999 12.53%	1.52		
CANADA USA	28.744 263.000	38.000 322.000	0.6 0.8	21.916 26.977	... ...
ESPAÑA	39.000	39.100	0.3	14.789	...
AMERICA LATINA	482.476 8.37%	701.555 8.28%	1.80	5.869	36
Area Andina	100.334	152.113	2.75	5.119	49
Brasil	161.382	219.673	1.59	5.928	30
Caribe	37.426	52.380	1.40	6.464	28
Centroamérica y Pan	33.082	61.752	2.75	3.722	50
Cono Sur	56.582	78.154	1.36	7.216	19
México	93.670	137.483	2.06	6.769	38
FUENTE DATOS	OPS/OMS. Pub.Cient. 549 1994.		OPS. IC. 549, W.B. W.D.I. 1997	PNUD. Informe Des. Humano.1998	PAHO. Basic Indicators.1997.

1. El Area Caribe – para estos efectos – comprende 6 países: Bahamas, Barbados, Cuba, Haití, Jamaica y República Dominicana.
2. El Area Andina –para estos efectos – comprende 5 países: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.
3. CentroAmérica y PN comprende 6 países: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.
4. El Cono Sur – para estos efectos – comprende 4 países: Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.



### La estructura epidemiológica

Conceptualmente, por *estructura epidemiológica* entendemos el conjunto de factores relacionados con el agente etiológico, huésped y ambiente que ejercen influencia sobre la historia natural de la enfermedad en una colectividad. Estos factores actúan conjuntamente y experimentan variaciones continuas en su intensidad de acción, haciendo que la estructura epidemiológica sea variable en tiempo y espacio. A las formas como se manifiesta una enfermedad en función de su estructura epidemiológica se le identifica como *caracteres epidemiológicos*.

**los niveles de desarrollo humano requieren que "la gente viva una vida larga y saludable, tenga conocimientos y cuenta con acceso a los recursos necesarios para tener un nivel decente de vida".**

Los cambios en la estructura y caracteres epidemiológicos se suelen producir al menos en dos fases estrechamente relacionadas y dependientes: la primera es la *transición demográfica* en que la estructura de población va evolucionando de población de tipo "joven o progresiva" a población de tipo "vieja o regresiva" – en los conceptos de Burdigger y Whipple<sup>(1961)</sup>, observándose la sucesión de etapas caracterizadas por reducciones en la mortalidad general (que disminuye a causa del control de las enfermedades transmisibles) y en la fecundidad medida a través de la *Tasa Global de Fecundidad*. En esta fase, los cambios en los indicadores de salud dependen principalmente de la disminución de la mortalidad. El salubrista peruano, Raúl Vargas<sup>(1979)</sup>, sintetiza la "Teoría de la Transición Demográfica" - basado en lo observado en muchos países europeos en los últimos 300 años -, con el siguiente esquema: (a) los países se inician con niveles altos de natalidad y mortalidad. La diferencia entre estos dos niveles (natalidad y mortalidad) es pequeña, y en consecuencia, el saldo natural – incremento en números absolutos de la población – no es muy grande, lo cual resulta en una baja tasa de crecimiento. Esta fue la situación de los países de Europa que presentaban tasas de natalidad de alrededor de 35 por mil y de mortalidad de 33 por mil; (b) en un momento dado se inicia un acentuado descenso de la mortalidad – especialmente catastrófica por el control de las 4 epidemias prevalentes (cólera, viruela, fiebre amarilla y peste) -, que se mantiene en forma sostenida, mientras que la natalidad permanece a los mismos niveles anteriores, lo cual produce un exceso cada vez mayor de nacimientos

sobre defunciones y, por lo tanto, un crecimiento acelerado de la población.

Tal es la situación que se presentó en algunos países europeos desde el inicio del siglo XVIII hasta finales del siglo XIX acompañando a todo el proceso de la revolución industrial; (c) comienza luego un descenso de la natalidad, mientras que la mortalidad –especialmente de tipo "ordinaria", continúa su proceso descendente pero a un ritmo más moderado. La población continúa creciendo a un ritmo más lento que en la etapa anterior, aunque mucho más rápido que en su etapa inicial. Tal fue la situación de los países europeos occidentales que duró hasta el inicio de la segunda guerra mundial; (d) se produce luego una estabilización de las tasas de natalidad y mortalidad, ambas a niveles bajos, pero con una diferencia entre ellas de mayor amplitud que en la etapa inicial del proceso, con lo cual la población continúa creciendo a un ritmo más o menos estable, inferior a la etapa inmediatamente precedente, pero superior a la etapa inicial.

El hecho práctico observado es que la disminución de la mortalidad es la que ha causado el incremento de población en países menos desarrollados. Las fuerzas decrecientes de la mortalidad en los países europeos antes del siglo XX, presentan asociaciones muy estrechas con fuerzas del desarrollo general y con factores económicos y sociales que no son enteramente identificables con el accionar de la medicina y del sector salud. En cambio, los descensos de mortalidad observados en años recientes tienen una marcada relación con acciones destinadas específicamente a tal propósito y llevadas a cabo por el sector salud con la ayuda del gran desarrollo tecnológico de la medicina. También puede explicarse el descenso de la fecundidad en los países que han completado su transición demográfica, por medio de su asociación con variables culturales, sociales y económicas, ya que los cambios de éstas determinaron la adopción paulatina de nuevas normas de vida incompatibles con altas tasas de natalidad. En contraste, en los países menos desarrollados no se han dado aún los cambios correspondientes en las mencionadas variables, lo cual puede explicar en gran parte la persistencia de una relativa alta tasa de fecundidad. La situación de los países de América Latina y Caribe permite distinguir cuatro estadios en relación con la transición demográfica (cuadro No. 2)

La segunda fase es la *transición epidemiológica* en la cual la población envejece y las enfermedades no transmisibles pasan a tener mayor prevalencia. Los principales problemas de morbi mortalidad de los países de América Latina y Caribe, están determinados por patologías tanto transmisibles como no transmisibles, poniendo en clara evidencia la "doble carga epidemiológica" con la presencia de enfermedades infecciosas, desnutrición y problemas de salud reproductiva,

conjuntamente con la incidencia de enfermedades no transmisibles y lesiones. A continuación se presentan los principales problemas de morbi mortalidad según información epidemiológica de OPS<sup>Ref 102</sup>:

#### Malaria

La población que habitaba áreas maláricas en Latinoamérica en 1993 era de aproximadamente 206 millones de habitantes (42 por ciento de la población total), habiéndose notificado un millón cien mil casos, con un IPA (Índice Parasitario Anual por mil habitantes del área malárica) de 5.74. Los países con mayor incidencia fueron: Brasil, México, Centroamérica, Colombia, Perú y Venezuela. El *Plasmodium vivax* es el predominante excepto en algunas islas del Caribe y áreas de la región amazónica donde prevalece el *Plasmodium falciparum*.

#### Enfermedad de Chagas

La Tripanosomiasis Americana se encuentra en áreas habitadas por aproximadamente 90 millones de habitantes (18% de la población total) siendo los países más afectados Brasil, Argentina, Perú y Guatemala. El Chagas es la cuarta enfermedad (después de las Infecciones Respiratorias, enfermedades diarreicas y el SIDA) con mayor carga de morbilidad medida por el número de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD).

#### Cólera

Esta enfermedad había desaparecido de las Américas desde finales del siglo XIX, habiendo resurgido nuevamente

en 1991 (Perú) y en los primeros tres años había afectado la totalidad de países de América Latina con 941 mil 805 casos. Los países más afectados fueron Perú, Brasil, Ecuador, Guatemala, Colombia, Bolivia y México. La tasa de letalidad alcanzó a uno por ciento.

#### Enfermedad Diarreica

Las enfermedades diarreicas constituyen uno de los problemas de salud de mayor gravedad y trascendencia en la población infantil de América Latina y Caribe ya que generalmente figuran entre las tres principales causas de defunción de los menores de un año, además de constituir un factor condicionante para el retardo del crecimiento y prevalencia de la desnutrición. Las mayores tasas de mortalidad en menores de cinco años se observan en Nicaragua (9.8 por mil), Guatemala (7.4 por mil), Honduras (6.5 por mil), Perú (5.5 por mil) y El Salvador (4.0 por mil).

#### Tuberculosis

La tuberculosis constituye un problema de salud real (por el daño que ocasiona) y/o potencial (por su relación con el VIH como infección relacionada y oportunista). La notificación anual es aproximadamente de 230 mil casos afectando principalmente a Haití, República Dominicana, Bolivia, Ecuador, Perú, Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua. En Estados Unidos el número de casos ha aumentado en los últimos diez años (26 mil casos en 1992) encontrándose una clara relación entre el incremento de tuberculosis y la infección por VIH que constituye el factor de riesgo más importante para que una tuberculosis inaparente se transforme en activa.

cuadro No. 2

ESTADIO	CARACTERÍSTICAS	INDICADORES	PREDOMINIO	PAISES
PRIMERO	Mortalidad ALTA Fecundidad ALTA	EVN Hasta 55 años TGF De 5.0 a 7.0 hijos	Epidemias. Enfermedades Infecciosas.	Haití
SEGUNDO	Mortalidad INTERMEDIA Fecundidad INTERMEDIA	EVN De 55 a 65 años TGF De 3.5 a 5.0 hijos	Brotos Epidémicos. Enfermedades Transmisibles.	Guatemala - Perú Bolivia - Nicaragua. Honduras - Ecuador El Salvador - Paraguay
TERCERO	Mortalidad BAJA Fecundidad BAJA	EVN De 65 a 75 años TGF De 2.0 a 3.5 hijos	Enfermedades Transmisibles y Enfermedades No Transmisibles.	Brasil - Chile Colombia - Jamaica México - Panamá Venezuela R.Dominican
CUARTO	Mortalidad MUY BAJA Fecundidad MUY BAJA	EVN Más de 75 años TGF Menos de 2 hijos	Enfermedades No Transmisibles y Problemas Sociales: Violencia, suicidios, etc.	Argentina Bahamas Barbados Canada Costa Rica Cuba Uruguay USA

FUENTE: Adaptado de: OPS. Pub. Cient. 549. Las Condiciones de Salud en Las Américas. 1994.

EVN: Esperanza de Vida al Nacer en años. TGF: Tasa Global Fecundidad: Número hijos por mujer en edad reproductiva.



### *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: SIDA*

La epidemia de VIH en América Latina y Caribe se inició en 1986 en Haití con un predominio de la transmisión heterosexual, habiéndose notificado en 1994 (según datos de la Organización Panamericana de la Salud) un total de 435 mil 978 casos que representan el 56 por ciento del total de casos notificados a nivel mundial. Los países con mayor prevalencia de VIH en América Latina y Caribe son: Brasil, Haití, Colombia, Argentina, Venezuela y Honduras, estimándose que el número de personas infectadas con virus de inmunodeficiencia humana tipo 1 en Las Américas era de 3 millones.

### *Accidentes y Violencia*

La mortalidad por causas externas (accidentes y violencia) se ha incrementado en los países de América Latina habiendo afectado con mayor intensidad a Colombia, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, México y Honduras, como consecuencia de conflictos sociales y al incremento de la inseguridad ciudadana. La mortalidad por estas causas sobre el total de muertes era para Colombia de 25.4 por ciento, El Salvador, 23.4 y Guatemala, 13.8.

### *Enfermedades Cardiovasculares*

Las tasas más elevadas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares se encuentra en países del Caribe "inglés" y el Cono Sur; y las tasas más bajas se observan en México y Centroamérica. Las menores tasas corresponden a Nicaragua (18.9 por ciento del total de muertes), Perú (19.4) y México con 20.3. Las mayores tasas se observan en Argentina (46.4), Cuba (43.5) y Uruguay (41.4).

### *Tumores Malignos*

El número de defunciones por estas causas en América Latina fue en 1993 de aproximadamente 380 mil lo que representaba el 12 por ciento del total de muertes. La mortalidad proporcional mostraba promedios que en algunos países (Uruguay, Cuba) eran similares a los de USA. En efecto los valores mínimos se observaban en Honduras (6 por ciento del total de muertes), El Salvador y Nicaragua, con 8; y los valores máximos los encontramos en Argentina, 18.7, Cuba, 19.4 y Uruguay con 24.9.

## El nivel de salud de la población

De 1950 a 1978 prácticamente todos los países experimentaron un crecimiento sostenido de sus economías, pero este crecimiento no tuvo el mismo carácter en cuanto al grado de redistribución social. En la década de los 80 casi todos los países fueron afectados por crisis económicas te-



Foto: Alejandro Chicheri WFP/PMA

niendo que aplicar procesos de ajuste estructural a sus modelos de desarrollo acompañados por cambios en la organización de los gobiernos centrales. Esta crisis económica condujo a un fuerte deterioro de los servicios sociales públicos – especialmente educación y salud – los cuales en la mayoría de casos dependían de los aportes de financiamiento estatal de nivel central. Este deterioro afectó principalmente la cobertura y calidad de los servicios.

Si bien la mayoría de países – a mediados del 90 – habían presentado mejoras en sus economías, el nivel de deterioro de los sistemas sociales públicos no había sido superado destacándose:

- Las *inequidades y desigualdades sociales*, siendo que los ingresos económicos del 20 por ciento más rico de la población, son 20 veces mayores que los del 20 por ciento más pobre de la población. En 1990 se estimaba que el 46 por ciento de la población de América Latina se encontraba por debajo de la línea de pobreza, observándose que en los períodos de crecimiento económico, el ritmo de reducción de pobreza fue menor que el crecimiento de la economía.
- Los *cambios demográficos y la urbanización*, expresados a través de la transición demográfica y el consecuente rezago epidemiológico, acentuado por el hecho de que en 1990, de las 35 ciudades a nivel mundial con más de cinco millones de habitantes, cinco se encontraban en América Latina (México, Sao Paulo, Río de Janeiro, Buenos Aires, Lima), ocupando México DF el primer lugar como mayor aglomeración del mundo.
- Los *cambios en la organización de los servicios públicos*, que tuvieron y siguen teniendo un marcado nivel de ineficiencia para atender adecuadamente a las fuertes presiones por demanda insatisfecha acumulada de sus poblaciones.

Universidad Tecnológica de El Salvador

La Salud de América Latina

Foto: Cortesía Ministerio de Salud



Con respecto a las desigualdades sociales, el BID<sup>Ref 11)</sup> expresa que: "...el análisis del sector salud evidencia la influencia de la organización de los sistemas socio económicos en los resultados del nivel de salud. Los resultados menores a los esperados reflejan problemas como la volatilidad del financiamiento público del sector, la existencia de reglas que han segmentado y fragmentado los servicios de salud entre diferentes grupos de población, incentivos implícitos que conducen a un gasto excesivo de recursos públicos, la provisión insuficiente de servicios que en términos generales conllevan a desperdicio de recursos...". El mencionado informe del BID analiza la persistencia de problemas reflejando la brecha entre los logros que serían potencialmente alcanzables si los sistemas de salud funcionarían bien, y los logros que dichos sistemas han alcanzado. Para medir esta brecha se calculan los niveles de salud que cabría esperar en base a su nivel de desarrollo y se comparan dichos niveles esperados con los observados. Para ello, se seleccionaron 4 indicadores para los cuales los niveles esperados se calcularon en base a la relación de los indicadores de salud y el ingreso per cápita de América Latina y los observados a nivel mundial encontrándose que América Latina y Caribe presenta en términos generales y promedios, una situación de salud peor de la que podría esperarse. (cuadro No. 3)

Por otra parte, la información sobre el estado de salud a nivel mundial del PNUD<sup>Ref 12)</sup>, indica mejoría – incluso en los países más pobres – aun cuando el ritmo de dicho avance ha sido desigual entre diferentes países y dentro de regiones de un mismo país. En América Latina se aprecia un

marcado progreso hasta el inicio de los 80, que incluso llegó a generar una expectativa muy positiva sobre la evolución de los principales indicadores de salud de la región, lo cual tuvo su expresión en la determinación de metas dentro de la estrategia de OMS y OPS "Salud Para Todos en el año 2000"<sup>3</sup> (Ref. 10). A partir de los 80 – coincidente con la crisis económica de la década perdida – se observa en términos generales, un estancamiento de los progresos logrados, con serios problemas en la asignación del financiamiento y en la determinación de prioridades para los sectores sociales. Esta situación tiene su expresión con la aparición de daños a la salud que estaban controlados o eran desconocidos en América

Latina (SIDA, Cólera, Leptospirosis, Malaria, Dengue, Tuberculosis, etc) siendo en su mayoría enfermedades transmisibles relacionados con las condiciones de pobreza. A finales de la década de los 90, parecería ser que dicha situación negativa comienza a revertirse y que se vuelve a recuperar la situación anterior y en algunos casos puntuales, a superarla. Es importante señalar que hay países con sistemas de salud muy diferentes, que independientemente de la cri-

cuadro No. 3

INDICADOR	OBSERVADO	ESPERADO
COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD EN % DE POBLACION.	78 %	89 %
MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR MIL NACIDOS VIVOS.	47	39
ESPERANZA DE VIDA AL NACER.	69,5 Años	72
PESO DE LA ENFERMEDAD EN AÑOS DE VIDA SALUDABLES PERDIDOS POR MIL HABITANTES.	231.6	200.1

FUENTE: BID. Progreso Económico Social en América Latina y Caribe. 1996.

sis económica, han podido mantener su buen nivel de salud mencionándose a Barbados, Bahamas, Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay, siendo países que históricamente han priorizado – independientemente de su situación socio económica -, la intervención en sectores sociales.

Si bien la mortalidad prematura se ha reducido, no quiere decir que ello signifique una mejoría general ni sustancial, dada la desigual distribución de la salud y a que en buena parte este dato puede explicarse por el proceso de *transición demográfica de dichas comunidades*. Además, las deficiencias de información estadística y de notificación de casos es importante, mencionándose que salvo países como



Barbados, Bahamas, Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay, en general y en promedio, los datos de subregistro son todavía muy importantes en sentido negativo, oscilando entre 14 por ciento en México y el 40 en Haití, Honduras y Nicaragua.

Por otra parte, cuando un país o región tiene una alta y/o intermedia mortalidad (estadio 1 y 2 de la transición demográfica), es relativamente factible reducirla "rápidamente" hasta un cierto nivel por el impacto de tecnologías "simples y eficaces" y por acciones en el nivel primario de prevención (atención primaria con énfasis en promoción y prevención). Por ejemplo, puede ser factible al corto plazo, reducir la mortalidad infantil de 60 a 30 con tres tipos de intervenciones de externalidad positiva que prioricen los programas preventivos promocionales de salud pública: control de embarazo, parto y puerperio; control del desarrollo y crecimiento infantil (inmunización, control de peso, etc) y la administración de sales de rehidratación oral. Proyectar ese mismo ritmo de avance a partir de dicho valor requerirá acciones de mediano y largo plazo, condicionadas a la utilización de otro tipo de recursos tecnológicos de mayor complejidad con acciones más específicas del nivel secundario y terciario de prevención (atención hospitalaria con énfasis en el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación y limitación de la incapacidad).

En cuanto a la situación de morbilidad, las patologías prevalentes ponen en evidencia el complejo mosaico epidemiológico que afecta a la mayoría de países de América Latina. En efecto, aún cuando las infecciones respiratorias y la enfermedad diarreica siguen constituyendo las principales causas de morbilidad especialmente en niños, se observa con cada vez más frecuencia, la aparición dentro de las cinco primeras causas de consulta externa, de patologías correspondientes a enfermedades no transmisibles y/o degenerativas como cardiovasculares, accidentes, violencia, y neoplasias.

Con objeto de *medir la carga de morbilidad* sobre la población en el Informe sobre Desarrollo Mundial del Banco Mundial<sup>1</sup> (Ref 14), se utiliza el *año de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD)*, como medida que combina los años de vida saludables perdidos a causa de mortalidad prematura y los años perdidos como resultado de discapacidad. Para cada defunción, el número de años de vida perdidos se definió como la diferencia entre la edad real en el momento de morir y la esperanza de vida correspondiente a dicha edad en una población de baja mortalidad. En el caso de discapacidad, se estimó la incidencia de casos por edad y sexo, calculándose el número de años de vida saludable perdidos multiplicando la duración prevista de la afección por un valor relativo de gravedad. Los resultados del AVAD para 1990, a nivel mundial se resumen a continuación en el (cuadro No. 4).

### Indicadores de Nivel y Recursos de Salud

Dada la dificultad de analizar individualmente la situación de cada uno de los países, para fines de este trabajo, se ha adoptado la agrupación de países que presenta la O'P'S, agrupándose los países en "Áreas" con la excepción de Brasil y México que se presentan con datos propios. En cada Área, predomina la homogeneidad, aún cuando se mantienen las diversidades respectivas, muy especialmente en el Área del Caribe que comprende países con diferencias culturales marcadas (Español, Inglés y Francés). A continuación se presentan en el (cuadros No. 5 y 6), los principales indicadores.

### Las relaciones de salud y desarrollo económico

Muchos han sido los estudiosos e investigadores sociales que han identificado la salud como un producto del desarrollo. En este sentido, Dubois<sup>Ref 15</sup> refuerza esta concepción cuando dice: «independientemente del origen étnico y del clima, la incidencia de enfermedades relacionadas con la nutrición, las de origen infeccioso, y aún las degenerativas, se hallan estrechamente relacionadas con la situación económica. En verdad los factores socioeconómicos tienen una importancia tan evidente en la causalidad y control de las enfermedades, que muchos investigadores médi-



Foto: Alejandro Chicheri WFP/PPMA



cos se inclinan a creer que las reformas políticas y sociales son el recurso más promisorio para mejorar la salud de las poblaciones».

Dentro de este contexto, Myrdal<sup>(8)</sup> analizó en términos generales las relaciones existentes entre el nivel de salud y el desarrollo socioeconómico y llamó la atención para el «círculo vicioso de la pobreza», fundamentándose en su teoría de los «efectos acumulativos» basada en que la modificación de un factor de desarrollo económico repercute inmediatamente en los demás factores y mediatamente en la incidencia de problemas de salud. El salubrista argentino, Abraham Sonis,<sup>(9)</sup> valida la idea que «la salud es expresión del nivel de vida y que éste a su vez depende del grado de desarrollo económico social, cuya evolución puede seguirse en grandes líneas, observando la marcha de los indicadores de salud». El mismo autor afirma dos conceptos: el camino del mejoramiento de la salud es el que marca el desarrollo, el que surge de un mejor nivel de vida, de un aumento del ingreso, de mejores condiciones económico sociales. El dominio de la patología del subdesarrollo, la disminución de la mortalidad infantil, el control de las enfermedades transmisibles, el saneamiento del medio ambiente, constituyen el camino de la salud para los países y regiones subdesarrolladas; el segundo concepto se refiere a la confirmación que la relación entre desarrollo y salud (medida ésta por la mortalidad) no es lineal, no es simple, no se mueve en un solo plano; por el contrario, es compleja, plena de matices, y su estudio debe ser encarado teniendo en cuenta el gran número de variables que se mueven en la misma. Corroborando lo anterior, pero en otro escenario, McKeown<sup>(10)</sup> afirma que la declinación de la mortalidad a partir de 1850, se debió a la disminución de la mortalidad en cinco afecciones: tuberculosis responsable del 50 por ciento de los óbitos, tifoidea y escarlatina responsables de un 20 de las muertes, cólera y disenterías responsables del 20, y viruela responsable del 5 por ciento restante. El mismo autor jerarquiza las razones que llevaron a esta disminución de la mortalidad en el siguiente orden: mejoramiento del nivel

de vida; mejoramiento de la higiene ambiental; identificación de la interrelación agente etiológico y huésped, y la acción médica directa.

Por su parte Horwitz<sup>(11)</sup> expresa el «concepto universal de salud» cuando dice: «Se acepta hoy que la salud es, para cada ser humano, un fin, y para la sociedad a que pertenece, un medio». La salud es un fin, como objeto permanente de preocupación individual que le permite a cada cual realizarse. Bien se ha dicho que somos como lo determina nuestra herencia genética y como el ambiente lo permite. En este sentido, la salud revela la capacidad innata adquirida de adaptación de cada persona. Es un proceso sutil, ininterrumpido salvo por la aparición de enfermedades de etio-



Foto: Alejandro Cichetti WFP/PMA

cuadro No. 4

CAUSA	TODO EL MUNDO	AFRICA AL SUR DEL SAHARA	AMERICA LATINA Y CARIBE	PAISES CON ECONOMIA DE MERCADO CONSOLIDADA
ENFERM. TRANSMISIBLES.	45.8 %	71.3 %	42.2 %	9.7 %
ENFERM. NO TRANSMISIB.	42.2 %	19.4 %	42.8 %	78.4 %
TRAUMATISMOS.	11.9 %	9.3 %	15.0 %	11.9 %
AVAD POR MIL HAB.	259	575	233	117

FUENTE: Banco Mundial. Informe Desarrollo Mundial. Invertir en Salud. 1993.

cuadro No. 5

## Nivel de Salud

PAIS/AREA	ESP. VIDA 1985 1995	TASA MORT. INF	TASA MORT. 0 a 5	TASA MORT.MAT	BAJO PESO NACER	TUBERCUL. INCIDENC	SIDA INCIDENC
Canadá	75.9	6	8	2	6	...	24.1
USA	74.5 75.9	7	9	8	7	8.7	138.1
AMERICA LATINA	64.9 67.9	32	40	108	8.8	49.1	92.4
Area Andina	63.3 66.8	44	55	175	12.2	47.9	20.0
Brasil	63.4 66.2	39	49	114	8.0	58.4	106.0
Caribe	65.2 68.0	26	41	128	10.8	71.3	295.5
Centroamér	62.0 67.8	35	50	126	8.3	47.9	67.5
Cono Sur	69.6 71.1	22	27	59	6.2	28.8	20.6
México	67.1 70.3	26	20	48	6.0	18.2	45.2
FUENTE	OPS. Pub.C. 549. 1994	PAHO. Basic Indicat.1997	PAHO. Basic Indic. 1997	PAHO. Basic Indicat.1997	PAHO. Basic Indicat.1997	PAHO. Basic Indicat.1997	PAHO. Basic Indicat. 1997

(i) TMI por mil nacidos vivos. (ii) T Mort. De 0 a 5 años por mil nacidos vivos. (iii) T M M por cien mil nacidos vivos.

(iv) Bajo Peso: menor de 2.500 gramos. (v) Tuberculosis: tasa por cien mil habitantes. (vi) SIDA: Tasa por un millón de habitantes.

cuadro No. 6

## Recursos de Salud

PAIS/AREA	MEDICOS por diez mil habitantes.	ENFERMERAS por diez mil habitantes.	CAMAS HOSP. Por mil habitantes.	GASTO NACIONAL PERCAPITA US\$	GASTO NACIONAL/ % DEL PIB.
Canadá	18.6	78.6	6.7	1.878	9.1
USA	24.3	78.5	5.2	2.563	12.7
AMERICA LATINA.	14.4	9.1	3.3	162	6.2
Area Andina	11.1	4.7	1.6	60	4.3
Brasil	13.1	4.2	3.5	222	6.4
Caribe	16.9	25.3	8.9	244	6.6
Centroamérica	9.8	5.8	1.7	91	7.0
Cono Sur	20.1	4.3	3.5	183	7.2
México	15.6	10.8	1.2	155	5.5
FUENTE	PAHO. Basic Indicators 1997	PAHO. Basic Indicators. 1997	PAHO. Basic Indicators 1997	BID. Est.Ec.Soc. Dic.1996	BID. Est.Ec.Soc. Dic. 1996.



logía diversa que reflejan la desadaptación del ambiente interno y al que nos rodea. La salud es un medio, porque constituye un componente del desarrollo, esto es, de la conjunción de esfuerzos que conducen al bienestar social, entendiendo como tal, el incremento de la economía, las reformas institucionales, los cambios en las estructuras, pero esencialmente el significado espiritual de la salud, que algunos la consideran como la auténtica infraestructura de la felicidad.

Bajo esta línea de pensamiento, motivados por estudiar las relaciones que pudieran existir entre las condiciones de salud y desarrollo económico, han sido varios los estudios realizados con el fin de "clasificar" países dentro de una cierta escala de medición. En este sentido Vehemans<sup>(Ref. 19)</sup> presentó en 1970, un estudio que tipificaba a 21 países de América Latina, distinguiendo varios grupos de países según el grado de desarrollo económico alcanzado. A dicho estudio, siguieron otros orientados con el mismo propósito, entre los cuales resumimos a continuación cuatro: (i) Migliónico en el ILPES (Chile), (ii) Índice de Necesidades de Salud (OPS); (iii) Indicador de Acceso al Desarrollo Social (OPS), y el Índice de Desarrollo Humano (PNUD).

### Tipología de salud y desarrollo

Migliónico y Col.<sup>(Ref. 20)</sup> en el Centro Panamericano de Planificación de Salud (ILPES, Chile) realizaron en 1971 un interesante estudio que partiendo de indicadores socioeconómicos, clasificaron los países según el grado de desarrollo y de salud. Se utilizó un indicador global: Esperanza de Vida, y una serie de indicadores específicos para salud, educación, economía, medio ambiente y demografía:

(a) *Salud*: Tasa de mortalidad específica de 1 a 4 años de edad; porcentaje de óbitos debido al grupo «A»; médicos por diez mil habitantes; camas por diez mil habitantes.

(b) *Educación*: Porcentaje de alfabetismo en población de más de 15 años; Porcentaje de población escolar con matrícula primaria; Porcentaje de población de 15 a 19 años con matrícula secundaria o vocacional; Porcentaje de población entre 20 y 30 años con matrícula universitaria.

(c) *Ambiente y Consumo*: Disponibilidad diaria de proteínas y calorías; porcentaje de población con agua domiciliar; Nivel de urbanización; porcentaje de población que habita ciudades de más de 20 mil habitantes.

(d) *Demografía*: Porcentaje de población menor de 15 años y mayor de 55; Tasa de crecimiento demográfico; Tasa de Fecundidad.

(e) *Economía*: Producto Interno Bruto per cápita; Porcentaje del PIB generado por el sector secundario de la economía; Porcentaje de población económicamente activa en el sector primario de la economía; y productividad per cápita del sector primario.

Se estudiaron estos indicadores en 23 países de América Latina y Caribe (con excepción de Brasil y Haití) y se encontraron los siguientes resultados en cuanto a la tipología del desarrollo y la tipología de salud. (ver cuadro No. 7)

### Tipología de salud según el índice de necesidades de salud:

La OPS en 1988<sup>(Ref. 21)</sup> tomando en cuenta las grandes diferencias entre los países de las Américas en cuanto a la



Foto: Correda. Ministerio de Salud





cuadro No. 8

NIVEL DE NECESIDAD	NUMERO DE ORDEN	PAÍSES
Baja	1	USA
	2	Canadá
	3	Barbados
Media	4	Argentina
	5	Trinidad
	6	Chile
	7	Costa Rica
	8	Panamá
	Alta	9
10		Jamaica
11		Colombia
12		Brasil
13		Paraguay
14		Belice
15		Ecuador
16		México
17		El Salvador
18		Perú
MuyAlta	19	Honduras
	20	R.Dominicana
	21	Nicaragua
	22	Guatemala
	23	Bolivia
	24	Haití

(c) *Indicador de Accesibilidad al Sistema Educativo*: Construido de acuerdo con el porcentaje de población alfabeta y el promedio de años de escolaridad.

(d) *Indicador de Accesibilidad a Nutrientes*: Construido de acuerdo a la disponibilidad de calorías y proteínas per cápita.

(e) *Indicador de Accesibilidad al Saneamiento Básico residencial*: Elaborado en base a la accesibilidad a agua potable y eliminación de excretas.

El Estudio se realizó aplicando a cada uno de los indicadores la escala de medición de 1 a 5. (ver cuadro No. 9)

### Índice de desarrollo humano

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo<sup>104 12)</sup> en su Informe de 1998 define el *Desarrollo Humano*, como un proceso de ampliación de las opciones de la gente, lo cual se logra aumentando la capacidad y funcionamientos humanos. Esta concepción se sustenta en que los niveles de desarrollo humano requieren que "la gente viva una vida larga y saludable, tenga conocimientos y cuente con acceso a los recursos necesarios para tener un nivel decente de vida". El PNUD desde 1990 ha venido presentando el *Índice de Desarrollo Humano (IDH)* para medir el logro general en un país respecto de tres dimensiones básicas del desarrollo humano: la *longevidad*, medida a través del indicador Esperanza de Vida al nacer; los *conocimientos*, medidos a través del logro educacional (tasa de alfabetización de adultos, y, tasa combinada de matriculación primaria, secundaria y terciaria), y un *nivel decente de vida*, medido por medio del Ingreso Percápita ajustado.

Asimismo, el PNUD presentó el identificado como *Índice de Pobreza Humana (IPH)*, que refleja la distribución del progreso y mide el retraso de privaciones que aún existe. El *IPH-1* mide la pobreza en países en desarrollo, utilizando los mismos criterios que para el IDH. Para la longevidad, el *IPH-1* mide el porcentaje de población que se estima que no sobrevivirá hasta los 40 años de edad; para los conocimientos, utiliza la tasa de analfabetismo; y para el nivel decente de vida, utiliza la privación en aprovisionamiento económico medido por el porcentaje de población sin acceso a servicios de agua y salud, y, el porcentaje de niños menores de cinco años con peso insuficiente. El *IPH-2* mide la pobreza en los países industrializados a través del porcentaje de población que se estima que no sobrevivirá hasta los 60 años de edad; la tasa de analfabetismo funcional y el porcentaje de población que vive por debajo del límite de pobreza. El Informe sobre el Desarrollo Humano de 1998 del PNUD (análisis de 174 países). (cuadro No. 10)

□ Canadá, Francia, Noruega, USA e Islandia son los cinco países con mejor Índice de Desarrollo Humano (IDH).

□ De los países de América Latina y Caribe los cinco países con mejor Índice de Desarrollo Humano son: Barbados, Chile, Bahamas, Costa Rica y Argentina; y los tres países con peor IDH son Haití, Nicaragua y Honduras.

La comparación de IDH e IPH para los países de América Latina se presenta en el cuadro No. 10, haciendo la observación que para el IDH los criterios de clasificación de países (subdesarrollados e industrializados) son los mismos. En cambio para el IPH se utilizó el *IPH-1* para países en desarrollo (no todos presentaron la información), y el *IPH-2* para los países industrializados.

### Reflexiones sobre la situación de salud en América Latina y El Caribe

**La Evolución Conceptual:** Los primeros métodos de planificación de salud formulados en América Latina (OPS/CENDES en 1960-1962; ILPES/Centro Panamericano de Planificación de Salud de Chile en 1970-1973) expresaban la importancia de los Factores Condicionantes estudiados en dicha época relacionados con indicadores de educación, saneamiento ambiental básico, vivienda, malnutrición. Actualmente, se priorizan Factores de Riesgo relacionados con el PBI per cápita, el Índice GINI y el Nivel de Pobreza como "benchmarks" socioeconómicos.

cuadro No. 9

PAIS	ACCESIBILIDAD					IGADSA
	Servicios Básicos	Recursos Económicos	Sistema Educativo	Nutrientes	Saneamiento	
USA	5	5	5	5	5	5.0
Canadá	5	5	5	5	5	5.0
Argentina	5	4	5	5	5	4.8
Costa Rica	5	5	4	4	5	4.6
Uruguay	5	5	4	4	5	4.6
Cuba	5	4	5	4	5	4.6
Chile	5	3	4	2	5	3.8
Panamá	5	2	4	2	5	3.6
Colombia	3	3	4	2	5	3.4
Venezuela	3	3	4	2	5	3.4
México	3	3	3	4	3	3.2
Brasil	3	2	2	2	5	2.8
Ecuador	3	2	4	1	3	2.6
Perú	1	4	4	1	3	2.6
Paraguay	1	3	3	4	1	2.4
R. Dominicana	3	2	2	2	3	2.4
Nicaragua	3	2	2	3	2	2.4
El Salvador	3	4	2	1	1	2.2
Honduras	1	3	2	1	3	2.0
Guatemala	1	1	1	2	3	1.6
Bolivia	1	2	2	1	2	1.6
Haití	1	1	1	1	1	1.0

**La Estructura Epidemiológica Prevalente:** Aún cuando en América Latina y Caribe se observa en su promedio regional un cuasi equilibrio entre enfermedades transmisibles (AVAD de 42.2 por ciento) y no transmisibles (AVAD de 42.8), las diferencias por Areas expresan ciertas diferencias importantes. Por ejemplo, en países del Cono Sur, algunos del Caribe y en menor proporción Costa Rica y Panamá, la tendencia de las enfermedades no transmisibles es de prevalencia ascendente. En el resto de países – en sus promedios nacionales – la mayor prevalencia corresponde a las enfermedades transmisibles.

Esta "doble carga epidemiológica" se pone en evidencia cuando se observa que la carga de discapacidad y mortalidad (AVAD) para América Latina y Caribe está casi igualmente repartida entre enfermedades transmisibles y no transmisibles, lo contrario de otras regiones del mundo (Africa con un claro predominio de transmisibles, y países industrializados con un claro predominio de enfermedades no transmisibles)

**El Nivel de Salud de la Población de América Latina y Caribe:** El análisis de los datos presentados para las Areas de agrupación de países de América Latina y Caribe – con sus marcadas limitaciones debido a la diversidad y heterogeneidad de situaciones – expresa que:

... El análisis de la situación de salud en general, indica que... solamente el Cono Sur, el Area Caribe y en algunos aspectos México y Brasil, presentan promedios que se podrían considerar satisfactorios en relación con los promedios de América Latina y Caribe...

Queda evidente que a pesar del progreso económico, subsisten las brechas sociales, y que estas brechas guardan estrecha relación con los elevados niveles de desigualdad y pobreza. Los países con altos niveles de desigualdad tiene servicios más deficientes de salud y educación

Las metas de la Estrategia de Salud Para Todos en el Año 2000, formuladas en 1977 por los países a nivel mundial y la OMS/OPS, definían que para la Región de Las Américas ningún país debería tener en el año 2000 una Esperanza de Vida al Nacer inferior a 70 años, y una Tasa de Mortalidad



cuadro No. 10

PAIS	INDICE DESARROLLO HUMANO Lugar de un total de 174 países	INDICE POBREZA HUMANA Lugar de un total de 76 países
Canadá	1	10 (IPH-2)
Francia	2	7
Noruega	3	4
USA	4	17
Islandia	5	-
Finlandia	6	6
Países Bajos	7	2
Japón	8	8
Nueva Zelanda	9	13
Suecia	10	1
España	11	14
BARBADOS	24	- (IPH-1)
CHILE	31	2
BAHAMAS	32	-
COSTA RICA	34	5
ARGENTINA	36	-
URUGUAY	38	3
PANAMA	45	9
VENEZUELA	46	-
MEXICO	49	7
COLOMBIA	53	8
BRASIL	62	-
ECUADOR	73	15
JAMAICA	84	10
CUBA	85	-
PERU	86	27
REPUBLICA DOMINICANA	88	18
PARAGUAY	91	20
GUATEMALA	111	39
EL SALVADOR	114	37
BOLIVIA	116	24
HONDURAS	119	25
NICARAGUA	126	32
HAITI	159	60
Burundi	170	72
Mali	171	73
Burkina Faso	172	76
Niger	173	54
Sierra Leona	174	75

FUENTE: PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano. 1998.

*Infantil superior a 30 por mil nacidos vivos.* Al momento, y a la luz de la información disponible (OPS, 1997), la Región de América Latina y Caribe en su conjunto, no habían logrado cumplir dichas metas, observándose:

... América Latina y Caribe disponían en promedios generales de una Esperanza de Vida de 67.9 y la Tasa de Mortalidad Infantil era de 32 por mil nacidos vivos... Solo el CONO SUR y MEXICO habían logrado en sus promedios nacionales, la meta de Salud Para Todos en el Año 2000 en cuanto a Esperanza de Vida y Mortalidad Infantil...

*Los Recursos de Salud:* Las necesidades de salud son potencialmente infinitas pero los recursos no lo son. El sistema de salud es víctima de su propios éxitos: al prolongar la vida da lugar a nuevas necesidades de salud y a mayores requerimientos de recursos.

En general, los contrastes que existen entre los países demuestran que el mayor progreso probablemente provenga del aumento de la eficiencia y equidad, más que del incremento del gasto.

El análisis de los datos relacionados con los principales recursos de salud indican que:

... La disponibilidad de médicos es para el Área Andina, Centroamérica y Brasil, inferior al promedio de América Latina y Caribe (14.4 por diez mil habitantes)...

... La disponibilidad de enfermeras es más crítica ya que solo el Caribe y México superan el promedio de América Latina y Caribe (9.1 por diez mil hab)...

... La disponibilidad de camas hospitalarias es inferior al promedio de América Latina (3.3 por mil), en el Área Andina, Centroamérica y México...

... El gasto percapita en salud es inferior al promedio de América Latina (US\$162) en: el Área Andina (US\$60), Centroamérica (US\$91) y México con US\$155....

... El gasto en salud como por ciento del PBI es en el Área Andina (4.3) y México (5.5) inferior al promedio de América Latina (6.2)...

**Tipología de Salud:** Las limitaciones descritas anteriormente con respecto a los sistemas de información, el sub registro de hechos vitales, la validez y oportunidad de información, etc. son factores de demasiado importante que nos obligan a ser cautos en la valoración de las tipologías (como metodologías de clasificación), considerando que su utilidad radica en obtener una imagen comparativa de la situación de diferentes países en sus promedios nacionales – que ocultan diferencias importantes – y analizar su tendencia histórica. No obstante lo anterior, el análisis de los datos observados a través de los años, es bastante coincidente – con diferentes metodologías utilizadas – en los resultados globales. (cuadro No. 11)



Foto: Alejandro Chicheri WFP/PMA

#### Nivel de salud y tipologías

... Existe un grupo de países de sistemas políticos diferentes que independientemente de la metodología utilizada y del "momentum" del estudio, siempre aparecen en mejor situación, y otro grupo de países que por el contrario, siempre aparecen en peor situación.

... La evidencia de los hallazgos descritos en las tipologías en un importante lapso de treinta años, contradicen las doctrinas economicistas tipo "rosto-wianas" o del "trickle down" de la era reagan y en consecuencia, parece dar más la razón a los pensadores sociales y organismos internacionales de naturaleza social (OMS, OPS, UNICEF, PNUD) que a los de naturaleza financiera (FMI, Banco Mundial, BID)... *La Salud es Compleja. Mal Definida y generalmente No Prioritaria.*

cuadro No. 11

ESTUDIO	5 PAISES EN MEJOR SITUACION	5 PAISES EN PEOR SITUACION
MIGLIONICO. 1971.	Argentina Barbados Cuba Trinidad Uruguay	Bolivia El Salvador Guatemala Honduras Nicaragua
INDICE NECESIDADES SALUD OPS. 1988	Barbados Argentina Trinidad Chile Costa Rica	Haití Bolivia Guatemala Nicaragua República Dominicana
INDICADOR ACCESO AL DESARROLLO SOCIAL OPS. 1990.	Argentina Costa Rica Uruguay Cuba Chile	Haití Bolivia Guatemala Honduras El Salvador
INDICE DE DESARROLLO HUMANO PNUD. 1998.	Barbados Chile Bahamas Costa Rica Argentina	Haití Nicaragua Honduras Bolivia El Salvador