

REVISANDO CLÁSICOS DE LA ECONOMÍA DE LA SALUD: (Samuel Preston, 1975)

Revisión Jack Caldwell, OMS –Boletín 2003,81 (11) **Mortalidad y desarrollo económico**

(Apuntes para la Argentina de Hoy)



Dean Preston of SAS

Antes de la segunda guerra mundial, la alta mortalidad de los países en vías de desarrollo y especialmente los de África y Asia, era habitualmente considerada como un resultado de las restricciones malthusianas (o sea que las poblaciones crecerían geométricamente hasta que reveses naturales como plagas, hambre o guerras restablecieran un equilibrio), y del limitado acceso de los habitantes de esas regiones a la medicina moderna.

Estudios posteriores mostraron a mediados de los '40 que durante las décadas anteriores los índices de la mortalidad de la mayoría de las colonias habían caído significativamente debido a ciertas intervenciones de salud pública (1). Y la sorpresa fue general cuando comenzó a acumularse evidencia a fines de los '40 y en los '50 de dos hechos paralelos: la caída de la mortalidad y el aumento de las tasas de crecimiento de la mayoría de las poblaciones de los países en vías de desarrollo. Al parecer y como afirmaba Stolnitz, en un análisis de 1965 donde analizaba la situación en América Latina, Asia y África “*Tal parece que ahora la miseria económica en sí misma no es ya una*

barrera efectiva para la aparición de una fuerte cantidad de oportunidades de supervivencia en el mundo subdesarrollado”(3).

Ésta era la situación hasta que Samuel Preston publicó en 1975 un trabajo que sobresalía tanto por su elegancia como por su fácil lectura, cuya versión completa (en inglés) ponemos a disposición al pie de este artículo. Su diagrama de dispersión de las relaciones entre la esperanza de vida al nacer (EVN) y el ingreso nacional per cápita para las naciones en el 1900 y en las décadas del '30 y el '60 pasó desde entonces a ser una de las ilustraciones más memorables de las ciencias demográficas. El diagrama y el texto que lo acompañaba mostraban que, **a cualquier nivel dado de ingreso real por cápita, la EVN aumentaba sustancialmente en las tres primeras décadas del siglo XX, y aumentaban proporcionalmente más en las tres décadas siguientes.**

Así, con ingreso nacional bruto por capita (en adelante ingreso) en 1963 de US\$ 500, la esperanza de vida era típicamente de 50 años en la década de 1900s, de 58 años en los años 30, y de 69 años en los años 60. Además, las mayores ganancias se concentraban cada vez más en las primeras fases del desarrollo económico de los países. A medida que los ingresos promedio aumentaban de casi 0 a unos 200 dólares, la proporción del aumento en la EVN ganada, si se la comparaba con la lograda en las sociedades más ricas, era del 70% en la década de 1930, y del 87% en la década de 1960.

Estas demostraciones se lograron simplemente con dos variables bien entendidas: la esperanza de vida al nacer y el ingreso per cápita a precios constantes. El desafío más grande había sido ensamblar información adecuada, especialmente de la década de 1900, la cual Preston mostraba como valores puntuales no conectados por una curva logística. Y concluía que, **si el ingreso hubiera sido el único factor determinante, la EVN global durante las tres décadas hasta los '60, se habría levantado solamente 2,5 años en lugar de los 12,2 años observados.** Así, factores exógenos al nivel corriente de ingresos de un país, dan cuenta o explican probablemente entre un 75 y un 90% del crecimiento de la EVN si se toma el mundo en su totalidad entre las décadas del '30 y el '60” Otro punto es que esta situación era igualmente cierta para los países desarrollados y para los en vías de desarrollo.

La pregunta que obviamente surgía a continuación, y cuya respuesta no surgía meramente de los datos analizados, era **cuáles eran esos factores exógenos que habían resultado ser tan poderosos.** Y en relación a esto, **Preston propuso para los países industrializados a las vacunas, las sulfonamidas y los antibióticos; y para los países en vías de desarrollo el control de insectos (vectores de enfermedades transmisibles), la sanidad ambiental, la educación sanitaria y los servicios maternoinfantiles.** Puede ser que él subestimara el hecho de que los factores del primer grupo no eran estáticos, sino que habían ido extendiéndose desde los países

industrializados a los en vías de desarrollo para la década de los '60, lo cual haría presumir una influencia agregada.

¿De qué manera entonces explicaba Preston estas mejoras explosivas en el estado de salud del mundo en desarrollo durante la segunda mitad del siglo XX, dado que la División que estudiaba Poblaciones en las Naciones Unidas(5), estimaba que la EVN en los países menos desarrollados había aumentado de 35 años en 1.950 a 45 años en 1.970 (y esto comparado con el progreso de 65 a 72 años en otros países más desarrollados)?

La explicación que da Preston es que casi todos los progresos contra la mortalidad no aparecieron en los países en desarrollo sino que por supuesto se inventaron en otras regiones, por donde luego circularon libremente desde el momento en que se lanzó la teoría de los gérmenes infecciosos (a trazo grueso alrededor de 1880). Y otras partes del mundo como los países más pobres, tuvieron que esperar hasta después de la Segunda Guerra Mundial para acceder a ellos. Recién para ese entonces, los gobiernos asumieron la responsabilidad de proveer servicios de salud a sus ciudadanos, y tanto las instituciones internacionales como los países ricos comenzaron a tomar para sí la responsabilidad de ayudar a los países más pobres.

Preston no modificó mayormente este análisis, aunque en 1996, cuando estaba resumiendo los avances en investigación sobre demografía y mortalidad (6), dijo que en su *paper* de 1975 había caído en la misma tentación que había acosado a Thomas McKeown: la eliminación de una variable que era explicada por ideas preconcebidas. Y con esto se estaba refiriendo a la omisión del cambio social, especialmente a la mayor supervivencia de los niños de madres educadas, cuestión que primero él había discutido en 1978 (7) y 1982 (8) en algunas investigaciones sobre el desarrollo en esa área.(9).

Lo cierto es que luego de 25 años, este trabajo de Preston de 1975 ha pasado bien la prueba del tiempo y las subsiguientes investigaciones y continúa siendo una guía de valor en el tema. Una muestra de ello es el hecho que el borrador del Informe sobre el Desarrollo del Banco Mundial para el 2004 (10), interpreta el trabajo de Preston cuando al explicar los progresos o avances en salud a igual nivel de ingresos, dice que los mismos pueden ser atribuidos a *"avances en las tecnologías y saltos en el conocimiento sobre salud e higiene"*, tal como enfatiza el Informe. Con algunas modificaciones mínimas, la publicación reproduce sus figuras y gráficos, que ya pueden considerarse íconos, para ilustrar que los factores exógenos al desarrollo económico continuaron reduciendo la mortalidad infantil durante los '90.

Opiniones en disenso han surgido principalmente desde las filas de los economistas. Pritchett y Summers (11), han argumentado que el crecimiento del ingreso nacional conduce eventualmente a aumentar el nivel de educación y de atención sanitaria, y que su relativa importancia está oscurecida por el empleo inadecuado de una dimensión temporal. Rodgers (12) y Flegg (13) por su lado, argumentaron que la medición del ingreso per cápita ignora el impacto que ejerce una distribución desigual de la renta, al dificultar y restringir la disminución de la mortalidad. Pero por otra parte, Gravelle y colaboradores (14) comunicaron que sus datos globales no confirmaban este efecto.

Como buen demógrafo, Preston se limitó a trabajar con aquello que podía ser medido de modo más seguro y exacto en todas partes del mundo, y las tasas de mortalidad eran el indicador que mejor respondía a esta premisa, si bien para medir salud tiene como es sabido notables restricciones. En el debate, otros se han referido más directamente a la salud, si bien asumiendo que su nivel tiene una relación estrecha con la mortalidad, así como también lo considera probablemente Preston, ya que de hecho, para 1978 él estaba incluyendo en sus análisis referencias a la morbilidad así como a la mortalidad.(7)

Al margen de las clásicas discusiones académicas, **la demostración de Preston de 1975, de que las dramáticas reducciones en mortalidad que han caracterizado los 55 últimos años del siglo XX, estaban basadas en mucha mayor medida en los efectos (positivos en este caso), de la globalización y de los avances de las estrategias sanitarias para las poblaciones, así como del mayor acceso a la atención y tecnología médica (con el beneficio de mejores niveles de educación) antes que en el aumento de los ingresos de las naciones, permanece intacta.**

Es bueno entonces retomar estos conceptos en momentos en que el crecimiento económico del país y el ingreso per cápita parecen dos variables muy difíciles de mejorar en el corto plazo a nivel nacional. Y poner en un justo primer plano a la potencialidad de las políticas sanitarias como vectores del cambio positivo de la salud en un momento económicamente adverso. Los factores exógenos que señalaba Preston para los países en vías de desarrollo tienen especial vigencia para los sectores

más marginados de la actual geografía poblacional argentina, tanto en el interior más oculto, como en los bolsones de pobreza más expuestos del paisaje urbano. La salud pública y un sanitarismo moderno, racional y perseverante legitimado por un fuerte trabajo en terreno son herramientas de uso cuasi obligatorio si se quiere que la población acceda al beneficio que la OMS refiere como *“avances en las tecnologías y saltos en el conocimiento sobre salud e higiene”*.

Ello sin negar por supuesto la oscura barrera que la miseria económica significa para las mejoras de la salud. Simplemente apuntando que intervenciones adecuadas (aunque quizá de escaso impacto mediático) de salud pública, pueden ser un puente que ayude a sortear esa barrera.

Referencias

1. Milbank Memorial Fund Quarterly 1944;22(3), 22(4).
2. Population Bulletin of the United Nations; with special reference to the situation and recent trends of mortality in the world. New York: United Nations; 1962;6.
3. Stolnitz GJ. Recent mortality trends in Latin America, Asia and Africa: review and re-interpretation. Population Studies 1965;19:117-38.
4. Preston SH. The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development. Population Studies 1975;2:231-48.
5. World population prospects: the 2000 revision. New York: United Nations; 2001.
6. Preston SH. Population studies of mortality. Population Studies 1996;50:525-36.
7. Preston SH. Mortality, morbidity, and development. Population Bulletin of the United Nations Economic Commission for Western Asia 1978;15:63-75.
8. Farah A-A, Preston SH. Child mortality differentials in Sudan. Population and Development Review 1982;8:365-83.
9. Caldwell JC. Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian data. Population Studies 1979;33:395-413.
10. World Development Report 2004 — Making services work for poor people. Washington (DC): World Bank; 2004. Forthcoming. Draft report available from: http://econ.worldbank.org/files/25209_Chapter1.pdf (accessed on 7 May 2003).
11. Pritchett L, Summers LH. Wealthier is healthier. Journal of Human Resources 1996;31:841-68.
12. Rodgers GB. Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-sectional analysis. International Journal of Epidemiology 2002;31:533-38.
13. Flegg AT. Inequality of income, illiteracy and medical care as determinants of infant mortality in underdeveloped countries. Population Studies 1982;36:441-58.
14. Gravelle H, Wildman J, Sutton M. Income, income inequality and health: what can we learn from aggregate data? Social Science and Medicine 2002;54:577-89.