

ROBERTO PASSOS NOGUEIRA

---

PERSPECTIVAS CRÍTICAS SOBRE LA  
RELACIÓN ENTRE LA SALUD Y EL  
DESARROLLO, CON ÉNFASIS EN LOS  
PAÍSES BRIC

Médico, doctor en Salud Colectiva y técnico en planificación e investigación de IPEA (Directoria de Estudios y Políticas Estatales, Instituciones y Democracia - DIEST).



---

# PERSPECTIVAS CRÍTICAS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LA SALUD Y EL DESARROLLO, CON ÉNFASIS EN LOS PAÍSES BRIC

ROBERTO PASSOS NOGUEIRA

## INTRODUCCIÓN

En la segunda mitad del siglo XX, la discusión sobre la relación entre la salud y el desarrollo entre sanitaristas y economistas se oscureció como resultado de una comprensión limitada de ambos los términos de esta relación. En primer lugar, debido a la suposición de que el desarrollo podría mejorar las condiciones de salud de los pobres. En segundo lugar, por la identificación del desarrollo con el crecimiento económico y especialmente con el proceso de industrialización.

La noción de desarrollo como crecimiento económico e industrialización se formó gradualmente en el período que siguió a la Segunda Guerra Mundial en el marco de las políticas de cooperación internacional realizadas bajo el liderazgo de los Estados Unidos y se diseminó con base en los miles de millones de dólares que ayudaron en la recuperación de la economía europea devastada por la guerra. En otros continentes, esta idea fue presentada como la solución definitiva a la cuestión de la pobreza, incluida la erradicación de las enfermedades endémicas y, en particular, aunque no directamente bajo la influencia americana, debe tenerse en cuenta el papel de la doctrina de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que consideraba la enfermedad como un componente de los males estructurales de la economía periférica latinoamericana.

En las últimas décadas del siglo XX, las políticas llevadas a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se centraron no sólo en las

enfermedades de los pobres, sino también en los llamados riesgos globales, que expresamente no dependen del nivel de renta de los grupos sociales. Además, uno empieza a preguntarse acerca de cómo las diferentes dimensiones de la salud pueden contribuir al desarrollo a través de dos líneas que se destacan en este artículo: 1) el enfoque de Amartya Sen, quien considera que la salud es una forma decisiva de la capacidad humana para permitir el desarrollo; y 2) el enfoque schumpeteriano, que busca vincular el campo de la salud al mercado internacional con base en políticas públicas que fomenten las innovaciones generadas en la frontera tecnológica.

El enfoque de las capacidades humanas afirma que la salud debe ser priorizada por las políticas públicas como una cuestión de justicia y también como un importante factor inductor del desarrollo, pero no bajo una visión restringida del capital humano. Sen considera que el objetivo último del desarrollo es crear las condiciones económicas y sociales que garanticen la libertad de cada persona a elegir lo que quiere ser y hacer. A su vez, el enfoque específicamente más económico de la innovación en salud considera que todo el amplio campo de la tecnología de la salud tiene una gran importancia en el frente económico de la propiedad intelectual, de forma a asegurar el logro de importantes posiciones competitivas en el mercado internacional. Las hipótesis de estos dos enfoques se resumen a continuación y son discutidas críticamente, teniendo en cuenta las políticas internacionales vigentes en cada contexto y las cuestiones relacionadas con las posibilidades y los límites de desarrollo de los países BRIC.

## **DESARROLLO Y SALUD SEGÚN LA POLÍTICA INTERNACIONAL DESPUÉS DE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL**

La noción de desarrollo como crecimiento económico y aumento de la producción industrial surge en el período de pacificación y cooperación para la recuperación económica de Europa tras el final de la Segunda Guerra Mundial. Se asocia con los propósitos estratégicos del Plan Marshall, que, entre 1947 y 1951, canalizó miles de millones de dólares con

vistas a la recuperación de la base industrial y agrícola de los países europeos más afectados por la guerra (ARRIGHI, 2007). En este contexto se disemina la idea de que todas las sociedades nacionales pueden pasar por etapas sucesivas de cambios económicos hasta llegar al punto eventualmente del desarrollo ya alcanzado por los Estados Unidos (WALLERSTEIN, 2004). Este concepto de desarrollo como un proceso lineal y que progresa a través de etapas se utilizaba también para aumentar las esperanzas de un futuro mejor entre los países económicamente atrasados de Asia y América Latina, que llegaría posteriormente a consolidarse como doctrina económica con Rostow, cuyo trabajo, de 1960, se llama significativamente *Las etapas del crecimiento económico: un manifiesto no comunista*.<sup>1</sup>

Por lo tanto, la comprensión de desarrollo como crecimiento de la producción económica y principalmente de la industria está claramente relacionada con el esfuerzo de los EE.UU. para reconstruir Europa después de la guerra y con las políticas sociales y económicas difundidas por los organismos internacionales en este sentido. Desarrollar economías nacionales es parte de la estrategia de los EE.UU. para obstar la opción por los regímenes socialistas.

La cooperación prevista en el Plan Marshall favoreció, de manera gradual, la generación de las bases políticas y económicas del Estado de Bienestar en los países europeos entre 1946 y 1960. La salud incluso sería a partir de ahora entendida como bienestar. En 1946, en una asamblea de ministros de salud de todo el mundo en Nueva York, la Organización Mundial de la Salud formuló el conocido concepto de salud, que se incorporó como artículo de su Constitución: “un estado de completo bienestar físico, psicológico y social”. Esta definición oficial, que vincula la salud con el bienestar social, por cierto surgía como algo muy conveniente en un momento en que era necesario garantizar buenos resultados por parte de las políticas sociales y económicas, incluso para eludir la amenaza de la introducción de nuevos regímenes socialistas en varias partes del mundo.

Es precisamente la nación ganadora, y más que nunca hegemónica del sistema capitalista mundial, los Estados Unidos, que anunciaba, en

---

1 Varios economistas latinoamericanos criticaron los conceptos de Rostow acerca del desarrollo; véase, por ejemplo, lo que Caio Prado Junior (1991) dice en el capítulo inicial de su libro *História e Desenvolvimento*.

este momento, la apertura de un nuevo horizonte de cooperación internacional, iniciativa que después inspiró la creación de un organismo especializado para este fin, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). En 1961, muchos de los objetivos y de las estrategias implícitos en el Plan Marshall se incorporaron en el programa de la Alianza para el Progreso, puesto en marcha por John Kennedy específicamente para los países de América Latina y que trataba implícitamente de inducirlos a una alternativa de desarrollo democrático-capitalista frente a la amenaza creada por la revolución cubana.

El concepto de desarrollo que se esboza en este período está claramente fundado en supuestos utilitaristas. El desarrollo está éticamente justificado en la medida que, como proceso a largo plazo, tiende a maximizar el bienestar de la población, es decir, como resultado de una suma de utilidades, trae bienestar para el mayor número posible de personas. Este supuesto utilitarista hace que el desarrollo sea considerado una cosa buena en sí misma, un valor a ser imitado por todas las naciones. Por lo tanto, en esta evaluación no se incluyen consideraciones acerca de la justicia y la libertad, como se hará posteriormente a través de enfoques distintos.

En 1948, las Naciones Unidas crean la CEPAL. Según la doctrina originaria de esta comisión era necesario romper con los círculos viciosos de la economía en los países latinoamericanos. Los círculos viciosos estaban enraizados en las condiciones de productividad laboral reducida y de bajos niveles de ahorros y de educación de la población, algo que sólo se podía superar a través de un proceso de industrialización que garantizase una mayor autonomía de los países periféricos en relación con los centrales (BIELSCHOWSKY, 2009).

La solución inicialmente arbitrada por Raúl Prebisch y otros economistas de la CEPAL indicaba que la industrialización de la economía como substituta de las exportaciones de productos primarios representaba el camino correcto para lograr el desarrollo, con mejores condiciones de vida para todos. En teoría, los círculos viciosos de la economía deberían romperse a partir del momento en que cada país de América Latina dejase de ser un mero exportador de materias primas y fuese capaz de extender el

mercado de trabajo formal a través de un proceso de desarrollo industrial “endógeno”.<sup>2</sup>

Una de las versiones de los círculos viciosos decía que la pobreza genera enfermedades que profundizan la pobreza, la cual, a su vez, hace más graves las consecuencias económicas y sociales de las enfermedades. En un texto de los años 1950, la doctrina del círculo vicioso de la salud y la pobreza fue mencionada explícitamente por el entonces presidente del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Felipe Herrera (apud BERLINGUER, 1978, traducción libre):

La salud de una nación y su economía depende una de la otra. Cuando las enfermedades son frecuentes, la productividad disminuye y, por lo tanto, los salarios, las condiciones de vivienda y el nivel de educación se ven afectados.

Este enfoque<sup>3</sup> consideraba las enfermedades transmisibles y endémicas de los pobres como obstáculos hacia el desarrollo y elementos perpetuadores de la situación de vulnerabilidad y exclusión social de los pobres. Algunas de estas enfermedades, como la malaria, aún persisten como graves problemas de salud pública. Tanto es así que el control de la malaria se incluye como uno de los objetivos que deben alcanzarse a nivel internacional hasta 2015 como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En conclusión, se puede decir que, a lo largo de los años 1950 y 1960, las teorías y las políticas que relacionaban la salud con el

---

2 En este contexto de análisis, cabe destacar la importancia de la contribución del pensamiento de Celso Furtado, ex asesor de la CEPAL, que en numerosas formulaciones se ha pronunciado en contra de las visiones simplistas de desarrollo de América Latina, incapaces de hacer frente a los problemas crónicos de la pobreza y la exclusión social. En un artículo publicado en la Revista de la CEPAL, él insiste en este punto de la siguiente manera: “[...] para comprender la lógica de la civilización industrial, se debe en primer lugar encontrar una justificación para el proceso de aumento del poder adquisitivo de la población, es decir, la expansión de la masa salarial. Esta justificación necesariamente va más allá del ámbito del análisis económico tradicional, ya que la distribución de los ingresos está determinada por factores institucionales y políticos” (FURTADO, 1998, traducción libre).

3 Sólo una investigación histórica más detallada podría establecer si este enfoque fue formulado por el Banco Interamericano basado en la interpretación cepalina de los círculos viciosos de las economías subdesarrolladas o si fue diseñado en el ámbito de la propia CEPAL y asumido por el BID. De todos modos, hay que señalar que, a lo largo de la década de 1960, estas dos instituciones han mantenido estrechos lazos de colaboración intelectual que pasaban en primera instancia por sus líderes Felipe Herrera y Raúl Prebisch.

desarrollo solían considerar la pobreza como causa principal de las enfermedades, dejando de ver que hay otros tipos de problemas de salud que, a su vez, acompañan al desarrollo.

## EL SURGIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE CONTROL DE LOS RIESGOS GLOBALES DE LA SALUD

En la segunda mitad del siglo XX, las enfermedades transmisibles perdieron su importancia en la estructura de mortalidad y morbilidad de muchos países latinoamericanos. En el caso brasileño, a partir de los 1980 y abarcando los resultados obtenidos por el impulso desarrollista del “milagro brasileño” de la década anterior, se destacó el aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas, así como la alta incidencia de muertes por accidentes de tráfico y homicidios, concentrados precisamente en las regiones más industrializadas del país. Sin embargo, al menos dos tendencias positivas se asociaron con el proceso de desarrollo nacional durante este periodo: la disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad infantil.

Fue en la década de los 1980 que la experiencia brasileña convenció a los sanitaristas de que hay ciertos tipos de problemas de salud que inevitablemente acompañan al desarrollo y que la salud debería ser incorporada en la Constitución como un deber del Estado y un derecho para todos. Este entendimiento se estableció en franca confrontación con las políticas neoliberales de algunos organismos internacionales que recomendaban la adopción de programas centrados en la atención en salud para los pobres.

La situación actual de la mortalidad proporcional en Brasil, según los principales grupos de causas, se refleja en la Tabla I, que demuestra la gran importancia lograda por las enfermedades no transmisibles y otros problemas de salud.

Las principales enfermedades transmisibles son responsables actualmente por una mortalidad inferior al 5% en el país, a pesar del impacto de la letalidad por SIDA, que se suavizó gradualmente en las últimas dos décadas a través de terapias efectivas que garantizan una mayor supervivencia de los pacientes. Hoy día, son importantes causas de muerte los

trastornos cardiovasculares, los diversos tipos de cáncer, las causas externas (homicidios y accidentes de tráfico) y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. El sobrepeso y la obesidad son factores desencadenantes o agravantes para muchas de estas enfermedades. Desde la década de los noventa, se hizo evidente que cada vez menos la deficiencia nutricional y cada vez más la dieta hipercalórica era responsable de graves problemas de salud. La obesidad, la diabetes y la hipertensión se han convertido en serios problemas de salud en Brasil y en el mundo.

**Tabla I. Brasil, 2010. Mortalidad proporcional (%) según los grupos de causas, CIE-10**

<b>Grupo de Causas de Mortalidad – 2010</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias</b>	4,3
<b>II. Neoplasias (tumores)</b>	15,7
<b>IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas</b>	6,2
<b>IX. Enfermedades del sistema circulatorio</b>	28,6
<b>X. Enfermedades del sistema respiratorio</b>	10,5
<b>XI. Enfermedades del aparato digestivo</b>	5,1
<b>XX. Causas extremas de morbilidad y de mortalidad</b>	12,5
<b>Otras causas definidas</b>	17,1
<b>Total</b>	100,0

Fuente: DATASUS; datos preliminares para 2010.

Un informe reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) afirma que los riesgos globales de mortalidad afectan a países de todos los niveles de ingresos e incluyen: a) la hipertensión arterial (13% de las muertes globales); b) el consumo de tabaco (9%); c) altos niveles de glucosa en la sangre (6%); d) el sedentarismo (6%); y e) el sobrepeso y la obesidad (5%). Al ser independientes del nivel de ingresos de la población e incluso la capacidad de las inversiones realizadas en la prestación de servicios de salud, los riesgos para la salud en general no pueden ser eliminados únicamente sobre la base de los resultados del desarrollo de los países. Las acciones regulatorias de los gobiernos pueden tener cierto éxito a través de, por ejemplo, leyes que restrinjan el tabaquismo y la publicidad de cigarrillos, pero, fundamentalmente, la reducción de la incidencia de

estos riesgos requiere cambiar ciertas conductas basadas en los recursos socialmente disponibles para la población. El amplio reconocimiento de este hecho ha llevado a políticas internacionales de promoción de la salud en la Conferencia de Ottawa en 1986. La Carta de Ottawa (OMS, 1986) afirma que la promoción de la salud tiene como objetivo “reducir las diferencias en el estado actual de la salud de la población y asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial”.

La Carta de Ottawa (OMS, 1986) afirma que la promoción de la salud tiene como objetivo “reducir las diferencias en el estado actual de la salud de la población y asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial”.

El precepto de “proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial” ciertamente plantea muchas preguntas de carácter filosófico y ético, pero su discusión es compleja y va más allá del alcance de este artículo. Lo que hay que destacar aquí es que, a través de esta declaración, la entidad más importante en la formulación de políticas internacionales de salud destacó que la salud de todos es una condición necesaria para lograr el desarrollo en un sentido amplio (personas, sociedad y economía), y se considera que la salud es un recurso para la vida social y, al mismo tiempo, una capacidad individual que puede y debe ser mejorada. Pero lo que se denomina equidad indica que este nuevo enfoque de las políticas internacionales de salud no puede sólo basarse en el incentivo al cambio en los estilos de vida como si se restringiera al ámbito de la responsabilidad personal, sino que supone el acceso a las acciones de políticas públicas, por ejemplo, los procesos educativos y los adecuados medios preventivos.

La Carta de Ottawa es sólo uno de los muchos testimonios que demuestra que el enfoque analítico de la relación entre el desarrollo y la salud en el siglo XXI empezó a ser dirigido a los problemas de acceso equitativo a los distintos recursos sociales y los objetivos de la equidad en salud que garantizan la mejora de las condiciones de vida de los diferentes grupos sociales de la población.

## EL ENFOQUE DE LA SALUD COMO CAPACIDAD HUMANA

El concepto de desarrollo como crecimiento económico, medido por el incremento anual del Producto Interno Bruto, fue rechazado por numerosas corrientes, en especial el pensamiento liberal de Amartya Sen. El enfoque de las capacidades humanas de Sen a menudo se presenta como un antídoto a este entendimiento estrecho del desarrollo de las naciones y fue concebido originalmente como una referencia para los temas de justicia y, en concreto, como reparación a la doctrina *justice as fairness* (la justicia como equidad) de John Rawls. La interpretación de Sen observa que, en general, la idea de igualdad es incapaz de proporcionar una orientación sobre lo que se debe hacer para responder adecuadamente a las situaciones concretas de injusticia, es decir, haciendo aportes a las decisiones y políticas de equidad. Como principio, Sen (1982, 1992) considera que las capacidades humanas están directamente involucradas con la respuesta a la pregunta: ¿igualdad de qué?

En un ensayo decisivo, Sen (1982) toma como caso paradigmático el de la persona con discapacidad, en concreto, el parapléjico. El parapléjico carece de la capacidad para la salud que tiene una persona con integridad corporal, o sea, capaz de moverse libremente usando las piernas. Cuando se piensa en la equidad como objetivo o valor de una política pública, es preciso tener en cuenta el concepto de capacidad como una fuente de la que se origina una serie de “funcionamientos” que aseguran la realización de lo que los individuos aspiran a ser y hacer. Las políticas públicas deben tratar de remediar o al menos aliviar las consecuencias de la privación de las capacidades humanas, especialmente la salud, la educación y la participación en la vida política de la sociedad. En el pensamiento de raíz liberal de Sen, las capacidades (*capabilities*) como facilitadoras de las aspiraciones individuales son intercambiables con la idea de las libertades sustanciales (*substantive freedoms*). Esta posición se basa en un claro conflicto con los supuestos utilitaristas, según los cuales el fin último del desarrollo es maximizar el bienestar de la población.

En un ensayo que aborda específicamente la equidad en salud, Sen (2004, p. 21, traducción libre) destaca el gran alcance de la salud como capacidad humana que, en términos de la posibilidad de hacer justicia

y garantizar la libertad, está correlacionada con numerosas otras dimensiones de la vida en sociedad, y que, por lo tanto, “la equidad en salud no puede ser sino un elemento central de la justicia en todos los acuerdos sociales”, de manera que no se puede reducirla a la equidad en el acceso a los servicios de salud, por más importante que esta sea. La contribución de Sen a la evaluación de la equidad en salud tiene que ver con la equiparación de la enfermedad o discapacidad física o mental a la incapacidad de ser libre en la vida diaria y de practicar otras habilidades, lo que resulta, en última instancia, en la limitación de la ciudadanía. Lo que él llama de disciplina de la equidad en salud no se limita a considerar sólo las desigualdades concretas de las condiciones de salud y del acceso a servicios de atención médica.

Así, Sen cree que la equidad en salud maneja múltiples y complejas dimensiones que se pueden resumir de la siguiente manera: 1) la salud como capacidad fundamental, que permite el ejercicio de otras capacidades; 2) la capacidad de la persona tener o lograr mantener la salud; 3) la distribución social de los recursos y el conjunto de arreglos sociales que ayudan a mantener la salud o recuperarla en caso de enfermedad; y 4) las condiciones de inserción social y las características personales de cada uno.

Sen (2004) afirma que, en general, la gente tiende a escoger la salud cuando las oportunidades para ello les son ofrecidas socialmente, aunque también se puede optar por hábitos dañinos que actúan como factores de riesgo. Él dice que lo que la epidemiología moderna llama de comportamiento de riesgo, como el tabaquismo, puede deberse a una falta de libertad producida por influencias psicológicas que impiden que una persona domine el hábito compulsivo. La posición ético-filosófica de Sen sobre la relación entre la autonomía personal y los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles no es lo suficientemente clara, al ser una omisión notable, ya que el tema del control de las conductas de riesgo en la salud ha sido objeto de polémica incesante.

Una de las preguntas relevantes inspiradas en el pensamiento de Sen es: ¿qué tipo de desarrollo favorece la reducción de las desigualdades en salud y fomenta las capacidades humanas? Sen (2000, p. 40) critica el hecho de que, en el concepto de crecimiento económico, sólo se

valora el aumento del volumen y valor de las transacciones económicas, ignorando que el crecimiento de la economía debería abrir camino para el Estado financiar la seguridad social, la salud y otras intervenciones públicas orientadas a la equidad. El desarrollo no puede ser evaluado conforme la visión estrecha de las tasas anuales de crecimiento del Producto Interno Bruto, pero es necesario tener en cuenta la amplitud de los servicios que se ofrecen a toda la población y, en particular, la creación de oportunidades sociales a través de servicios como la educación y salud pública. Mejores niveles de salud, educación y libertades públicas (como la garantía de una prensa libre y activa) pueden contribuir tanto al crecimiento económico como a la reducción significativa de las tasas de mortalidad. Las libertades básicas están influenciadas, por un lado, por la garantía de los derechos individuales, del ambiente de tolerancia y del libre intercambio de bienes y servicios, y, por otro, por el mantenimiento por parte del Estado de una adecuada estructura de atendimento que cumpla las necesidades de salud y educación que son cruciales en la formación y el uso de las capacidades humanas. Es bien conocida la tesis de Sen de que nunca hubo epidemia de hambre en naciones con regímenes democráticos.

Obstinado, Sen nunca llegó a elaborar una lista de las capacidades humanas básicas, es decir, algo parecido a las libertades básicas de Rawls. Al parecer, su intención es dejarlas como un concepto amplio y flexible que inspira a iniciativas de políticas públicas y de las instituciones de justicia en cada sociedad, por lo tanto, ajenas a las definiciones y normas estrictas. Una discípula de Sen, coautora de algunos de sus libros, la filósofa Martha Nussbaum (2011, p. 33) tiene como objetivo superar este límite y definir una serie de capacidades centrales, algunas de las cuales están claramente relacionadas con la salud, a saber:

- Vida. Ser capaz de vivir la vida hasta el final de su duración normal; no morir prematuramente o antes de que su vida sea tan reducida que no valga la pena ser vivida;
- Salud corporal. Ser capaz de tener una buena salud, incluso la salud reproductiva; estar adecuadamente alimentado; tener una vivienda digna.
- Integridad corporal. Ser capaz de moverse libremente de un lugar a otro; estar seguro contra violentos asaltos, incluyendo la

violencia sexual y doméstica; tener oportunidades para la satisfacción sexual y para la elección en materia de reproducción.

En este campo, las contribuciones de Nussbaum están manifiestamente afiliadas a la línea de defensa de los derechos humanos, con una fuerte influencia del pensamiento feminista. Nussbaum destaca que se trata de un punto de vista que tiene en común con el pensamiento de Sen, a pesar de que, como estrategia política, ella hace un uso más intensivo del ideal de los derechos humanos. Sin embargo, el énfasis en el análisis de aspectos del desarrollo está ausente en esta autora y es, por el contrario, un punto de énfasis en el pensamiento de Sen, lo que implica que debería existir una relación directa entre el grado de fomento de las capacidades humanas y el desarrollo de cada nación.

En el trabajo que podría considerarse como la síntesis completa de sus ideas sobre el tema, *Desarrollo y Libertad*, Sen (2000) ve la necesidad de que las naciones alcancen en primer lugar un cierto nivel de inversión en la infraestructura de la atención en salud antes de haber un impulso decisivo hacia el desarrollo. Uno de los ejemplos a este respecto se basa en una comparación entre China e India. Estos dos países han hecho esfuerzos considerables para abrir un ciclo de desarrollo a través de una economía en gran parte internacionalizada y abierta a los mercados extranjeros – China, después de las reformas de 1979, e India desde 1991. Pero el éxito logrado por China fue incomparablemente superior al de la India, por haber realizado considerables inversiones en salud y educación durante el período maoísta. Cuando de la apertura a los mercados mundiales, en 1979, China ya contaba con una población altamente alfabetizada y un nivel de diferenciación de la educación de la generación joven no muy diferente de otros países asiáticos que dieron el giro hacia el desarrollo como Corea del Norte y Taiwán. Pero India aún enfrentaba enormes obstáculos estructurales para lograr la universalización de la oferta de servicios básicos de salud y educación, y esta situación se mantiene hasta la actualidad. Es importante destacar, en una adición a las observaciones de Sen, que estas diferencias se refieren a la posibilidad de una modernización efectiva de la sociedad y de resultados de equidad obtenidos en estos dos países, algo que no se puede evaluar sólo sobre la base del crecimiento

del PIB en la India que en los últimos años ha mostrado tasas de alrededor del 8%, aproximadas a las de China.

Respecto a estos aspectos, se debe recurrir al Índice de Desarrollo Humano (IDH) para cotejar la situación socioeconómica de los países BRIC. El IDH fue creado en 1990 por el PNUD como *proxy* de las capacidades humanas. En la actualidad, debido a los sucesivos cambios metodológicos, el IDH resulta de la media geométrica de tres índices: 1) vida larga y saludable (basada en la esperanza de vida al nacer); 2) el conocimiento (a través de dos indicadores: la escolaridad promedia y la expectativa de escolaridad); 3) índice de esperanza de vida decente (según la Renta Nacional Bruta per cápita, en paridad con los valores de poder adquisitivo comparables internacionalmente, PP\$).<sup>4</sup>

El IDH tiene muchas limitaciones como evaluador de las capacidades humanas. Una de ellas es el hecho de que se basa en la Renta Nacional Bruta (RNB) y depende de circunstancias bastante coyunturales de la economía. Incluso cuando se ajusta conforme el poder adquisitivo de cada país, la RNB per cápita es sólo un indicador ligado al ritmo de crecimiento económico y está muy lejos de ser un buen indicador de la potencialidad del bienestar de la población. Sin embargo, como subraya Sen, el crecimiento económico es la base necesaria para lograr una mayor equidad en las políticas públicas orientadas a las capacidades humanas.

**Tabla II. Los países BRIC. Indicadores que conforman el IDH**

Indicadores	Brasil	Rusia	India	China
IDH 2010*	0,718	0,755	0,547	0,687
Salud	0,844	0,770	0,717	0,843
Educación	0,663	0,784	0,450	0,623
Renta – Renta Nacional Bruta p/ cáp.	0,662	0,713	0,508	0,618
Ranking del país	84	66	134	101

Fuente: PNUD, Informe IDH 2012; \* obtenido con la media geométrica de los indicadores de salud, educación y renta.

4 Los detalles técnicos sobre las variables de composición y ponderación de los tres indicadores del IDH, en su última revisión, pueden leerse en las notas de la edición de 2011: [http://hdr.undp.org/en/media/HDR\\_2011\\_EN\\_TechNotes.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_EN_TechNotes.pdf) (consultado el 2/5/2012).

En la Tabla II, el IDH de los países BRIC se desdobra en sus indicadores constituyentes para proporcionar pistas acerca de dónde están los problemas sociales de cada país. La Federación Rusa se destaca con mejor IDH para 2011, aunque ninguno de los cuatro países tiene una posición destacada en el ranking mundial. Rusia tiene los mejores índices tanto en la educación como en la renta per cápita, aunque en términos de condiciones de salud no esté tan bien situada como Brasil y China. Brasil tiene una posición muy cercana a China en materia de salud y educación, pero con un mayor ingreso per cápita. Por su parte, la India ocupa el último lugar en todos los tres componentes del IDH.

Como se verá más adelante, por otros indicadores, la posición prominente de Rusia en el IDH en comparación con los demás países BRIC tiene que ver con las inversiones económicas y sociales realizadas en la educación durante el período soviético, mientras que su principal problema de salud está menos en la oferta de servicios públicos y más en las causas externas de mortalidad debido a los comportamientos generalizados de violencia.

## INDICADORES DE DESARROLLO Y DE LAS CONDICIONES DE SALUD EN LOS PAÍSES **BRIC**

En un reciente artículo publicado en Internet, Dixe y Sen (2011) hacen un análisis comparativo de la India con China y otros países asiáticos, tejiendo múltiples críticas a la falta de resultados del crecimiento económico de la India en la salud de su población, destacando que el crecimiento económico es sólo un medio y no un fin en sí mismo. Sin embargo, los autores justifican la necesidad de crecimiento acelerado en el caso de la India, debido a que su ingreso promedio es tan bajo que no puede mantener nada parecido a un nivel de vida razonable, incluso con amplia redistribución de los ingresos. Esto se debe a que, aún hoy, tras 20 años de rápido crecimiento, la India es uno de los países más pobres del mundo.

Dreze y Sen mencionan en seguida que una situación similar a la de la India, es decir, de rápido crecimiento económico sin buenos resultados

en el ámbito social, se produjo en Brasil durante la dictadura militar. Ellos exaltan la consagración de la salud como derecho de todos en la Constitución Federal de 1988 y la política de distribución directa de la renta a los pobres a través del programa Bolsa Familia.

Estas referencias a las condiciones socioeconómicas de los tres países mencionados, India, China y Brasil, tornan oportuno agregar aquí una breve comparación de las condiciones de salud entre los países que integran el grupo BRIC.

Las siguientes tablas traen un conjunto de indicadores que muestran que, de hecho, India es todavía muy atrasada en términos de condiciones de salud y de inversiones públicas en el área, en comparación no sólo con China, sino también con Brasil y la Federación Rusa.

**Tabla III. India, China y Brasil. Los indicadores de las condiciones de salud y de inversión pública en salud, 2009**

Indicador	Brasil	Rusia	India	China
Fecundidad*	1,8	1,4	2,7	1,8
Esperanza de vida**	73	68	65	74
Mortalidad infantil***	17	11	50	17
Mortalidad neonatal***	12	6	34	11
Gasto público en salud per cápita ****	385	633	40	126

Fuente: WHO (2011), World Health Statistics.

\*Número de hijos por mujer; \*\* al nacer, en años, ambos los sexos; \*\*\* tasa estandarizada por edad para ambos los sexos por mil nacidos vivos; \*\*\*\* equivalente al poder adquisitivo comparable internacionalmente (PPP int. \$); datos de 2008.

La Tabla III muestra que la India, con una tasa de fecundidad de 2,7 hijos por mujer, es el único país del grupo BRIC por encima del umbral de la reproducción estable de la población (es decir, 2,1), lo que implica que su población seguirá creciendo en la década actual. Según las estimaciones de las agencias de las Naciones Unidas, la población de India superará a la de China en 2035. Además, India presenta una tasa de mortalidad infantil de 50 y una tasa de mortalidad neonatal de 34 por cada mil nacidos vivos, valores muy altos en comparación con muchos otros países del tercer mundo, excepto los de África. El gasto público en salud per cápita

en India representa un tercio del gasto de los chinos y aproximadamente un décimo del gasto brasileño.

Los siguientes puntos de análisis se destacan para efectos de comparación entre los cuatro países BRIC:

Los indicadores de las condiciones de salud son relativamente favorables a Brasil en comparación con India, favorables en parte en relación con Rusia, y comparables a los de China, a pesar de que China tiene un gasto en salud proporcionalmente mucho menor;

El gasto público en salud per cápita en Brasil es inferior sólo al de Rusia (según el indicador de paridad del poder adquisitivo); y

Rusia cuenta con indicadores de salud aparentemente dispares. Debido al deterioro de las condiciones de vida propias del período post-soviético, hubo un retroceso en la esperanza de vida de la población rusa que se tradujo en una caída en la esperanza de vida de unos 20 años y sólo recientemente se alcanzó índice similar al de finales de los años 1980. Sin embargo, Rusia tiene como ventaja el hecho de contar con una red de servicios de salud con buena cobertura pública, que proviene de la época soviética, lo que garantiza, por ejemplo, que el país tenga tasas relativamente bajas de mortalidad neonatal e infantil.

No debería causar sorpresa el hecho de que las condiciones de salud de la población brasileña se parecen mucho a las de la población china, a pesar de que Brasil tiene un gasto público mucho mayor en este sector. Es bien sabido que los niveles de salud dependen de muchas otras condiciones sociales y de vida, así como del acceso a servicios médicos/sanitarios a los que corresponde este gasto. Aquí podemos asumir que la población china se beneficia de una mayor equidad en relación a otros servicios públicos (como educación) y de mejores oportunidades de empleo, ingresos, calidad de vivienda y condiciones de saneamiento ambiental, bien como, en algunas regiones, de ciertos estilos de vida tradicionales que promueven la salud y la longevidad.

A su vez, la Tabla IV muestra el peso considerable de las enfermedades transmisibles en la estructura de mortalidad de India en comparación con los otros tres países mencionados. En India, la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles representa el 53% de la tasa por enfermedades no transmisibles, mientras que en China sólo representa el 9,6% y en

Brasil el 18,2%. La persistencia de una alta incidencia de mortalidad por enfermedades transmisibles en India demuestra que este país se encuentra todavía en una etapa incipiente de la transición epidemiológica, a diferencia de los otros tres.

**Tabla IV. Los países BRIC. Tasas de mortalidad por grupos de causas específicas, 2008**

Causa*	Brasil	Rusia	India	China
<b>1. Enfermedades transmisibles</b>	97	71	363	58
<b>2. Enfermedades no transmisibles</b>	534	797	685	604
<b>3. Causas externas</b>	76	159	99	70
<b>% 1 en relación a 2</b>	18,2	8,9	53,0	9,6

Fuente: WHO (2011), World Health Statistics.

\*Tasa estandarizada por edad, por cada 100 mil habitantes.

Llama la atención que todos los países BRIC tienen muy altas tasas de mortalidad por causas externas. Pero Rusia se destaca con una tasa extraordinariamente alta de 159 por cada 100 mil habitantes, debido principalmente a la alta incidencia de homicidios en el país, una de las más altas del mundo. Después de revisar la literatura sobre la salud pública en Rusia, Pridemore (2002) concluye que el aumento de la tasa está relacionado con un notable incremento en el consumo de alcohol y con la violencia mortal que acompaña este incremento. Citando Durkheim, él afirma que el aumento de las causas externas de mortalidad en esta república después del período soviético se debe a la situación de anomia social experimentada por esa nación en las últimas dos décadas.

De hecho, los datos sobre tres tipos de factores de riesgo (Tabla V) muestran que Rusia tiene la tasa más alta de consumo de alcohol, con Brasil en segundo lugar. En contraste, la magnitud del consumo de alcohol en India es insignificante. La obesidad es mucho mayor en Brasil y Rusia que en China e India. Por último, como un factor de riesgo adicional, el hábito de fumar está presente entre más de la mitad de la población masculina en Rusia y China, mientras que en Brasil sólo una quinta parte de los hombres fuma, aunque la diferencia entre los dos sexos es relativamente pequeña.

**Tabla V. Los países BRIC. Indicadores de factores de riesgo para la salud, del 2006 al 2008**

Indicador	Brasil	Rusia	India	China
Adultos obesos*	16,5 y 22,1	18,4 y 19,8	1,3 y 2,5	4,6 y 6,5
Consumo de alcohol **	6,2	11,0	0,6	4,4
Tabaquismo (%) **	19,4 y 12,0	70,1 y 27,7	33,2 y 3,8	59,5 y 3,7

Fuente: WHO (2011), World Health Statistics.

\* Porcentaje, respectivamente, de hombres y mujeres obesos, entre adultos de  $\geq 20$  años; \*\* consumo equivalente a litros de alcohol puro por persona/año entre adultos de  $\geq 15$  años; \*\*\* porcentaje, respectivamente, de hombres y mujeres que usan tabaco de cualquier tipo, entre adultos de  $\geq 15$  años.

La interpretación de estos indicadores que se refieren a las dos últimas décadas ratifica lo que Sen afirma acerca de la superioridad históricamente alcanzada por China en relación a India en términos de mejora de las capacidades humanas. La Federación Rusa, por su parte, a pesar de contar con un sistema eficiente de salud pública, se enfrenta al reto de recuperarse respecto a las condiciones sociales de anomia que han favorecido fuertemente las causas externas de mortalidad asociadas con el abuso en el consumo de alcohol. En cuanto a Brasil, el aspecto más preocupante es el creciente aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en ambos sexos, una condición que se relaciona con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y diabetes. Por último, una comparación más amplia permite concluir que, respecto a las condiciones salud de su población, Brasil no enfrenta, en la actualidad, cualquier situación de desventaja comparativa en el grupo BRIC y está claramente en situación de igualdad con China.

## LA SALUD Y LA NUEVA ECONOMÍA DE LA INNOVACIÓN

En la década de los noventa, los hechos de la integración comercial a escala mundial y, además, el fenómeno del auge económico de China y otros países asiáticos han creado serios interrogantes acerca de la viabilidad de la industrialización de los países periféricos según el pensamiento estructuralista de la CEPAL. La búsqueda de alternativas ha llevado a esta

organización a considerar nuevos caminos que pasan por la conquista o la consolidación de ciertas ventajas competitivas por parte de los países latinoamericanos. Tiene inicio, entonces, una línea doctrinaria, llamada de neoestructuralista, que, bajo una directiva general de “transformación productiva con equidad”, se caracteriza por enfatizar “el carácter sistémico de la competitividad, priorizando la creación de infraestructura física, la formación de recursos humanos y las políticas de innovación y progreso técnico para alcanzar un crecimiento más elevado y sostenido y una inserción internacional exitosa” (BIELSCHOWSKY, 2009, p. 179).

Según Carlota Pérez, América Latina debería buscar estrategias alternativas, aprovechando la abundancia de recursos naturales existentes en la región, lo que implicaría impulsar, por un lado, una vertiente de desarrollo orientada a la promoción de una producción de alto valor añadido, relacionada con innovaciones o perfeccionamientos tecnológicos, y por el otro, una vertiente de procesos productivos basada en recursos naturales. Pérez (2010, p. 124, traducción libre) confirma esta idea partiendo del supuesto de que “es muy importante identificar áreas con potencial tecnológico donde América Latina tenga una ventaja comparativa con respecto a Asia.”

La propuesta de maximizar el beneficio de los recursos naturales de los países latinoamericanos debe ser ampliamente debatida, teniendo en cuenta las posibilidades siempre muy probables de conflicto con las políticas y los movimientos para la protección del medio ambiente. Por lo general no se considera correctamente el costo ambiental que comporta este modelo de desarrollo, en la medida en que esta propuesta implica un gran impulso a la agroindustria y la explotación de commodities metálicos y energéticos orientados a la exportación (PORTO; MILANEZ, 2009).

Estas dos referencias, recuperadas aquí muy brevemente y sin profundización analítica, sirven para indicar la prominencia de la línea de pensamiento desarrollista basada en la perspectiva de innovación tecnológica. En términos un tanto simplistas, este énfasis ha sido referido bajo el lema “superar las políticas keynesianas”, como lo hacen Aghion y Roulet (2011), autores que consideran que si, por un lado, la teoría de la generación de demandas efectivas fue esencial para ayudar a crear las bases del Estado del Bienestar después de la guerra, por otro lado, la situación

creada después de la década de los 1980, debido a la fuerte competencia internacional, la economía de los países más desarrollados de Europa ya no puede sostenerse en el gasto público según un modelo de economía industrial y de servicios más o menos cerrados en sí mismo. En una economía centrada en la innovación, “las nuevas empresas y los nuevos puestos de trabajo se crean continuamente, mientras que otros son destruidos, de ahí la importancia de que el Estado no controle directamente las empresas, sino las regule” (AGHION; ROULET, 2011, p. 8-9, traducción libre).

A través de línea similar de interpretación, Jessop (2002) argumenta que el Estado keynesiano de los grandes sistemas de bienestar nacidos después de la guerra en Europa está siendo reemplazado por lo que él llama de Estado competitivo Schumpeteriano, orientado a la gestión de la crisis creada por la intensificación de la competencia internacional. Lo que esta forma de Estado busca en última instancia son ingresos extraordinarios derivados del monopolio de las invenciones y del sistema de propiedad intelectual, en la medida en que “depende marcadamente de la búsqueda de rentas tecnológicas basadas en la innovación continua, en los monopolios de hecho en el ámbito de las tecnologías avanzadas, es decir, los derechos de propiedad intelectual” (JESSOP, 2000, p. 100, traducción libre). Respecto a este aspecto del nuevo desarrollismo, la débil posición de Brasil y la extraordinaria ventaja de China en el grupo pueden ser acentuadas por los indicadores de la Tabla VI. De hecho, en 2010, el 84,2% de todas las patentes vigentes obtenidas por los países BRIC pertenecía a China, gracias a la aplicación de un 8,9% del gasto mundial en CT&I, más que la suma de los demás países del grupo.

**Tabla VI. Los países BRIC. Indicadores de Ciencia, Tecnología e Innovación (CT&I)**

Indicador	Brasil	Rusia	India	China	BRIC
Investigadores por 100 mil habitantes*	657	3.305	137	1.071	5.170
Participación (%) en el gasto mundial con CT&I*	1,8	2,0	2,2	8,9	14,9
Número de patentes solicitadas**	22.686	34.287	42.500	391.177	490.650
% de patentes solicitadas en el grupo BRIC	4,6	7,0	8,7	79,7	100,0
Número de patentes concedidas**	3.251	30.322	6.168	135.110	174.851
% de patentes concedidas en el grupo BRIC	1,9	17,3	3,5	77,3	100,0
Número de patentes vigentes	40.022	181.904	37.334	564.760	670.886
% de patentes vigentes en el grupo BRIC	6,0	27,1	5,6	84,2	100,0

\* En 2007 o año más reciente (fuente: UNESCO); \*\* en 2010 (fuente: WIPO Report 2011).

Por su parte, Rusia tiene el mayor número relativo de investigadores y ocupa el segundo lugar en el número de patentes concedidas. Estos indicadores muestran plenamente la situación de inferioridad de Brasil en términos de inversiones y resultados comparativos en este campo. Brasil tiene un atraso histórico grande en comparación con los otros países BRIC no sólo en el campo de la educación en general, sino que también particularmente en CT&I; como subraya Arbix (2010, p. 32, traducción libre), fue sólo a partir de 2003 que la acción del Estado “abrió un nuevo capítulo en la construcción de una estrategia basada en la innovación”.

Es bien conocida la importancia estratégica ocupada, en la “economía del conocimiento”, por las tecnologías de la salud, como los sistemas computarizados de diagnóstico, la biotecnología, la robótica, la innovación farmacéutica, etc., que hace que el complejo de producción industrial e investigación en salud sea uno de los más importantes generadores de derechos de propiedad intelectual (VIANA; ELIAS, 2007). En Brasil, algunos economistas de la salud se están poniendo en consonancia con esta línea de inspiración schumpeteriana<sup>5</sup> y destacan las posibilidades que ofrece la demanda internacional de productos y equipos de salud, tanto

5 Una exposición sistemática de la visión neo-schumpeteriana que asocia el complejo médico-industrial y la innovación en salud puede ser hallada en GADELHA, QUANTAL y FIALHO (2003).

para fines de diagnóstico como de terapia, lo que implica el descubrimiento de nuevos fármacos, la robótica, los equipos computarizados y la nanotecnología. A menudo, estas innovaciones se presentan como no sólo siendo de interés para la profesión médica, sino también para los enfermos y la salud pública, sobre todo cuando se refieren a métodos para la detección precoz de enfermedades como el cáncer.

Sin embargo, en una perspectiva de equidad, el énfasis en la creación de vínculos entre la atención en salud y la industria de alta tecnología plantea muchas preocupaciones (GADELHA; COSTA, 2006). Los costos de las patentes y de las tecnologías de punta de diagnóstico y terapia afectan de manera desigual el gasto familiar, a fin de desfavorecer la asistencia a los más pobres, creando nuevas formas de desigualdad en el acceso a bienes y servicios de salud. Stiglitz (1996, p. 196, traducción libre) subraya esta peculiaridad negativa de los sistemas de patentes con gran contundencia en relación a las drogas, cuando advierte que “regímenes de propiedad intelectual mal diseñados no sólo reducen el acceso a los medicamentos, sino también llevan a una economía menos eficiente e incluso pueden ralentizar el ritmo de la innovación”.

El sector salud tiene ciertamente un papel muy importante en la estrategia de desarrollo basada en las inversiones en innovación. Sin embargo, según Gadelha (2006, p. 15, traducción libre), esta vía se impone con el fin de que Brasil supere la dependencia tecnológica y, además, es deber del Estado aplicar políticas que resguarden los intereses de equidad en la salud pública “en el sentido del dinamismo económico y de la superación de los retrasos en áreas críticas para mitigar la desigualdad y la exclusión social”. Este es un argumento fuerte y relevante para no perder de vista la complejidad de la interacción entre salud y desarrollo, teniendo en cuenta las desigualdades sociales en nuestro país.

## CONSIDERACIONES FINALES

Los enfoques de las capacidades humanas y de la innovación deben ser analizados en sus diferencias esenciales en la calidad de fundamentadores de propuestas de políticas públicas para el desarrollo. La teoría de

Amartya Sen fue elaborada como culminación de una larga investigación sobre la equidad y la justicia distributiva, manteniendo una estrecha relación con los objetivos del movimiento internacional de derechos humanos. La relación entre la salud y el desarrollo se define por la convergencia de estas dos dimensiones hacia la libertad. Tanto la protección social de la salud como el desarrollo se justifican por la promoción de la libertad, ya que la salud es la base de las potencialidades pertinentes a otras capacidades humanas. Pero siempre debemos destacar que Sen supone que el alcance de mejores condiciones de salud ocurrirá a través de los logros sociales complementarios, incluida la eliminación de la extrema pobreza y la distribución de la renta durante el proceso de crecimiento económico.

La mayor debilidad del enfoque de Sen sobre la salud como una capacidad humana tal vez se manifieste en la falta de una interpretación coherente de la cuestión de los factores de riesgo, lo que ocurre en su análisis de que el fumador es una víctima de sus dificultades psicológicas al dejar el hábito. Aquí, paradójicamente, Sen no parece estar en consonancia con el principio que defiende de que toda capacidad humana representa la libertad de elección y la realización de funcionamientos. Es posible que esta debilidad sea consecuencia del hecho de que el enfoque de las capacidades humanas se diseñó inicialmente para dar cuenta de las condiciones de vida de los pobres y de la causalidad peculiar de las enfermedades transmisibles y nutricionales en países como India, que aún no han completado su transición epidemiológica.

La identificación de esta brecha en el pensamiento de Sen plantea la necesidad de una interpretación que no venga a fortalecer las políticas autoritarias de control de los factores de riesgo en la salud. Lo que se espera, en cambio, es que el enfoque de promoción de la salud siempre tenga en cuenta el sentido de la libertad que está implícito en la comprensión de la salud como capacidad humana.

A su vez, el enfoque de la innovación tiene que ser criticado por consistir esencialmente en la búsqueda de una solución ante los impasses y problemas meramente económicos producidos en el entorno altamente competitivo de la globalización. La economía es el objeto primordial de este enfoque, más precisamente, la economía del conocimiento, en la medida en que esta puede crear oportunidades de obtener ganancias de

monopolio a través del respeto a la propiedad intelectual. Sin embargo, en medio a las muchas barreras injustas creadas por el sistema internacional de patentes, los objetivos de equidad no pueden dejar de ser invocados en los debates políticos sobre este tema. Los recientes episodios de conflictos internacionales en torno a las patentes de medicamentos para el VIH/SIDA comprueban claramente la validez de esta afirmación.

Lo que es común entre los dos enfoques discutidos aquí resulta de la posibilidad de que uno entienda la innovación como una capacidad humana específica. En efecto, nada impide que la innovación sea considerada de esa manera, siendo una capacidad educativa específica para ser adecuadamente promovida por el Estado mediante las políticas de CT&I. Pero esta característica común no garantiza la convergencia entre los intereses públicos en salud y los objetivos de las empresas; por ejemplo, en el ámbito de la atención farmacéutica. En primer lugar, el enfoque de la innovación está orientado a salvar las economías nacionales y no salvar vidas basado en una preocupación por la equidad, preocupación que podría garantizar el acceso universal a los bienes producidos por la innovación. Respecto a este punto, el pensamiento de Amartya Sen tiene mucha relevancia, siempre centrado en las capacidades humanas y los objetivos de equidad (y no en los indicadores económicos), exigiendo que todos puedan participar democráticamente en el debate público que debe tener lugar en torno a la pregunta: “¿Queremos el desarrollo de qué, para qué?”

## BIBLIOGRAFÍA

AGHION, Ph.; ROULET, A. **Repenser l'État: pour une social-démocratie de l'invention**. Paris: Seuil, 2011. 128p.

ARBIX, G. Caminhos Cruzados, Rumo a uma Estratégia de Desenvolvimento Baseada na Inovação. **Novos Estudos CEBRAP**, n. 87, p. 13-33, jul. 2010.

ARRIGHI, G. **Adam Smith in Beijing: Lineages of the Twenty Century**. London & New York: Verso, 2007. 418p.

BERLINGUER, G. **Medicina e Política**. São Paulo: Hucitec, 1978. 199p.

BIELSCHOWSKY, R. Sesenta años de la cepal: estructuralismo y neoestructuralismo. **Revista CEPAL**, n. 97, p. 173-194, abr. 2009.

DREZE, J.; SEN, A. **Putting Growth in Its Place: It has to be but a means to development, not an end in itself**. 2011. Disponível em: <<http://www.outlookindia.com/article.aspx?278843>>. Acesso em: 26 de jan. 2012.

FURTADO, C. El nuevo capitalismo. **Revista CEPAL**, n. extraordinário, p.17-20, out. 1998. Disponível em: <<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/19372/furtado.htm>>.

GADELHA, C. A. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. especial, p.11-23, 2006.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, I. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, sup. 2, p. 214-226, 2007.

GADELHA, C. A. G.; QUENTAL, C.; FIALHO, B. C. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 47-59, jan./fev. 2003.

JESSOP, B. **The Future of the Capitalist State**. Cambridge: Polity, 2002. 344p.

NUSSBAUM, M. **Creating Capabilities: The Human Development Approach**. London: Belknap Press of Harvard University Press, 2011. 256p.

PÉREZ, C. Dinamismo tecnológico e inclusão social en América Latina: una estrategia de desarrollo productivo basada en los recursos naturales. **Revista CEPAL**, n. 100, p. 123-145, abr. 2010.

PORTO, M. F.; MILANEZ, B. Eixos de desenvolvimento econômico e geração de conflitos socioambientais no Brasil: desafios para a sustentabilidade e a justiça ambiental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 1983-1994, 2009.

PRADO JUNIOR, C. **História e desenvolvimento: a contribuição da historiografia para a teoria e prática do desenvolvimento**. São Paulo: Brasiliense, 1999. 144p.

PRIDEMORE, W. A. Vodka and Violence: Alcohol Consumption and Homicide Rates in Russia. **American Journal of Public Health**, v. 92, n. 12, p. 1921-1930, dec. 2002.

SEN, A. Why Health Equity. In: ANAND, S.; PETER, F.; SEN, A. **Public Health, Ethics, and Equity**. New York: Oxford University Press, 2004. 328p.

\_\_\_\_\_. **Development as Freedom**. New York: Anchor Books, 2000. 384p.

\_\_\_\_\_. **Inequality Reexamined**. London: Harvard University Press, 1992. 224p.

\_\_\_\_\_. **Choice, Welfare and Measurement**. London: Harvard University Press, 1982. 480p.

STIGLITZ, J. **Globalização: como dar certo**. São Paulo: Cia das Letras, 2007. 528p.

VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M. Saúde e desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, sup., p.1765-1777, 2007.

WALLERSTEIN, I. **World-System Analysis: an introduction**. Durham: Duke University, 2004. 109p.

WHO. **Global Health Risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva: WHO, 2009. 62p.

WHO. **The Ottawa Charter**. Disponível em: <[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)>. Acesso em: 26 de jan. 2012.

Este texto fue publicado en la **Revista de Análise Econômica**, año 30, n. especial, set. 2012.