

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

Salud y Desarrollo

M. MADRAZO NAVARRO
J. CERVANTES RANGEL
P. CERVANTES PEREZ

Conferencia Interamericana
de Seguridad Social

Serie **Estudios**

26



Secretaría General
Comisión Americana Médico Social

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Genaro Borrego Estrada
Presidente

María Elvira Contreras Saucedo
Secretaria General

Alvaro Carranza Urriolagoitia
Director del CIESS

Coordinación Técnica de la Secretaría General

Ma. del Carmen Alvarez García
Ana Luz Delgado Izazola
Octavio Augusto Jiménez Durán
Rodolfo Pérez Reyes
Antonio Ruezga Barba

Este libro fue publicado por la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Su contenido es responsabilidad exclusiva de su(s) autor(es) y no refleja necesariamente la posición de la CISS. Está permitida la reproducción total o parcial de su contenido sólo con mencionar la fuente.

Derechos reservados conforme a la ley

ISBN 968 - 7346 - 49 - 3

Comisión Americana Médico Social (CAMS)

Junta Directiva

Presidencia:

Dr. Mario Madrazo Navarro
Instituto Mexicano del Seguro Social
México

Vicepresidencias:

Dr. Raúl Prada Ferreira
Caja Nacional de Salud
Bolivia

Dra. Julieta Rodríguez Rojas
Caja Costarricense de Seguro Social
Costa Rica

Dr. José Mauricio Varela Ramos
Instituto Hondureño de
Seguridad Social
Honduras

Dr. Robert Long Varangot
Caja de Jubilaciones y Pensiones de
Profesionales Universitarios
Uruguay

Secretaría Técnica:

Dr. Jorge R. Arévalo Ochoa
Instituto Guatemalteco de
Seguridad Social
Guatemala

*Salud y
Desarrollo*

COMPILADORES

DR. MARIO MADRAZO NAVARRO

DR. JAIME CERVANTES RANGEL

DR. PORFIRIO CERVANTES PEREZ

APOYO TÉCNICO:
VIRGINIA REYES MUÑOZ

AUTORES

CERVANTES PEREZ, PORFIRIO

TITULAR DE LA DIVISION DE ASESORIA Y DESARROLLO MEDICO.
SECRETARIA MEDICA. DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS).

CERVANTES RANGEL, JAIME

SECRETARIO MEDICO. DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
DEL IMSS.

MADRAZO NAVARRO, MARIO

DIRECTOR DE PRESTACIONES MEDICAS DEL IMSS. PRESIDENTE
DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA COMISION AMERICANA MEDICO
SOCIAL.

PEREIRA GALVAN, JOSE ANTONIO

JEFE DE LA UNIDAD DE PLANEACION. INSTITUTO SALVADOREÑO
DEL SEGURO SOCIAL.

RODRIGUEZ GALLARDO, LORENZO

ASESOR. DIVISION DE ASESORIA Y DESARROLLO MEDICO.
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS DEL IMSS.

RODRIGUEZ ROJAS, JULIETA

GERENTE. DIVISION MEDICA. CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO
SOCIAL.

SAEZ DELGADO, LUIS BERNARDO

JEFE DE LA UNIDAD DE MODERNIZACION INSTITUCIONAL. CAJA
COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.

VARELA RAMOS, J. MAURICIO

DIRECTOR EJECUTIVO. INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD
SOCIAL.

ZEBALLOS ZELADA, JOSE LUIS

REPRESENTANTE EN MEXICO DE LA ORGANIZACION
PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA
SALUD.

I N D I C E

	Página
Introducción	1
Salud y Desarrollo Sustentable. José Luis Zeballos Zelada	5
Salud y Desarrollo Económico. Mario Madrazo Navarro	19
Salud y Desarrollo Social. Porfirio Cervantes Pérez	27
Organización Social, Derechos Humanos y Salud. J. Mauricio Varela Ramos	39
Salud y Cultura. José Antonio Pereira Galván	49
Salud y Desarrollo Político. La Situación Mexicana Lorenzo Rodríguez Gallardo	61
Readecuación del Modelo de Atención a la Salud y el Desarrollo de la Población. El Caso de Costa Rica Julieta Rodríguez Rojas Luis Bernardo Sáez Delgado	71
Reflexiones Finales. Mario Madrazo Navarro Porfirio Cervantes Pérez Jaime Cervantes Rangel	83

INTRODUCCION

La Comisión Americana Médico Social (CAMS), órgano técnico de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), contempla como su función sustantiva, el promover el desarrollo de la medicina social en el Continente Americano.

Para cumplir esta función, la Comisión desarrolla un programa de trabajo que incluye dentro de sus actividades, la realización de Reuniones Técnicas desconcentradas en sedes subregionales, que tienen por objeto el estudio, análisis y discusión de temas previamente seleccionados de acuerdo con los intereses prioritarios de las instituciones responsables de la salud y la seguridad social en América.

Uno de estos temas, concensado entre los miembros de la Comisión, ha sido el relativo a las estrechas correlaciones entre la **salud** y el **desarrollo**, como base para sustentar el proceso de reforma de los sistemas de atención a la salud. El tema sirvió de título a la Reunión Técnica que se llevó a cabo, los días 18 y 19 de abril de 1996 en la ciudad de San José de Costa Rica, organizada por la CAMS, la Coordinación de la Subregión III de la CISS y la Caja Costarricense de Seguro Social.

La presente publicación integra las ponencias que se presentaron en dicha reunión y las aportaciones de expertos invitados. La Junta Directiva de la CAMS espera que esta obra sea una contribución efectiva para un mejor conocimiento de la salud como producto y factor condicionante del desarrollo.

SALUD Y DESARROLLO SUSTENTABLE

José Luis Zeballos Zelada

Los sociólogos señalan, quizá con razón, que en las proximidades del siguiente milenio la humanidad se enfrenta a un mundo cada vez más incierto y turbulento, debido a las inequidades y las desigualdades y donde el común denominador es la pobreza. La cuestión social no es un tema abstracto; la mayoría de los latinoamericanos vive en medio de privaciones fundamentales que convierten sus vidas en un tormento diario.

Bruno Guandalini, Coordinador Residente del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en México, en su intervención en la Cámara de Diputados en ocasión del quincuagésimo aniversario de las Naciones Unidas, puntualizaba que más del 80% de la riqueza mundial, es decir, el producto interno bruto del mundo, sigue concentrado en países donde vive el 20% más rico de la población; en cambio los países con el 20% más pobre de la población mundial disponen únicamente de menos de 2% de la riqueza mundial. Se calcula que de los 5.6 billones de personas que habitan el planeta, más de mil millones viven en un estado de pobreza absoluta, con niveles de ingreso y de consumo por debajo de los umbrales establecidos nacionalmente en cada país.

En su Agenda para el Desarrollo el Secretario General de las Naciones Unidas sostiene que “el desarrollo es un derecho humano fundamental y es la base más segura para la paz. Si no hay desarrollo tampoco hay perspectivas para alcanzar una paz duradera”.

Si este supuesto es correcto, seguir por las sendas del actual modelo de desarrollo no parece constituir una respuesta particularmente atractiva para el futuro de la humanidad, ya que con toda probabilidad se incrementará el proceso de concentración de la riqueza y del conocimiento en unos pocos países, se profundizará la marginalidad y la exclusión económica y social de gran parte de la población mundial, se acelerará aún más la degradación generalizada del medio ambiente y se pondrá en peligro la estabilidad social y, por ende, la paz.

En la medida que no se alcance un equilibrio poblacional y una distribución equitativa de recursos, siempre estarán presentes las condiciones para que se produzcan con creciente regularidad, desastres como guerras y conflictos sociales, hambrunas y una masiva degradación ambiental.

El PNUD en sus informes anuales sobre el desarrollo humano ha venido enfatizando la necesidad de pensar en un estilo de desarrollo que coloque a las personas, el respeto de su dignidad y la satisfacción de sus necesidades, al centro de toda la atención, que parta del supuesto que la verdadera riqueza de

una nación está en su gente y que por lo tanto valore sus potencialidades, amplíe sus opciones y oportunidades y promueva su participación en el marco de una nueva visión sostenible de la relación entre producción, uso de los recursos naturales y medio ambiente.

La sostenibilidad es el compromiso de las generaciones presentes de satisfacer sus necesidades económicas y sociales, asegurando la disponibilidad de los recursos y la viabilidad de los ecosistemas, de los cuales depende la satisfacción de las necesidades de las generaciones futuras.

El informe del PNUD señala que los mercados representan instrumentos eficientes para la asignación de recursos y la dinamización de las actividades económicas. Sin embargo, los mercados no pueden ofrecer todas las respuestas a los complejos requerimientos de una sociedad.

Sin una estructura pública de Estado y gobierno que establezca un marco básico de reglas comunes de interacción para las actividades socioeconómicas, que defina los lineamientos estratégicos del desarrollo y que promueva los valores compartidos de la colectividad, se puede fácilmente llegar a fenómenos de desintegración e inviabilidad social.

El mundo nunca podrá disfrutar de la paz, a menos que los seres humanos tengan seguridad en sus vidas cotidianas. Tal vez en el futuro los conflictos se produzcan con frecuencia dentro de un mismo país y no entre distintos países; y los orígenes de estos conflictos tal vez estén profundamente enraizados en las crecientes disparidades y provisiones socioeconómicas. En esas circunstancias, la búsqueda de seguridad humana debe efectuarse a través del desarrollo y no mediante las armas.

Los seres humanos nacen con ciertas capacidades en potencia. El propósito del desarrollo consiste en crear una atmósfera en que todos puedan aumentar su capacidad y las oportunidades puedan ampliarse para las generaciones presentes y futuras. El verdadero fundamento del desarrollo humano es el universalismo en el reconocimiento de las reivindicaciones vitales de todos.

El desarrollo debe posibilitar que todos los individuos aumenten su capacidad humana en forma plena y den a esa capacidad el mejor uso en todos los terrenos, ya sea el económico cultural y político. Pero el carácter sostenible no tiene mucho sentido si entraña sostener oportunidades vitales miserables e indigentes, la meta no puede consistir en sostener la privación humana. Tampoco debemos

negar a los menos privilegiados de hoy la atención que estamos dispuestos a dar a las generaciones futuras. De esta manera desarrollo humano y carácter sostenible son los componentes esenciales de la ética del universalismo de las reivindicaciones vitales. El carácter sostenible es en un sentido más amplio una cuestión de asegurar la equidad en la distribución, de compartir las oportunidades del desarrollo entre las generaciones actuales y las futuras. “Es justicia, no caridad lo que hace falta en el mundo” escribió Mary Wollstonecraft.

El desarrollo humano sostenible entraña que tenemos una obligación moral de hacer por las generaciones que nos sucederán, por lo menos lo que nuestros predecesores hicieron por nosotros. Significa que el consumo actual no puede financiarse durante mucho más tiempo incurriendo en deudas económicas que deberán pagar otros. Significa también que es preciso hacer inversiones suficientes en la enseñanza y la salud en la población de hoy, de manera de no crear una deuda social para generaciones futuras; y significa también que los recursos deben utilizarse de manera que no generen deudas ecológicas al explotar excesivamente la capacidad de sustento y producción de la tierra.

Bernardo Kliksberg en su libro “Pobreza: El drama cotidiano”, indica que el mercado difícilmente solucionará los grandes problemas sociales; cita a Lester Thurow, decano del Business School del Instituto Tecnológico de Massachusetts y su libro “La guerra del siglo XXI”, en el sentido de que los mercados tienden a producir niveles de desigualdad en los ingresos que son políticamente incompatibles con el gobierno democrático, observando la desigualdad social cada vez más acentuada y la carencia de viviendas en los Estados Unidos. Su punto de vista habría sido corroborado por múltiples investigaciones sectoriales, así son conocidas las dificultades del sistema de salud desregulado de los Estados Unidos, que ha llevado a un costo cada vez mayor, a veces inaccesible y no necesariamente a un mejor servicio.

La preocupación de una posible explosión social es abordado con interés creciente aún por las instituciones bancarias, en un foro cumbre realizado por el BID y el PNUD en Washington, el presidente del BID, Enrique Iglesias, remarcó que es imprescindible la reforma social en América Latina, así como convertir la política social de política de gobierno a una real política de Estado. Fernando Zumbado, director del PNUD para América Latina destacó el peligro de un círculo perverso “explosión de la pobreza, desestabilización política, inestabilidad económica” y advirtió sobre su viabilidad en un continente como América Latina en donde las desigualdades sociales son, según su opinión, las más extremas de todos los continentes.

Del análisis de los factores condicionantes del círculo de la pobreza parecería que hay consenso en lo siguiente:

El desarrollo humano debe ser la meta final del desarrollo; el objetivo orientador central de la sociedad debe ser mejorar la calidad de vida de las personas y su esperanza de vida. Hay que buscar crecimiento y competitividad económicos, los cuales son imprescindibles, pero apuntando siempre hacia la meta final **el desarrollo humano y el bienestar de las personas.**

Kliksberg indica que la política económica debe estar integrada con la política social. Debe practicarse, dice, un tipo de política unificada que pueda afrontar la severa caracterización que hoy se hace de la política económica de que va “sembrando muertos y heridos” que la asistencia pública personificada por la política social va tratando de recoger en el camino. Como se destacó en la reunión BID-PNUD, el gasto social debe ser reforzado en América Latina, se necesita una política social agresiva, muy bien gerenciada, efectiva y que pueda llegar a los sectores más desfavorecidos.

La recesión económica de los años ochenta y sus consecuencias en la calidad de vida de los países del tercer mundo han puesto de relieve la importancia de la salud para el desarrollo económico y la imperiosa necesidad de situar los problemas de salud en el centro mismo de las políticas desarrollistas. En efecto no es posible hacer frente al aumento creciente del gasto sanitario ni la aparición de nuevos riesgos si no se incluye la salud entre los objetivos económicos prioritarios. Salud y desarrollo están indisolublemente vinculados y ya no es posible, como en otros tiempos, supeditar la salud a imperativos económicos.

La pobreza provoca muchas enfermedades; pero también en el crecimiento económico entran un sinfín de riesgos para la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha observado con gran preocupación las crecientes restricciones financieras que limitan las mejoras sanitarias en los países y las implicaciones sociales y políticas de las desigualdades entre los distintos grupos de la población.

Desde el comienzo de la década de los ochenta, las autoridades de los países de América Latina han enfrentado demandas que les han planteado los programas de ajuste estructural, creadas con el propósito de superar la crisis económica mundial. Mientras los gobiernos intentaron mejorar la eficiencia de las economías nacionales, en muchos países el estrato social más pobre se confrontaba con adicionales infortunios en su lucha por sobrevivir.

Las demandas conflictivas de la equidad y la eficiencia han surgido como uno de los retos claves que la región tiene que enfrentar. En efecto la reducción de los efectos adversos de programas de ajuste estructural sobre las personas más pobres y vulnerables cada vez más ha llamado la atención de los gobiernos de las Américas.

La inequidad en materia de salud denota claramente una falta de satisfacción de las necesidades de salud, posiblemente como resultado de una distribución de los servicios de salud que no tienen en cuenta las diferencias de las necesidades de la población. Para que la ejecución de la política de salud sea equitativa, es fundamental primero conocer la distribución de las necesidades.

El Consejo Económico y Social para la América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), prepararon en forma conjunta para la Conferencia Sanitaria Panamericana en 1994, un documento que trata sobre la salud, equidad y transformación productiva en América Latina y El Caribe. Este documento enfatiza sobre la falta de homogeneidad en las condiciones de salud de la América Latina y El Caribe, señalando que la probabilidad de enfermar y morir prematuramente, es más alta en determinados estratos socioeconómicos como consecuencia de problemas de alimentación, condiciones ambientales insanas, actividades laborales riesgosas o contaminantes, el desempleo, la falta de educación adecuada para comprender las ventajas del cuidado de la propia salud y, además, las dificultades que existen para poder acceder a la atención de salud tanto preventiva como curativa.

El mismo documento hace un análisis profundo sobre macrodeterminantes y condicionantes de la situación de salud. Como se sabe, la salud de una población depende no sólo de los sistemas de salud, sino también de otros múltiples factores que se clasifican en dos categorías: los macrodeterminantes y los condicionantes. Entre los primeros se incluyen los recursos de que dispone la sociedad, incluidos los naturales; el nivel de desarrollo general que ha alcanzado, expresado por ejemplo con el PIB; la magnitud y la estructura de la población; el grado de desarrollo político, es decir, la posibilidad de expresión de las condiciones de vida de los distintos grupos que integran la población y las respuestas sociales a éstas.

El documento señala que cuando se comparan los indicadores de salud con los indicadores de desarrollo económico, se observa que están correlacionados y que el nivel de salud de la sociedad depende en parte de macrodeterminantes relacionados con su nivel de desarrollo. Esto significa que el nivel de salud

varía según la renta per cápita, aunque los países que pertenecen a la misma categoría de acuerdo a este indicador, muestren significativas diferencias en lo que respecta a sus condiciones de salud.

La OMS en la Cuadragésima Octava Asamblea General efectuada en mayo de 1995, presentó a los países una revisión a fondo de la estrategia de salud para todos y la elaboración de una nueva política sanitaria.

Esta iniciativa nació por la honda preocupación ante las consecuencias que tienen para la salud los fundamentales cambios que se están produciendo en el mundo, tales como los de orden político, económico, ambiental, demográfico y social predominantemente manifiestos durante la década de los 80's y acelerados inmediatamente después del término de la guerra fría, produciendo menoscabo de los logros alcanzados en los años siguientes a la aplicación de salud para todos (1978). Aunque las metas de salud para todos siguen siendo pertinentes, el problema ahora es cómo alcanzarlas frente a desafíos tales como la agravación de la pobreza.

Se vio entonces la necesidad de renovar las políticas mundiales y nacionales de salud para todos con la finalidad de reajustar las estrategias a la luz de las experiencias adquiridas y de los obstáculos presentes, estimular la renovación del compromiso político, establecer nuevas vinculaciones trans-sectoriales y dotar al sector salud de los recursos indispensables para el cumplimiento de sus responsabilidades.

Durante los diez últimos años, el mundo ha experimentado profundos cambios políticos, económicos, sociales y sanitarios, y los estados miembros han encontrado dificultades para alcanzar las metas del desarrollo. No obstante la mejoría y logros apreciables en áreas tales como las inmunizaciones y la reducción de la mortalidad infantil, es dudoso que ante las condiciones socioeconómicas actuales muchos países puedan, por sí solos, acelerar y mantener la marcha hacia el logro de una salud para todos. Son evidentes y cada vez mayores las disparidades que se observan de la situación sanitaria entre los países y entre las comunidades dentro de ellas.

Un breve resumen de la situación sanitaria mundial permite ver que el principal factor de mortalidad y causa primera de enfermedad y sufrimiento es la pobreza extrema.

La pobreza para muchos explica porque los niños no son vacunados, que se carezca de agua potable y alcantarillado, que no se disponga de medicamentos curativos y que las madres mueran de parto. Es la causa subyacente de la reducción de la esperanza de vida, de las minusvalías, incapacidades y de la inanición. La pobreza es uno de los principales desencadenantes de la enfermedad mental, del estrés, del suicidio, de la desintegración familiar, y del abuso de las sustancias tóxicas.

Cada año mueren en el mundo 12.2 millones de menores de 5 años, en su mayoría por causas que podrían prevenirse con gasto de unos cuantos centavos de dólar por niño. En buena medida mueren debido a la indiferencia del mundo, pero en su mayor parte mueren porque son pobres.

La mayor parte de la población mundial atraviesa cada fase de su vida desde la infancia hasta la vejez, bajo un doble signo de pobreza y desigualdad y una doble carga de sufrimiento y enfermedad.

La esperanza de vida en los países menos desarrollados es de 43 años, mientras que en uno de los países más desarrollados es de 78 años, lo que constituye una diferencia de más de un tercio de siglo. Esto significa que un hombre rico y sano puede vivir el doble de uno pobre y enfermo. La falta de equidad debería estremecer por sí sola la conciencia del mundo, se prevé que para el año 2000 al menos 45 países tendrán una esperanza de vida inferior a los 60 años.

La malnutrición es un factor importante de morbilidad y mortalidad en la infancia, pero a menudo no se le reconoce como tal. En 1990 era más del 30% los niños del mundo que no alcanzaban el peso adecuado para su edad. Hasta un 43% de los niños del mundo en desarrollo (230 millones) tienen estatura insuficiente para su edad. Se estima que la carencia de micronutrientes afecta al menos a 2 000 millones de personas de todas las edades. Los problemas carenciales de vitamina A y yodo son aún muy importantes.

Para 1993, globalmente 2.4 millones de niños menores de 5 años murieron por causa de enfermedades inmunoprevenibles no obstante los esfuerzos desplegados por las campañas de vacunación.

En el mundo existen 2 300 millones de personas menores de 20 años, más o menos el 40% de la población total, los adolescentes se cuentan entre los más vulnerables a enfermedades sociales como la pobreza, la explotación, la ignorancia, el abuso físico y las enfermedades de transmisión sexual, y la drogadicción, sin tomar en cuenta los accidentes.

Las enfermedades ocupacionales y las crónicas degenerativas son cada vez más preocupantes, así como las enfermedades transmisibles de carácter endémico y las nuevas enfermedades emergentes constituyen una amenaza latente.

El aumento del número de ancianos en el mundo será uno de los factores que más afecte a los servicios sanitarios y sociales en el próximo siglo. La población mundial crece a un ritmo de 1.7% pero la población envejeciente aumenta aproximadamente a un ritmo de 2.7% al año.

El cambio de la situación demográfica en el mundo, junto con el rápido tránsito a la urbanización tiene profundas consecuencias en la prestación de los servicios sanitarios. En efecto se calculaba que para 1990 la población mundial alcanzaba a 5 285 millones y para 1994 ascendió a 5 630 millones.

El optimismo acerca de la situación económica mundial durante el resto de este siglo y más allá, está llena de incertidumbre. Se ha producido una corriente desproporcionada de recursos desde el mundo en desarrollo al desarrollado, países pobres pagan a los ricos debido al servicio y la amortización de la deuda y a los precios de las materias primas que favorecen al segundo a expensas del primero. Las políticas de ajuste estructural, destinadas a mejorar el rendimiento económico de los países pobres, han hecho empeorar la situación en muchos casos. En la década de los 70's, McNamara decía que: "La búsqueda del crecimiento y del ajuste financiero sin una preocupación razonable para la equidad es a la larga socialmente desestabilizadora".

Otra tendencia mundial inquietante es el desempleo, sobre todo en los países en vías de desarrollo carentes de los servicios de seguridad social que permitan aliviar la situación de los desempleados. El desempleo persistente está generando una nueva clase de "parias", ya que excluye a un grupo numeroso de la corriente del desarrollo y la sociedad.

Suscitan también una considerable preocupación los efectos adversos para la salud la degradación persistente del medio ambiente, la contaminación y el vertido incontrolado de desechos químicos, la disminución de los recursos naturales, el agotamiento de la capa de ozono y los cambios climáticos previstos a escala mundial.

La OMS plantea a los países y a sí misma, la adopción de prioridades para comprometer estas situaciones.

La primera prioridad es aprovechar al máximo los recursos disponibles y orientarlos hacia los sectores más necesitados, crear entornos de autoayuda y desencadenar un proceso de desarrollo sostenible que asegure a los hijos un futuro mejor.

La segunda prioridad es mitigar la pobreza mediante el mejoramiento de la salud. Gastar en salud es ahorrar incluso en vidas. Debe reconocerse que ese gasto no es una sangría para los recursos nacionales sino un requisito indispensable para el progreso económico y social. La salud deficiente merma la capacidad de trabajo del individuo, reduce su productividad y agrava la pobreza.

La tercera prioridad, está orientada a la preservación de la salud, reconoce que la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria, no siempre reduce las desigualdades del estado de salud, puesto que la enfermedad está determinada también por el comportamiento del individuo y por el entorno en que vive y trabaja, en consecuencia la mejoría auténtica de la salud exigirá una salud integrada e intersectorial dirigida contra las determinantes de la mala salud. La formación del personal profesional del sector deberá en consecuencia, orientarse.

La cuarta prioridad es reforzar la capacidad nacional de socorro en situaciones de emergencia y la de asistencia humanitaria en materia de salud en pro de un desarrollo sostenible siendo el objetivo, mitigar los sufrimientos humanos y las pérdidas económicas debidas a las epidemias, a las emergencias complejas y a los desplazamientos masivos de población.

Los problemas sanitarios del futuro son ingentes, sin embargo los conocimientos disponibles permiten avanzar mucho hacia su solución.

A nivel de la Organización Panamericana de la Salud, los gobiernos miembros durante la Conferencia Sanitaria Panamericana efectuada en septiembre de 1994 han aprobado un instrumento político y estratégico denominado Orientaciones Estratégicas y Programáticas no solo como elementos que guíen la cooperación técnica sino como orientación para los estados miembros. Este instrumento político está dividido en áreas relacionadas con:

- **La salud en el desarrollo**, el cual promueve la salud como componente importante del desarrollo económico y como medida de desarrollo humano.

- **Desarrollo de los sistemas y servicios de salud.** Para que se pueda alcanzar la equidad mediante el acceso universal a los servicios de salud, con calidad, oportunidad y eficiencia.
- **Promoción y protección de la salud.** Para modificar los estilos de vida y establecer hábitos saludables que constituyan mecanismos efectivos de prevención.
- **Protección y desarrollo ambiental** como una respuesta a los compromisos mundiales de preservar, proteger y restaurar el ambiente y asegurar un futuro.
- **Prevención y control de enfermedades para mejorar los perfiles epidemiológicos,** luchar contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como contra las enfermedades emergentes.

Los gobiernos de los países confrontan un serio desafío para vencer los riesgos de los 80's, denominada la década perdida, quedando mucho por hacer en lo que resta de la presente para que no sea otra década perdida.

Sin embargo es justo reconocer la preocupación de los países y sus gobiernos por solucionar los graves problemas de salud. En este contexto, México ha dado señales muy alentadoras con un proceso de reforma sectorial, y su preocupación por extender la cobertura de salud a los más necesitados.

BIBLIOGRAFIA

- B. Guandalini, **Paz, Desarrollo y medio ambiente**, Discurso pronunciado en la Cámara de Diputados de México en ocasión del 50 Aniversario de Naciones Unidas, México, 1995.
- E. Kadat y R. Tabaco, **Promover la equidad, un nuevo enfoque desde el Sector Salud.**
- Kliksberg Bernardo, **Pobreza: El drama cotidiano**, CLAD/PNUD, 1995.
- OMS, **Cuadragésima Octava Asamblea Mundial de la Salud**, Ginebra, Suiza, 1995.
- OPS, Conferencia Sanitaria Panamericana, **Orientaciones Estratégicas y Programáticas**, Washington, 1994.

OPS/ECLAC, Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y El Caribe, 1994.

PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano, 1990, 1993, 1994 y 1995.

SALUD Y DESARROLLO ECONOMICO

Mario Madrazo Navarro

Al hablar sobre desarrollo humano, resulta imprescindible referirse al desarrollo económico. De una manera sutil, pero definitiva -escribe Sir George Alleyne- el término “crecimiento económico” acabó significando lo mismo que “desarrollo”. De hecho, para algunas teorías económicas predominantes, no puede hablarse de desarrollo si no es en términos de progreso económico.

Sin embargo, después de algunas décadas de estrecha visión economicista y aplicación estricta de los mecanismos de mercado, el agravamiento de las inequidades sociales, cuya expresión fundamental es el acelerado incremento de la pobreza y de sus consecuencias, se comienza a manifestar la necesidad de revisar las bases conceptuales y los principios en que se sustenta, así como los objetivos del modelo de desarrollo económico vigente.

Los resultados de esta tendencia revisionista, muy evidente ahora en los países del continente, tradicionalmente los más afectados, parecen dar la razón a quienes, desde mucho tiempo atrás, han planteado la conveniencia de considerar al desarrollo humano como un proceso integral, producto de la relación equilibrada entre el progreso económico, la reforma política y el desarrollo social.

El Informe sobre Desarrollo Humano de la Organización de las Naciones Unidas correspondiente a 1993, señaló claramente la situación resultante de un desarrollo económico desequilibrado e inequitativo. Expresó que los países del tercer mundo enfrentan la problemática generada por 800 millones de personas mal nutridas, 1 300 millones de pobres y 35 millones de refugiados o desplazados por situaciones políticas o económicas locales, y señaló también, la situación de países con mayores recursos económicos que deben enfrentar las condiciones específicas generadas por 2 millones de enfermos de SIDA, 100 millones de pobres en sus propios territorios y graves problemas de disgregación social, tráfico de drogas y violencia. Como corolario, el informe concluyó que no existe un vínculo automático entre ingresos y desarrollo humano.

Es importante analizar detenidamente esta aseveración a la luz de las tendencias recientes que privilegian las leyes del mercado como la solución automática de los problemas de las naciones, no sólo económicos sino también políticos y sociales. A este respecto cabe recordar la acertada afirmación de Mesa Lago quien señala que la falla del estado benefactor se debió a la confianza casi ciega que se tuvo en el gobierno para resolver los problemas de producción y distribución, y que ahora se corre un riesgo similar, si se mantiene una fe

excesiva en los mecanismos automáticos del mercado libre y un temor irracional al intervencionismo estatal.

La controversia sobre los conceptos, modelos y conducción del desarrollo económico, inciden de manera especial en el terreno de la salud, dadas las estrechas interrelaciones entre salud y economía. En efecto, para nadie escapa el hecho de que la carga económica que representa la atención a la salud afecta de una manera importante los presupuestos nacionales, poniendo en ocasiones en peligro economías poderosas, tampoco se ignora el hecho de que como resultado de las políticas de ajuste ha habido en muchos países una reducción real del gasto en salud, y en otros una disminución relativa como consecuencia del incremento en el costo de los insumos. Pero tampoco se soslaya el papel que desempeña la salud en relación al capital humano dentro de los procesos de producción. La inversión en salud es ampliamente redituable, en tanto mantiene la calidad y productividad del capital humano y contribuye a mejorar el ingreso individual. Dado que la salud se traduce también en bienestar de los individuos, se debe considerar como un factor determinante del desarrollo humano.

Salud y desarrollo humano conforman en realidad un estrecho binomio. El progreso económico, como parte integral del desarrollo, coadyuva al fomento y mantenimiento de la salud de diversas formas, una es proporcionando oportunidades de empleo y por tanto accesibilidad a los servicios de salud y otra, incidiendo favorablemente en factores que condicionan la salud como son el mejoramiento de la alimentación, el saneamiento del medio, la mejoría de los servicios públicos y el desarrollo tecnológico y científico. La salud por su parte fomenta el desarrollo porque garantiza una mejor calidad de vida, el bienestar social, y la capacidad individual para producir económicamente.

Dados los estrechos vínculos entre economía y salud, esta última resiente en diversas formas los efectos de un crecimiento económico irregular y desequilibrado. Por una parte, la recesión económica genera desempleo o subempleo y por tanto limita las posibilidades de acceso a los servicios de salud, determina el estancamiento de los programas de obra pública que se traduce en malas condiciones de higiene y sanidad y condiciona recortes del gasto en salud que afectan programas prioritarios de medicina preventiva o de atención a la enfermedad. A ello habría que agregar los problemas de salud asociados a bajos niveles de ingresos en grupos poblacionales cada vez más numerosos.

Las consecuencias de un crecimiento económico inequitativo no sólo son las relativas al incremento de la llamada patología de la pobreza, sino también las consecuencias dañinas para la salud relacionadas con el otro polo extremo que constituye la riqueza concentrada en determinados sectores sociales o geográficos, fundamentalmente como expresa Philip Musgrove, la forma de generar y gastar los ingresos. Ejemplo de ello son el incremento de los accidentes por vehículo de motor, la violencia urbana, las toxicomanías y la contaminación del ambiente en todas sus formas.

A lo anterior se agregan los efectos del cambio demográfico y epidemiológico, que se traducen en crecimiento de los grupos poblacionales de mayor edad e incremento de los padecimientos crónico degenerativos y el cáncer, cuya atención genera mayor costo económico.

La incorporación de la salud a un proceso de desarrollo humano integral, donde el crecimiento económico sea realmente un factor de bienestar social, es una aspiración legítima de todas las sociedades y también es un reto de gran magnitud para las organizaciones y sistemas relacionados con la atención a la salud.

Esfuerzo en este sentido lo constituye por ejemplo la propuesta de la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL), denominada Transformación Productiva con Equidad que contempla una estrategia de enfoque integrado de la política económica y social, de forma tal que la primera cumpla objetivos sociales y la segunda tenga a su vez incidencias económicas mediante la inversión en capital humano.

Lo es también el concepto de desarrollo sustentable, promovido por la Organización Mundial de la Salud que garantiza el compromiso de las generaciones presentes de satisfacer sus necesidades económicas y sociales, asegurando la disponibilidad de recursos y la viabilidad de los ecosistemas para satisfacer necesidades de generaciones futuras.

La Organización Mundial de la Salud en su Noveno Programa General de Trabajo para el periodo 1996-2201, reconoce que el estado de salud no se puede canjear por el beneficio económico, que la preferencia concedida al desarrollo económico ha tenido efectos adversos en el estado sanitario y social de la población y que el enriquecimiento material de los países no basta para mejorar su estado de salud. Por su parte, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo considera la pertinencia de celebrar un Pacto de Desarrollo

Humano a través del cual los países se comprometan a garantizar a toda la población la satisfacción de sus necesidades básicas, entre ellas la atención primaria a la salud.

La tendencia revisionista de las políticas económicas, ha tocado en alguna forma la tradicional insensibilidad de los organismos financieros internacionales, como son el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Fondo Monetario Internacional. Se dice ahora que “el dinero no es todo”, o se habla de la conveniencia de que los gobiernos atiendan prioritariamente las demandas sociales de sus poblaciones. Esta pudiera ser una etapa coyuntural propicia para que los responsables de los sistemas de salud reafirmen su posición y sus exigencias de cambio en los objetivos del modelo económico de desarrollo.

Cuando se revisan los diversos modelos de desarrollo que se han aplicado históricamente en el periodo de la postguerra en América Latina, llama la atención en primer lugar la diversidad de enfoques, desde aquellos que privilegian las fuerzas de mercado y la eficiencia económica, hasta los socialistas, reformistas populistas o radicales, o los cambiantes que oscilan entre la eficiencia económica y las reformas sociales, dependiendo de la forma particular de pensar de cada gobierno.

Llaman la atención en segundo lugar los resultados contrastantes y a veces desconcertantes, que invitan a recordar lo que muchos modelos han olvidado: que cualquiera que sea el modelo aplicado, lo importante es reconocer que las medidas económicas son sólo el instrumento y que el objetivo es el mejoramiento de las condiciones de vida. Finalmente, llama poderosamente la atención el hecho de que los modelos recientes ya no obedecen a diseños elaborados por los propios países, sino a formas impuestas desde afuera por los centros hegemónicos de las finanzas mundiales.

La globalización de la economía que es hoy en día una de las premisas filosóficas en que se sustentan las teorías económicas dominantes, no debiera verse en principio como la causa de todos los males y problemas sociales. De hecho debiera ser uno de los factores determinantes del crecimiento económico y del bienestar social. El problema estriba en una falsa conceptualización de la globalización que formaliza el sometimiento incondicional a esquemas uniformes y rígidos que ignoran las condiciones sociopolíticas y culturales de cada país.

Los sistemas de salud, en forma particular los que forman parte de la seguridad social no pueden sustraerse a las realidades económicas del entorno mundial. Pero sí pueden y deben sujetarse a un proceso de adaptación condicionada. Este proceso debe contemplar en primer lugar el mejoramiento en el desempeño de los propios sistemas de salud mediante el incremento de la eficiencia microeconómica. El control racional de los costos con base en criterios técnico-médicos, la asignación y utilización óptima de los recursos, la gerencia eficiente y la planeación con base en análisis de costo beneficio, son algunos de los elementos de este proceso de mejoramiento.

Todas estas acciones se deben dar dentro del marco de ciertas condicionantes. Una de ellas debe ser el cambio conceptual de la visión puramente economicista, a la concepción integral de desarrollo humano.

Otra condicionante es el cambio de objetivos del desarrollo económico. El propósito de cualquier modelo debe ser el mejoramiento de las condiciones de vida y el bienestar de los individuos. Lo que significa que las medidas económicas son sólo una herramienta y no un fin en sí mismas. Esto implicará necesariamente, el diseño, por parte de cada país, de modelos de desarrollo económico que se ajusten a sus condiciones particulares, sin menoscabo de los mecanismos globalizadores de la economía.

Se ha calculado que dentro de las necesidades esenciales para el año 2000, el cuidado de la salud será el de mayores requerimientos presupuestales. Esto implicará un cambio cualitativo y cuantitativo de la estructura económica y una reforma sustancial de los sistemas de salud. Los planes nacionales de desarrollo deben ser congruentes con esta situación, considerando que el estado de salud será finalmente un fiel reflejo y un indicador preciso del grado de desarrollo humano alcanzado y en consecuencia un indicio del éxito o fracaso de las políticas económicas.

BIBLIOGRAFIA

Alleyne, George, "La Salud y el Desarrollo Humano", **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, 120:1, Washington, D.C., 1996.

Cordera, Rolando, "Economía Política y Seguridad Social", en **Opciones de Reforma de la Seguridad Social**, (Treviño GMN, Cervantes PP y Valle GA, coordinadores), CISS, México, 1994.

El Financiero, México, 27 de mayo de 1993.

Mesa-Lago, Carmelo, "América Latina. La Visión de los Cientistas Sociales", **Nueva Sociedad**, número 139, Venezuela, septiembre-octubre de 1995.

Musgrove, Philip, "Relaciones entre Salud y Desarrollo", **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, 114:2, Washington, D.C., 1993.

Organización Mundial de la Salud, **Noveno Programa General de Trabajo para el Periodo 1996-2001**, Serie Salud para Todos, número 11, Ginebra, 1991.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, **Informe sobre Desarrollo Humano 1993**, Organización de las Naciones Unidas, PNUD, Washington, D.C., 1993.

Serrano C., Pablo, Caballeros O., Rómulo, "Salud y Transformación Productiva con Equidad" en **La Seguridad Social en América Latina. Situación Actual y Perspectivas**, IMSS, México, 1993.

SALUD Y DESARROLLO SOCIAL

Porfirio Cervantes Pérez



DESARROLLO HUMANO Y DESARROLLO SOCIAL.

El Informe sobre Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) correspondiente a 1990, difundió un nuevo concepto que considera al desarrollo humano como un proceso conducente a la ampliación de las oportunidades a las que pueden acceder todos los individuos. Este concepto tuvo la virtud, en un mundo dominado por la racionalidad materialista, de ubicar al ser humano en el centro del desarrollo y asignar a éste el propósito primordial de establecer las condiciones apropiadas para que todas las personas puedan tener una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos económicos necesarios para el disfrute del bienestar.

En un replanteamiento posterior, este concepto se enriqueció al incorporar como elemento esencial del desarrollo, no sólo el fomento de las capacidades humanas, sino también las oportunidades y condiciones que permitan el aprovechamiento de estas capacidades para que las personas tengan una participación plena en la toma de decisiones en los asuntos que atañen a su existencia y funjan como agentes productivos y factores de cambio.

Si bien esta visión de las Naciones Unidas acerca del desarrollo, significó un cambio positivo de rumbo y una alternativa al paradigma que toma en cuenta al individuo solamente como una fuerza productiva, tal vez se pueda considerar todavía un tanto estrecha y superficial, en cuanto perpetúa en alguna forma el equívoco de ver al ser humano sólo desde una perspectiva meramente individualista, sustrayéndolo de su contexto social.

A este respecto, cabe reconocer que la conciencia individual, aún cuando represente la suma de capacidades en pleno desarrollo, carece de sentido si no trasciende, en virtud de la coexistencia y la convivencia al entorno social en el que se ubica. El simple desarrollo de las capacidades del individuo, no tendría significado ni valor alguno si no formara parte de la dinámica social.

Este punto de vista no es realmente novedoso, ya que diversas opiniones han manifestado con anterioridad la percepción de que el desarrollo está estrechamente relacionado con cambios en las condiciones y crecimiento sociales. Discretamente, la posición de las Naciones Unidas parece también reconocer esta realidad cuando señala como uno de los componentes del desarrollo humano la libertad en sus diferentes formas, la democracia y los derechos humanos, condiciones que solamente se conciben dentro del contexto y la estructura social.

La sociedad entendida como el complejo total de las relaciones humanas, conforma una realidad específica con características propias constituida a partir de las aportaciones individuales, pero con cualidades distintas que no se encuentran en el ser individual, ni son el resultado simple de la suma de conciencias individuales. Cada persona aporta ciertamente sus capacidades en la medida de su propio desarrollo, pero el resultado final está dado por la modulación, la orientación y el curso que impone el complejo social. El fomento de las capacidades del individuo, no debe tener otro objetivo que la sociedad en su conjunto, único escenario donde las capacidades humanas pueden encontrar expresión y oportunidad de manifestarse, crecer y trascender.

De ahí la necesidad de transitar de la concepción puramente individualista del desarrollo a una dimensión más amplia e integralista: la dimensión social. En otras palabras, entender el desarrollo como un proceso dirigido a fomentar el crecimiento armónico de las sociedades y el bienestar colectivo.

SALUD Y DESARROLLO SOCIAL.

La salud es por una parte factor condicionante y por otra producto del desarrollo social. Una correlación aparentemente simple, pero que en realidad es compleja y dinámica.

George Alleyne ha señalado como componentes “inextricablemente unidos” del desarrollo humano la salud, la educación, el crecimiento económico, un ambiente propicio y la libertad en sus diversas expresiones. Estos mismos componentes se pueden incorporar al concepto de desarrollo social, agregando otro no menos relevante: la organización social y los fenómenos sociales que con ella se relacionan. Esto permite tener una idea integral del papel de la salud como condicionante del desarrollo social y de su interrelación con sus otros componentes.

Quizá se puede entender mejor la importancia de la salud como factor condicionante del desarrollo social, a través del impacto que producen en el seno de las sociedades la pérdida de la salud o la muerte. Este resultado, al que se ha denominado “costo social” de la enfermedad, tiene efectos sobre la estructura y funcionamiento de la organización social que trastornan su desarrollo. La mortalidad materna por ejemplo se puede traducir en desintegración familiar con su cohorte de drogadicción, violencia, prostitución y explotación; las secuelas de incapacidad o discapacidad del trauma modifican la dinámica familiar y de los grupos sociales; la emergencia de patologías

como el SIDA cambia los hábitos, las concepciones morales o las disposiciones legales, así como el surgimiento de nuevas epidemias provoca movilizaciones masivas de grupos sociales y altera las relaciones internacionales.

Por otra parte, se debe considerar la interacción de la salud con otros componentes del desarrollo social. Es bien conocida por ejemplo la estrecha relación entre las condiciones nutricionales, el estado de salud y el desempeño escolar o el aprovechamiento de las oportunidades de educación. En el aspecto económico, es evidente el papel que desempeña la salud en relación al llamado "capital humano" en el proceso productivo, pero lo más importante no es tanto la forma en que la salud contribuye al mantenimiento de la fuerza de trabajo, sino el costo económico de la pérdida de la salud que también representa un costo social, dado que al fin de cuentas quien soporta esta carga económica es la sociedad.

Desde luego, la salud como condicionante del desarrollo social no tiene solamente efectos negativos. El desarrollo científico, tecnológico y de la investigación, la elevación de la calidad de vida y el bienestar social y la capacidad de accionar del individuo no sólo frente a los procesos de producción, sino también de la distribución y consumo de la riqueza social, son hechos tangibles a los que contribuye la salud de una manera preeminente.

El proceso salud-enfermedad, depende no únicamente de factores biológicos, sino también de otros, igualmente importantes, que se relacionan con la dinámica y la estructura sociales. Las diferencias en la mortalidad infantil y materna y la esperanza de vida entre grupos o países con diferentes niveles de desarrollo es un buen ejemplo de lo que significa la salud ya no como determinante sino como producto del desarrollo social.

Frenk asigna a la organización social el carácter de determinante sistémico del proceso salud-enfermedad desde cuatro dimensiones: cultura e ideología, ciencia y tecnología, instituciones políticas y estructura económica. Aunque esta apreciación no deja de ser esquemática, es valedera y de alguna forma estos componentes se irán dejando sentir con mayor o menor peso específico en el curso del siguiente análisis de la relación entre la salud y el desarrollo de las sociedades.

Paradójicamente la expresión más clara y evidente de la correlación desarrollo social-salud, está dada por las desigualdades entre los diferentes grupos sociales. "Es en el campo de la salud -dice Belestrini- donde la inequidad en el orden

social se muestra de manera extrema”, de modo que -acotamos- las condiciones de salud de una sociedad, bien podrían ser un indicador confiable de su nivel de desarrollo. La enfermedad, como el analfabetismo o la pérdida del orden y la estabilidad social puede por su parte representar un fracaso o ineficiencia de la sociedad organizada.

Las inequidades en el terreno de la salud, son resultado de las diferencias en los niveles de vida, y se hallan básicamente relacionadas con el fenómeno socioeconómico de la pobreza. La pobreza es también causa del rezago educativo, responsable en gran parte del deterioro del ambiente y un lastre en el crecimiento económico. Tal vez por ello, ha sido común enfocar el desarrollo social únicamente desde la perspectiva de la pobreza y los posibles medios para superarla.

Sin embargo, este punto de vista como orientador de una política de Estado puede llevar al error de atender las manifestaciones externas de los problemas y no sus causas y orígenes, o de establecer medidas transitorias que no alcanzan a lograr sus objetivos. Adicionalmente, en el caso especial de la salud, se corre el riesgo de acentuar las inequidades al aplicar estrategias diferenciadas de atención a la salud, de acuerdo con la capacidad económica y de compra de diferentes sectores de la población.

De ahí la necesidad de considerar al desarrollo social como el objetivo central de las políticas económicas, y a la distribución equitativa del ingreso como acto elemental de justicia social, dentro del marco integrador de las políticas sociales. Esto a pesar de que el Banco Mundial, en su Informe sobre el Desarrollo Mundial 1996, continúa contemplando a la política social simplemente como complementaria de la economía de mercado.

Los organismos financieros mundiales han insistido en diferenciar la política económica de la política social. No es que estos organismos ignoren las condicionantes sociales, de hecho el lenguaje radical economicista de hace relativamente poco tiempo se ha suavizado en este sentido, lo que sucede es que se tiene un enfoque distorsionado de la realidad, especialmente de la realidad social de las naciones en desarrollo. Se dice en consecuencia que el empleo, el ahorro y la inversión productiva deben ser parte de la política económica, en tanto que la alimentación, la seguridad social, la educación, la vivienda y la salud corresponden a la política social. Esta posición fundamentalista, ha sido particularmente nociva en el caso de la salud que ha resentido la reducción en su parte proporcional del gasto público, por no ser considerada como inversión

productiva, o bien por el contrario, se ha transformado en mercancía de consumo, sujeta al libre juego del mercado con todos sus desequilibrios e imperfecciones. En principio, la política económica debiera estar al servicio de una política social que promueva el desarrollo social equilibrado y tenga a la salud como uno de sus objetivos primordiales.

Si bien la pobreza determina en mayor grado el inventario de rezagos en materia de salud, también ciertos fenómenos asociados a un desarrollo social inármonico, pueden ser causa de importantes problemas de salud. Muestra de ello es la patología resultante de cambios de hábitos y conductas condicionados por el cambio social: el incremento del tabaquismo y sus consecuencias en la mujer, la violencia en sus diversas manifestaciones, los accidentes, los hábitos alimentarios nocivos, el sedentarismo y el abuso de drogas y medicamentos entre otros.

También el progreso científico y tecnológico, como producto del desarrollo social, tiene efectos diversos, directos e indirectos sobre la salud. Entre ellos el surgimiento de nuevas patologías y riesgos, el deterioro del ambiente general y laboral y la amenaza constante de muerte y enfermedad asociada al empleo de las armas nucleares. Toda política de desarrollo social deberá tomar en cuenta estas circunstancias, de manera de proteger a la sociedad de los efectos deletéreos y aprovechar las ventajas de los avances científicos y tecnológicos para satisfacer las necesidades de la salud colectiva.

En expresión de Frenk y Gómez-Dantés, la salud -en referencia a un nuevo orden global- toca valores que son compartidos por todos los miembros de la sociedad global y ofrece por lo tanto, un puente para la concordia, la paz y el desarrollo sustentable. Compartiendo esta reflexión, creemos que la salud es un factor coherente e integralista del desarrollo social, y una manifestación precisa de su calidad y progreso. Ahora bien, si se concibe el desarrollo social como la máxima aspiración del desarrollo humano integral, la salud como condicionante y producto del desarrollo, adquiere el carácter de elemento globalizador por excelencia, porque propicia la difusión universal del conocimiento y la cooperación entre los países, y supera las barreras intelectuales al integrar en la búsqueda del bienestar colectivo, a la economía, la sociología, la política, la ciencia y las disciplinas de la conducta y las relaciones humanas.

Los vínculos estrechos entre el desarrollo social y la salud que de una forma somera se han analizado, conforman la base conceptual del componente social

que a nuestro juicio, debiera ser el sustento de todo proceso de reforma o modernización de los sistemas de atención a la salud.

EL COMPONENTE SOCIAL EN EL PROCESO DE MODERNIZACION Y REFORMA DE LA ATENCION A LA SALUD.

Los diversos sistemas de atención a la salud, son una respuesta de la sociedad organizada a las necesidades de salud del grupo social. La capacidad de la organización social para responder de una manera oportuna y eficiente a la sucesión de hechos inéditos que se generan en el entorno, le confiere un carácter de modernidad.

Octavio Paz, Premio Nobel de Literatura, afirmaba que la modernidad no es una ruptura tajante con el pasado, sino un reencuentro con la historia y un puente hacia el futuro. Este concepto es cabalmente aplicable a los procesos de reforma de la atención a la salud, que deben incorporar necesariamente la experiencia social acumulada y las previsiones para los posibles escenarios futuros.

Obligadamente, la visión de los escenarios futuros de la salud deberá tomar en cuenta todos los componentes del desarrollo social: el crecimiento económico, el ambiente y en forma muy especial el componente social, dentro del cual se pueden englobar la organización social, los fenómenos sociales relacionados con el cambio epidemiológico y demográfico, la relación Estado-sociedad, las responsabilidades en salud de los diferentes actores sociales, la educación y la cultura entre otros.

Dada su importancia como instrumento indispensable del desarrollo, los procesos de reforma de la atención a la salud deberán contemplar necesariamente los aspectos económicos. Desde este punto de vista, el desarrollo social requerirá de una reevaluación de los modelos vigentes. Los programas de ajuste estructural han tenido un alto costo social que ha incidido fundamentalmente en los grupos sociales más vulnerables. Una aplicación más estricta de este modelo podría traducirse en acrecentamiento de las inequidades sociales, cuyas consecuencias se harían más evidentes en el ámbito de la salud. Se deberá pugnar porque la política económica se ajuste a las realidades sociales de cada país, y sirva a los intereses del bienestar de la sociedad en su conjunto, y no solamente de algunos grupos en situación de privilegio.

La conceptualización de la salud como un fenómeno individual, ha sido responsable en gran medida de la falta de articulación entre las políticas de salud y las económicas, de ahí que sea indispensable dentro de los procesos de reforma, reasignar a la salud el carácter de producto social y elemento central de la política social.

En lo que concierne a la organización social, se deberá tomar en cuenta la presencia de una sociedad organizada más informada y más demandante, que seguramente tendrá un mayor peso en las decisiones sobre las políticas de salud que le incumben. Un nuevo modelo de atención a la salud deberá considerar seriamente las garantías, derechos y libertades de los individuos y la satisfacción de las expectativas de los usuarios de los servicios. Asimismo deberá fomentar el desarrollo de una nueva ética social con base en la llamada cultura de la responsabilidad, en la cual cada uno de los actores sociales, individuo, familia, comunidades y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, cumplan compromisos específicos con la salud.

El proceso de reforma y modernización de la atención a la salud, se deberá también dirigir al abatimiento de los factores de riesgo social y la problemática de índole social que se relacionan con los cambios epidemiológicos y demográficos. La extrema polarización, los fenómenos migratorios, el crecimiento urbano, las modificaciones en la pirámide etárea, las transformaciones de los hábitos y las costumbres, son fenómenos sociales con una precisa repercusión en la salud, que debe ser materia de consideración especial por los sistemas de atención a la salud. Estrechamente relacionada con lo anterior, está la atención prioritaria a grupos sociales en situación particular de vulnerabilidad, entre ellos los grupos de la tercera edad, las mujeres y los niños. Resulta lamentable que después de múltiples convenciones, conferencias en la cumbre y resoluciones internacionales, estos grupos persistan en condiciones de marginalidad, explotación y abuso.

En otro orden, los procesos de reforma deberán contemplar en sus escenarios futuros, una clara definición del papel del Estado en la atención a la salud, en particular por lo que se refiere a las relaciones Estado-sociedad. Existe de hecho una tendencia a transferir las responsabilidades estatales en cuanto a la salud, a la organización social. Nadie duda de la importancia del papel contributivo y participativo de la sociedad en la identificación de problemas, toma de decisiones y ejecución de programas, pero la responsabilidad primaria en el cuidado de la salud corresponde al Estado como parte de su política social.

Cabe señalar finalmente, que en el caso particular de los países en vías de desarrollo, todo proyecto de reforma en los sistemas de salud se debe inscribir dentro de una política nacional de desarrollo social integral y responder a realidades y demandas sociales específicas de cada país. Aunque es evidente que la principal preocupación de cualquier sistema de atención a la salud en el momento actual es la económica, el hecho de privilegiar la agenda financiera en la discusión y análisis de los asuntos relacionados con la salud, conlleva el riesgo de soslayar lo que debe ser el elemento más importante en todo proceso de reforma, el componente social, y cancelar el objetivo fundamental de los sistemas de salud, que es contribuir al bienestar social.

BIBLIOGRAFIA

Alleyne G., **“La salud y el desarrollo humano”**, Bol. Ofic. Sanit. Panam., 120(1), Washington, 1996.

Alleyne G., **“Globalización y salud”**, en **Los sistemas de salud ante la globalización**, Acad. Nac. Med. Méx./Inst. de Med., EUA, 1995.

Baena Soares J.C., **“Democracia sostenible”**, en **Reforma social y pobreza. Hacia una agenda integrada de desarrollo**, BID/PNUD, Washington, 1993.

Balestrini M., **“La reproducción de las desigualdades sociales a través del modelo médico hegemónico”**, Conferencia, IX Congreso Internacional. International Association of Health Policy, Montreal, Can., 1996.

Becerril A., Cornejo J.A., **“Trabajan 4 mil menores en San Quintín”**, La Jornada, 19 de julio de 1996.

Behm Rosas H., **“Las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina”**, Centro Latinoamericano de Demografía, 1992.

Camdessus M., **“Ajuste, crecimiento y reforma social”**, en **Reforma social y pobreza. Hacia una agenda integrada en desarrollo**, Op. cit.

Cervantes P., **“La Salud en el contexto de la seguridad social”**, en **Seguridad Social en América Latina**, IMSS, México, 1993.

Cohn A., **“Inequalities, social development and Health Policy: reflections on the Brazilian case”**, Conferencia, IX Congreso Internacional, International Association of Health Policy, Montreal, Can., 1996.

Dedobbeleer N., Desjardins S., Desjardins V., “**Les femmes et le tabac**”, Conferencia, IX Congreso Internacional, International Association of Health Policy, Montreal, Can., 1996.

Fineberg H. V., “Más allá de las fronteras”, en **Los sistemas de salud ante la globalización**, Op. cit.

Frenk J., Bobadilla J.L., Stern C., Frejka T., Lozano R., “Elements for a Theory of Health Transition”, **Health Transition Review**, 1991.

Frenk J., Gómez-Dantés O., “La integración global y la salud”, en **Los sistemas de salud entre la globalización**, Op. cit.

Fundación Mexicana Cambio XXI, “Retos y propuestas: salud y seguridad social”, Ed. J.R. de la Fuente, México, 1994.

Guerra de Macedo C., “Salud y desarrollo social”, en **Reforma social y pobreza**, Op. cit.

Izaguirre M., Del Castillo C., “Una agenda para la acción”, en **Reforma social y pobreza**, Op. cit.

Judge K., Mulligan J., “To wath extent do inequalities in the distribution of income account for variations in population health among rich industrial nations”, Conferencia, IX Congreso Internacional, International Association of Health Policy, Montreal, Can., 1996.

López-Arellano O., Blanco Gil J., “La política de salud en transición”, Conferencia, IX Congreso Internacional, International Association of Health Policy, Montreal, Can., 1996.

Mayor Z.F., “Reforma social para construir la paz”, en **Reforma social y pobreza**, Op. cit.

Organización Panamericana de la Salud, “La administración estratégica. Lineamientos para su desarrollo”, Washington, 1994.

Paz, O., “La búsqueda del presente. Discurso de Estocolmo”, **Vuelta**, número 170, enero de 1991, México.

**ORGANIZACION SOCIAL,
DERECHOS HUMANOS Y SALUD**

Mauricio Varela Ramos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada en París el 10 de diciembre de 1948, proclamó que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad”.

El hombre debe ser principio y fin de toda acción de los gobiernos y estados. El ser humano desde su nacimiento tiene derechos que no le pueden ser negados por el resto de la sociedad.

Los propósitos de la seguridad social y la protección de los derechos humanos son complementarios. Mediante ellos se pretende alcanzar, en un marco de libertad, el desarrollo social con bienestar y con justicia. En el centro de interés de ambos campos, se sitúan el individuo y la colectividad.

Se debe promover en las instituciones de seguridad social el desarrollo de acciones orientadas a la protección de los derechos humanos y estimular el análisis de las relaciones entre ambos campos.

Al unirse la defensa de los derechos humanos con la seguridad social, se potencializan y constituyen en un estímulo mayor para fortalecer los valores del hombre, para propiciar que se alcance de manera plena el bienestar y la justicia social.

La comunidad internacional ha establecido mecanismos de protección a los derechos humanos y los principios doctrinarios de la seguridad social se han internacionalizado, de manera que inspiran la constitución de la mayoría de las instituciones de seguridad social en América Latina.

Hoy es característica de todo estado moderno contar con políticas, instituciones y programas, que garanticen la más amplia cobertura de la seguridad social y el mayor nivel de protección de los derechos humanos.

Con la intención de garantizar la protección de los derechos humanos, la comunidad internacional ha creado órganos con competencia universal como son la Comisión de Derechos Humanos y la Subcomisión de Protección a las Minorías, y órganos con competencia limitada, que se ocupan de cuestiones específicas, entre ellos la Comisión Jurídica y Social de la Mujer, el Comité de

Derechos Humanos, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, y el Grupo de Trabajo sobre el Derecho al Desarrollo y el Grupo de Trabajo sobre Desapariciones Forzadas e Involuntarias.

La tarea de estos órganos es la de consolidar no sólo los mecanismos de protección y promoción de los derechos humanos sino el goce efectivo y pleno de éstos por parte de todos los miembros de la Comunidad Internacional.

El vínculo entre seguridad social y derechos humanos radica en que sus intereses son coincidentes en la protección de la dignidad humana y en todos los aspectos que buscan la satisfacción de las necesidades más elementales. Este paralelismo remarca en ambas concepciones, un ideal de protección del ser humano en donde la seguridad social es el arma práctica que permite con base en su organización, estructura y legislación, dar cuerpo a estos derechos básicos.

No cabe duda que los países de América Latina comparten graves problemas históricos, geográficos, culturales, sociales, demográficos, económicos y políticos, los cuales han hecho que la evolución de la seguridad social y los derechos humanos en ocasiones se vean retrasados y en otras incluso claramente ignorados. De la experiencia regional, sabemos que es indispensable desarrollar acciones que conduzcan a nuestros sistemas a mejorar los ingresos, equilibrar las prestaciones y reducir los gastos administrativos.

Los resultados obtenidos en cada país de América Latina varían en relación con sus dificultades económicas y políticas, pero es indudable que existe la voluntad y la capacidad para mejorarlos. La seguridad social es sin duda, la mano ejecutora de muchos de los derechos humanos, los cuales no solamente deben ser un enunciado teórico sino que una aspiración permanente que debe convertirse en realidad.

Para asegurar el reconocimiento de los derechos humanos, la seguridad social ha recurrido no sólo a la protección internacional, sino a la protección jurídica interna en cada país. La incorporación de la seguridad social a la norma constitucional, se encuentra plasmado en la mayor parte de las constituciones americanas.

Ahora se abre la era del constitucionalismo social en el que se asegure al máximo nivel jurídico que todo hombre tiene derecho a llevar una vida con un mínimo de satisfacciones económicas, sociales y culturales.

La constitución debe tener las garantías suficientes para los trabajadores y si es necesario debe sacrificarse su estructura jurídica, pero jamás sacrificar al individuo, por lo que deben establecerse en ella los principios que defienden la vida del trabajador y sus energías.

Si se hace un análisis de los sistemas de seguridad social en América Latina, se verán profundas diferencias en los modelos operativos y distintos grados de desarrollo. Las variables superan en alto margen a las constantes. Todos, sin embargo, coinciden en que se debe mejorar y lograr un cambio positivo conservando los principios doctrinarios que inspiraron los orígenes de la seguridad social. La uniformidad de criterios y voluntad política para tender a la universalidad es notorio y alentador y nos orienta a un norte al que por su propio camino todos queremos llegar.

La reconversión de las economías nacionales es necesaria ante la profunda crisis que abate a la región y que lastima a unos países más que a otros. Esto nos obliga a intercambiar experiencias y a definir vías de articulación para lograr el mejoramiento del sistema de seguridad social propio de cada país. Debemos intentar el progreso de la seguridad social regional y en el Continente, mediante convenios de cooperación, intercambio técnico y científico y reciprocidad de servicios. Esto afianza el principio de solidaridad internacional.

Para brindar cobertura a la salud es necesario tener presente el principio de solidaridad. Los seres humanos somos interdependientes y porque lo somos debemos ser solidarios. Ser solidario es potenciar la creatividad del ciudadano, es hacerlo socio y copartícipe de los planes de ayuda y la solución de los problemas.

Para ello es necesario acortar la distancia entre los contribuyentes, los administradores y los beneficiarios, aplicando en el gasto social el principio de subsidiaridad.

No es concebible la seguridad social sin la subsidiaridad del Estado ni el respeto a los derechos humanos sin un Estado protector, comprometido al desarrollo social con bienestar y con justicia.

Se deben implementar mecanismos idóneos para la protección de la salud y tener vocación para cumplir con las disposiciones de higiene y seguridad. Los empleadores, trabajadores y las organizaciones sindicales, deben tener claro el panorama sobre los beneficios que pueden obtenerse en la observancia de las normas de protección de la salud.

Si se analizan los indicadores de vida y de salud en Latinoamérica, se observará que existen logros claramente relacionados con la cobertura de la seguridad social y los ministerios de salud, que juntos trabajan paralelamente en dirigir, normalizar y ejecutar actividades relativas a la salud.

Las desigualdades sociales no son más que consecuencia de las desigualdades económicas. Por ello resulta arbitrario comparar índices de salud, o expectativa de vida o tasas de mortalidad entre dos poblaciones. Resulta más real fijarnos objetivos, como la redistribución equitativa del producto nacional en beneficio de los sectores de más bajos ingresos e intensificar las medidas que guardan relación con la defensa de la salud, la prevención de riesgos, la estabilidad y el bienestar de la familia y del trabajo, de los sectores de población que participan en el esfuerzo productivo nacional.

La seguridad social y los derechos humanos deben tener un eslabón intermedio que los una y es el correspondiente a la dignidad humana, que en su ejemplo más concreto debe resaltar el derecho a la vivienda, al vestido, la protección a la niñez, la protección al anciano, el derecho al alimento, la promoción de la salud y el bienestar social.

Los gobiernos y las sociedades civiles continúan haciendo esfuerzos por corregir las desigualdades existentes en las sociedades de América Latina, poniendo énfasis en las políticas sociales. El esfuerzo se concentra en el desarrollo del sector social y combate a la pobreza.

En épocas de crisis y periodos de ajuste, las políticas no pueden concebirse como simples declaraciones y en casi todos los países se emprenden esfuerzos para redimensionar el Estado. “Lo que se quiere es un sector público más pequeño, pero más efectivo, capaz de crear un marco de desarrollo constructivo, a fin de orientar las inversiones privadas hacia áreas prioritarias para el desarrollo humano”.

El desarrollo del sector social promueve a su vez el desarrollo de los talentos y busca que ni el poder ni la riqueza se concentren. Obliga a darle particular énfasis al sector rural y no desestimar al sector informal de la economía. Reconoce la necesidad de flexibilizar el derecho y adecuar la norma a la realidad. Establece la necesidad de transformaciones políticas para permitir las correspondientes modificaciones sociales. Obliga a un cambio de actitud, a que los sindicatos abandonen su tradicional posición confrontativa y la sustituyan por la de concertación y la cooperación; a la necesidad de

desburocratizar los sistemas de seguridad social y favorecer la descentralización administrativa; a insistir en la disminución de la brecha que existe entre ricos y pobres.

Se deben hacer esfuerzos adecuadamente planificados por extender la protección de la seguridad social a los sectores rurales. Debe haber un capítulo aparte que se refiera a las prestaciones sociales de la mujer trabajadora, destacando la situación de la mujer embarazada y las empleadas domésticas. Deben establecerse los lineamientos referentes al derecho a la alimentación. El incremento del empleo seguro y bien remunerado constituye el principal factor que hace viable el acceso a los alimentos básicos.

Los países en desarrollo deberán unirse para reclamar juntos las condiciones justas para el comercio internacional. Deberán apoyarse entre sí para lograr el desarrollo científico y tecnológico que permita el manejo adecuado de los recursos, la optimización de la producción y la seguridad alimentaria.

Existe el planteamiento de proyectos regionales que al desarrollarse con el concurso de los países del área, reforzarán los programas de protección a la salud y los derechos humanos. Ellos son:

1. La Red de Información en Ciencias de la Salud y Seguridad Social.
2. El Centro de Educación e Investigación en Seguridad Social.
3. El Programa Integrado de los Medicamentos Esenciales.
4. El Proyecto de la Atención Médica de Emergencia para los Asegurados en Tránsito.
5. El Tratamiento de los Desechos Hospitalarios.
6. La Atención en las Emergencias Hospitalarias.
7. Los Modelos de Atención de Salud.
8. La Salud y las Organizaciones no Gubernamentales.

Si se implementa lo señalado se estará protegiendo y preservando la salud. Sin embargo, cada país debe tener su propio enfoque, ya que no se puede tratar a

los países de América Latina como si fueran sociedades homogéneas en el caso de la salud.

La medicina de la seguridad social debe ser analizada con una complejidad diferente. Todo fenómeno de salud o enfermedad, es un fenómeno médico pero también social, cuya aplicación no se limita al individuo, sino también a la comunidad. El hombre debe ser considerado tanto en su valor económico como espiritual y su salud representa el equilibrio entre su ser y su medio de vida.

La atención médica de la seguridad social es dinámica, debe apartarse de la tradicional y debe desalentar todo marco rígido, debe encontrar soluciones prácticas a los problemas emanados por el hecho de vivir.

La medicina de la seguridad social debe abordar al individuo como un ser integral. El médico de la seguridad social actúa sobre una unidad biológica y psíquica determinada por condiciones sociales y profesionalmente el quehacer médico es ejemplo de orientación sanitaria, preventiva, curativa y educacional.

El médico, aparte de que debe conocer los principios básicos de la administración, debe cumplir su función aplicando sus conocimientos científicos y sus destrezas técnicas, amparándose en los principios de la seguridad social y el conocimiento de los derechos humanos, para dar orden y congruencia a su quehacer.

Los análisis de morbilidad y mortalidad deben ser la base que impulse los programas que repercuten en forma importante en los grupos de población más vulnerables. Probablemente haya coincidencia regional en cuanto a que se debe trabajar en programas de educación para la salud y seguridad social; de atención materno infantil; de prevención y control de enfermedades infecciosas y parasitarias; de prevención de accidentes; de planificación familiar; de insumos para la salud; de vacunación universal; de prevención y control del SIDA; de control de las adicciones; de atención médica; de rehabilitación; de control de enfermedades crónico degenerativas; de atención a la salud en casos de desastre; de conservación y mantenimiento; de formación y desarrollo de recursos humanos; de investigación en salud; de vigilancia epidemiológica; de trasplante de órganos; de simplificación administrativa y de mecanismos de control y evaluación del desempeño.

Sin embargo, todo lo anterior no tendría sentido y perdería su importancia si no consideramos que el hombre es el sujeto y objeto de nuestras acciones y que debemos brindarle todos los recursos y posibilidades para mejorar su calidad de vida, para promover nuevos esquemas destinados a la solución de los problemas de salud y bienestar de la población.

SALUD Y CULTURA

José Antonio Pereira Galván



LA CULTURA.

CONDUCTA PAUTADA Y VIDA COLECTIVA.

La sociología comienza con dos hechos básicos: la conducta de los seres humanos y el carácter social de la vida humana.

La conducta de los seres humanos muestra pautas regulares y recurrentes. Cuando observamos la actividad normal de los hombres, vemos que ciertas clases de acciones se repiten frecuentemente, que la gente tiende a comportarse en una forma que parece hallarse más o menos estandarizada y que no hay variedad infinita de comportamientos.

Los aspectos repetidos de las acciones humanas constituyen evidentemente la base de cualquier ciencia social ya que sin pautas no podría haber ciencia, pues sería imposible generalizar.

Por otra parte si nos referimos al carácter social de la vida humana, podemos traer a cuenta a Aristóteles cuando hace dos mil años al referirse al “hombre” decía que éste era por naturaleza un “ánil político” que en términos actuales la palabra “político” podría ser traducida en forma más adecuada por social, y el que por naturaleza no es apto para vivir en sociedad debe ser inferior o superior al hombre.

Adam Ferguson, filósofo moralista escocés del siglo XVIII observó en términos que todavía son apropiados: “Tanto los primeros como los últimos informes reunidos en todo el mundo nos presentan a la humanidad como reunida en grupos y bandas, hecho que debe ser admitido como la base de todo razonamiento relativo al hombre”.

En su intento por dar cuenta y explicar las aparentes regularidades de las acciones humanas y el hecho de la vida colectiva, los sociólogos han desarrollado dos conceptos: **CULTURA** y **SOCIEDAD**.

Aunque conceptualmente entre cultura y sociedad podemos distinguir los fenómenos a los que se refieren, no puede existir independencia entre uno y otro; la sociedad no puede existir sin la cultura y la cultura sólo existe dentro de la sociedad.

INSTINTOS, APRENDIZAJE Y CULTURA.

Es imposible explicar las pautas de comportamiento humano en términos de instintos o tendencias naturales heredadas.

El ser humano parece poseer poca o ninguna destreza y ningún conocimiento instintivo que le permita sobrevivir por sí solo o en grupos. El comportamiento del hombre, es en gran medida, el resultado del aprendizaje y la experiencia.

El hombre en razón de su capacidad cerebral y de la posesión del lenguaje, posee mayor flexibilidad de acción que otros animales; puede controlar más el mundo que lo rodea, adquirir una variedad de conocimientos mucho mayor y transmitir en forma más efectiva lo que ha aprendido. El hombre es el único animal que posee cultura.

El término **cultura** en forma generalizada y común se refiere a las cosas “superiores” de la vida, tales como pintura, música, poesía, escultura, filosofía; pero en su acepción sociológica y antropológica, cultura se refiere a la totalidad de lo que aprenden los individuos como miembros de una sociedad; es un modo de vida, de pensamiento, de acción y sentimiento. Edward Taylor (1817) definió cultura como “la compleja totalidad que incluye conocimiento, creencia, arte, moral, ley, costumbre y toda otra habilidad y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de una sociedad”. El modo de comer, asearnos, lavarnos los dientes, dormir, etcétera, así como nuestras reglas y normas sanitarias, el último volumen de poesía de vanguardia o la novena sinfonía de Beethoven son parte de la cultura.

Las regularidades de la conducta humana no constituyen en sí mismas cultura. Tienen lugar porque los hombres poseen cultura, porque tienen patrones comunes sobre el bien y el mal, lo correcto y lo incorrecto, apropiado e inapropiado, porque los hombres comparten creencias sobre la naturaleza del mundo y del hombre, y porque tienen actitudes similares frente al contorno social, biológico y físico en que viven.

En razón de que nuestra cultura es en gran medida parte de nosotros, la damos por establecido, suponiendo frecuentemente que es una característica normal, inevitable e inherente a toda la humanidad.

La cultura es aprendida y compartida, las cosas que aprenden los hombres se deben principalmente a los grupos en que nacen y viven.

Los hábitos adquiridos por el niño siguen las pautas de sus padres y demás responsables de la educación y preparación de los nuevos miembros de la sociedad que les inculcan sus propias pautas de conducta, transmitiendo a cada nueva generación, los conocimientos, habilidades, valores, creencias y actitudes de las generaciones anteriores.

La conducta que es universal pero no aprendida, o peculiar del individuo, no es parte de la cultura; sin embargo los reflejos incondicionados como la idiosincracia personal pueden ser influidos o modificados por la cultura.

SIMILITUD Y DIVERSIDAD CULTURAL.

Hay similitudes sustanciales en las pautas culturales que se encuentran en diferentes grupos de hombres. En la Universidad de Yale, se señala que George Murdock ha reunido una lista de rasgos que aparecen en toda la cultura conocida por la historia o la etnografía, los cuales son:

Gradaciones de edad, deportes atléticos, adornos corporales, calendario, hábitos de limpieza, organización de la comunidad, cocina, trabajo cooperativo, cosmología, cortejo, danza, división del trabajo, educación, etiqueta, cura por la fe, celebraciones familiares, hacer fuego, folklore, tabúes alimentarios, ritos funerarios, juegos, gobierno, higiene, tabúes sobre el incesto y reglas de la herencia.

Pero cada una de estas pautas universales toma diversas formas; ejemplos específicos de diferencias culturales sólo pueden ser elegidos arbitrariamente. La mayor parte del comportamiento humano es aprendido más que heredado y la cultura determina lo que aprende la gente. La recurrencia de ciertos tipos de pautas culturales sugiere la probabilidad de una estrecha relación entre la cultura y la naturaleza biológica del hombre. La biología humana (sexo, edad, nutrición, etcétera) pone límites, suministra potencialidades e impulsos, y provee de orientaciones que las culturas elaboran o descuidan.

Dentro del listado universal de las pautas de conducta consideradas dentro de la cultura, no todas pueden ser referidas a factores biológicos, algunos ejemplos de éstas pueden ser: el adorno corporal, cosmología, danza, el folklore, etcétera, las cuales tienen su explicación en el hecho de la vida colectiva.

RAZA, CLIMA, GEOGRAFIA Y CULTURA.

Desde luego la explicación de la diversidad de las pautas culturales debe buscarse también en la naturaleza y la historia de la vida social misma.

Existen pruebas contra el punto de vista de los que consideran que las diferencias de las pautas de conducta culturales dependen de aspectos relacionados con la raza (forma de la cabeza, color del cabello, piel, ojos, altura), ya que datos antropológicos e históricos nos proporcionan abrumadora evidencia de que patrones culturales similares pueden hallarse en pueblos de características físicas muy distintas, que diferentes culturas pueden hallarse en pueblos con características similares, y que la cultura puede cambiar rápidamente sin ningún cambio correspondiente en la identidad racial.

En consecuencia la raza puede ser considerada como una idea, sujeta a investigación sociológica de los miembros de un grupo, pero no como concepto científico a ser utilizado para explicar las diferencias culturales.

De igual manera que la raza, condiciones climáticas y geográficas muy disímiles, han contado con pautas culturales muy semejantes.

El clima y la geografía no deben ser vistos como determinantes sino como condiciones que pueden ser tenidas en cuenta como problemas a afrontar para los cuales no existe uniformidad.

CULTURA Y SUBCULTURA.

Las variaciones de las pautas culturales específicas de los grupos humanos han llegado a una distinción entre la cultura como concepto general y “una cultura”, o conjunto de pautas característico de un grupo.

Es por ello que surge la subcultura para referirse a pautas culturales específicas que existen como variantes dentro de una cultura mayor. Es el caso de algunos de nuestros países que tienen grupos humanos con pautas culturales específicas dentro de la cultura general del país.

INSTITUCIONES, USOS Y COSTUMBRES.

Las instituciones o pautas culturales prescriben determinadas reglas de conducta, en contraste con elementos de la cultura, como los conocimientos,

creencias, valor y sentimientos o actitudes y pautas. Las instituciones en consecuencia deben ser consideradas como “pautas normativas que definen los modos de acción o relación social, que se consideran apropiados, legítimos o esperados”.

Lo anterior indica que las instituciones no sólo definen las pautas normativas sino la de los grupos y la organización social.

Las normas o reglas que gobiernan la conducta o sea lo que hemos llamado instituciones pueden dividirse en **usos y costumbres**, el uso es simplemente la práctica convencional considerada apropiada, pero sobre la que no se insiste, aquel que se desvía es considerado como excéntrico; mientras que las costumbres son instituciones que tienen fuerte sanción y son consideradas como esenciales para el bienestar del grupo.

Las leyes, por ejemplo, son normas legalmente establecidas que pueden tener o no la sanción moral, característica de las costumbres. Pueden oponerse a los hábitos o variar a lo largo del continuo **usos-costumbres**.

COROLARIO.

Una cultura tal como la hemos señalado, es el modo de vida de un grupo; las pautas de cultura, incluyendo los sistemas de creencia, conocimiento, valores, modos de acción física, y sentimientos o **afectos** pautados, así como las reglas de conducta, son compartidas por todos los hombres; son adquiridas antes que innatas o instintivas y las instituciones definen las relaciones sociales y establecen en los modos de comportamiento.

LA SALUD

El hombre en los primeros años de la historia, llegó a identificar momentos durante los cuales sentía malestar o dolor y momentos en los cuales se sentía no solo libre de molestias, sino además, bien y eufórico.

Es lógico suponer que creara expresiones que le permitieran comunicar a otros sus vivencias de malestar o bienestar, en esta forma nació posiblemente el realismo cultural de las palabras salud y enfermedad. Los símbolos, en este caso palabras utilizadas para comunicar la vivencia de cada uno de estos estados, como los percibía la persona, se determinaron por los mecanismos lingüísticos propios de cada región. Por tanto la palabra salud o sus equivalentes en lenguas

y dialectos, existió como un producto cultural en la mayoría de los grupos humanos, mucho antes de que los técnicos en salud intentaran conceptualizarla y definirla.

CONCEPTO DE ENFERMEDAD.

Para que el hombre llegara a conceptualizar la salud bajo el enfoque actual, el cual es relativamente nuevo, tuvo que dar a la enfermedad distintas interpretaciones, dado que éstas acompañaron al hombre desde su origen y algunos, incluso, llegan a sostener que hasta lo precedieron.

Es por ello que para recordarnos el concepto actualmente aceptado de salud, voy a referirme primero al concepto de enfermedad y la interpretación que se ha hecho de ella a través de todos los tiempos.

Descubrimientos con claras señales de tumores, fracturas y hasta caries dentales, nos ha demostrado que la enfermedad precedió al hombre. Los huesos del hombre de las edades paleolítica y neolítica descritos por Douglas Guthrie, señalaban claras muestras de artritis reumatoide y de tuberculosis.

Con el correr del tiempo se llega a la época del hombre de Cromagnón y los hallazgos arqueológicos en pinturas murales, que muestran personas vestidas con pieles y máscaras ejecutando danzas alrededor de un hombre presumiblemente enfermo, probablemente con la misión de desalojar los malos espíritus existentes en el cuerpo del enfermo, con lo cual le curaban sus daños. Con lo anterior, podríamos decir que nace la primera interpretación de la enfermedad concebida como la introducción de malos espíritus en el cuerpo (interpretación demoniaca) y que la terapéutica se basaba precisamente en ahuyentar a esos malos espíritus a través de la danza, el fuego y posteriormente la aplicación de sangrías, purgantes, vomitivos o trepanaciones.

Hasta este momento el hombre no tenía noción del pasado ni del futuro, pero a medida que se organizó en comunidades, surgieron interrogantes respecto a su existencia y como consecuencia se originaron las religiones. Aparecen las divinidades y con ellas la interpretación de la enfermedad como un castigo divino por los pecados del hombre; acá mismo surgieron las grandes epidemias como la de la peste que azota a toda Europa, principalmente entre los peregrinos que se congregan para orar y pedir clemencia al cielo.

La gente comienza a notar que a pesar de las oraciones e importantes donaciones para evitar las epidemias no se ejercía ninguna influencia, por lo que comienza a pensar en otra causa de las enfermedades y nace la interpretación humana o sea aquella que relaciona la enfermedad con culpables humanos.

Posteriormente se buscan causas cósmicas para explicar el origen de la enfermedad, señalando que en el aire existen miasmas o fuerzas que desencadenaban las epidemias.

En esta época aparecen las vestimentas especiales para los médicos, protectores y perfumes para purificar el aire (interpretación cósmica).

Con el progreso de la biología, los avances en la bacteriología y el descubrimiento de instrumentos como el microscopio, la humanidad se encamina primero a la interpretación unicausal y después ecológica, en la que la enfermedad es el resultado del conflicto entre dos especies y el medio ambiente.

Finalmente se llegó a la conclusión que reconocemos en la actualidad, en la que el proceso mórbido está condicionado a una serie de variables individuales y colectivas que obedecen a ciertas formas de conducta; a influencias del medio ambiente (bio-físico y social); a condiciones socioeconómicas y a estructuras políticas dentro de las cuales se encuentran los sistemas sociales, entre ellos, la salud (multicausalidad).

CONCEPTO DE SALUD.

La salud es un proceso de equilibrio, que tiene relación entre el huésped (hombre), los agentes patógenos, la comunidad y una serie de variables que definen este equilibrio, pudiéndose desviar a favor del agente patógeno y ocasionar de esta manera el proceso mórbido o enfermedad. De esta manera para que el hombre esté saludable debe establecer un equilibrio adecuado con el medio ambiente natural, y social.

Algunos autores han definido la salud desde distintos puntos de vista:

Punto de vista fisiológico: (Armijo) “Estado de armonía y equilibrio funcional que se traduce por un silencio orgánico”.

Punto de vista ecológico: “Proceso de equilibrio entre el huésped, el agente causal y el medio ambiente”.

Punto de vista social y colectivo: (OMS) “Es el estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad”.

Punto de vista universal: (Horwitz) “La salud es un fin para cada individuo y un medio para el desarrollo de la sociedad a la que pertenece”.

RELACIONES SALUD Y CULTURA.

Se estima que el hombre surgió en el periodo cuaternario, 1 millón de años antes de nuestra era. El hombre se fue adaptando al ambiente a través del trabajo y organizando inicialmente en hordas, que desarrollaron el lenguaje articulado. Posteriormente apareció la escritura y con ello florecieron grandes culturas que con sus aportes construyeron muchas de las orientaciones de la salud pública actual. Las culturas que hicieron estos aportes son la china, indú, mesopotámica, egipcia, griega y romana.

Entre los principales aportes tenemos: El reconocimiento de elementos anatómicos importantes, elementos de higiene, tales como dietas, hidroterapia, planificación de horarios de trabajo y descanso, alcantarillado, disposición higiénica de basura y excretas, drenajes de ciénagas y vigilancia del saneamiento básico; descripción de enfermedades, plantas medicinales e instrumentos quirúrgicos; la referencia fundamental a las cuatro áreas básicas de la medicina y la enseñanza médica. Mencionamos muy específicamente a Hipócrates, quien sentó las bases para el concepto moderno de la salud con enfoque integral.

En el periodo inicial de la industrialización se detectó una serie de problemas que en nuestros días se ven magnificados (diseminación expedita de enfermedades, crecimiento anárquico de ciudades, cinturones de miseria y aumento incontrolado de los desechos sólidos y líquidos entre otros), surgiendo la preocupación por las enfermedades ocupacionales y el inicio de la seguridad social.

La salud del individuo y de la población en general, como lo hemos visto anteriormente, constituye un proceso de equilibrio en el que interaccionan una serie de factores entre los cuales se encuentran las características del hombre, los agentes causales del daño y el medio ambiente natural y social. Desde luego dentro de estos factores ocupan un lugar predominante las pautas de conducta de los individuos y sus relaciones sociales conocidas como **cultura**.

Algunas pautas de cultura influyen más que otras sobre la salud, así tenemos que los hábitos de limpieza, la organización de la comunidad, el trabajo cooperativo, la educación, la religión, el folklore, la alimentación, el gobierno y la higiene, entre otros, son algunas de las pautas de conducta de la población que repercuten positiva o negativamente sobre el nivel de salud de la misma.

El nivel de salud de la población está sujeto a una serie de factores condicionantes que se integran en dos grupos: los relacionados con la demanda y los de la oferta. Los factores relacionados con la demanda son aquellos generados por el proceso salud-enfermedad que mantiene una población y se traducen por indicadores de morbilidad, mortalidad o simplemente de salud. Este proceso salud-enfermedad está condicionado a su vez por el equilibrio que mantienen el huésped, los agentes y el medio ambiente; el huésped presenta muchas características que influyen sobre su salud o enfermedad entre las cuales podemos mencionar la edad, el sexo, la nutrición y la conducta; asimismo los agentes causantes de bienestar o de daño pueden ser biológicos, físicos o químicos. Finalmente el medio ambiente también puede ser físico, social, económico y político e influye sobre todo en el proceso que genera la demanda de servicios de salud.

Por otro lado la oferta de servicios de salud es otro factor que influye sobre el nivel de salud de la población, esta oferta generalmente es brindada por instituciones enmarcadas dentro de un sector social y que a través de los servicios que prestan regulan el equilibrio del proceso salud y enfermedad.

Es importante dadas las relaciones estrechas entre la oferta y la demanda de servicios que las instituciones tomen en cuenta todos los factores condicionantes del nivel de salud de la población, ya que muchas veces los programas no se adaptan a factores culturales con el consiguiente fracaso en su aplicación.

Muchos proyectos han fracasado precisamente por no considerar los aspectos culturales, tal es el caso de los programas de letrización, potabilización de agua, participación comunal, educación en salud, y aún programas asistenciales.

Por otro lado el nivel de salud de la población influye decididamente sobre el desarrollo de los pueblos al proveer más recursos como fuerza de trabajo, mejor preparada y más sana y a su vez el desarrollo influye en los elementos básicos de la demanda y oferta al redistribuir la riqueza y otros factores como la tecnología, la ciencia y las artes que influyen en la sociedad y en la cultura.

BIBLIOGRAFIA

Badia, Roberto de J., **Salud pública en una visión integral**, 1975.

Chinoy, Ely, **Introducción a la sociología**, Editorial Paidós B.A., SAICF.

San Martín, Hernán, **Salud y Enfermedad**, Prensa Médica Mexicana, 4ª Edición.

Villalobos, Luis, **Salud y sociedad. Un enfoque para Centro América**, Capítulo I, ICAP, 1ª Edición, 1989.

SALUD Y DESARROLLO POLITICO: LA SITUACION MEXICANA

Lorenzo Rodríguez Gallardo

En el presente trabajo se hace una descripción y análisis de la salud en su relación con el desarrollo político de las naciones en general y particularmente se revisa de manera comparativa (entre lo ideal y lo real) el vínculo salud y desarrollo político para el caso de México.

El análisis de las formas de gobierno como signo de la evolución política y como elemento principal para la conformación de los sistemas de salud y seguridad social, tiene por objeto hacer un llamado a la reflexión en torno a la interacción y acompasamiento del cambio social y político para la salud pública, sus ventajas, riesgos, tendencias y perspectivas.

La concepción clásica del Estado como la suma de territorio, población y gobierno, es el punto de partida para analizar la intersección entre la salud y el desarrollo político.

Los principales cambios socioeconómicos en la historia de la humanidad han correspondido a su evolución política, a sus formas de obtener y ejercer el poder, a las formas de gobierno y sus protagonistas. Entre los grupos nómadas y las culturas sedentarias de la antigüedad el cambio principal fue su organización social y la estructuración de un pacto por el que unos sujetos otorgaron a otros la facultad de gobernar sobre la comunidad. Entre la revolución agrícola del sedentarismo, la religiosa que dividió el tiempo en antes y después de Cristo, la artístico-filosófica del renacimiento, la técnica de la industria y, la revolución globalizante de conocimiento, información y economía de la actualidad; el mayor cambio identificable es la lucha y detentación del poder. El desarrollo político se ha significado por los cambios de estafeta en las formas de gobierno entre un personaje o grupo y otro. El mapa político del mundo en los últimos cinco milenios ha visto pasar las figuras gubernamentales de aristocracia, monarquía, democracia, tiranía, oligarquía y olocracia, con sus variantes, combinaciones y alternancia.

La sociedad moderna, se integra de manera civilizada en organizaciones políticas para conquistar el poder, para acceder al gobierno. Pero como ahora hay quienes dan por muerto al comunismo y al socialismo, la evolución política de los pueblos se ha detenido en la democracia como el máximo posible. Francis Fukuyama sugirió el fin de la historia bajo los supuestos de esta afirmación, por lo que plantea que el mejor gobierno a que puede aspirar un país será la democracia, ya que es el máximo nivel de desarrollo político al que llegó la humanidad.

Para vincular el desarrollo político con la salud, habría que preguntar cuál de los sistemas de gobierno puede garantizar la salud tal y como la define la OMS (estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo)?... Con una definición tan exigente es difícil que algún gobierno pueda hacer efectiva una situación tan parecida a la felicidad.

La democracia como forma de gobierno puede contribuir en gran medida para el logro de la salud. Una democracia que en teoría supone la participación, el compromiso, la acción y responsabilidad de todos los actores sociales, puede lograr ciudadanos, familias, comunidades y gobiernos sanos. Todo lo anterior mediante una educación familiar y escolarizada, formal e informal, que prepare a los individuos para el ejercicio responsable de la ciudadanía, para el fomento y autocuidado de la salud individual y familiar, y para su involucramiento razonado en la construcción y mantenimiento de la salud social; de una salud que se convierte en **pública** en la más completa acepción del término porque es resultado de planeación consensada, tolerante y razonada del gobierno y la sociedad, es también producto del trabajo compartido que utiliza racional y eficientemente los recursos y delimita las acciones que corresponden a cada uno.

La salud en su relación con la evolución política de las naciones se expresa en una política pública de mejoría, en una política social que desarrolle el cuerpo del Estado en su conjunto, mediante un gobierno legal, legítimo, eficiente y humano. Parece difícil que uno de los tipos de gobierno en su forma pura, pueda garantizar todas estas características por sí solo. Por lo tanto el desarrollo político ha recurrido a la combinación de varias modalidades lo cual también puede llevar a otros riesgos. El gobierno mixto que proponía Polibio en la antigüedad y que combinaba lo mejor de la monarquía, la aristocracia y la democracia, puede convertirse en una **Kakistocracia** según la alarmante sugerencia de Bovero en la que se combinaría lo peor de la tiranía, la oligarquía y la oclocracia, dando como resultado un gobierno con lo peor de los peores. De ahí que la participación política razonada y responsable se convierta en una prioridad para la salud pública de las sociedades modernas.

En términos generales la realidad política de América Latina parece no corresponder a la caracterización teórica de una democracia que como forma de gobierno haga una contribución efectiva a la salud individual y general de los pueblos. La teoría de Huntington en el sentido de la mayor eficacia de la tiranía, de la dictadura o de los gobiernos militares en la resolución de problemas comunitarios, parece tomar vigencia ante los pobres resultados de las pseudo

democracias latinoamericanas. Tal parece que en el desarrollo político de esta región se contradicen tanto la teoría de la democracia como la de la eficacia de la dictadura, porque los países ni son auténticamente democráticos ni resuelven eficazmente las necesidades sociales. En el caso que nos ocupa la salud de la población.

¿Cómo se puede acompañar el desarrollo político con el desarrollo en salud?... ¿Cómo lograr que **los desarrollos** (económico, político, social, científico, cultural, educativo) como plural se conviertan en un singular (desarrollo humano integral) que los involucre a todos?... Los tiempos actuales requieren con urgencia de la premisa vital que propuso Vaclav Havel como medio de subsistencia política y social: la **responsabilidad como destino**. La práctica de la responsabilidad por individuos, grupos y partidos evitará la proliferación de los **partidos no políticos** (que enunciara hace más de 20 años el mismo Havel) y permitirá rescatar a estas instituciones tradicionales del desarrollo político moderno, su papel de interlocutores sociales y representantes de los valores positivos de la comunidad.

Lograr el cambio de una sociedad enferma al logro de la salud pública, requiere además de factores económicos, sociales y de administración pública una nueva visión y acción de los partidos políticos en torno a este fenómeno. Actualmente los partidos están siendo rebasados por la acción y organización espontánea de grupos sociales que demandan acciones efectivas y solución expedita de sus necesidades.

Los partidos políticos cuentan cada vez con menos afiliados y las organizaciones no gubernamentales (ONGs) se multiplican en número de afiliados y necesidades planteadas. Por su pasividad, los primeros han dejado de constituirse en una plataforma de expresión popular por lo que deben revitalizarse mediante estrategias de capacitación, proselitismo, efectividad de la gestión y democratización hacia el interior y exterior de ellos mismos.

Es necesario que los partidos definan con claridad en su programa de acción y declaración de principios, sus bases ideológicas en torno a la salud, seguridad social y desarrollo político, pero más importante aún, es que al llegar al ejercicio de gobierno sean congruentes con su plataforma ideológica y realicen las acciones sanitarias que la población que los llevó al poder les demanda. El cumplimiento de su declaración de principios es sin duda una forma con la que los partidos políticos pueden recuperar su legitimidad ante la ciudadanía. Es inaceptable en términos de ética política y social, que los legisladores aprueben

leyes y normas que contradicen la plataforma ideológica del partido que los llevó al poder. Igual situación son las decisiones de un administrador público que abusa de sus facultades en contra de los ciudadanos, sean o no de su mismo partido.

SALUD Y DESARROLLO POLITICO: LA SITUACION MEXICANA.

México eligió constituirse en una República representativa **democrática** y federal, según lo preceptuado en el artículo 40 de la constitución política. Este documento que se constituye en el proyecto nacional es un claro ejemplo de la discordancia entre la teoría y la realidad en varias materias, pero especialmente en el caso que nos ocupa, en relación a la salud y el desarrollo político.

En su texto contiene disposiciones que de haberse observado, darían el perfil de un país sano y progresista, con un alto grado de desarrollo político y de salud.

Los principales ejemplos de la discordancia los podemos observar en que de 136 artículos, sólo dos marcan obligaciones para el ciudadano y los restantes establecen derechos. En consecuencia, los ciudadanos pretenden hacer valer la democracia sólo en la medida que le exigen al gobierno soluciones a problemas en los que ellos son parte importante en su generación y solución.

El artículo tercero define a la democracia como estructura jurídica, régimen político y principalmente como un **sistema de vida fundado en el constante mejoramiento económico, social y cultural del pueblo.**

El artículo 4º establece que toda persona tiene derecho a la protección a la salud, pero también señala que es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. En consecuencia, la salud es una responsabilidad política de los gobernantes y una responsabilidad social de los ciudadanos, es una estrategia compartida de desarrollo político y sanitario.

En el artículo 25 se marca el fortalecimiento del desarrollo nacional bajo la rectoría del Estado, pero con la participación de los sectores social, público y privado, para que este (desarrollo) sea más efectivo y democrático. El artículo 26 constitucional obliga al titular del ejecutivo federal a realizar una planeación democrática del desarrollo. El Presidente Zedillo presentó en 1996 al Congreso de la Unión el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Tal documento

representa el punto de intersección entre la administración pública, la sociedad civil, **las organizaciones políticas y el sistema de salud**, por una triple vía. 1. Fue producto de una consulta nacional abierta a todos los sectores y organizaciones del país; 2. Recibió la aprobación de la Cámara de Diputados, en donde se encuentran representadas las distintas fuerzas políticas del país y, 3. En su capítulo de desarrollo social contiene los objetivos y estrategias nacionales para un México más sano, con un sistema de salud acorde a las exigencias de los tiempos, espacios y actores de la vida nacional.

La constitución define una sociedad que debe ser cada vez más sana y un gobierno eficiente como signos de desarrollo, pero la realidad presenta otra faceta. Si partimos de una analogía entre los estados del análisis transaccional (padre, adulto, niño) y el gobierno y la sociedad mexicana actual; quizás observaríamos un gobierno en el papel de **padre** que regaña, castiga, impone su autoridad aunque a veces se equivoque; por otro lado, una sociedad en el papel de **niño** que atiende más a sus impulsos que a la razón y se manifiesta espontáneamente o mediante manipulación subrepticia, un niño que sabe hacer berrinches para llamar la atención del padre y conseguir ciertos privilegios. Algunos partidos políticos y organizaciones civiles han entrado a la moda de gritar y vociferar porque no ganaron una elección o porque se murió un niño en un hospital.

Mientras la sociedad y el gobierno (bajo los supuestos del análisis transaccional) no se comporten como **adultos** que pueden interactuar con una base de respeto, información suficiente, tolerancia, análisis y raciocinio; el desarrollo político y la salud social, seguirán siendo aspiraciones inconclusas del proyecto nacional.

Una sociedad que no puede transitar de la categoría de masa (influenciable **irrazonablemente** por los medios de comunicación) a la de público (información e interacción razonada y conciente entre grupos sociales y autoridades), representa un retroceso en su desarrollo político y un obstáculo para el logro de la salud pública.

La política, como disciplina social que estudia el poder, los métodos para lograrlo y las formas de ejercerlo, es también un vínculo muy importante entre administración pública y salud y seguridad social. Frente a la supuesta dictadura de la burocracia y su inamovilidad, es posible reconocer que un cambio drástico de facciones ideológicas en el poder, puede llevar a cambios en la concepción y funcionamiento de los servicios de salud.

Desafortunadamente, las experiencias que se observan en diferentes países que alternan periódicamente al partido que gobierna y algunos casos de gobierno estatal y municipal en México que proceden de partidos de oposición han dejado al descubierto algunas incongruencias entre su plataforma ideológica y sus formas de gobernar.

La salud pública en México es causa y consecuencia de lo que haga por ella una sociedad y un gobierno democrático que sume esfuerzos, recursos y responsabilidades.

El vínculo educación y salud pueden construir el puente entre legalidad y realidad, entre atraso y desarrollo. Ambos elementos no deben ser sólo del **Estado** ni sólo del **mercado**. Son más que una iniciativa privada o una función pública, deben ser el producto de iniciativas personales, deberes públicos y acciones y reacciones sociales. Deben ser procesos que aminoren el peligro de una **contaminación humana** caracterizada por la violencia, la desconfianza, la ira, el miedo, la prisa, la incomunicación y, el peligro de la **antidemocracia** caracterizada por la delincuencia, pobreza, enfermedad, corrupción, desempleo y muerte.

Una convivencia que eduque para la vida democrática desde las etapas tempranas de la vida en la familia, y la escuela y la comunidad será el mejor laboratorio para recuperar la dignidad jurídica, económica, política y social de los nuevos ciudadanos, ya que si bien es cierto que podemos construir una **democracia sin adjetivos** como sugiere Bobbio; también es preciso establecer, respetar y enseñar las **reglas de la democracia** que propone Cerroni (consenso, competencia, mayoría, minoría o alternancia, control, legalidad y, responsabilidad). Todas en su conjunto, garantizan que las decisiones se tomen con la aprobación del pueblo mediante la confrontación libre de opiniones, prevaleciendo la de la mayoría y dejando la posibilidad de que se alterne el poder sin necesidad de violencia. La regla final **responsabilidad**, propone que sólo si los ciudadanos se responsabilizan de sus actos, podrán construir un sistema auténticamente democrático.

El gobierno, los partidos políticos y sociedad en general, deben practicar la democracia como un ejercicio para la salud pública.

BIBLIOGRAFIA

Bovero, Michelangelo, “Kakistocracia (La receta de Polibio y su contrario: la pésima república)”, **Este país. Tendencias y opinión**, México, abril de 1996.

Cerroni, Humberto, **Reglas y valores de la democracia**, México, CONACULTA Alianza Editorial, 1991.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Comentada, México, UNAM, 1992.

Fukuyama, Francis, **El fin de la historia y el último hombre**, España, Editorial Planeta-Agostini, 1995.

Havel, Vaclav, **La responsabilidad como destino**, México, FCE, 1991.

Huntington, Samuel, **El orden político en la sociedad en cambio**, Argentina, Editorial Paidós, 1968.

Poder Ejecutivo Federal, **Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000**, México, SHyCP, 1995.

Rodríguez, G., Lorenzo, “**Administración Pública y Asistencia Social en México**”, Proyecto de tesis doctoral, México, UNAM, FCPyS, 1995.

Rodríguez, G., Lorenzo, “Contaminación Humana”, **Revista de la Escuela Normal Superior de México**, México, número 7, septiembre de 1995.

Wright, C., Mills, **La élite del poder**, México, FCE, 1989.

**READECUACION DEL MODELO DE
ATENCION A LA SALUD Y
EL DESARROLLO DE LA POBLACION.
EL CASO DE COSTA RICA.**

Julieta Rodríguez Rojas
Luis Bernardo Saéz Delgado

La reforma del sector salud está determinada por la concepción que el Estado y la sociedad costarricense tienen frente a la organización, prestación y financiamiento de los servicios de salud. Se concibe la salud como un problema de carácter social y frente a éste, se asume una responsabilidad en la protección de los ciudadanos contra los riesgos de enfermar y morir.

Esta concepción es la base de la reforma del sector salud que se sustenta en cuatro pilares: el ejercicio de la Rectoría sobre el Sistema Nacional de Salud que ejerce el Ministerio de Salud, la implementación de un nuevo Modelo de Atención, el desarrollo institucional de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el fortalecimiento financiero de esta última. De estos pilares, dos de ellos han sido definidos como prioritarios y en ellos se ha invertido la mayor cantidad de esfuerzos y recursos. El presente artículo se referirá a estos dos pilares fundamentales.

El primero de ellos lo constituye la implementación de un modelo de atención basado en principios de cobertura universal, solidaridad, equidad y eficiencia, que se ha denominado Readecuación del Modelo de Atención. Esta modificación en el modelo de atención garantiza el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios de salud a la totalidad de la población costarricense. Para ello se ha diseñado una oferta básica de servicios de salud, normas y programas, para la prestación de servicios de salud integrales en cada localidad y sector de población, orientados hacia el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente humano. La implementación del nuevo modelo comprende el establecimiento de 90 áreas de salud y 800 Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), así como la constitución del Programa de Atención Integral de la Salud bajo la responsabilidad de la CCSS. Este proceso se complementa con la readecuación del nivel hospitalario, con el fin de lograr un aumento de la capacidad resolutoria de la red de servicios de salud.

El segundo pilar prioritario tiene que ver con el fortalecimiento del financiamiento, particularmente de la CCSS, mediante un mejoramiento de la eficiencia en la recaudación, la introducción de incentivos a la afiliación, la minimización de la evasión y subcotización, y el desarrollo de un nuevo modelo de asignación de recursos financieros que privilegie una asignación acorde a las necesidades de salud de la población. Además se introduce la separación de funciones al interior de la CCSS en función financiadora/compradora y proveedora de servicios y la incorporación del contrato/programa como el instrumento dinamizador y de negociación entre ambas funciones.

AVANCES EN LA READECUACION DEL MODELO DE ATENCION.

Desde la década de los ochenta, se evidenció una crisis en relación a la respuesta del actual modelo de atención con respecto a las demandas presentes y futuras de la población. Esta situación se materializa en problemas de accesibilidad, oportunidad y falta de continuidad de la atención, que sufren importantes sectores de la población, especialmente en zonas rurales y urbano-marginales; así como la necesidad de un cambio en el enfoque y estrategia de atención.

Es en este marco, que las autoridades políticas y técnicas del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) han considerado prioritario para el sector realizar modificaciones en la forma de prestar los servicios, dando énfasis al primer nivel de atención, en el cual se ha venido impulsando un amplio programa de fortalecimiento de la atención primaria, por medio del establecimiento de las áreas de salud y la conformación de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y los Equipos de Apoyo.

Los EBAIS están conformados por un médico general, un auxiliar de enfermería y asistentes técnicos de atención primaria. Este equipo tiene la responsabilidad de la atención familiar y comunitaria de un promedio de 4 000 habitantes en aspectos de prevención, promoción, atención de la enfermedad y rehabilitación.

El EBAIS basa su accionar en la estrategia de atención primaria, en un fortalecimiento de la participación social y el mejoramiento de la eficiencia. Cuenta además con un equipo de apoyo por área de salud, conformado por especialistas de odontología, trabajo social, enfermería y microbiología, entre otros, los cuales tienen la responsabilidad de orientar, apoyar y elevar el nivel de resolución de los EBAIS.

Dada la importancia que este proceso tiene para el país, se ha considerado necesario aunar esfuerzos Caja y Ministerio de Salud, con el objeto de llevar a la práctica la readecuación del modelo de atención obteniéndose a la fecha los siguientes avances y resultados.

IMPLEMENTACION DE AREAS DE SALUD:

El programa de fortalecimiento del primer nivel de atención, contempla la implementación de 90 áreas de salud y de aproximadamente 800 EBAIS en todo el país.

La apertura de áreas de salud se inició en febrero de 1995. A la fecha se han implementado 43 áreas de salud y 325 EBAIS que cubren 1 200 000 habitantes. Es importante indicar que se priorizó comenzar por los cantones del país con mayores problemas de salud que por lo general son los más alejados del área metropolitana.

FORMACION Y CAPACITACION:

La implementación de estas áreas de salud ha requerido un gran esfuerzo del sector salud por formar y capacitar personal. En el año 1995 se formaron 500 Técnicos de Atención Primaria (ATAP), se desarrollaron procesos de inducción al personal, previo a la inauguración de las áreas de salud en temas tales como: modernización del sector salud, atención primaria, trabajo en equipo y salud como producto social.

Además se ejecutó un plan de “sensibilización al cambio” el cual comenzó en 1995 capacitándose a 25 personas y en el año 96 se han capacitado a 256 personas.

También esta capacitación se ha brindado a los servicios de apoyo, específicamente en el área de farmacia en donde en 1995 se capacitó a 136 farmacéuticos en “organización de los servicios farmacéuticos en el primer nivel de atención”.

TRASPASO DEL PERSONAL DEL MINISTERIO DE SALUD:

Para poder concretar el modelo de atención con un enfoque integral, se hace indispensable aunar el recurso humano de la Caja Costarricense del Seguro Social y del Ministerio de Salud en lo que hemos denominado “traspaso de personal”. Este proceso se ha desarrollado en el marco de gran participación de las organizaciones que representan a los trabajadores.

A la fecha se cuenta con 564 funcionarios del Ministerio de Salud a los cuales se les ha realizado un estudio individualizado de su situación laboral y económica como empleados de la Caja, la cual les fue remitida para su análisis y toma de decisión sobre traspasarse o no, ya que es un acto voluntario.

El 23 de octubre del presente año, se firmará el contrato con las primeras 78 personas del Ministerio que se traspasarán a la Caja y a fines de noviembre, lo harán 186 personas más. En 1997 se completarán las 600 plazas otorgadas para este efecto y se solicitarán las 600 restantes.

EQUIPAMIENTO:

Uno de los rubros más limitados e identificado en el diagnóstico previo a la apertura de áreas de salud, es el de equipamiento. A esta limitación se agrega la necesidad de aumentar el grado de resolución en el primer nivel de atención, lo que lo convierte en un aspecto prioritario a resolver.

Lo anterior, determina que el equipamiento conforma un apartado muy importante del Contrato/Préstamo con el Banco Mundial, en donde el ente financiero externo aportará el 70% y la CCSS el 30% restante.

El equipamiento básico está conformado por refrigeradoras, balanzas, esfigmomanómetros, equipo de laboratorio, odontológico, mobiliario y equipo audiovisual, entre otros.

A la fecha se han distribuido aproximadamente 1 037 320 dólares en equipo, con licitaciones en proceso por 2 500 000 dólares de compras efectuadas en 1996, quedando aproximadamente 900 000 dólares para compras a efectuarse en 1997.

INFRAESTRUCTURA FISICA:

Uno de los objetivos del modelo de atención como se ha indicado anteriormente, es mejorar la accesibilidad a los servicios de salud por medio de la desconcentración de la prestación. Aunque el país cuenta con una amplia red de establecimientos, muchos de ellos se encuentran muy deteriorados y por otra parte existen grupos importantes de población que no cuentan con un establecimiento accesible.

Del análisis realizado en este sentido, se determinó que existen aproximadamente 500 establecimientos que requieren de algún tipo de intervención, de éstos el 50% corresponde a sede de EBAIS.

Para hacer frente a esta situación se cuenta con diferentes fuentes de financiamiento, entre las que se encuentra la CCSS, el Ministerio de Salud, el Banco Centroamericano de Desarrollo (BCIE), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y otras entidades del país que se han sumado al gran esfuerzo de responder a estas necesidades.

DESARROLLO TECNICO:

El poder concretar la readecuación del modelo de atención en el primer nivel, ha requerido que los grupos técnicos desarrollen diferentes metodologías e instrumentos acordes al cambio de enfoque, entre los que se encuentran:

- Normas de atención integral.
- Funciones de EBAIS y equipo de apoyo.
- Listado básico de medicamentos.
- Adecuación de ficha familiar.
- Elaboración de instrumentos de registros de la información.
- Atención farmacéutica y odontológica en el primer nivel de atención.
- Elaboración de insumos críticos para EBAIS y equipo de apoyo.

Aunado a este desarrollo técnico se le ha dado gran importancia al proceso de garantía de calidad, para lo cual se han conformado a la fecha 67 equipos en todo el país, quienes partiendo de un análisis de sus problemas están capacitados para buscar estrategias innovadoras que les permitan mejorar la calidad de la atención con los recursos existentes.

ATENCION BRINDADA POR EL EBAIS:

El enfoque de atención integral que se concreta en las normas de atención para el primer nivel, incorpora acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud de los grupos meta: niños, adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores. Los encargados de realizar estas acciones son el EBAIS y equipo de apoyo en diferentes escenarios: viviendas, escuelas, establecimientos de salud y comunidad.

A la fecha, ya se pueden visualizar algunos resultados positivos del proceso. Como ejemplo se puede revisar la cobertura de vacunación (OVP-3, DPT-1, DPT-3 y antisarampionosa) entre los años 92 y 95 en la cual se muestra una mejoría en las coberturas, en donde lo destacable es que en el año 1995 ningún cantón tiene coberturas inferiores al 50%.

Otro aspecto que merece ser destacado, es la mejoría en relación a visitas a viviendas por parte del ATAP, en donde se está llegando en algunas áreas muestreadas a una cobertura sobre el 75% con una frecuencia de visitas por año, de tres veces para familias prioridad 1, dos veces para familias prioridad 2 y una vez por año para familias prioridad 3.

PRINCIPALES ASPECTOS POSITIVOS Y LOGROS:

De las diferentes visitas de seguimiento al proceso se han podido detectar los siguientes aspectos positivos y logros:

- Motivación, iniciativa y creatividad de los funcionarios.
- Sensibilización de los funcionarios hacia problemas de los usuarios y comunidades.
- Desconcentración y mayor accesibilidad a los servicios.
- Aumento de atención domiciliaria por personal técnico.
- Avances en el cambio de un enfoque biólogo hacia un enfoque integral.
- Mejoría en la coordinación CCSS-Ministerio de Salud y otros sectores.
- Aumento de funcionarios para fortalecer el primer nivel de atención.
- Participación comunal en la sectorización de las áreas de salud.
- Atención universal.

SOSTENIBILIDAD DE LA READECUACION DEL MODELO DE ATENCION:

Dada la importancia que este proceso representa para mejorar la situación de salud de la población costarricense se hace necesario, desde este momento, identificar aquellos aspectos que facilitarían su permanencia y consolidación.

En esta fase inicial hemos identificado cinco aspectos que contribuyen a darle sostenibilidad a los cambios planteados, a saber:

- **Sostenibilidad política**, para lo cual es necesario generar acuerdos entre los partidos mayoritarios para continuar dándole prioridad a este aspecto, así como concertar con diferentes grupos de interés el camino más adecuado para realizar los cambios.

- **Sostenibilidad social**, considerada uno de los pilares fundamentales para darle continuidad al proceso. En este sentido debemos generar y ampliar cada vez más los espacios de participación social en aspectos sustantivos que permita lograr la aceptación y el apoyo de usuarios y comunidades.

- **Sostenibilidad técnica**, basada en un mejoramiento de la competencia y del desempeño de los prestatarios, para lo cual se están realizando grandes esfuerzos por optimizar los procesos de formación y capacitación, aunado a un fuerte aumento de recursos destinados a este fin.

- **Sostenibilidad gerencial**, en la medida que logremos conformar auténticos gestores del patrimonio público que mejoren la asignación y utilización de los recursos, acorde a las necesidades de salud de la población con mayor eficiencia y calidad.

- **Sostenibilidad financiera**, condición indispensable para mantener nuestro sistema público, universal y solidario. Para esto se están desarrollando importantes cambios tanto en el ámbito de los ingresos como en el de los gastos, en relación a la asignación y utilización de los recursos financieros.

AVANCES EN EL PROCESO DE CAMBIO DEL MODELO DE ASIGNACION DE RECURSOS FINANCIEROS. HACIA UN NUEVO MODELO DE ASIGNACION DE RECURSOS.

Las políticas institucionales establecen la necesidad de llevar a cabo modificaciones en la metodología de asignación de recursos que se ha realizado históricamente. Esta situación exige que se lleven a cabo cambios en la prestación, organización y financiamiento del modelo de salud en Costa Rica. Uno de los elementos, que afecta directamente a la institución, lo constituye la elevada tasa de crecimiento del gasto institucional con respecto al crecimiento de la Producción Nacional (PIB). A esto debe agregarse el proceso de envejecimiento de la población que ejercerá una mayor presión financiera sobre la CCSS.

En cuanto a los factores internos que afectan negativamente, se pueden citar: la baja productividad y las ineficiencias dentro del proceso de atención, al gastar una mayor cantidad de recursos financieros en las cirugías, consulta externa, egresos, exámenes y otros. La falta de productividad y eficiencia provoca problemas, tales como: listas de espera, insatisfacción y otros.

Por otro lado, la actual forma organizacional basada en el predominio del derecho administrativo, enmarca el trabajo individual y grupal dentro de una normativa inflexible, que no ha permitido diseñar o introducir mecanismos basados en incentivos monetarios y no monetarios. Todo lo anterior ha desembocado en una insatisfacción creciente de los funcionarios de la institución, así como en un acelerado crecimiento de costos sin mejora de la calidad, llegando a los límites de la insostenibilidad.

Producto de lo mencionado, es que el usuario ha visto decaer la calidad de la atención brindada, lo cual ha llevado a una creciente insatisfacción. Esto ha provocado que el usuario recurra a la atención privada, produciéndose una doble cotización, lo cual presenta elementos de inequidad, así como un costo adicional en términos de eficiencia social. Asimismo, se puede argumentar que los cotizantes tienden a aumentar el nivel de evasión, cuando los beneficios percibidos son inferiores al costo de la cotización.

Hasta ahora la institución no había implementado cambios acordes con la velocidad y profundidad con las que han cambiado las condiciones internas y externas en los últimos tiempos, lo que la ha obligado a emprender un proyecto de reforma y modernización global y de gran profundidad.

En la búsqueda de soluciones a los mencionados problemas, un requisito fundamental que deben cumplir los nuevos esquemas es que conduzcan a una asignación más eficiente de los recursos de que se dispone; esto es, los recursos deben distribuirse de manera que, sin necesidad de incrementarlos, se puedan obtener más y mejores resultados. Es decir un aumento en la eficiencia asignativa de los recursos producirá más salud en términos de la cantidad de los servicios, así como de la calidad de los mismos.

Tradicionalmente, la institución ha utilizado el gasto histórico como método para asignar los recursos entre sus diferentes dependencias, lo que significa que, por ejemplo, a una clínica, se le asigna un presupuesto determinado en función de lo que se le asignó el año anterior, sin tomar en cuenta las necesidades de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, o cambios en la población.

El proyecto de modernización de la Caja, busca fortalecer los principios de solidaridad, universalidad y equidad, mediante un cambio en el mecanismo de asignación de recursos. El componente de asignación de recursos, pretende reducir las inequidades, implementando una serie de cambios en la distribución de los recursos entre las diferentes dependencias y niveles de atención de la salud, así como modificar los incentivos hacia los prestadores para aumentar la eficiencia y la calidad. Entre sus principales objetivos están: fortalecer el primer nivel de atención, ligar la asignación de recursos a las necesidades de la población, fijar mecanismos para premiar la prestación costo-efectiva de servicios, incrementar la satisfacción de la población y propiciar una organización del sistema de salud de la Caja que facilite el logro de estos objetivos.

El proyecto está diseñando los cambios en los mecanismos de asignación de recursos, así como en la organización de las gerencias financiera y médica. La meta, a corto plazo, es la implantación de experiencias piloto sobre la propuesta de reorganización de los hospitales y áreas de salud.

El marco conceptual del nuevo modelo de asignación de recursos, está sustentado en los siguientes cambios:

- Separación de las funciones de financiamiento, compra y prestación.
- Introducción de la función gerencial.
- Definición de los objetivos de salud específicos para cada centro.
- Contratos como instrumento para vincular la actividad con los recursos y trasladar el riesgo al prestador.
- Alternativas en los mecanismos de pago a las áreas de salud y hospitales.

En síntesis, las premisas que caracterizan el proceso de cambio del Modelo de Asignación de Recursos Financieros se pueden definir de la siguiente manera:

- La forma organizacional actual enmarca el trabajo individual y grupal dentro de una normativa inflexible que no ha permitido introducir mecanismos basados en incentivos monetarios y no monetarios. Esto ha generado una insatisfacción creciente en los funcionarios de la institución, así como un acelerado crecimiento de costos que resulta insostenible.

- El proyecto de modernización de la Caja busca fortalecer los principios de solidaridad, universalidad y equidad, mediante un cambio en el mecanismo de asignación de recursos que busca reducir las inequidades mediante una serie de cambios en la distribución de los recursos entre las diferentes dependencias y niveles de atención de la salud.
- El principal objetivo del financiador-comprador es maximizar la cantidad y calidad de los servicios para la población, al mínimo costo posible. Por su parte, el prestador tendrá como objetivo cumplir con los compromisos adquiridos con el mínimo esfuerzo.
- Para que una entidad funcione eficientemente, debe tener capacidad para definir su propia misión y debe estar facultada para tomar decisiones en relación a la utilización de los recursos utilizados. Esto sugiere la presencia de un equipo de gestión con capacidad de gestión, autoridad, responsabilidad y disposición a asumir riesgos.
- La existencia de una entidad financiadora en la institución, distinta y separada de los prestadores de servicios de salud, permitirá establecer objetivos claros para ambas partes contratantes, dando lugar a un entorno adecuado para aumentar la eficiencia.
- La introducción del sistema de retribución, que dividirá el presupuesto del centro en una parte fija y otra variable, así como un mecanismo de pago en el nivel hospitalario, que permitirá relacionar el pago con productos más concretos, permitirán implantar un sistema de retribución asociado al rendimiento.

De esta forma se han presentado dos de las estrategias con mayor grado de avance dentro del proceso de reforma del sector salud.

Finalmente, el esfuerzo que el gobierno de la República, las autoridades de salud, las instituciones del sector, la comunidad científica y la población están realizando tiene el único y genuino propósito de fortalecer y mejorar los servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios a todos los costarricenses, a partir de un conjunto articulado de reformas políticas, institucionales y operacionales en la prestación, organización y financiamiento de los servicios, con el fin de hacerlos más dignos y satisfactorios para los usuarios posibilitando el logro de sus potencialidades y aspiraciones.

REFLEXIONES FINALES

Mario Madrazo Navarro
Porfirio Cervantes Pérez
Jaime Cervantes Rangel

La primera reflexión que surge del análisis de los temas tratados en la presente obra, se refiere al concepto de desarrollo. Decía Goulet que “el desarrollo económico, el social y el político, son simplemente modelos metodológicos adoptados dentro de ciertas disciplinas para estudiar aspectos de un proceso de cambio que dichos modelos abstraen de una realidad total ...”. Esta aseveración es cabalmente cierta y así lo demuestran la similitud en los fundamentos conceptuales y filosóficos, así como la comunidad de objetivos que exponen los autores en sus artículos, independientemente de lo que es propio de cada tema específico. Se puede hablar por tanto, de una realidad concreta y total, a la que simplemente se debe denominar desarrollo.

Este concepto globalizador conlleva necesariamente ciertas características. Entre ellas la integralidad que implica la incorporación del individuo humano con todas sus potencialidades al proceso de desarrollo; la sustentabilidad que garantiza por lo menos las mismas oportunidades para las generaciones futuras que para las actuales; la equidad que integra de una forma equilibrada dentro del proceso a todos los sectores sociales sin distinciones, y la dinámica del cambio que caracteriza al desarrollo como un proceso activo, generador y producto al mismo tiempo, de evolución y transformaciones.

Si bien desde el punto de vista integrador, la fragmentación del desarrollo en económico, social, político y cultural parece un tanto artificial, sí resulta necesario analizar el papel que cada uno de estos factores representa en el proceso. Ello permitirá tener un concepto más apropiado del desarrollo, en lugar de una nueva definición, seguramente incompleta.

El crecimiento económico se concibe como un instrumento indispensable del desarrollo, pero no como un fin último, opinión en la que coinciden los autores de la obra y otros diversos analistas. Las razones de esta manera de pensar se expresan claramente en el texto. Destaca básicamente la preocupación de que la aplicación de modelos económicos más estrictos, comprometan paradójicamente el objetivo del desarrollo, que es el bienestar del individuo y la colectividad.

Contrariamente, el crecimiento equilibrado de las sociedades y el bienestar colectivo que integran el factor social, sí se pueden considerar como objetivos primordiales y como una expresión del grado de desarrollo, con la salvedad de que el concepto de lo social ya no es el mismo que el Estado benefactor esgrimía como argumento de su función paternalista. La nueva sociedad ya no es un receptor pasivo, sino un factor activo y corresponsable en la búsqueda de su

crecimiento y progreso, y la relación Estado-sociedad cambia hacia un nuevo orden interactivo entre un Estado con un nuevo diseño y una sociedad civil mejor informada y organizada.

En este contexto, el factor político se expresa como elemento formalizador de las relaciones Estado-sociedad a través de las políticas de Estado y si bien el papel del llamado Estado “post-ajuste” en el desarrollo es asunto todavía sujeto a debate, es indudable que el desarrollo se sustenta en decisiones que dependen más del compromiso y la voluntad política, que de la forma y estructura de gobierno.

Finalmente, la cultura como forma de conciencia social producto del proceso histórico de una sociedad, es un factor de identidad que proporciona una base coherente, y también un punto de referencia del desarrollo.

Hecho este análisis no resulta difícil comprender la estrecha correlación entre la salud y el desarrollo, dadas las interacciones entre la salud, la economía, los procesos sociales, las políticas de Estado y el acervo cultural de una sociedad determinada, que han sido ampliamente expuestos en los textos correspondientes. Restaría solamente reflexionar sobre la forma en que esta correlación salud-desarrollo, debe orientar las estrategias de cambio cuando se trata de reformar los sistemas de atención a la salud, como una exigencia del propio desarrollo.

De acuerdo con lo que se ha expresado en esta obra, los nuevos sistemas y modelos de atención a la salud deberían seguir en principio, las siguientes líneas de acción:

- Pugnar dentro de su ámbito de acción porque las políticas económicas se ajusten a los objetivos del desarrollo,
- Fortalecer su situación financiera, sin comprometer la salud individual y colectiva, por un sometimiento irracional a los intereses económicos,
- Buscar que la salud se integre como acción prioritaria de las políticas sociales,
- Señalar alternativas para lograr la equidad en salud,
- Considerar los factores de riesgo social y la estructura y grado de desarrollo social, como variantes que determinan las características de la demanda de atención,

- Definir las responsabilidades de cada uno de los actores sociales en la atención a la salud, y
- Promover la conservación de los recursos y los ecosistemas, para no comprometer la salud de las generaciones futuras.

Todo lo anterior se traducirá sin duda, en un reforzamiento del papel de la salud como factor determinante y expresión del desarrollo.

BIBLIOGRAFIA

Munroe, T., "Instituciones y Cultura Política", **Panel sobre la reforma social y el estado**, BID/PNUD, Washington, D.C., 1993.

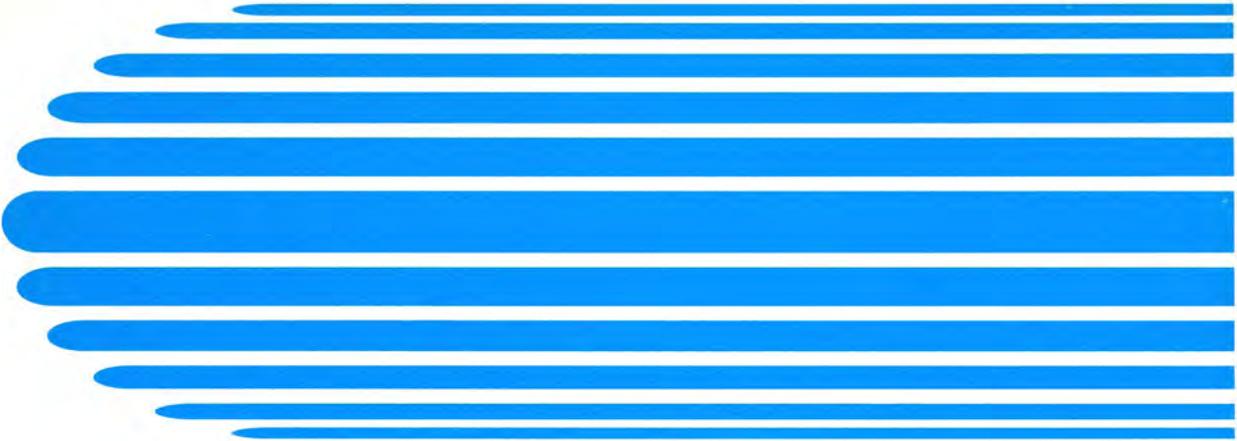
Nakajima, M., "Message from the Director General", en **The World Health Report 1996**, OPS, Ginebra, Suiza, 1996.

Novoa, E.A., Restrepo, .D.I., "Globalización y Estado-Nación: Las políticas sociales de la nueva nueva era" en **Estudios Políticos**, número 8, México, 1995.

Oficina Sanitaria Panamericana, "La epidemiología en la búsqueda de la equidad en salud", **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, número 119(5), Washington, D.C., 1995.

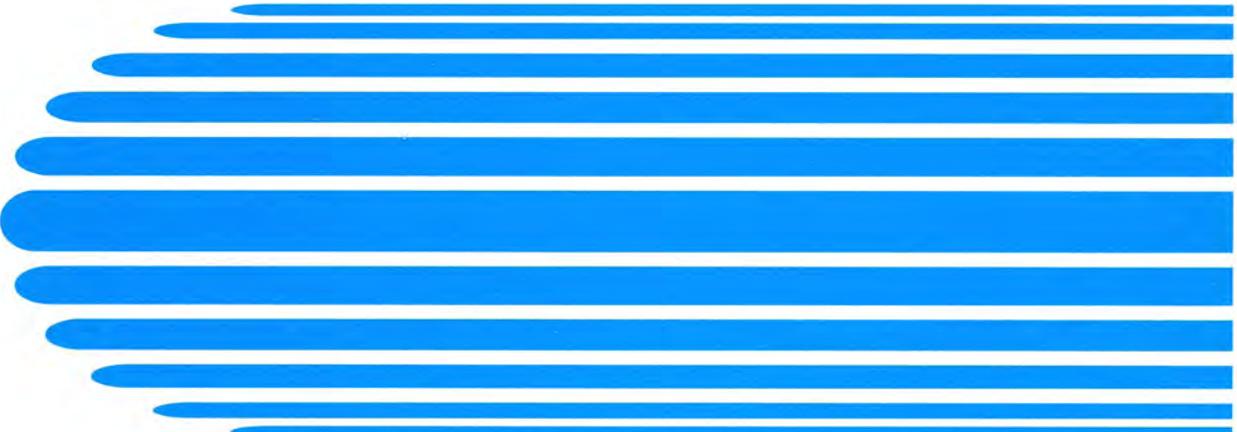
Penchaszadeh, V.B., "Genética, individuo y sociedad: Desafíos para la medicina social", **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, número 118(3), Washington, D.C., 1995.

Prado, G., Soler, L.A., "Impacto de las políticas de ajuste en el sector salud. El caso del área metropolitana de la ciudad de Buenos Aires", Conferencia, **IX Congreso Internacional. International Association of Health Policy**, Montreal, Canadá, 1996.



El programa editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), se integra por los libros de las series estudios y monografías, la revista "Seguridad Social" y el boletín informativo. Mediante estas publicaciones, la Conferencia cumple con una de sus finalidades, que es la de recopilar y difundir investigaciones, documentos y programas de la seguridad social.

La *Serie Estudios*, de la que forma parte este libro, cuenta con varios títulos que presentan el desarrollo y los avances de la seguridad social en sus distintas ramas. Su publicación se realiza conforme al programa aprobado por el Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.



Conferencia Interamericana de Seguridad Social
Secretaría General
México, D.F.
1996