

Necesidades básicas del ser humano y su satisfacción a través de la cultura

por Giovanni G. Bassetto Fajardo

PARTE 1

Necesidades humanas básicas

Se ha creído tradicionalmente, que las necesidades humanas tienden a ser infinitas; que están constantemente cambiando; que varían de una cultura a otra, y que son diferentes en cada período histórico. Pero tales suposiciones son incorrectas, puesto que son producto de un error conceptual, que consiste en confundir las necesidades con los satisfactores de esas necesidades.

Las necesidades humanas fundamentales son finitas, pocas y clasificables. Además las necesidades humanas fundamentales son las mismas en todas las culturas y en todos los períodos históricos. Lo que cambia, a través del tiempo y de las culturas, son la manera o los medios utilizados para la satisfacción de las necesidades.

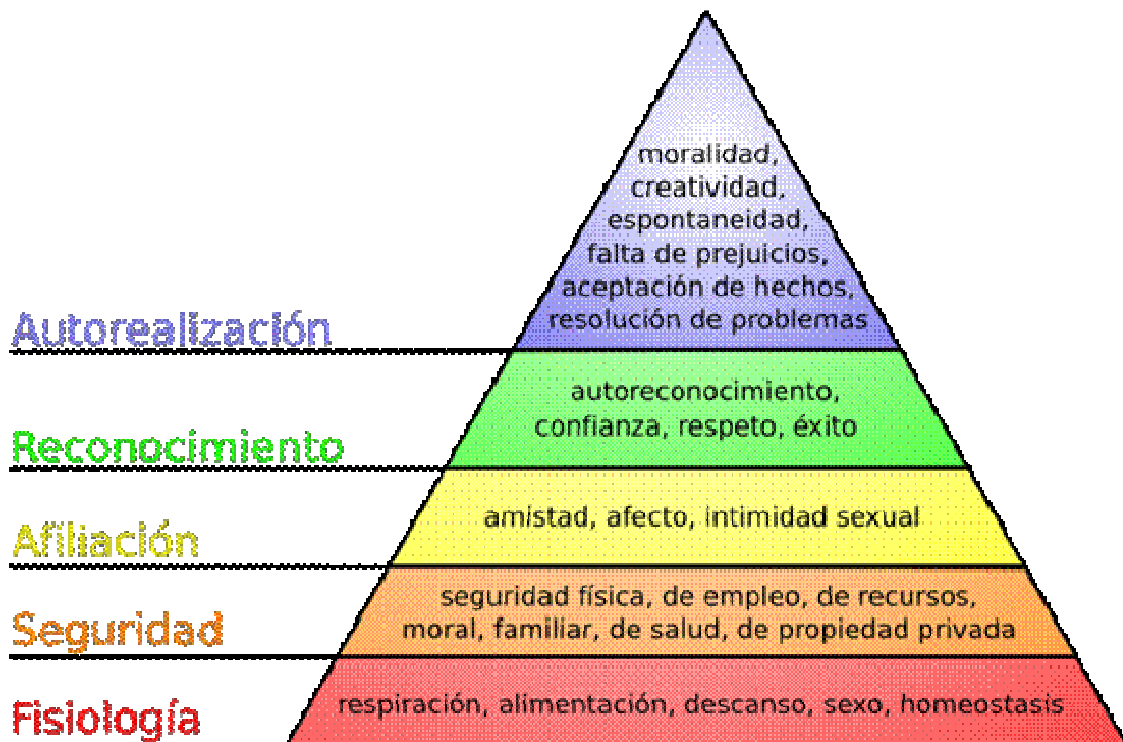
Las necesidades fundamentales son: subsistencia (salud, alimentación, etc.), protección (sistemas de seguridad y prevención, vivienda, etc.), afecto (familia, amistades, privacidad, etc.) entendimiento (educación, comunicación, etc.), participación (derechos, responsabilidades, trabajo, etc.), ocio (juegos, espectáculos) creación (habilidades, destrezas), identidad (grupos de referencia, sexualidad, valores), libertad (igualdad de derechos).

Concebir las necesidades tan sólo como carencia implica restringir su espectro a lo puramente fisiológico, que es precisamente el ámbito en que una necesidad asume con mayor fuerza y claridad la sensación de "falta de algo". Sin embargo, en la medida en que las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son también potencialidad y, más aún, pueden llegar a ser recursos. La necesidad de participar es potencial de participación, tal como la necesidad de afecto es potencial de afecto.

Integrar la realización armónica de las necesidades humanas en el proceso de desarrollo, significa la oportunidad de que las personas puedan vivir ese desarrollo desde sus comienzos; dando origen así a un desarrollo sano, autodependiente y participativo, capaz de crear los fundamentos para un orden en el que se pueda conciliar el crecimiento económico, la solidaridad social, el crecimiento de las personas y la protección del ambiente.

Las necesidades humanas básicas referidas, deben constituirse en derechos inalienables del ser humano, ya que su posesión y práctica hacen a la dignidad del individuo y las comunidades. La satisfacción de estas necesidades implica un marco ambiental sano. La degradación del ambiente, provocada por los procesos de contaminación y "explotación" irracional de los recursos, atenta gravemente contra ellas. Actualmente y a nivel mundial, los modelos de desarrollo económico y tecnológico han provocado que millones de seres humanos no hayan tenido posibilidad de acceder a la satisfacción de estas necesidades básicas.

Pirámide de necesidades de Maslow.



Es una teoría psicológica propuesta por Abraham Maslow en su trabajo de 1943 Una teoría sobre la motivación humana, posteriormente ampliada. Maslow formuló una jerarquía de las necesidades humanas y su teoría defiende que conforme se satisfacen las necesidades básicas, los seres humanos desarrollamos necesidades y deseos más elevados

Teoría jerárquica de las necesidades de Maslow

La jerarquía de necesidades de Maslow se describe a menudo como una pirámide que consta de 5 niveles: los cuatro primeros niveles pueden ser agrupados como necesidades de déficit (déficit needs); el nivel superior se le denomina necesidad del ser (being needs). «La diferencia estriba en que mientras las necesidades de déficit pueden ser satisfechas, las necesidades del ser son una fuerza impelente continua». La idea básica de esta jerarquía es que las necesidades más altas ocupan nuestra atención sólo una vez que se han satisfecho necesidades inferiores en la pirámide. Las fuerzas de crecimiento dan lugar a un movimiento hacia arriba en la jerarquía, mientras que las fuerzas regresivas empujan las necesidades prepotentes hacia abajo en la jerarquía. En términos de economía se usaba mucho este método de jerarquización, hasta que se simplificó en una sola "felicidad". Según la pirámide de Maslow tendríamos de:

Necesidades fisiológicas básicas

Son necesidades fisiológicas básicas para mantener la homeostasis (referido a la salud del individuo), dentro de estas se incluyen:

- Necesidad de beber agua.
- Necesidad de alimentación.
- Necesidad de dormir.
- Necesidad de eliminar los desechos.

Necesidades de seguridad

Surgen de la necesidad de que la persona se sienta segura y protegida. Dentro de ellas se encuentran:

- Seguridad física.
- Seguridad de empleo.
- Seguridad de ingresos y recursos.

De pertenencia y afecto

Están relacionadas con el desarrollo afectivo del individuo, son las necesidades de asociación, participación y aceptación. En el grupo de trabajo, entre estas se encuentran: la amistad, el afecto y el amor. Se satisfacen mediante las funciones de servicios y prestaciones que incluyen actividades deportivas, culturales y recreativas. El ser humano por naturaleza siente la necesidad de relacionarse, de agruparse; en familia o con amigos o formalmente en las organizaciones.

Estima o reconocimiento

En ocasiones las empresas no toman muy en serio este punto, ya que sólo se enfocan en la remuneración económica y se olvidan que las personas también tienen sentimientos. Esto no sólo afecta benéficamente al individuo, sino a toda su familia. Un ejemplo bien claro es cuando un padre de familia asiste a la firma de boleta de su pequeño y al término de ésta la maestra se acerca al padre de familia y felicita al niño por su gran desempeño; no sólo se siente bien el niño sino toda su familia, por que se refleja el esfuerzo de cada uno de los miembros y por ende el niño tendrá una motivación que lo invitará a seguir esforzándose.

Autorealización

Son las más elevadas, se hallan en la cima de la jerarquía, a través de su satisfacción personal, encuentran un sentido a la vida mediante el desarrollo de su potencial en una actividad. Se llega a esta cuando todos los niveles anteriores han sido alcanzados y completados.

EL SER HUMANO, LA SALUD Y SOCIEDAD CONDICIONES DE VIDA: FACTORES SOCIO-SANITARIAS, EMPLEO, EDUCACIÓN, RECREACIÓN

Algunas consideraciones generales en torno al proceso de salud-enfermedad.

Iniciamos esta exposición desde la óptica de la epidemiología que como rama técnica auxiliar de la medicina, permite proponer hipótesis acerca de la ocurrencia de las enfermedades en grupos poblacionales.

La epidemiología, según Ahlbom y Norell (1993), se define como "la ciencia que estudia la frecuencia de las enfermedades en las poblaciones humanas" (p.1). De esta forma los epidemiólogos no contemplan la enfermedad integralmente, sino que describen tan sólo la ocurrencia de ésta, su clasificación, sus factores de riesgo y su descripción por métodos estadísticos, así como su relación que tiene con otras ramas; de la medicina como la medicina preventiva o la salud pública. Es decir, que establece cómo se genera y distribuye la enfermedad (morbilidad), la muerte (mortalidad) y el estar sano (sanidad) de los individuos a través del esquema causal.

Para subsanar el problema de que la epidemiología médica "clásica" o tradicional no ha abordado el proceso de salud-enfermedad colectivo desde la perspectiva de las ciencias sociales, Laurell (1977), incursionó en este terreno a través de las propuestas de la epidemiología social. Al respecto, Laurell comentó: "mi proposición de considerar la enfermedad como un fenómeno colectivo significa, entonces, que es un hecho social y que debe ser manejado como tal tanto en términos teóricos como metodológicos. Esto sugiere que el concepto de la salud-enfermedad colectiva no es reductible al fenómeno biológico individual, aunque es la expresión concreta del primero" (pág. 80). Esta visión nos ha permitido considerar a la enfermedad como un fenómeno social y por lo tanto colectivo, sin embargo, la intención no es conocer si a cada fenómeno social le corresponde una enfermedad, sino determinar los procesos históricos de las sociedades, particularmente los sociales lleven a la generación de enfermedades.

Desde una perspectiva similar, López y Blanco (1994), partiendo de la tesis de modelos de salud-enfermedad (SE) desde lo social, identifican el doble componente social-biológico que conforma las condiciones de SE de las poblaciones. El papel fundamental que los procesos sociales juegan en la determinación y la multicausalidad jerarquizada que opera en su generación del proceso de salud-enfermedad colectivo es abordado en sus recientes trabajos donde se especifican las diferencias entre un modelo y otro, y se ubican en el reconocimiento de la especificidad en lo social, en la interpretación sobre las formas de operación y en los mecanismos de la determinación de lo social. Se especifica que los componentes sociales tienen la misma importancia en la generación de la enfermedad (inclusive que los etiopatogénicos) y, por ello, proponen en el estudio, que la determinación de la enfermedad no sólo sea a través de la identificación de factores causales naturales, ecológicos y sociales, sino que haya una reflexión complementaria de lo biológico y lo social.

Dentro de la misma corriente de pensamiento de la epidemiología social, Brehil y Granda (1985:45-64), consideran que el ``objeto de estudio de la epidemiología es la salud-enfermedad como proceso particular de una sociedad'', lo que significa que contrariamente a la corriente de la epidemiología clásica que considera a la enfermedad desde lo individual a lo social; los autores presentan a la epidemiología social como un proceso más incluyente que permite estudiar a los grupos sociales determinados y su relación con el proceso colectivo de salud, enfermedad y muerte. Breilh, un año después (1986), aborda la epidemiología con la construcción de una tesis bajo el método de análisis científico del materialismo histórico, considerando que ``el proceso de salud-enfermedad constituye una expresión particular del proceso general de la vida social''. En su análisis utiliza la categoría de reproducción social, que se configura en un sistema de contradicciones dialécticas según cada clase se desenvuelve.

Bajo el mismo tema, Possas (1989), aborda el problema del proceso de salud-enfermedad desde la epidemiología social jerarquizando las determinaciones de forma coherente partiendo de los niveles de amplitud y subordinación entre las causas más generales y las más específicas, especificando que ``el complejo causal que incide en la determinación del proceso salud-enfermedad requiere del establecimiento de nexos jerarquizados de causalidad según los niveles de generalidad y especificidad de las causas identificadas y según su importancia relativa en la determinación de los fenómenos observados'' (pág.190-191).

Los conceptos analíticos de calidad y condición de vida vistos desde diferentes ciencias.

En este apartado, se da una visión general de algunas consideraciones que al respecto de la calidad y condición de vida se tienen desde diferentes ciencias. Con el fin de tener una idea de estos conceptos, planteamos la pregunta de ¿Cuáles son los conceptos analíticos para determinar la salud-enfermedad colectiva que sean más adecuados para que, desde una perspectiva teórica nos permita construir un puente entre los procesos sociales y los procesos biológicos?

Resulta un reto definir los conceptos analíticos más útiles que correspondan a la especificidad del objeto de estudio, que es en este caso son los determinantes de la salud-enfermedad. Cabe señalar que en el nivel más teórico general, los conceptos de calidad y condición de vida permiten derivar otros conceptos y categorías para explicar el proceso de salud-enfermedad colectiva. En la sociología, la psicología, la medicina y sus ciencias auxiliares como la epidemiología y la salud pública, o desde otras ciencias como la antropología, así como, la medicina social; existe la diferencia conceptual entre calidad y condición de vida, inclusive, cómo evaluar cada una.

Las acepciones de: término, noción, concepto y categoría de calidad de vida, se mencionan indistintamente por varios autores desde 1960 aproximadamente, durante este periodo los científicos sociales han recolectado datos sobre los aspectos socioeconómicos, la educación y la vivienda como una alternativa para evaluar la calidad de vida. Algunos investigadores han sugerido que se debe realizar una diferenciación respecto a la calidad de vida relacionada con la salud, que tiene que ver con el valor de los aspectos mismos de la vida y que no son considerados habitualmente tales como: el ingreso, la libertad y la calidad del

medio ambiente, entendiendo que éste concepto es una preocupación encaminada de los individuos por su enfermedad que padecen más que por la ausencia de su salud, es decir, se relaciona con un sentimiento de valor. Algunos autores que han abordado el tema se citan a manera de ejemplo: los psicólogos Day y Jankey (1996), han sugerido mediciones subjetivas para evaluar de forma individual la calidad de vida, a través de indicadores como la satisfacción individual respecto de la vida. Meeberg (1993), considera que generalmente la calidad de vida se ha relacionado con la interpretación subjetiva donde intervienen factores psíquicos y somáticos de los individuos, utiliza al menos cuatro conceptos para el análisis de la calidad de vida:

- a) sentimiento de satisfacción de la vida en general,
- b) capacidad mental para evaluar cada uno de nuestras satisfacciones,
- c) un estado "aceptable" físico, mental, social y emocional como determinante de la salud del individuo y,
- d) una evaluación objetiva de otra persona que ha vivido condiciones similares.

El Dr. Leidy (1994), ha sugerido que el estado funcional óptimo, consiste en el entero dominio de las funciones vitales y lo define "como un concepto multidimensional caracterizado por la capacidad de proveerse de las necesidades para la vida, esto es, lo que la gente reúne para sus necesidades básicas en el curso normal de su vida, que cumple con sus funciones y mantiene su salud y bienestar". El dominio de las funciones a las que Leidy hace referencia, no está solamente confinado al funcionamiento físico, incluye también el funcionamiento psicológico, social y espiritual. Sin embargo, la tendencia ha sido considerar el valor relativo de las funciones solamente en el plano físico. Evidencia de ello, es la utilización de la escala de Karnofsky diseñada en 1947, que evalúa o mide la habilidad personal para cumplir con las actividades de la vida diaria (AVD), como sería bañarse o alimentarse uno mismo. Esta escala contempla una gradación de 0 a 100. Para Leidy el estado funcional no es coincidente con el concepto de calidad de vida por dos razones. La primera, es que para evaluar tan sólo se utiliza la escala funcional de Karnofsky y segundo, porque siendo medido el estado funcional de forma objetiva no se consideran los aspectos subjetivos para su interpretación.

Por otro lado, Ebrahim (1995) ha relacionado la salud con la calidad de vida. Definiendo la calidad de vida como: "el valor asignado a la duración de la vida como modificación del estado funcional, percepciones y oportunidades sociales que han sido influenciadas por la enfermedad, daño, tratamiento o las políticas".

El estado de salud como ya es conocido, no solo es la ausencia de enfermedad, de hecho como Brown (1996) lo señala: "la salud es con frecuencia citada como uno de los componentes más importantes que determina la calidad de vida de los individuos, pero también la calidad de vida determina la salud de estos". Así mismo, Kaplan y Anderson (1996) definen "la salud como la ausencia de enfermedad y síntomas, y además relacionan la salud con la calidad de vida como el efecto de las condiciones de salud/enfermedad sobre las funciones". Padilla (1996), relaciona la salud con calidad de vida "como determinante de la

forma en la cual se dan los cambios en la salud, particularmente por enfermedades severas o crónicas, condiciones de co-morbilidad y tratamientos relacionados con afectación a las dimensiones de bienestar''. Vista de esta manera, la concepción que se tiene de salud, no se puede reducir a la simple ausencia de la enfermedad y síntomas, siendo que para los individuos la salud/enfermedad es más que eso. Bowling (1995), observa esto y apunta además que depende inclusive de la cultura, la edad, el género, el nivel de educación y el estatus socioeconómico. Mount y Cohen (1995), definen a la salud como ``una sensación de la integridad personal o entereza, comprendida así como el dominio físico, mental-emocional y espiritual-existencial''. En este sentido, no queda claro si la salud se subsume a la calidad de vida; o si ésta es determinante de la salud/enfermedad o más aún, si todas ellas son sinónimos. Lo que si queda claro es que cada investigador ha desarrollado su propia concepción de lo que es la calidad de vida relacionada con el fenómeno del proceso de salud-enfermedad.

Los organismos internacionales para la salud como la Organización Panamericana de la Salud (OPS,1994), ha propuesto que para evaluar las condiciones de vida, por ejemplo, tan sólo se requiere de dos factores: los recursos económicos disponibles y el grado de acceso al desarrollo social. Este último, construido a partir del indicador global de accesibilidad al desarrollo social acumulado (IGADSA), y que no incluye la mortalidad y morbilidad.

El IGADSA considera cinco variables: el acceso a servicios básicos de salud; el acceso a recursos económicos (representado en México por el salario mínimo); el acceso al sistema educativo (educación básica); el acceso a nutrientes (fundamentalmente para la subsistencia) y, el acceso a saneamiento básico elemental. Así el IGADSA pretende reflejar el grado de accesibilidad de la población a componentes básicos de mínimo nivel, para asegurar las condiciones de vida mínimas de subsistencia relacionados con la situación de salud. Así mismo, al realizar una comparación entre los países Latinoamericanos señala la OPS que las condiciones de vida de las poblaciones de cada país están correlacionadas con el nivel de desarrollo económico alcanzado, el cual se traduce en la magnitud de los recursos disponibles y establece también la correlación con el modelo de desarrollo que ha predominado en la región; el cual corresponde a una mayor o menor accesibilidad de la población a los recursos básicos para su salud y el bienestar. Con esto se infiere que las condiciones de vida están relacionadas con el nivel de desarrollo económico y con la accesibilidad al desarrollo social acumulado en el respectivo país (además de sus variables).

Del modelo biomédico y el determinismo biológico hacia la Medicina Social, una breve consideración histórica

Históricamente, después de Descartes, el modelo conocido como mecanicista, ha considerado al cuerpo humano como una máquina, la enfermedad como consecuencia de la avería de la máquina, y a la tarea del médico como la actividad reparadora de ésta máquina. La biología y la medicina han desarrollado íntimos vínculos científicos. Los avances científicos han permitido comprender cada día más el proceso de salud-enfermedad sobre todo en el aspecto biológico, sin embargo, ha persistido el enfoque reduccionista y mecanicista.

Los científicos que han contribuido al desarrollo de la medicina como Pasteur, Koch, Bernard entre otros más introdujeron nuevos conceptos, ideas y descubrimientos que dieron

mayor énfasis a las teorías biológicas en la medicina, partiendo desde los niveles de la microbiología; la invención de los instrumentos de diagnóstico como el estetoscopio y el esfigmanómetro.

El avance de la cirugía ha favorecido por otro lado el desplazamiento del médico del paciente, es decir, lo ha alejado de éste concentrándose en la enfermedad, en lugar de prestar mayor atención al proceso del mantenimiento de la salud. Amén de ésta situación, fue necesario considerar que la enfermedad no sólo tiene bases biológicas, sino que en ella influyen los factores del medio ambiente, así como los psicológicos y sociales para potenciarla o disminuirla. El surgimiento de la salud pública, ha permitido la disminución (hasta cierto punto) de las enfermedades infecciosas causantes de muchas muertes. Durante el siglo XIX se creía en la teoría de los gérmenes, ya que aceptaban que la enfermedad tenía su origen en la pobreza, la desnutrición y la falta de higiene; en realidad los científicos no estaban tan alejados de la verdad, pues en la actualidad se consideran estos factores como propiciatorios de la enfermedad o por lo menos como condicionantes para que ésta se presente, al respecto sabemos que además de éstos, que los factores sociales, económicos, políticos y culturales en general inciden en la salud de los pueblos.

Muy recientemente, Lewontin (1991), haciendo referencia a la ideología de la nueva derecha, el determinismo biológico manifiesta lo siguiente: "la ideología de la nueva derecha se ha desarrollado en Europa y Norteamérica en respuesta a las crisis social y económica de la década pasada". Sin embargo, la ideología de la nueva derecha hace hincapié en el individualismo, que es la prioridad del individuo sobre la colectividad, tiene sus raíces en una visión de la naturaleza humana. Según Hobbes la condición humana se deriva de la comprensión de la biología humana, que se enmarca en las posturas filosóficas siguientes: el reduccionismo, que es el conjunto de métodos y modos de explicación general del mundo de los objetos y de las sociedades humanas. En este sentido los reduccionistas intentan explicar las propiedades de conjuntos complejos en los términos de las unidades de que están compuestas estas moléculas o sociedades. El determinismo biológico, afirma que la naturaleza humana está determinada por nuestros genes, implicando que las causas de los fenómenos sociales se hallan en la biología como los actores individuales en una escena social, es más, la herencia genética, es siempre invocada como expresión de la inevitabilidad; lo que es biológico lo es por naturaleza y por lo tanto es demostrado por la ciencia como inmodificable. Un enunciado básico reduccionista y determinista biológico es que los fenómenos sociales son la suma de los comportamientos de los individuos. El determinismo biológico o biologismo ha sido un poderoso medio para explicar las desigualdades de estatus, riqueza y poder que ahondan aún más la desigualdad en salud.

Por su parte, Rosen (1986), refiere que en el siglo XIX los médicos alemanes ligados a las luchas populares, hicieron muchas propuestas para la explicación de la distribución y determinación de la enfermedad; la Medicina Social en esa época planteaba que la salud del pueblo concierne a la sociedad entera, y que las condiciones económicas y sociales tienen un importante efecto sobre la salud y la enfermedad, por lo que esas relaciones deben ser investigadas. Las ideas de Virchow, por ejemplo, fueron retomadas por la Medicina Social Latinoamericana considerando y reconociendo que existe una estrecha relación entre los problemas de pobreza y la enfermedad; así nació un movimiento político social que propone

modificar las condiciones de salud de los individuos resolviendo los fenómenos de la desigualdad social.

Hoy día la Medicina Social (MS) se presenta como una corriente de pensamiento alternativa que estructura un método distinto al de las ciencias biológicas o del modelo biomédico para el estudio del proceso de salud-enfermedad colectivo, ya que se plantean teorías diferentes a la salud pública o a la epidemiología. El carácter específico de la MS radica en el reconocimiento de que la salud-enfermedad para su estudio, utiliza marcos analíticos de las ciencias sociales, interpretando a la sociedad y a su historia, es decir, deja claro que el enfoque interpretativo histórico-social es indispensable. La MS generalmente, pero no necesariamente, parte de los conceptos centrales del materialismo histórico para explicar el carácter social de la realidad sanitaria, reflexionando sobre los retos necesarios para la construcción de una sociedad más equitativa en materia de salud. Sin embargo, la MS no representa una contradicción absoluta ante las ciencias médicas; ya que la crítica, por ejemplo a la Salud Pública ha permitido a la Medicina Social definir claramente algunos objetos de estudio como los determinantes de la salud-enfermedad, el saber médico y la práctica médica; por lo que existe entonces, planteamientos alternativos o complementarios que explican el proceso de salud-enfermedad, sus determinantes y su distribución. Por otro lado, desde la epidemiología se ha consolidado la idea de la determinación social del proceso salud-enfermedad y se ha mostrado la desigualdad de su distribución.

Para (Blanco,1994), la definición de calidad y la condición de vida de los grupos, colectividades o sociedades humanas y su relación con el estado de salud y enfermedad no son hechos recientes. El reconocimiento de esta relación desde la perspectiva de la Medicina Social explica Blanco, ``surge simultáneamente en varios países europeos a mediados del siglo XIX con un grupo de reformadores sociales, entre los que destacan los higienistas y promotores del movimiento de reforma médica´´. Por lo que, la MS ha jugado un papel hasta ahora incomprendido por los científicos biomédicos de "línea dura".

Los conceptos analíticos de calidad y condición de vida y su relación con algunas categorías empleadas en la Medicina Social.

Es menester resaltar que la calidad y la condición de vida de los individuos son conceptos que por sí mismos no definen o determinan con precisión el proceso de salud-enfermedad colectivo. Como se verá en los siguientes apartados, es necesario articularlos con otras categorías como la reproducción social, la clase social, la desigualdad y la pobreza que ayudan a entenderlos, y que permiten abordar los procesos de salud-enfermedad desde una visión que va más allá de la medicina positivista o biologicista. En el caso de la salud pública y la epidemiología, éstas pretenden explicar que determinadas condiciones y calidad de vida tienen por si mismas un peso sobre la salud o la enfermedad de las sociedades, así como, prestan apoyo para analizar algunas de las investigaciones realizadas en el campo de las ciencias sociales concretamente de la Medicina Social.

El problema de la satisfacción de las necesidades humanas, en último término lleva a una determinada calidad de vida. Blanco (1997), como define a la calidad de vida como: "el grado de satisfacción de necesidades básicas, bienestar o privación en un periodo de observación"; entendiéndose que el nivel de satisfacción de éstas necesidades va a permitir la

estimación de la calidad de vida de la sociedad. La satisfacción de estas necesidades, desde la perspectiva del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), incluye el grado de nivel económico alcanzado por los países como factor preponderante. Sin embargo, la relación entre crecimiento económico y satisfacción de necesidades humanas es necesaria pero no suficiente. Se requiere de medidas adicionales y en consecuencia no es automático el impacto del desarrollo económico en la calidad de vida de toda la población (CELATS,1991). Estas medidas adicionales frecuentemente se usan para expresar las condiciones de vida definidas por la OPS (1994) como: "las relaciones con el nivel de desarrollo económico y accesibilidad al desarrollo social acumulado en el respectivo país". Se incluyen además otras variables como el empleo, desempleo, subempleo, salario, gasto público, precios en los alimentos, accesos a los servicios básicos, tasas de natalidad y mortalidad, fecundidad, analfabetismo, ingreso per cápita, educación, salud, etc., y que en el presente trabajo no serán revisados. Lo anterior nos habla de que es condición necesaria que la magnitud de los recursos disponibles, sobre todo económicos, sean suficientes para la satisfacción de las necesidades de los individuos de una sociedad y que estas actúen como determinantes para un mayor acceso a los servicios de salud, de educación, de alimentación, de vivienda y desde luego a salarios o sueldos "decorosos".

En materia de la calidad y condición de vida es conveniente hacer referencia, a Brehil y Granda (1985), que abordan el proceso de salud-enfermedad visto bajo el criterio de la epidemiología al describirlo como: "la síntesis de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y que producen en los diferentes grupos la aparición de riesgos o potencialidades características, las cuales a su vez se manifiestan en la forma de perfiles o patrones de enfermedad o de salud". En segundo término, lo relacionan con la exposición de los procesos de riesgos: "que provocan la aparición de enfermedades y forma de muerte específicas". Para la condición de vida, la relacionan con el perfil de salud-enfermedad en tres dimensiones a saber:

- a) La dimensión estructural formada por los procesos de desarrollo de la capacidad productiva y las relaciones sociales que operan en el contexto donde ha aparecido un cierto problema epidemiológico.
- b) La dimensión particular formada por los procesos llamados de reproducción social y,
- d) La dimensión individual formada por los procesos que en última instancia llevan a enfermar o morir, o que por el contrario, sostienen la normalidad y desarrollo somáticos y psíquicos.

Es decir, por un lado dependiendo de la calidad de vida de los individuos serán los riesgos que lo lleven a la enfermedad e incluso a la muerte y, por otro lado, que la condición de vida se relaciona con las dimensiones de las capacidades desarrolladas por los individuos dentro de las relaciones sociales y productivas, determinando así un perfil específico de salud-enfermedad.

Citando a Nunes (1986), propone que el análisis epidemiológico se analice en conjunto con "el proceso de salud-enfermedad y la sociedad, o sea que aborda el problema de las condiciones sociales bajo las que se produce, desarrolla y difunde el fenómeno salud-

enfermedad". Esto lo lleva a cabo a través de dos categorías que expresan las formas de inserción socio-económica: condiciones de trabajo y condiciones de vida, que explican según la autora, la distribución de los diferentes riesgos de morbimortalidad de la población. Possas (1989), en este mismo sentido, precisa que las condiciones de vida están "relacionadas a la dimensión espacial de la ocupación del espacio urbano y rural, a la densidad poblacional en las periferias urbanas, a las condiciones de alimentación, habitación saneamiento, transporte y medio ambiente, entre otros". Así mismo hace referencia a la diferencia entre condiciones de vida que como se aprecia son relativas a las condiciones materiales para la subsistencia, y los estilos de vida son referidos a las formas sociales y culturalmente determinadas de vida. Ambas dimensiones son condiciones de existencia que caracterizan el modo de vida que es la categoría más general que abarca las condiciones básicas de subsistencia y aspectos de comportamiento de la naturaleza socio-cultural de los individuos. En este sentido resulta interesante que los autores citados, articulan las condiciones de vida, estilos de vida, modo de vida y condiciones de existencia como un todo, pero no delimitan o precisan cómo cada una de ellas influye en el proceso de salud-enfermedad colectivo dentro del análisis epidemiológico que hacen referencia.

Pasamos en los siguientes apartados a describir las categorías más empleadas en Medicina Social para el análisis de las condiciones y calidad de vida.

La reproducción social

La categoría de reproducción social es una de las más utilizadas para explicar la calidad y la condición de vida de los individuos dentro de una sociedad. Blanco (1997), partiendo desde un nivel teórico general, menciona que "la calidad de vida se refiere a las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de los grupos humanos". Esto significa que la categoría de reproducción social explican y hasta cierto punto la calidad de vida; profundizando hasta niveles muy complejos de la operacionalización. La categoría de reproducción social la considera como la base fundamental para explicar el proceso de salud-enfermedad colectivo, desdoblándola para su análisis a través del proceso de consumo, producción y el territorio. Este último como el concepto mediador para la aproximación de la generación de salud-enfermedad y muerte en las poblaciones. Según la clase social de pertenencia determina las condiciones de existencia (equivalente de condición de vida) dentro de un territorio en específico, -en éste sentido apuntaría que el asentamiento en "X" territorio también expresa la cultura de determinada población- contribuyendo a establecer la calidad de vida de esa colectividad o grupo social.

Por su parte Breilh (1986), aportó desde la epidemiología social, una teoría donde el hecho epidemiológico se analiza a través de la categoría de la reproducción social, de la determinación y distribución del proceso de salud-enfermedad, entendiendo como: "el perfil epidemiológico el conjunto integrado por el sistema de contradicciones (reproducción social) que modela la calidad de vida y los patrones de salud-enfermedad resultantes".

Años más tarde, recapituló Breilh (1989), que "el proceso de salud-enfermedad constituye una expresión particular del proceso general de la vida social".

Utilizando para su análisis la categoría de reproducción social que se configura en un sistema de contradicciones en que cada clase se desenvuelve. Bajo ésta teoría las condiciones materiales juegan un papel determinante para evaluar la calidad de vida sobre todo de los que se refieren al consumo y posesión de bienes en calidad y cantidad, acceso a los servicios y a la satisfacción de las necesidades básicas no sólo para vivir, sino para acumularlos a través del tiempo. Continuando con Breilh (1992), anotó que la condición de vida "es mejor mientras más adecuadas sean las condiciones para la reproducción social, para los procesos vitales y para la acumulación genética de ventajas biológicas". Como un ejemplo complementario a Breilh, citamos a Goldenberg (1991), que haciendo referencia a la reproducción social citó que: "la producción material de los individuos, las condiciones de vida , en torno de las cuales se estructuran las condiciones de salud de las poblaciones, deben ser remitidas al movimiento de reproducción social". Se infiere que hace alusión a la producción de elementos materiales necesarios para la reproducción de los individuos, así como a la reproducción social para la mejora de las condiciones de salud.

La clase social

Sin lugar a dudas, al hablar de la salud-enfermedad como fenómeno colectivo y como una expresión general de la vida social de los individuos, no se puede dejar a un lado la clase social que permite a través del análisis diferencial de los distintos grupos sociales, encontrar como la calidad y condición de vida determinan la salud-enfermedad colectiva. Blanco (1994), refiere que "la clase social de pertenencia determina, en un sentido general, las condiciones de existencia, la salud-enfermedad se expresa según la clase social a la que pertenecen los individuos y depende en gran medida de sus particulares condiciones de vida y de trabajo". Esta categoría tiene que ser abordada desde el materialismo histórico que permite dar un marco conceptual definido a un nivel de alta abstracción del modo de producción; donde los individuos se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción.

Vásquez (1995), explica desde la perspectiva de la salud pública que ésta "extiende su visión de lo individual-biológico a lo colectivo-social, su objeto de estudio es la salud-enfermedad con sus determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y epidemiológicos". El autor comenta que dentro del espacio de lo colectivo, para entender la dinámica de las poblaciones respecto del proceso de salud-enfermedad es a partir del análisis de "sus clases y sectores de clase con sus diferentes condiciones de vida y de trabajo que se van a expresar en unas condiciones de salud o enfermedad, cuya apreciación científica nos hablará en el lenguaje de los números y de los atributos, de la calidad de vida". Para entender como la calidad de vida queda inserta en el proceso de salud-enfermedad colectivo, la categoría general de reproducción social es de mucho mayor utilidad, ya que se propone como una categoría que permite sistematizar el estudio de los condicionantes directos de la calidad de vida de los miembros de una cierta colectividad o de sus clases sociales. Lo anterior nos lo confirma Breilh (1987) -citado por Blanco (1994)-, que recurrió a la categoría de clase social

"como instrumento teórico-metodológico fundamental". Breilh consideró que "en cada una de las clases sociales se resume la historia de sus condiciones de trabajo y de consumo que modulan la calidad de vida y el apareamiento de deterioros de los elementos integrantes de la misma". Cuestión que ya ha sido revisada en párrafos anteriores, y que en síntesis permite enunciar que, la salud o enfermedad de las clases (sociales) es el resultado de las condiciones de trabajo, sus condiciones de vida y que se reflejan necesariamente en su calidad de vida. En este sentido la investigación-acción aporta a la salud pública, nos permite conocer-haciendo avances, para las interrogantes que surgen acerca de la integración de lo biológico y lo social en los procesos de salud-enfermedad colectivos.

Otro punto de vista, es el de Bronfman y Tuirán (1984), que emplean la categoría de clase social como mediadora de un "complejo conjunto de factores" que perfilan las condiciones materiales de existencia (o condiciones de vida). A través del trabajo realizado por ellos acerca de la mortalidad infantil, pretendiendo establecer la relación que existe entre clase social y ésta, con el objetivo de construir una base empírica que dé cuenta del PSE partiendo del funcionamiento del todo social y ubicando a la clase social como categoría central para la explicación de la mortalidad como fenómeno social. Contrariamente, Possas (1989), pone en duda la utilidad de la categoría de clase social para la distribución diferencial de la salud-enfermedad ya que "acaba implicando la reducción del fenómeno epidemiológico a la naturaleza de las relaciones de producción". Lo anterior explica que la distribución de los riesgos de enfermar, según las distintas formas de inserción socio-económica, no pueden estar limitada a la actividad productiva sino a dos condiciones implícitas que son las de trabajo y las de vida, que ya se revisaron en párrafos anteriores.

Desde el punto de vista de los autores que se han citado, nos explican que para analizar el proceso de salud-enfermedad colectivo y, dado que las clases sociales necesariamente participan en las relaciones de producción y que éstas tienen que ver con la propia dinámica del capitalismo; no se pueden quedar al margen las condiciones de vida de los grupos, clases o agregados sociales, ya que los cambios que se operan en las formas de acumulación de capital van transformando las condiciones laborales y éstas a su vez las condiciones de vida de las poblaciones.

La desigualdad social

El hablar de desigualdad remite necesariamente al criterio de las necesidades insatisfechas. Definidas éstas últimas por el Centro Latinoamericano de Trabajo Social CELATS (1991), como "el conjunto de condiciones de carencia claramente identificadas y de validez universal, inherentes a la naturaleza del hombre y para cuya resolución éste tiene potencialidades".

La privación de éstas necesidades o la carencia de alguna de ellas como la alimentación, pueden llevar (y de hecho conducen) a determinadas patologías, y que no necesariamente están entre la línea de la pobreza y la riqueza. Es decir, la distribución desigual o diferencial de las condiciones materiales para la satisfacción de necesidades para la vida se da en diferentes niveles de las clases sociales. Dicho de una manera muy coloquial, nadie está satisfecho con lo

que posee aún dentro de su misma clase social pues siempre habrá argumentos para alegar alguna desigualdad. La desigualdad no sólo se aprecia a través de los factores económicos, también se puede apreciar en el acceso a los servicios como agua potable, salud, vivienda y alimentación dentro de una misma población sea ésta rural o urbana. La desigualdad que se ha estudiado tradicionalmente, ha sido la distribución diferencial de los riesgos (causas de enfermedad y muerte) y los daños (determinantes) a la salud de acuerdo con ciertas variables como edad, sexo, grupos social (estratificado por ocupación, escolaridad, ingreso, etc.), y la distribución diferencial de los recursos para la salud; por lo tanto, el análisis tradicional de las dimensiones de la desigualdad social consiste básicamente en la descripción, cuantificación y explicación de las diferencias entre riesgos y daños.

Por lo anterior, se hace necesario que el análisis de la desigualdad social no sólo sea descriptiva (positivista), sino que se relacione con otras categorías para su análisis como las clases sociales que también nos hablan de la desigualdad social. Berlinguer (1989:23), nos refiere a la desigualdad social como "un hecho evidente (cuando se estudia) que la desigualdad, la explotación y la opresión concurren para producir o agravar las enfermedades". También se refleja en las condiciones de vida de los individuos y que en este caso se relaciona con las desigualdades de desarrollo económico, político e ideológico en una sociedad.

Continuando con Breilh (1984), reconoce que "las condiciones de vida y salud-enfermedad, constituyen una expresión del desarrollo económico, político e ideológico de una sociedad", y las desigualdades en estos "desarrollos" que han sido "heredadas de las formaciones pre-capitalistas... se desarrollan con las "miserias" modernas que acompañan al capitalismo monopólico.... así se producen formas de vida contrastantes. El efecto de todas aquellas miserias heredadas y modernas, detienen el progreso en la salud y aún producen efectos devastadores en algunos grupos....lo que enferma y mata no es el progreso sino el modo capitalista de progresar".

Por lo anterior, se expresa claramente que el modo de producción capitalista es un determinante de la enfermedad en grandes núcleos de población, sobre todo en aquellas donde el trabajo no es lo suficientemente remunerado o que repercute en un salario mínimo de subsistencia y por lo tanto, para el trabajador como para su familia provee escasos recursos en la alimentación, en la vivienda y en general para llevar condiciones de vida óptimas. En otras palabras significa que existen privaciones en el consumo básico, por ejemplo de nutrientes, lo que repercute en conformar perfiles de salud-enfermedad de las clases sociales determinadas por la privación o deterioro en el consumo básico. Relacionándolo con lo dicho por Berlinguer las desigualdades son condicionantes como productoras o agravantes de la salud o propiciatorias de la enfermedad.

La pobreza

La pobreza está asociada, según Boltvinik (1990), a un estado de necesidad, a carencia, y ésta se relaciona con lo necesario para la vida. Es decir, volvemos al tema de la satisfacción de las necesidades por lo que el concepto de pobreza según Blanco (1997), "incorpora la

insatisfacción absoluta y relativa de necesidades, podría ser entendida como la expresión extrema de la desigual distribución de recursos con que cuenta una sociedad". La desigualdad según el Banco Mundial, -citado por Blanco (1997)- hace alusión a las "condiciones de vida relativas a una sociedad". Blanco (1997), comenta al respecto, que calidad de vida es el "grado de satisfacción de necesidades básicas, bienestar o privación en un período de observación". En este sentido se forma un círculo; la satisfacción de necesidades lleva a cierta calidad de vida, ésta podrá ser apreciada de una forma desigual por los individuos según el grado de satisfacción de sus necesidades hasta que de alguna manera alcancen el nivel inferior donde la carencia los conduce (en casos extremos) a la pobreza. Esta, repercutirá en la calidad de vida que se expresa en la desigualdad de la satisfacción de las necesidades. Es por lo tanto según Salles (1994), que "el modo de satisfacción" es lo que da a la "necesidad el carácter social", por lo tanto, el "grado de pobreza" dependerá en el modo en que las necesidades se satisfacen.

Lo característico de los países pobres en general, es que se destacan por los bajos ingresos económicos, la escasa o nula educación escolar, los altos índices de enfermedades físicas, de desempleo, de delincuencia, de vicios como la drogadicción y el alcoholismo, así como de las condiciones pésimas de higiene en general y los altos índices de desnutrición asociados con otras patologías generalmente crónico-degenerativas. México está considerado como país en vías de desarrollo, los cinturones de miseria en las zonas urbanas aumenta cada día, el sub y desempleo aún de profesionistas son indicadores de los efectos de las políticas sociales, donde no se puede hablar de democracia e igualdad para los ciudadanos, sobre todo en aquellos grupos indígenas, donde el etnocidio cobra auge por las políticas de concentración de capital en un reducido número de la población mundial. Estas políticas indudablemente disminuyen -si es que no imposibilitan- tener acceso a la satisfacción de las necesidades humanas para el sostenimiento de las condiciones materiales indispensables para la vida. Sin la satisfacción de éstas el hombre y la mujer son incapaces de preservarse; la satisfacción de las necesidades básicas constituye la condición sine qua non para la sobrevivencia de la especie humana.

ESTILOS DE VIDA, CALIDAD DE VIDA Y SALUD

Estilo de vida.

Forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

Incursionar en la temática de Estilos de Vida Saludables, no es posible hacerlo a través a un listado de comportamientos individuales y colectivos que definen el que hacer o no hacer para vivir más o menos años, independiente de como se viven. Es necesario en primera instancia, adentrarnos en el concepto de Calidad de Vida y un poco más allá en este como componente del desarrollo humano orientado hacia que hacer, individual y colectivamente, para la satisfacción de las necesidades humanas.

Concepto del Desarrollo Humano

El desarrollo debe entenderse como un proceso de transformación que persigue el mejoramiento de las condiciones de vida para lograr mejor calidad de vida y alcanzar mantener la dignidad de la persona humana en la sociedad. Esta transformación exige la participación de la población.

El desarrollo se inicia con la identificación de las necesidades humanas y su objetivo final será humanizar y dignificar al ser humano a través de la satisfacción de sus necesidades de expresión, creatividad, participación, igualdad de condiciones de convivencia, y autodeterminación entre otras. En esta forma el desarrollo está íntimamente ligado con las oportunidades de autorrealización de las personas como individuos o como grupos.

Necesidades Humanas Fundamentales

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, que conforman un sistema que se interrelaciona e interactúa, complementándose y compensándose simultáneamente para lograr dinamismo en el proceso de satisfacción.

Las necesidades humanas universales, son iguales en todas las culturas y momentos históricos, su variación la determina el mecanismo o medio utilizado para satisfacerlas.

La satisfacción de las necesidades humanas debe darse en tres contextos, también interrelacionados:

- En relación con uno mismo. - En relación con el grupo social. - En relación con el medio ambiente.

Estilos de Vida

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados:

El Material, El Social , El Ideológico

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.

En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.

En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial espiritual y como componente de la calidad de vida. En este sentido se definen como Estilos de Vida Saludables.

Estilos de Vida Saludables

Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Algunos de los estilos de vida saludables podrían ser:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de autocuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica.

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social convencidos de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.

En sociología, un estilo de vida es la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Esto incluye:

La forma de las relaciones personales o Del consumo o De la hospitalidad o La forma de vestir.

Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo.

Tener una "forma de vida específica" implica una opción consciente o inconsciente entre un sistema de comportamientos y de algunos otros sistemas de comportamientos.

La primera vez que apareció el concepto de "estilo de vida" fue en 1939 (las generaciones anteriores pudieron no haber necesitado este concepto porque no era significativo al ser las sociedades relativamente homogéneas).

Educación para la salud y promoción de la salud: estrategias para mejorar los estilos y la calidad de vida

La intervención en el ámbito de los estilos de vida saludables siempre ha estado relacionado con el desarrollo de dos amplias disciplinas como son:

a. Educación para la salud. La educación para la salud es la disciplina encargada de comunicar a las personas de lo que es la salud, considerando las tres facetas que la conforman: biológica, psicológica y social, así como de transmitir información sobre los comportamientos específicos que suponen un riesgo para la salud y aquellos otros que por el contrario ensalzan la salud. Podemos hablar de tres grandes áreas de intervención:

- La educación para la salud en la escuela: tiene como meta mejorar la salud biopsicosocial de los niños y adolescentes. Entre los principales objetivos están: la salud comunitaria, la salud de consumo, la salud ambiental, la vida familiar, el crecimiento y el desarrollo, la salud nutricional, la prevención y el control de enfermedades, la prevención de accidentes y la seguridad, el uso y abuso de sustancias. Esta disciplina se ha introducido en la educación primaria y secundaria como un contenido transversal que debe ser instruido desde todas las asignaturas del currículo escolar. Sin embargo, la gran cantidad de problemas y obstáculos que encuentran los profesores para llevar a cabo esta labor tan compleja y diversa hace que se esté dejando a un lado y que se dedique poco tiempo a esta ardua labor. Como consecuencia, Heaven considera que dadas las carencias que se están produciendo es recomendable introducir esta disciplina en el sistema escolar como una asignatura independiente, recibiendo el mismo peso que el resto.
- En la comunidad: en contraste con la escuela no existe un contexto específico ni unos objetivos claros. Se trata de programas que se realizan para prevenir y mejorar los problemas de salud que presenta la comunidad en general. Ejemplos de este tipo de programas puede ser una campaña antitabaco o un programa de planificación familiar.
- La educación de pacientes: ésta se lleva a cabo fundamentalmente en contextos médicos donde la población diana son personas que han sido diagnosticadas de alguna enfermedad y que se encuentran bajo tratamiento médico. El objetivo suele ser aminorar los

riesgos asociados a dicha enfermedad. Son los médicos los profesionales que directa o indirectamente se encargan de esta labor.

Green plantean la existencia de tres tipos de factores que influyen en las conductas de salud: los factores predisposicionales que son los antecedentes de la conducta que tienen una gran fuerza motivacional en la toma de decisiones de una conducta de salud (actitudes y creencias). Los factores facilitadores que son las habilidades y los recursos necesarios para la realización de una conducta (habilidades de lavado de dientes o el acceso a dentífricos con flúor). Por último, los factores reforzadores son los refuerzos tangibles o no, los incentivos o los castigos asociados a una conducta que contribuyen a su persistencia o a su desaparición (aprobación de los pares por el consumo de tabaco).

Otra aportación de gran interés para el desarrollo de programas es el denominado Mapa de Intervención. Ha sido diseñado para guiar el proceso de desarrollo de programas de educación para la salud basándose en la evidencia empírica y en la teoría.

- Cualidades en la educación para la calidad de vida: en medicina, los profesionales deben actualizarse y renovar continuamente sus conocimientos, deben reunirse e intercambiar información a través de revistas publicadas y de otras formas; compartir información es una característica de las profesiones. Es necesario vivir en un permanente proceso de educación para ser capaces de desempeñarnos en nuestra profesión, en todas las áreas y en todos los niveles.

El aprendizaje supone un "cambio". En cuanto al logro de la calidad de vida, necesariamente tendremos que entrar en una dinámica de cambios constantes que no terminan nunca. La perfección no puede alcanzarse, pero si es posible acercarnos a ella con cada cambio.

Herberto Mahon reconoce dos campos de aprendizaje en el hombre: "Uno, es el de las aptitudes o habilidades donde el hombre incorpora los conocimientos que amplían su "saber hacer". El otro de los campos, es el de las actitudes o conductas, donde el hombre incorpora los mensajes que el contexto vuelca sobre él, y que, cuando alcanzan la contundencia suficiente, se asimilan y producen así una modificación de conducta". Consideraremos el aprendizaje de aptitudes o habilidades como la formación profesional y el de actitudes y conductas como la formación personal.

Muchos autores insisten en la formación técnica, aptitudes o habilidades de cada profesión. Sin embargo, reflexionando en aquello de que no hay una "escuela para la vida", se debe pensar que cualquier actividad profesional es una actividad humana; se trata con personas, y de ellas depende el éxito de cualquier actividad y el trato con personas exige calidad de vida por parte del practicante.

Albert Einstein solía afirmar: "Considero criticable tratar al individuo como una herramienta inerte. La escuela debe plantearse siempre como objetivo el que el joven salga de ella con una personalidad armónica y no como un especialista Lo primero debería ser, siempre, desarrollar la capacidad general para el pensamiento y el juicio independientes y no la adquisición de pensamientos especializados".

b. Promoción de la salud. Más que una disciplina, la promoción de la salud es un planteamiento filosófico global sobre la salud y la calidad de vida de las personas. La promoción de la salud se diferencia de la educación para la salud en que ésta última trata de cambiar comportamientos concretos en una población específica, sin embargo la promoción de la salud es un planteamiento holista de intervención. Si bien, la mayoría de los autores consideran la educación para la salud como parte de la promoción de la salud

La promoción de la salud designa un movimiento hacia un estado positivo de salud y bienestar. Se ocupa de las personas y su bienestar desde la perspectiva de esas mismas personas. Como participantes, las personas necesitan tener tanto control como sea posible para alcanzar la salud y un estado de bienestar. Lejos de culpabilizar a la víctima, la búsqueda de la salud y el bienestar es una responsabilidad tanto del individuo como de la sociedad en general. De hecho, los componentes conductuales juegan un rol importante, pero también los contextos ecológicos, económicos y sociales son especialmente relevantes.

En resumen, la promoción de la salud es un ámbito de intervención multisectorial, requiriendo una conceptualización de la salud amplia y holista y un cuidado de la salud tanto por sus consumidores como por sus proveedores. Por consiguiente, la principal función de la promoción de la salud consiste en crear las condiciones que promuevan la salud ocasionando cambios en política local, nacional e internacional. En definitiva, la promoción de la salud puede ser considerada como una responsabilidad moral. En este sentido cabe señalar que los educadores son los principales responsables de la educación de los adolescentes y que por lo tanto su responsabilidad debería motivarles a estar informados de los aspectos de salud que hay que promover y enfatizar, así como el papel que ellos juegan y las estrategias a seguir para conseguir entre todos el objetivo perseguido, esto es lograr que los adolescentes adquieran estilos de vida saludables.

c. Recomendaciones en la Promoción de estilos de vida saludables. Aunque la educación y la promoción de la salud pueden llevarse a cabo en grupos de todas las edades (niños, adolescentes, adultos, tercera edad), posee mucha más relevancia en la infancia y en la adolescencia. Esto es así debido a que en estas edades se adquieren los hábitos de estilo de vida, que serán más difíciles de modificar en la vida adulta.

La promoción de los estilos de vida saludables debe realizarse a partir del diseño de programas adaptados a las características de la población objetivo. Deben ir orientados a modificar los determinantes más potentes de las distintas conductas de salud. Si bien, algunos de estos son imposibles de modificar, como el género, las características biológicas o el estatus socioeconómico. Los determinantes psicológicos y conductuales son los que más suelen introducirse en los programas, sin embargo, su influencia es más débil. En contraste, los determinantes ambientales son de los más potentes y suelen ser dejados de lado en los programas. Los cambios en estos determinantes son vitales para modificar los estilos de vida de la población, cambios como por ejemplo alterar la influencia de los medios de comunicación, restringir el acceso al consumo de productos perjudiciales para la salud y facilitar el acceso a programas de ejercicio.

Así pues, las estrategias de intervención útiles deben tratar de cubrir las siguientes recomendaciones:

1. Conseguir que los entornos físicos y sociales faciliten la actividad física.
2. Redactar leyes consistentes con la promoción de las conductas de salud.
3. Facilitar el acceso de productos saludables (alimentos bajos en grasas) y restringir el acceso de productos insanos (tabaco, alcohol, alimentos ricos en grasas y azúcares).
4. Transmitir la importancia de un estilo de vida saludable (dieta saludable, estar físicamente activos, ...), así como el peligro asociado al estilo de vida insano (consumo de tabaco y de alcohol, sedentarismo, ...).
5. Que los programas educativos incorporen la enseñanza de habilidades para la toma de decisiones, habilidades de consumo y habilidades para el cambio conductual; y faciliten el apoyo de los pares y de la familia en la adquisición de los estilos de vida.
6. Por último, remarcar la importancia de combinar las estrategias que fomenten comportamientos saludables junto a otras que traten de modificar los comportamientos insanos, debido a que los comportamientos saludables pueden ser incompatibles con estilos de vida insanos. En este sentido la práctica de actividad física es fundamental tanto para la prevención como para el cambio de los estilos de vida insanos. Se sabe como las personas físicamente activas se comprometen con más frecuencia con comportamientos saludables y con menor frecuencia con conductas de riesgo para la salud, en comparación con las personas sedentarias.

FACTORES SOCIALES, ECONÓMICOS Y CULTURALES Y SU RELACIÓN CON LAS NECESIDADES BÁSICAS DEL INDIVIDUO

La Naturaleza de lo Social

Todo hombre antes de su nacimiento está condicionado por diversas costumbres y modos de organización social, como las formas de relación y emparejamiento, las reglamentaciones de matrimonio. En las sociedades actuales, antes de nacer, un niño ha pasado por el filtro social de numerosos usos y costumbres así como por instituciones sociales y jurídicas que regulan los matrimonios, por instituciones médicas que cuidan las condiciones del parto, y todo un conjunto de actividades económicas y mercantiles relacionadas por el propio hecho de nacer.

La película *El niño salvaje* de Truffaut sirve para comprender la importancia que el aprendizaje de costumbres, de modos de comportarse, de relacionarse y de comunicarse, tiene para todo ser humano, desde los primeros meses de su vida. Todo ello forma un conjunto de pautas y patrones de conducta social, sin los cuales los seres humanos se podrían ver reducidos a una condición diferente a la que actualmente entendemos como humana.

Esto contrasta con la poca atención que se ha prestado al análisis específico de lo social hasta época muy reciente. Lo que choca con las interpretaciones contemporáneas, que atribuyen un papel decisivo a lo social en el propio proceso de hominización.

Si lo social ha sido tan decisivo en el desarrollo humano no parece suficiente la explicación sobre el tardío surgimiento de la sociología. Incluso durante las primeras etapas de la sociología apenas se presta atención a aclarar y definir lo que constituye la realidad de lo social.

Resulta razonable la explicación de que ha sido la misma inmediatez e importancia de lo social la que ha retardado el desarrollo consciente de una reflexión en profundidad sobre esta problemática hasta el momento histórico de la revolución industrial.

¿Cuál es la naturaleza de lo social? ¿Qué papel juega lo social como elemento de referencia básico en la delimitación del propio campo de estudio de la Sociología?

La indagación de lo social se puede hacer de varias maneras:

Mediante la descripción y análisis de los componentes estructurales y formales de la sociedad:

Estática Social o Estructura Social.

A través de la investigación sobre la lógica de los cambios y las transformaciones de estas estructuras:

Dinámica Social o Del Cambio Social.

También se puede hacer mediante el estudio del VINCULO SOCIAL: (Nisbet) a través de los distintos elementos lo componen:

- la interacción social, los agregados sociales, la autoridad social, los roles sociales, los status sociales, las normas sociales y la entropía social, etc.

El Papel de lo Social en el Desarrollo Humano.

La consideración de la dimensión social del hombre no se limita a la simple constatación de que el hombre es un ser que vive en sociedad, sino que la cuestión central estriba en dilucidar cuál es el papel que juega esta dimensión social en la naturaleza humana en su conjunto.

Las formas de organización societal son una manera de adaptación por medio de las cuales ciertos tipos de organismos aumentan sus posibilidades de sobrevivir y multiplicarse.

Algunas especies han logrado esta adaptación merced a su sociabilidad. Y más aún algunas especies han podido desarrollarse, e incluso orientar su propia evolución a partir de su condición social de forma que esta condición ha llegado a convertirse no sólo en requisito para la supervivencia sino también en elemento decisivo en su propia conformación como especie.

Un medio social resulta ser “conditio sine qua non” de un despliegue biológico normal.

La interrelación entre los factores biológicos y culturales en el proceso adaptativo de la evolución humana esta siendo objeto de una atención cada vez más preferente.

Así surge la perspectiva COEVOLUCIONARIA para explicar cómo la biología humana y la cultura son generalmente adaptativas en el mismo sentido y cómo ambas han podido interactuar en la evolución de los atributos humanos.

Los SOCIOBIOLOGOS ponen el acento en el papel desempeñado por la herencia genética en la dinámica de lo social, como verdadero motor de la sociabilidad. Edward Wilson verá en el parentesco la explicación del fenómeno del altruismo. Hamilton utiliza el concepto de coeficiente de parentesco para explicar el dilema del comportamiento altruista. Estas interpretaciones pueden conducir a una interpretación puramente biológica del fenómeno social.

Antes de que se desencadenara la polémica sobre la Sociobiología numerosos antropólogos habían subrayado ya la significación genética de la cultura.

Schwartz y Ewald, refiriéndose al proceso genético de la vida han señalado que los procesos biológicos están significativamente influidos por la acción cultural. La forma más frecuente y consistente de influencia cultural lo constituye en cualquier sociedad la elección de pareja. Consideran que la cultura debe ser vista como un factor de la evolución biológica del hombre, no pudiendo entenderse su papel causal sin tomar en consideración los principios genéticos.

Downs y Blebtreu subrayan como las costumbres de vida, las pautas migratorias, los sistemas de diferenciación social y otros factores culturales desempeñan un papel fundamental en la circulación genética y, por tanto, en la propia evolución biológica del hombre.

Otros estudiosos han resaltado que los factores culturales han desempeñado un importante papel en la evolución física de la humanidad:

desarrollo de herramientas → pérdida de los dientes;

necesidad de almacenamiento de información → aumento del cerebro.

De esta manera en las especies sociales las mutaciones genéticas tienen más posibilidades de consolidarse: mayor grado posible de intercambios grupales, segregación grupal de los individuos atípicos (mutantes)

El misterio del vínculo social hunde sus raíces en la propia lógica de lo viviente, en la tendencia a la agregación general de las especies. En el desarrollo de los componentes sociales de las especies han jugado un papel fundamental los propios procesos de selección natural (mayores probabilidades de supervivencia), cobrando importancia el componente social a medida que más evolucionadas están las especies. Esto nos lleva a reconocer la importancia decisiva de las interrelaciones entre el hecho biológico y el hecho social.

La concepción del hombre como "Ser Social"

La base esta en la definición aristotélica del hombre como animal político por naturaleza (ZOON POLITIKÓN). La definición de Aristóteles contiene un matiz importante: la dimensión

cultural del hombre. Hay dos ideas fundamentales en la Teoría de la evolución que permiten comprender ciertas dimensiones de la dinámica humana y el papel social:

Idea del equilibrio ser vivo–naturaleza (supone un equilibrio ecológico, una adaptación al medio).

Idea de que el proceso de evolución se ha producido en virtud de una dinámica de constantes adaptaciones y desadaptaciones.

La cuestión de cuales son los factores que dan lugar a la dinámica de la evolución ha sido objeto de un vivo debate, en lo que se refiere a las causas y los efectos de las mutaciones genéticas.

El hombre puede ser considerado como fruto de un doble proceso de evolución biológica y de evolución social.

Proceso de co–evolución: tiene su arranque en un dilatado proceso evolutivo general de las especies (en concreto en algunas especies sociables de grandes primates) que en unas secuencias encadenadas de mutaciones y cambios adaptativos empezaron a desarrollar habitualmente una posición erguida.

La adopción de la posición erguida corrió pareja a un mayor desarrollo de las capacidades manipuladoras y hacedoras de las extremidades superiores dando lugar, al empleo de útiles cada más perfeccionados para la obtención de alimentos y para la caza; lo que permitió dietas más variadas y ricas en proteínas conllevando un mayor reforzamiento de los lazos de cooperación tanto para la organización de las tareas de la caza, como para la distribución y preparación de alimentos y su consumo así como para la división general de tareas en el conjunto de la sociedad.

Australopitecus: más evolucionados que los primates ahora conocidos (hace millones de años)

Homo habilis: 2,5 M años → útiles de piedra → hombres habilidosos en el hacer

Homo erectus: 2 M años → hachas de piedra

Hombres de Neardenthal: 200.000 años

Homo sapiens: 100.000 años → resistieron a la gran glaciación de hace 25.000 años, desarrollaron el arte rupestre (hombre inteligente). También llamado homo faber (hombre hacedor, que fabrica instrumentos)

Estos homínidos supieron hacerse fuertes a partir de su debilidad física originaria y pudieron sobrevivir, fundamentalmente en virtud de su carácter social. Agrupándose y coordinándose fueron capaces de desplegar formas cada vez más complejas y perfectas de organización social y, sobre todo, fueron desarrollando y transmitiendo una cultura, es decir, un conjunto de conocimientos, formas y técnicas de hacer las cosas, costumbre y hábitos sociales, sistemas de comunicación y creencias que eran enseñadas y aprendidas desde los primeros años de vida, de generación en generación, como un verdadero depósito común de las comunidades.

Este depósito común de conocimientos y de técnicas es el concepto de cultura. Gracias a la que nuestros antepasados pudieron enfrentarse con algunas ventajas al reto de la adaptación al medio y pudieron hacerlo cada vez mejor, porque la cultura y las formas de organización social fueron evolucionando y progresando a lo largo del tiempo.

Cultura y sociedad son las claves que nos permiten comprender no solo la adaptación del ser humano a la naturaleza, sino la misma naturaleza de este, El hombre tal y como es en la actualidad sólo puede ser concebido como producto de su sociedad y de su cultura.

La cultura, en el sentido sociológico de la expresión, es para el hombre una especie de ambiente artificial creado por él mismo, como si de una segunda naturaleza humana se tratara, añadida a su naturaleza físico originaria que se ha ido enriqueciendo a lo largo de la historia de la humanidad y que es transmitida y enseñada a todo individuo desde su nacimiento a través de diversos y complejos procesos de socialización y aprendizaje, hasta ir conformándole de acuerdo con el perfil propio de lo humano.

A todo este proceso de hacerse el hombre es a lo que se califica de HOMINIZACIÓN. Los humanos llegamos a ser lo que somos a través de la sociedad y la cultura, aprendiendo a moldearnos a nosotros mismos, con el lenguaje, los conocimientos, las costumbres y las formas de comportamiento que se empiezan a imitar y a asimilar desde los primeros meses de vida.

El concepto de cultura es inseparable del concepto de sociedad. Una sociedad es un agregado organizado de individuos y la cultura es la forma en que se comportan, su modo de vida.

Cultura:

Taylor: resalta los aspectos más vivos y operativos de la cultura: conocimientos, técnicas, leyes, costumbres

Malinowski: considera la cultura como forma de comportamiento del ser humano. El hombre crea un ambiente artificial y secundario.

Linton: configura la conducta aprendida y los resultados de conducta.

Herskovits: es la parte de ambiente hecha por el hombre. Considerando que la vida del hombre transcurre en dos escenarios: el natural y el social.

La conclusión es que un individuo aislado es una ficción filosófica. Sin sociedad el hombre no existiría.

Rasgos Característicos de lo Humano

Lo social ha constituido uno de los medios fundamentales a través del cual el hombre ha podido adaptarse a la naturaleza, en la historia de la evolución el desarrollo humano supone la introducción de un cierto principio de auto-regulación y de producción autónoma de ambientes artificiales que han permitido una mejor adaptación al medio.

Hasta qué punto lo social, en la medida en que es una condición compartida con otros seres vivos, puede considerarse como una condición suficiente para explicar dicho desarrollo humano. La naturaleza de lo humano debe ser entendida como algo que se completa con otras cualidades añadidas que permiten dar una explicación más cumplida sobre el complejo proceso de hominización.

Lo que diferencia al hombre, es su libertad, su disposición voluntaria para cooperar y actuar solidaria y altruistamente con sus semejantes y su capacidad de realización de trabajos creativos e inteligentes mediante una serie de herramientas y útiles que ha ido perfeccionando progresivamente a lo largo del tiempo.

El hombre es un ser social que tiene otras cualidades importantes: su capacidad creativa, su capacidad hacedora. Aunque hay otros seres vivos que también hacen construcciones y fabrican cosas. Sin embargo, el hombre puede efectuar trabajos y tareas mucho más complejas, sofisticadas y progresivamente perfeccionadas. Gracias al cerebro (actuación inteligente, creativa e imaginativa) y la mano (facilidad manipuladora).

Los dos elementos básicos que hicieron posible la evolución de los hombres: la mano y el cerebro se completaron con los dos medios a través de los que las herramientas y el trabajo humano se perfeccionan y se transmiten a lo largo del tiempo: la cultura (como depósito común de conocimientos) y la sociedad (como ámbito para la realización global de las tareas y las labores grupales del hombre. La mano y el cerebro, junto a la cultura y la sociedad son los cuatro pináculos sobre los que ha sido posible la evolución humana.

Nuestra especie es hacedora porque ha necesitado cambiar su forma de estar medio porque éste le era hostil. Mediante la capacidad grupal de trabajo y de acción los hombres han logrado alterar poco a poco la relación originaria con la naturaleza, y mediante todo un conjunto de utensilios y técnicas de trabajo, de construcción y de fabricación de útiles y medios de vida, ha ido controlando la naturaleza, readaptándola a la medida de sus necesidades.

En esta dinámica de adaptación a la naturaleza el hombre ha ido progresando y se ha ido remodelando a sí mismo, como especie social, en un largo proceso evolutivo de desarrollo cultural que ha sido un proceso creativo, un resultado de la capacidad expresiva de la libertad humana.

Esta concepción sobre el proceso evolutivo del hombre, a través de sus capacidades sociales y hacedoras ha sido desarrollada por Carlos Marx en su teoría sobre la productividad (del hombre como ser de praxis), es decir, como ser dotado para un trabajo inteligente, libre y creativo.

Algunos psicólogos sociales han considerado el lenguaje verbal como forma específicamente humana de comunicación, situándolo en el contexto de las necesidades derivadas de procesos tan largos de socialización y cuidado de los hijos como son necesarios entre los hombres. Igualmente George Herbert Mead ha subrayado como de manera paralela a la complejidad del proceso de maduración del sistema nervioso humano, se ha producido una paralela complejidad del sistema social. Lo que conduce a que en el hombre, la diferenciación funcional

proporcionada por el lenguaje presenta un principio de organización que produce no sólo un tipo enteramente distinto de individuo, sino también una sociedad diferente.

Puesto que la tendencia a la agrupación puede considerarse una característica general de la vida es necesario determinar si existe una forma específicamente humana de lo social y si esta forma puede considerarse un grado más dentro de una escala general común o si la conformación social de los hombres ha acabado influyendo en su propia evolución como especie. De manera que lo social se ha convertido en un requisito básico para su misma supervivencia como especie social.

Lo social ha pasado a ser parte de la propia naturaleza humana, y en el proceso evolutivo, a través del cual la sociedad se convierte en una necesidad para el hombre, se puso en marcha un mecanismo fundamental de orientación del cambio biológico y mental.

Wilson ofreció una explicación genética de la orientación social. Los procesos de evolución social deben ser vistos no sólo como una respuesta eficaz al reto de la adaptación, sino como una forma de reorientación de la propia lógica de lo natural originario hasta la práctica recreación de una especie nueva, como resultado de un doble proceso de adaptación: de la especie al medio, a través de los sistemas sociales y del individuo a la sociedad, por medio de la cultura.

Así la cultura (y más específicamente el aspecto social de las culturas humanas) aparece como el verdadero elemento explicativo del carácter social humano, de forma que el hombre sólo puede ser entendido como fruto de un tipo de cultura desarrollada a partir de la evolución de forma social específica. La cultura es la que ha conformado y conforma la personalidad humana, y la que ha permitido su supervivencia y desarrollo, en cuanto mecanismo útil de adaptación al medio

PARTE 3

LA FAMILIA, COMUNIDAD Y EL DESARROLLO HUMANO

Son dos los temas de nuestra reflexión comprendidos en el enunciado del título: el tema del crecimiento o desarrollo de la persona humana (de la "genealogía" de la persona) y el tema de la familia como "ambiente" en el que se desarrolla este crecimiento. Y sobre estos dos puntos se articulará mi reflexión. Me queda aún precisar la perspectiva que adoptaré. En efecto, el tema de la familia como genealogía de la persona puede ser desarrollado de diversas maneras. La mía es una perspectiva antropológica, ética, filosófica y teológica. La pregunta, es decir, aquello a lo que buscaremos responder, es la siguiente: ¿cuál es la verdad de la genealogía de la persona y (la verdad) de la familia?

Esta es la pregunta antropológica. Y ya que la persona, su genealogía, está ligada a la libertad, la pregunta antropológica genera inevitablemente una pregunta ética: ¿cuál es el bien (el valor) propio de la familia en cuanto lugar en el que se desarrolla la persona humana? Esta es

la óptica de mi exposición. Se ve con facilidad como ésta se hace necesaria, mas no es suficiente. Es necesaria porque fundamenta la reflexión dirigida a precisar el ser mismo de la persona y de la familia (estaba tentado de escribir: su "cimiento firme") y, por lo tanto, a diseñar la topografía espiritual de cualquier exploración en este territorio y de cualquier intervención al respecto. Pero la reflexión sola no basta: la familia como lugar de crecimiento de la persona se constituye dentro de contextos históricos muy diversos. Sírvanse pues aceptar esta reflexión como un aporte bastante parcial.

La genealogía de la persona es un logro, considerado ya definitivamente como una conquista de la investigación histórica, la afirmación según la cual el "concepto" de persona ha nacido solamente en el cristianismo y al interior de los dos más grandes debates teóricos que haya recorrido la razón humana: el debate cristológico y el debate trinitario. Uno de los más importantes resultados teóricos ha sido precisamente la definición de persona.

¿Cuáles son los elementos esenciales de esta definición? Estos son, si no me equivoco, dos. El primero es la afirmación de la absoluta singularidad de la persona. Se trata de una percepción espiritual que no es fácil de tematizar. ¿Qué cosa significa que la persona sea un singular absoluto? Esto nos lleva inmediatamente a pensar en el individuo y a identificar entonces la individualidad y la singularidad. En realidad, ser un singular, una persona, es más que ser un individuo.

El individuo, en el fondo, aparece como un miembro al interior de un todo, de una naturaleza de la que participa. Sucede que el individuo es numerable. Sucede que el individuo es sustituible: en cualquier momento, dentro de la especie viviente que sea, cualquier individuo puede ser substituido por otro. Santo Tomás escribe con gran agudeza que la noción de "parte" es contraria a la noción de persona. *Contrariatur*, escribe el Santo Doctor; en lógica no hay oposición más radical que la contrariedad. Los contrarios no tienen nada en común: la idea de "parte (de un todo)" no tiene nada en común con la idea de "persona". "Singularidad" pues significa en realidad: unicidad, insubstituibilidad, incuantificabilidad. En una palabra: no siendo "parte", se es un "todo". La tradición cristiana, con una osadía teórica impresionante, se ha pronunciado un sinnúmero de veces hablando de la persona. En un sentido muy preciso: no hace número con nada. Unicidad, insubstituibilidad, incuantificabilidad, infinitud: propiedades que pueden sólo descubrirse en un ser que subsiste en sí y por sí: dotado del máximo de subjetividad.

Pero éste no es el único constitutivo de la persona según la tradición cristiana. Existe un segundo. La persona es un sujeto en relación con las otras personas. Ha sido sobre todo la meditación sobre el misterio trinitario la que ha manifestado la esencial relacionalidad de la persona. Ciertamente el uso de la analogía es siempre una operación riesgosa, sobre todo cuando los dos análogos son la Persona Divina y la persona humana, entre las cuales es mucho mayor la semejanza que la semejanza. Sin embargo, la antropología cristiana no ha tenido nunca el temor de afirmar que la persona se realiza en la relación con la otra persona, que su vocación constitutiva es la comunión con las otras personas.

Esta es la constitución ontológica de la persona. La misma se muestra como una constitución que está como imbuida de una tensión intrínseca que se debate entre los "dos polos" del ser personal: el polo de la subjetividad-singularidad subsistente en sí y por sí y el

polo de la relacionalidad hacia la otra persona. Bipolaridad que ha hecho también referirse a la persona humana como una "relación subsistente" o, mejor aún, como una "subsistencia relacionada". Pero ya que debemos hablar de la genealogía de la persona y no de su ser estadísticamente considerado, no deseo continuar más en esta perspectiva metafísica de la persona. Todo lo que he dicho al respecto me parece suficiente para reflexionar sobre la persona en su formación, en su genealogía.

Partamos de una pregunta: ¿existe un camino, una vía a través de la cual poder ver de alguna manera aquella absoluta singularidad, aquel existir en sí y por sí que constituye el fondo metafísico de la persona? Creo que este camino, que esta vía es la elección libre: el acto libre es la suprema revelación de la persona. Muchas operaciones suceden en la persona, pero no todas son de la persona en el sentido que de ellas se sienta autor, y ninguna es tanto de la persona, ni pertenece tanto a la persona como un acto de libertad. éste, de hecho, en su constitución, no tiene otra causa que la persona que lo ejecuta. En efecto, se pueden sustituir muchas operaciones a través de prótesis siempre más perfectas; se ha podido crear la inteligencia artificial. Pero no existe una prótesis de la libertad, ni una libertad libre artificial.

El acto libre revela eminentemente a la persona porque en él se refleja su subjetividad subsistente, su ser "causa sui", repetirá continuamente Santo Tomás con una osadía teórica no común en el pensamiento cristiano. En la perspectiva que estamos considerando la genealogía de la persona coincide con la genealogía de la libertad y devenir persona significa devenir libre. Retomaremos dentro de poco esta coincidencia.

A. Rosmini habla de un misterioso vértigo que el hombre experimenta cuando vive profundamente la libertad, mejor aún, el descubrimiento de la libertad. La observación es interesante. Si la libertad radica así profundamente en la persona, de la cual es la suprema revelación; si la libertad revela profundamente a la persona, porque muestra la absoluta singularidad (todos pueden tomar mi lugar, pero no cuando debo hacer una decisión libre), entonces la libertad es la capacidad de afirmarse a sí mismo y por sí mismo. Aquí se encuentra el vértigo del que habla Rosmini; la libertad es la auto-afirmación pura y simple, es el alfa y la omega de la propia vida espiritual. No existe un "antes" a la libertad. ¿Y el otro con quien me descubro en relación? Porque de él, de su libertad, vale aquello que he descubierto en mí, no sea que encuentre frágiles compromisos de intereses opuestos, elaborando reglas para este descubrimiento. Retornaremos más adelante sobre este punto.

No es difícil ver como la bipolaridad de la persona abordada antes en el nivel de su constitución ontológica, se manifiesta claramente al nivel del actuar libre de la persona y, entonces, en su formación, en su genealogía. La cosa encontraría su ulterior confirmación si partiésemos de la consideración del otro "polo" de la persona, de su relacionalidad. No intento hacerlo. Tengamos, pues, presente la siguiente afirmación: en su formación, al interior de la genealogía de la persona, reencontramos la tensión bipolar entre la afirmación de sí y la comunión con el otro. El punto en el que las dos energías se encuentran, podemos decir la "chispa" que estalla entre los dos polos, es el acto libre. Es decir: es en el acto libre y mediante el acto libre que la persona se forma como sujeto que existe en sí y por sí ("causa sui").

¿Existe una solución a esta tensión? La solución estaría en un acto completamente libre que sea al mismo tiempo suprema afirmación del otro, un acto que afirme la singularidad que

quien lo cumple y al mismo tiempo instituya una relación verdadera con el otro. Según la visión cristiana este acto de libertad es el acto del amor. El amor es la síntesis vivida de los dos constitutivos de la persona y, por tanto, de la perfecta realización. Comprendemos una de las enseñanzas más profundas del Vaticano II: "ésta similitud manifiesta que el hombre, que es en la tierra la única criatura que Dios ha querido por sí misma, no pueda encontrarse plenamente a sí mismo sino por la sincera entrega de sí mismo". (GS 24) Escribe Juan Pablo II en la Carta a la Familia: "Entramos así al núcleo mismo de la verdad evangélica sobre la libertad. La persona se realiza mediante el ejercicio de la libertad en la verdad. La libertad no puede ser entendida como facultad de hacer cualquier cosa: significa don de sí. Es más: significa ejercicio ulterior del don. En el concepto de don no está inscrita solamente la libre iniciativa del sujeto, sino también la dimensión del deber. Todo esto se realiza en la comunión de las personas". (14,4) Por lo tanto: la genealogía de la persona es la genealogía de su libertad, esto es de su capacidad de amar, esto es de hacerse don de sí al otro. La afirmación de sí consiste en el don de sí. En este sentido en la antropología cristiana, el hombre enteramente verdadero, la humanidad que ha alcanzado su perfección, es Jesucristo. él se ha donado a sí mismo.

Localizado cuál es el concepto de formación o genealogía de la persona, quisiera ahora indicar algunas razones a causa de las cuales este concepto se ha puesto en discusión para finalmente ser abandonado en nuestra cultura occidental. Esta contextualización es necesaria, me parece, porque de ella nacen hoy muchos graves problemas en la formación de la persona.

Como se ha podido constatar en la reflexión precedente, el concepto cristiano de formación de la persona nace al interior de una constelación de conceptos tales como "persona", "libertad", "amor", "don sincero de sí". Ahora, como dice la ya citada Carta a las Familias, "¿Quién puede negar que la nuestra sea una época de gran crisis, que se manifiesta ante todo como profunda "crisis de la verdad?" Crisis de la verdad, significa en primer lugar, crisis de los conceptos". (13,5). Y son precisamente aquellos conceptos super-citados los que han entrado en crisis: ellos no portan más las mismas concepciones (de persona, de libertad, de amor, de don sincero de sí), sino más bien concepciones contrarias. No es posible ahora recorrer toda la sucesión de esta crisis. Me contento con algunas reflexiones generales.

La primera. Se ha reducido progresivamente a la persona a la conciencia que la persona tiene de sí; su consistencia y subsistencia ontológica se ha reducido a la conciencia-afirmación de sí mismo. Se ha pasado a una definición cada vez más psicológica de la persona. Esta reducción ha creado problemas que han resultado insolubles: ¿cuál es el fundamento último de la dignidad de la persona? ¿De sus derechos? ¿Es sólo la conciencia de su ser, esto es su afirmación? Y ¿quién no es capaz de tal conciencia? Queriendo usar un vocabulario muy técnico, deseo decir que la pérdida del concepto de persona como sustancia primera ha generado la imposibilidad de crear una cultura en la cual cada persona sea reconocida, afirmada en sí y por sí.

La segunda. La libertad ha ido progresivamente configurándose como "posibilidad pura o posibilidad de todas las posibilidades". Puesto que el contrario de la posibilidad es la necesidad, se trata de una libertad desvinculada de toda necesidad. Ciertamente esta es una idea "regulativa" de la libertad, no una idea "real". Esto es, una libertad así concebida no existe ni puede existir (no es una idea real); este concepto de libertad sirve para indicar en qué

dirección debe proceder la liberación de nuestra libertad (es una idea regulativa). Estamos ahora en el polo opuesto de la definición agustiniana de libertad como poder de hacer aquello que se quiere haciendo aquello que se debe, es decir, como síntesis de posibilidad y de necesidad. El último eco de este concepto cristiano ha resonado, en nuestra cultura occidental, en Kant: luego (y no sin culpa suya) todo eco se ha apagado. Kierkegaard juzga que sea ésta la verdadera raíz de nuestra desesperación. Pero ¿qué cosa significa esta definición prescriptiva, más que descriptiva, de libertad, concretamente en nuestra vida de cada día? Responderé a esta pregunta en las dos reflexiones siguientes.

La tercera. ¿Qué cosa puede significar: "don sincero de sí"? El "sí" que es donado no existe, porque no existe un "antes" de la libertad, una realidad de la cual la libertad responda porque se encuentra de frente a ésta. Entonces ¿qué cosa se dona cuando se habla de donarse a sí mismo? Nada más que el permiso de usarse recíprocamente. La verdad del don es confundida con la mera sinceridad del trato: en la relación recíproca se reclama solo la libertad de ponerla en acción. Nada más. Si se piensa en un uso de la libertad en el cual el sujeto hace aquello que quiere, decidiendo él mismo la verdad sobre lo que está bien, no se admite que otros exijan algo de él en nombre de una verdad objetiva. No dona más en verdad. El amor en una palabra es despojado de su misma esencia

La cuarta. Es imposible elaborar un concepto de justicia que no se reduzca a ser simplemente un código de procedimientos para instituir frágiles milagros de la convergencia de intereses opuestos. Esto es: aquel concepto de libertad genera una sociedad fundada sobre la norma utilitarista y hedonista.

Podemos ahora concluir el primer punto de la reflexión. Quería trazar un bosquejo del concepto de formación o genealogía de la persona. Hemos visto que esto se construye al interior de una constelación de conceptos como persona, libertad, amor, don de sí. Y hemos también visto como se pueden configurar dos diversas genealogías de la persona. La Carta a las Familias habla de una civilización del amor y de una anticivilización o "civilización de lo útil y/o del placer". Ahora debemos reflexionar en por qué y cómo la familia es el ambiente de crecimiento de la persona humana, y lugar de su genealogía.

La familia y la genealogía de la persona

Es una afirmación central y permanente en la visión cristiana de la persona humana la que dice que ésta (la persona humana) encuentra su cuna, no solo biológica sino espiritual, en la comunidad de la familia. Santo Tomás habla de la necesidad para el hombre, no sólo de un útero físico para su desarrollo, sino también de un útero espiritual, constituido por la comunión conyugal de los padres. Se trata de una afirmación de carácter antropológico. Pero no es solo esto. Se trata también de afirmación de la estructura social, de la relación entre la familia y otras sociedades. Como veremos.

¿Cuál es la razón profunda de este nexo entre familia y genealogía de la persona? Podemos partir de una afirmación que la Iglesia ha hecho siempre, aunque sea una de las afirmaciones más contestadas de parte de quien no comparte la visión cristiana. Es la afirmación según la cual se da un nexo, de derecho inseparable, entre el ejercicio de la sexualidad, amor conyugal y procreación de una nueva persona. Considero que la percepción neta de este nexo tiene una

importancia decisiva para comprender toda la doctrina cristiana del hombre y del matrimonio. Veamos cuál es el contenido de este nexo y las razones por las que es afirmado.

El contenido. En el ser-hombre y en el ser-mujer está inscrito un significado que no pertenece a la libertad de inventar, sino sólo a la de descubrir e interpretar en la verdad. La masculinidad y la femineidad son un lenguaje dotado de un significado originario. No son un dato puramente biológico apto para recibir cualquier sentido que la libertad decida atribuirle. ¿Cuál es este significado? Es el don total de sí al otro. El lenguaje de la masculinidad / femineidad es el lenguaje del don total. En cuanto tal, es lenguaje intrínsecamente, esencialmente sponsal, conyugal. El ser sexuado humano es orientado a la conyugalidad (y en Cristo a la virginidad consagrada). En este sentido, la doctrina de la Iglesia habla de nexo de derecho indeleble entre el ejercicio de la sexualidad y la conyugalidad. "La lógica del don de sí al otro en totalidad comporta la apertura potencial a la procreación (...). Ciertamente, el don recíproco del hombre y de la mujer no tiene como finalidad solo el nacimiento de los hijos, sino que es en sí comunión mutua de amor y de vida. Siempre debe ser garantizada la íntima verdad de tal don. Íntima no es sinónimo de subjetiva. Significa más bien esencialmente coherente con la objetiva verdad de aquel y aquella que se donan". Y entra en la edificación de esta verdad también la potencial paternidad y maternidad inscrita en ellos. De este modo, la persona es generada a partir de un acto de amor y esperada como puro don.

Las razones por las que la Iglesia afirma estos nexos son profundas. Podemos percibir las a través del trazo de una contrafigura. Este nexo puede ser negado en una doble dirección. La primera: el ser hombre - el ser mujer no transmite ningún significado originario que preceda a la libertad por lo cual no existe ninguna definición prescriptiva de relación sexual, sino solamente descriptiva y por lo tanto la paternidad - maternidad no tiene ningún enraizamiento objetivo.

En este contexto se coloca el actual ennoblecimiento de la contracepción como liberación de la biología sexual, el intento de la equiparación de las parejas homosexuales y la negativa a considerar la adopción como "pareja" de una filiación natural. ¿Cuál es el resultado de esta desconexión? Me limito a llamar su atención sobre lo que me parece lo más importante. En la razón está la negación de que el ser hombre - ser mujer sea el lenguaje originario del ser simplemente persona. Es decir: la persona expresa su vocación originaria mediante el lenguaje del cuerpo, mediante su ser hombre y su ser mujer. Destruyendo esta reciprocidad en el don, se destruye el código fundamental de la comunicación interpersonal. Se destruye en su origen mismo, la posibilidad de la comunión interpersonal. No lo olvidemos: el hombre se sintió solo y Dios no creó otro hombre. Creó la mujer. Es la posibilidad de una civilización del don la que es destruida.

Pero la desconexión procede también en el sentido inverso: desarraigar la procreación (y la genealogía) de la persona de la comunidad conyugal y de la actividad sexual. En este contexto está la artificialización de la procreación humana, que parece ahora no conocer límite alguno. ¿Cuál es el resultado de este segundo tipo de desconexión? El riesgo de reducir el hijo a un "producto" del que se tiene necesidad para la propia felicidad. Como se ve, la raíz por la que la Iglesia afirma que entre el ejercicio de la sexualidad, la conyugalidad y la procreación existe

una conexión de derecho inalienable es una sola: sólo salvando esta conexión se salva la comunión interpersonal, se salva la dignidad de la persona.

Esta reflexión de base nos ha ya introducido en la consideración de la familia como lugar de crecimiento de la persona. En el primer punto de nuestra reflexión hemos visto que el crecimiento de la persona es crecimiento de su libertad, esto es, de su capacidad de amar, de entregarse a sí misma en la verdad. ¿Por qué justamente la familia es el lugar originario, no digo el único, de este crecimiento de la persona?

Teniendo presente cuanto queda dicho sobre la relación sexualidad - conyugalidad - procreación podemos disponer nuestra respuesta en dos momentos. En realidad, la comunidad familiar se construye en dos relaciones interpersonales, la relación conyugal y la relación parental. Considerémoslas analíticamente.

He hablado ya del "lenguaje del cuerpo" como el lenguaje fundamental de la persona; la masculinidad - femineidad tienen en sí y por sí un significado que debe ser leído en la verdad. El autor inspirado del segundo capítulo del Génesis nos ha revelado verdades decisivas para nuestra vivencia espiritual. El hombre vive una soledad originaria, esto es, intrínseca a su mismo ser hombre. Puesto en el universo de las cosas, en el universo de las no-personas, él se siente absolutamente solo. Esta soledad no es un bien: el ser humano en estas condiciones no ha alcanzado su plenitud. En términos más abstractos, más metafísicos, decíamos que la subsistencia en sí y por sí no es el único constitutivo de la persona. Y de hecho, justamente para salir de esta soledad, el hombre - cada uno de nosotros - busca un dominio, una posesión. Dominio y posesión que no lo hacen salir de su soledad originaria. El hombre alcanza su plenitud puesto frente a la mujer. Es el momento en que se descubre llamado a una comunión, capaz de realizarla porque está al frente de otra persona. Hay aquí un misterio muy profundo. Es a través del lenguaje corporal que la persona dice cuál es su vocación originaria. Podemos ahora comprender, creo, por qué en la comunión conyugal la persona humana crece como persona humana: porque es en ésta que se realiza como don de sí. Y en efecto en el vínculo conyugal encontramos de modo eminente toda la misteriosa paradoja humana. No existe un vínculo de mutua pertenencia más radical que el de la pertenencia conyugal: no es posible, in humanis, pertenecerse más que conyugalmente. No existe un acto de libertad más grande que el acto con el cual dos esposos se entregan: quizá no es posible, in humanis, ser más libre. La libertad coincide con el don. Y el don de sí implica la posesión de sí: no se puede donar aquello que no se posee. El máximo de la auto-afirmación coincide con el máximo de la auto-donación. Por esto la comunión conyugal es el lugar del crecimiento de la persona como tal.

La comunión conyugal se expande en la comunidad familiar. Es el lugar propio de la genealogía de la persona: el lugar propio de su crecimiento. A pesar de estar radicado en la biología, el concepto de la persona no es simplemente el resultado de una fortuita o necesaria coincidencia de factores biológicos. Esto explica la llegada a la existencia de un individuo, del todo funcional para la supervivencia de la especie. Pero el hombre que es concebido, es una persona, única e insustituible en su valor infinito. Y de hecho los esposos pueden solo querer un niño(a): uno cualquiera. Ellos no pueden decidir a quien concebir: a él y no a otro. El conocimiento de esta persona única, insustituible puede llegar a ellos de la existencia de ésta: al verla, ellos dicen: "éste es mi niño(a)". No pueden conocerlo antes de que exista. ¿Por qué?

Descubrimos aquí la diferencia esencial entre el conocimiento creado y el conocimiento divino. El hombre conoce aquello que existe y por qué existe; mientras es el conocimiento divino el que hace ser. En una palabra: toda concepción implica un acto de creación.

Cada uno de nosotros existe porque ha sido pensado y querido por Dios. Como consecuencia de esto no habiendo éstos (los esposos) decidido, sino siendo el hijo un don de Dios, éstos lo reciben como tal. Y en esta acogida está el origen de toda la genealogía de la persona. Entrada en el universo la nueva persona se pregunta sobre el "rostro" de este mismo universo: si es un rostro hostil o amigo, si lo rechaza o lo acoge, si considera un bien su estar ahí o por el contrario, un mal. Según la respuesta que recibe la nueva persona, será marcada toda su existencia. Su crecimiento será determinado por la respuesta que reciba a su pregunta. ¿De quién recibe esta respuesta? De la mujer que la ha concebido y de su padre: "qué bueno es que estés aquí". Es el bienvenido. El universo lo esperaba como un don y él puede vivir con la certeza de que es bueno existir.

Así se inicia el crecimiento de la persona en la verdad y en el bien. Dice profundamente el Santo Padre en la Carta ya citada: "Si, el hombre es un bien común: bien común de la familia y de la humanidad, de los grupos particulares y de las múltiples estructuras sociales" (11,6). En el amor sponsal en el cual la persona del cónyuge es afirmada en sí y por sí se cumple así la afirmación de la nueva persona. Esta puede iniciar en el ambiente del amor conyugal su crecimiento.

Se ve verdaderamente como la afirmación del nexo entre ejercicio de la sexualidad, conyugalidad y procreación está en la base de la consiguiente afirmación de que la familia es el lugar originario del crecimiento de la persona. Siempre he dicho, en el curso de mi reflexión, "lugar originario", no exclusivo. La persona humana necesita también de otros "ambientes", otros lugares para un crecimiento integral. Esto trae un problema de relaciones, de relaciones de la familia con otros lugares para el crecimiento de la persona: hablaba de un problema de arquitectura social y política.

También el Tercer informe sobre la familia en Italia (a cargo de P.P. Donati, CISF, Milán, 1993) insiste en este punto, con análisis y propuestas bastante pertinentes. No quiero adentrarme en este campo, en el cual además soy incompetente. Quisiera más bien con atención continuar mi reflexión en la perspectiva antropológica y ética, limitándome a estudiar un proceso cultural que tiende a sustituir a la familia como lugar originario del crecimiento, o cuando menos como lugar no necesariamente originario.

Este proceso cultural contesta precisamente aquellos tres anillos de la conexión y entonces viene a caer la conexión misma. La primera negación rechaza la existencia de un significado originario propio del lenguaje sexual: cada uno crea el propio lenguaje sexual. La segunda negación rechaza que la definición de matrimonio sobre la base de la sexualidad sea prescriptiva, que exista una definición prescriptiva de conyugalidad: cada uno crea el propio cónyuge. La tercera negación rechaza que sea de importancia decisiva que el matrimonio sea el fundamento de la familia. La consecuencia de esta triple negación es bien descrita en el mencionado Informe, al cual remitimos (sobretudo véase en la pág.430).

Hablar de familia como lugar necesario originario de crecimiento de la persona pierde cada vez más significado teórico y práctico.

PARTE 4

En los últimos años el desarrollo humano como forma de medir los cambios socioeconómicos y políticos de la sociedad, ha tomado carta de naturalización en el mundo moderno, y desde instituciones internacionales y gobiernos locales se da importancia al modelo de medición del desarrollo que se planteó en 1990 desde el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) con el primer informe sobre el índice de desarrollo humano.

Para explicar este índice, el economista Amartya Sen define la pobreza como la incapacidad para acceder a la educación, la salud y el trabajo productivo, lo que se traduce en imposibilidad de participación en la vida política, económica y social.

Actualmente los indicadores de desarrollo humano se basan principalmente en tres rubros: educación, salud e ingresos, pero nadie afirma que esta perspectiva totalice la evaluación, ya que hay factores de relaciones y vivencias que no han sido valoradas por dificultades metodológicas y por los cambios acelerados que la sociedad enfrenta el día de hoy: el más importante está ocurriendo en la familia, y la proliferación de formas familiares y las disfunciones que generan.

Para muchos estudiosos es importante la relación familiar como fuente de capital social y consecuentemente de aportación al desarrollo humano, de igual manera, valores morales referenciales de una sociedad dada influyen poderosamente en la generación de un medio social favorable al desarrollo humano.

Vale la pena la observación de Jean Philippe Platteau: "Las relaciones de confianza que desarrollan las personas dependen de las oportunidades y las restricciones que ofrece el contexto histórico-social.

Cabe suponer que ellas requieren un ambiente de "moral generalizada" en el sentido de normas de conducta interiorizadas. En la medida en que existen tales normas morales compartidas las personas pueden confiar en que un amplio grupo de anónimos compartan su juicio acerca de lo que son acciones buenas y malas, legítimas e ilícitas. Sólo en combinación con una moral generalizada, aplicable más allá del estrecho círculo de conocidos personales, la autonomía individual deviene el motor del desarrollo social moderno".

La vigencia de tales normas abstractas predispone a la cooperación social. En cambio, un debilitamiento de la moral en tanto normas socialmente vinculantes suele conllevar un debilitamiento de los lazos de confianza y cooperación.

En este contexto, la familia adquiere una dimensión social insustituible, ya que es ella la que aporta los primeros conocimientos y compromisos de sociabilidad y participación a la persona, por lo que las deficiencias y disfuncionalidad en la vida familiar impactan profundamente al desarrollo, pues se traduce en problemas de salud, educación y participación en el trabajo.

La salud se cuida primariamente en la familia, que previene las enfermedades evitables, creando hábitos y formas de participación que previenen riesgos mayores, tales como las adicciones, hoy tan preocupantes en los aspectos de drogas, pornografía, desordenes alimenticios, juegos múltiples, y paradójicamente adicciones a la "salud", que se manifiestan patológicamente en la exaltación de figuras de extrema delgadez para las mujeres, y modelos masculinos generalmente inalcanzables.

Por lo que se refiere a la educación, la confusión entre adquirir conocimientos, y la aplicación ética y racional de los mismos, es un problema reflejado constantemente en los medios de comunicación, y difícilmente abordado por las autoridades educativas, cuyas evaluaciones nada tienen que ver con el aspecto ontológico de la educación; aunado a esto la ausencia de participación de los padres de familia en la vigilancia de los procesos educativos de su prole en la escuela pública o privada, ausencia propiciada desde el gobierno, que no quiere intromisiones en sus programas, pero también desde el abandono de los padres de familia a su derecho irrenunciable de educar a sus hijos en valores cívicos, religiosos, morales y otros muchos.

MÉTODOS CUALITATIVOS EN LA INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD

El objetivo de cualquier ciencia es adquirir conocimientos y la elección del método adecuado que nos permita conocer la realidad es por tanto fundamental¹. El problema surge al aceptar como ciertos los conocimientos erróneos o viceversa. Los métodos inductivos y deductivos tienen objetivos diferentes y podrían ser resumidos como desarrollo de la teoría y análisis de la teoría respectivamente.

Los métodos inductivos están generalmente asociados con la investigación cualitativa mientras que el método deductivo está asociado frecuentemente con la investigación cuantitativa.

Los científicos sociales en salud que utilizan abordajes cualitativos enfrentan en la actualidad problemas epistemológicos y metodológicos que tienen que ver con el poder y la ética en la generación de datos así como con la validez externa de los mismos

La investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables. La investigación cualitativa evita la cuantificación. Los investigadores cualitativos hacen registros narrativos de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como la observación participante y las entrevistas no estructuradas. La diferencia fundamental entre ambas metodologías es que la cuantitativa estudia la asociación o relación entre variables cuantificadas y la cualitativa lo hace en contextos estructurales y situacionales.

La investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica. La investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. Tras el estudio de la asociación o correlación pretende, a su vez, hacer inferencia causal que explique por qué las cosas suceden o no de una forma determinada.

Las diferencias más ostensibles entre ambas metodologías se muestran en la tabla 1. Los fundamentos de la metodología cuantitativa podemos encontrarlos en el positivismo que surge en el primer tercio del siglo XIX como una reacción ante el empirismo que se dedicaba a recoger datos sin introducir los conocimientos más allá del campo de la observación. Alguno de los científicos de esta época dedicados a temas relacionados con las ciencias de la salud son Pasteur y Claude Bernard, siendo este último el que propuso la experimentación en medicina¹. A principios del siglo XX, surge el neopositivismo o positivismo lógico siendo una de las aportaciones más importantes la inducción probabilística. La clave del positivismo lógico consiste en contrastar hipótesis probabilísticamente y en caso de ser aceptadas y demostradas en circunstancias distintas, a partir de ellas elaborar teorías generales. La estadística dispone de instrumentos cuantitativos para contrastar estas hipótesis y poder aceptarlas o rechazarlas con una seguridad determinada. Por tanto el método científico, tras una observación, genera una hipótesis que contrasta y emite posteriormente unas conclusiones derivadas de dicho contraste de hipótesis.

El contrastar una hipótesis repetidamente verificada no da absoluta garantía de su generalización ya que, como señala Karl Popper, no se dispone de ningún método capaz de garantizar que la generalización de una hipótesis sea válida. Con el ejemplo de los cisnes, K. Popper rebatía las tesis neopositivistas sobre la generalización de las hipótesis⁹... "todos los cisnes de Austria eran blancos... no se dispone de datos sobre el color de los cisnes fuera de Austria..., todos los cisnes son blancos...". En el momento actual no hay ningún método que garantice que la generalización de una hipótesis sea válida, pero sí se puede rebatir una hipótesis con una sola evidencia en contra de ella. Es por ello que la ciencia, como señala K. Popper "busca explicaciones cada vez mejores".

Ventajas e inconvenientes de los métodos

Las ventajas e inconvenientes de los métodos cuantitativos vs los cualitativos se muestran en la tabla 1. En general los métodos cuantitativos son muy potentes en términos de validez externa ya que con una muestra representativa de la población hacen inferencia a dicha población a partir de una muestra (Figura 1) con una seguridad y precisión definida. Por tanto una limitación de los métodos cualitativos es su dificultad para generalizar. La investigación cuantitativa con los test de hipótesis no sólo permite eliminar el papel del azar para descartar o rechazar una hipótesis, sino que permite cuantificar la relevancia clínica de un fenómeno midiendo la reducción relativa del riesgo, la reducción absoluta del riesgo y el número necesario de pacientes a tratar para evitar un evento¹⁴. La pregunta que evidentemente hacen los investigadores cualitativos a los cuantitativos es ¿cuan particularizables son tus generalidades...?

Hoy en día hay un predominio claro de la investigación cuantitativa en relación a la cualitativa y así podemos objetivar que en una búsqueda en Medline a fecha 20/4/2002 utilizando las palabras clave "quantitative research" vs "qualitative research" encontramos 11.236 y 1.249 artículos respectivamente lo que genera un cociente de $11.236/1.249 = 8.99$. El seleccionar una u otra metodología puede depender de diferentes planteamientos: ¿Se busca la magnitud o la naturaleza del fenómeno?, ¿Se busca un promedio o una estructura dinámica?, ¿Se pretende descubrir leyes o comprender fenómenos humanos?

Cuando en la búsqueda en Medline a las palabras clave previamente mencionadas añadimos "nursing" para centrar la pregunta en trabajos de enfermería objetivamos que el cociente de los artículos cuantitativos vs los cualitativos (610 vs 535) claramente disminuye a 1.14 mostrando por tanto un importante peso de lo cualitativo en la investigación en enfermería a pesar de existir un predominio de lo cuantitativo que sigue incrementándose en los últimos años en este colectivo.

El empleo de ambos procedimientos cuantitativos y cualitativos en una investigación probablemente podría ayudar a corregir los sesgos propios de cada método, pero el hecho de que la metodología cuantitativa se la más empleada no es producto del azar sino de la evolución de método científico a lo largo de los años. Creemos en ese sentido que la cuantificación incrementa y facilita la comprensión del universo que nos rodea y ya mucho antes de los positivistas lógicos o neopositivistas Galileo Galilei afirmaba en este sentido "mide lo que sea medible y haz medible lo que no lo sea"

| Tabla 1. | |
|--|---|
| DIFERENCIAS ENTRE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA. | |
| Investigación cualitativa | Investigación cuantitativa |
| Centrada en la fenomenología y Comprensión | Basada en la inducción probabilística del positivismo lógico |
| Observación naturista sin control | Medición penetrante y controlada |
| Subjetiva | Objetiva |
| Inferencias de sus datos | Inferencias más allá de los datos |
| Exploratoria, inductiva y descriptiva | Confirmatoria, inferencial, deductiva |
| Orientada al proceso | Orientada al resultado |
| Datos "ricos y profundos" | Datos "sólidos y repetibles" |
| No generalizable | Generalizable |
| Holista | Particularista |
| Realidad dinámica | Realidad estática |

Tabla 2.
VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LOS MÉTODOS CUALITATIVOS VS
CUANTITATIVOS.

| Métodos cualitativos | Métodos cuantitativos |
|--|---|
| Propensión a " <i>comunicarse con</i> " los sujetos del estudio | Propensión a " <i>servirse de</i> " los sujetos del estudio |
| Se limita a preguntar | Se limita a responder |
| Comunicación más horizontal... entre el investigador y los investigados... mayor naturalidad y habilidad de estudiar los factores sociales en un escenario natural | |
| Son fuertes en términos de validez interna, pero son débiles en validez externa, lo que encuentran no es generalizable a la población | Son débiles en términos de validez interna -casi nunca sabemos si miden lo que quieren medir-, pero son fuertes en validez externa, lo que encuentran es generalizable a la población |
| Preguntan a los cuantitativos: ¿Cuan particularizables son los hallazgos? | Preguntan a los cualitativos: ¿Son generalizables tus hallazgos? |

GRANDES PROBLEMAS DEL SALUD DEL SIGLO XXI

La sociedad cambia más rápido que la Sanidad

La sociedad del siglo XXI cambia de forma rápida en dirección incierta. El sociólogo Zygmunt Bauman ha acuñado el concepto de sociedad o vida líquida para definir un modelo emergente de sociedad en el que las cosas se convierten en objetos de consumo o en objetos de reciclaje, y en la que nunca se sabe con certeza hacia dónde se evoluciona¹. En este mismo contexto, el sociólogo Ulrich Beck ha hablado de la sociedad del riesgo como aquella en la que la búsqueda de certezas genera más incertidumbre². Finalmente, Francis Fukuyama se ha

referido al fin de la historia para definir un modelo de sociedad en la que los acontecimientos pasan con gran rapidez, de forma inmediata y son objetos de múltiples análisis en tiempo presente. Este proceso de finitud de la historia, como disciplina encargada de la descripción y el análisis retrospectivo de los acontecimientos sociales, es consecuencia de un conjunto de fenómenos que, en lo que respecta a los sistemas sanitarios, se pueden clasificar como "transiciones sanitarias" (Tabla 1) y que permiten la visualización de los cambios conforme éstos se van produciendo, en "tiempo real".

Tabla 1. Transiciones sanitarias determinantes del cambio social.

Este concepto de now-history o "historia en tiempo real" dificulta la capacidad de reacción de los agentes sanitarios, a los que los determinantes del cambio suelen pillarles desprovistos de soluciones. Ello es debido, en parte, a que la velocidad del cambio es mayor que la capacidad de reacción al mismo por parte de las personas e instituciones sanitarias. Un ejemplo de esta situación lo constituye el aumento de tarjetas sanitarias que se ha producido en algunas CC.AA. y que ha supuesto un colapso de algunos servicios sanitarios debido a una demanda asistencial no prevista. A ello se une la escasa capacidad de planificación de los servicios sanitarios, como se ha demostrado con la imprevisión producida en la estimación del número de médicos necesarios. La coexistencia en el tiempo de un aumento del número de jubilaciones de profesionales con la disminución del número de nuevos licenciados en activo - resultante de las políticas de numerus clausus que se han aplicado desde 1980 en las facultades de medicina- era un fenómeno previsible que no había sido adecuadamente previsto.

Los sociólogos modernos concluyen que vivimos en la sociedad de la incertidumbre, del cambio y del exceso, y esas características también se reflejan en las actitudes de los ciudadanos con respecto a la salud y a los sistemas sanitarios. Las características más relevantes de este nuevo modelo de cambio social se describen tabla 2.

Tabla 2. El nuevo modelo de usuario de los servicios sanitarios.

| |
|---|
| • Aumento del nivel de alfabetización formal |
| • Mayor del nivel de educación reglada |
| • Aumento de las necesidades de atención social y sociosanitaria |
| • Escasa educación cívica en relación al uso de los bienes públicos |
| • Cambio de la categoría de paciente a la de cliente |
| • Acceso a mayor información mediante Internet |

Así, en España se ha configurado un nuevo modelo de usuario de la sanidad que condiciona los patrones de utilización de los servicios sanitarios y aumenta la complejidad de la visita médica. Una complejidad que, de hecho, está influenciada por una condiciones de presión asistencial, difusión rápida de nuevas tecnologías, escasa preparación de los profesionales de la medicina en habilidades de relación y comunicación con los pacientes, mayor exigencia de los usuarios, baja autoestima y burn-out de los profesionales de la atención médica, y unas elevadas expectativas en la capacidad resolutive de los servicios de salud y en el beneficio potencial de los avances científicos.

En España se ha producido en los últimos años una elevada alfabetización de la población, entendida ésta como un aumento del porcentaje de ciudadanos que saben leer, escribir y hacer operaciones numéricas simples. A ello se ha unido un incremento de la educación formal de la ciudadanía, medida por el porcentaje de personas que han finalizado los estudios de bachillerato y los que han tenido acceso a estudios universitarios. Curiosamente, este aumento de la alfabetización formal básica y superior no se ha acompañado de un incremento de la alfabetización sanitaria y de la educación cívica. Por alfabetización sanitaria se entiende la capacidad de las personas para encontrar, entender y utilizar adecuadamente, en beneficio propio o de aquellas personas que cuidan, la información relacionada con los temas de salud. Asimismo, el concepto de educación cívica hace referencia, en este caso, a la capacidad de los ciudadanos para realizar un uso justificado y adecuado de los recursos públicos. A estos déficits de alfabetización sanitaria y educación cívica se une la extensión, en el Estado del bienestar, de los servicios sanitarios al ámbito de las políticas sociales. Esta situación se manifiesta en tres situaciones específicas: los centros de salud, los servicios de urgencias y la atención sociosanitaria.

En los sistemas sanitarios modernos el centro de salud se convierte en un "centro social" ya que parte de la patología que atiende está relacionada o acompañada de situaciones relativas a la dependencia, problemas de salud mental, estrés, soledad y adicciones, entre otras condiciones de naturaleza social. Ello ha llevado a algunos sistemas sanitarios a considerar al centro de salud como un centro social o sociosanitario, lo que supondría, en términos de organización de la asistencia, dar una mayor relevancia de la que tienen en la actualidad a los profesionales de enfermería y a los trabajadores sociales.

Otra característica singular de nuestro sistema sanitario es la utilización que se hace de los servicios de urgencias. En ésta se ve el reflejo de una sociedad que no sabe esperar y que busca encontrar soluciones rápidas a los problemas de salud. El hecho de que las urgencias

hospitalarias sea la puerta preferida por muchos ciudadanos para entrar en el sistema sanitario cuando tienen un problema de salud indica, en aquellos casos en los que no constituye la alternativa adecuada, un déficit de educación cívica sobre los usos de los bienes públicos y un problema de alfabetización sanitaria. A ello se une la ausencia de servicios de salud que atiendan a los pacientes en horario de tarde-noche y de fin de semana.

Finalmente, el envejecimiento de la población produce un incremento de la comorbilidad, lo que se define, en la denominada transición epidemiológica, como la transición de un estadio de enfermedad única y aguda, a uno de pluripatología y enfermedad crónica. Todo ello en un entorno sanitario donde predomina el hospital de alta tecnología y la fragmentación por especialidades, obviando una aproximación más cercana a las necesidades de salud y sociales de los pacientes.

El escenario expuesto se hace más complejo cuando la atención sanitaria califica a sus usuarios como clientes y no como pacientes. La naturaleza del concepto de cliente o consumidor implica una capacidad de elección de los servicios por parte de éste, una participación del usuario en la evaluación de los servicios obtenidos, dar prioridad a la visión subjetiva de la necesidad médica y la adopción de un modelo de relación entre profesionales y usuarios más simétrico, entre otras tendencias emergentes. La diferencia esencial es que un consumidor de un servicio convencional, por ejemplo un supermercado, puede decidir si acude o no a éste, cuándo va y qué va a comprar, mientras que un usuario de los servicios sanitarios se supone que acude a los mismos por necesidad, no por voluntad, y su capacidad de elección está restringida. En este sentido, en los servicios de atención sanitaria se manifiesta la tensión existente entre una organización diseñada para atender enfermos de forma gratuita y universal y una concepción del paciente como usuario, cliente o consumidor. Ello configura la necesidad de determinar un nuevo marco de derechos y obligaciones acordes con un nuevo modelo de paciente.

Finalmente, en la denominada sociedad de la información, Internet ha supuesto una verdadera revolución. Se ha pasado de una situación de incapacidad para acceder a información sobre temas de salud o del acceso a una información de escasa calidad y genérica, a acceder a una gran cantidad de información de calidad desigual y que supera la capacidad de cribado de los internautas. Así, en el mes de octubre de 2006 se podían encontrar 300 millones de referencias sobre cáncer en el buscador Google, de las que más de 3 millones eran de cáncer de mama y 1.390.000 sobre el tratamiento de este tipo de tumores con un nuevo fármaco, el Herceptin. Curiosamente, o no, Internet permite acceder a las búsquedas más variopintas, como la de encontrar 455 webs que hacían referencia al inexistente tratamiento de la angina de pecho con frijoles.

La experiencia de los pacientes en España

En los últimos años, desde la Fundación Biblioteca Josep Laporte se han dirigido y promovido diferentes estudios genéricos en pacientes y usuarios de la sanidad con los siguientes objetivos⁴: valorar la percepción y experiencia de los usuarios y pacientes con el Sistema Nacional de Salud; evaluar los cambios producidos en el sistema sanitario; visualizar tendencias en la utilización de los servicios sanitarios y en el auto-cuidado; estudiar la confianza de los ciudadanos en el sistema de salud y revisar el estado de la opinión pública

sobre los temas de salud y sanidad. Los estudios realizados seguían metodologías cuantitativa y cualitativa. Entre las investigaciones cuantitativas destacan: una encuesta realizada en julio 2001 para el Observatorio de Salud y Mujer en 6.530 mujeres españolas valorando sus necesidades de información de salud; otra encuesta llevada a cabo en septiembre de 2002 en una muestra de 2.700 usuarios de la sanidad y una tercera realizada en noviembre de 2005 con la Universidad de Harvard en 3.010 ciudadanos. Entre los trabajos cualitativos, destacan: el estudio internacional "El Paciente del Futuro" que dirigido desde el Picker Institute de Oxford se realizó en 8 países europeos con la metodología de grupos focales, el estudio "El Paciente Oncológico", y estudios en pacientes con osteoporosis y con enfermedades cardiovasculares. Los principales resultados de los estudios cuantitativos aparecen resumidos en las tablas 3 y 4.

Tabla 3. Resultados estudio OBSYM.

-
- 3 de cada 4 mujeres entrevistadas considera la información que obtiene en temas de salud como escasa o insuficiente.
 - 3 de cada 4 mujeres que acceden a información sanitaria sobre temas de salud tiene problemas para entender el contenido de la misma.
 - El cáncer es el problema de salud que más preocupa a las mujeres españolas.
 - El interés por los temas de salud está relacionado con la edad, predominando entre las mujeres jóvenes y las madres de familia de hijos pequeños.
 - La mujer es el agente de salud de la familia, lo que le lleva a priorizar la salud de los demás antes que la suya.
 - Existe un interés creciente por acceder a información de calidad contrastada e inteligible sobre temas de salud.
-

Tabla 4. Resultados encuesta sanitaria del año 2002.

-
- El médico es la principal fuente de información de los pacientes, siendo los medios de comunicación la segunda en importancia.
 - Sólo un 30% de la población busca medios alternativos de información a los proporcionados en la consulta médica.
 - El 50% de los entrevistados no plantea dudas, discrepancias o preguntas específicas a los médicos.
 - El 70% de los entrevistados no conocen sus derechos como pacientes.
 - Menos de un 5% de los entrevistados pertenece a algún tipo de asociación que puede tener relación con temas de salud.

- La población exige acceso a información de calidad contrastada que sea inteligible y proporcionada por profesionales.
- Se confirma la existencia de una doble tendencia en la actitud de los pacientes: pasiva y activa.
- El paciente activo suele ser joven y con mayor nivel de estudios, por lo que aparece como una tendencia emergente y de futuro.

En ellos se pone en evidencia la escasa implicación de los pacientes en la toma de decisiones sanitarias, donde adoptan mayoritariamente un rol pasivo, la necesidad de mejorar los procesos de información a los pacientes -tanto en cantidad como en calidad- y la importancia del médico y de los medios de comunicación como agentes de información. Los resultados del estudio de "Confianza en el Sistema Nacional de Salud"⁵ evidencian la elevada confianza de la población en las profesiones sanitarias con respecto a otras profesiones. También ponen de manifiesto que la población es consciente de que la sanidad atraviesa problemas financieros o de sostenibilidad, pero, a pesar de ello, no están dispuestos a aceptar medidas de financiación complementaria -basadas en el copago de servicios o en la subida de impuestos- a excepción de los impuestos del tabaco y del alcohol.

Los principales resultados del estudio español del proyecto internacional "El Paciente del Futuro" aparecen descritos en la tabla 5.

Tabla 5. El paciente del futuro: Resultados en España.

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Exigencia de un trato más personalizado en la visita médica: mayor dedicación de tiempo y más información. • Masificación como problema. • Necesidad de una mejor relación médico-paciente. • Internet sólo es valorado de forma positiva como instrumento de gestión de procesos burocráticos. • Escasa atención al tema de los derechos de los pacientes. • No existe una visión pesimista en torno al futuro del sistema sanitario ni con respecto a los problemas de sostenibilidad económica del mismo. |
|---|

Los mismos evidencian cómo los españoles sitúan la sanidad y los temas de salud como prioritarios. Este dato confirma los resultados obtenidos en las diferentes encuestas realizadas a principios de la década de los 90 en España. También destaca la reivindicación de la figura de "mi médico" como agente de salud de los pacientes, a pesar de que se le pide una mayor dedicación en tiempo de visita y en la calidad de la información proporcionada. Esta visión se confirma en el estudio de "Confianza". Asimismo, aparece la dicotomía pasiva-activa en la actitud de los pacientes hacia los temas de salud que, posteriormente, se confirma en los estudios cuantitativos. La tendencia pasiva de los pacientes exige el protagonismo de los médicos en los procesos de toma de hijos de personas mayores.

Desde el año 2003 diferentes iniciativas han intentado fomentar la educación cívica y la promoción de los derechos de los pacientes en España. La decisiones, adoptando un modelo

de relación paternalista. Por el contrario, la tendencia activa, minoritaria en los estudios cualitativos y cuantitativos, evidencia la aparición emergente de un nuevo tipo de pacientes que quieren participar y adoptar un rol protagonista en los procesos de toma de decisiones que afectan a su salud.

Estos pacientes optarían por un modelo de relación médico-paciente deliberativo e incluso, en algunos casos, científico. Se podría hipotetizar que los ejemplos de este nuevo modelo de paciente se visualizarían en un nivel educativo alto, pacientes jóvenes, padres de niños enfermos y en primera de estas iniciativas fue la Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes, formulada por representantes de 50 organizaciones de pacientes y usuarios del Estado español⁶. La difusión de la misma llevó a la constitución del Foro Español de Pacientes, que agrupa 14 grandes organizaciones, 637 asociaciones de pacientes y 267.000 miembros. El Foro está impulsando en la actualidad la creación de foros autonómicos, de los que ya existe el "Forum Catalá de Pacients" que agrupa 25 asociaciones y 31.000 miembros. El Foro ha organizado ya dos congresos nacionales de pacientes y se ha constituido en una organización de promoción de los derechos de los pacientes. Finalmente, con el objeto de promover una mayor alfabetización sanitaria de la sociedad civil y de los pacientes se ha creado la Universidad de los Pacientes. Este es un proyecto promovido por la Universitat Autònoma de Barcelona y la Fundació Biblioteca Josep Laporte que tiene como misión promover actividades de información, incluidos los "podcasts epacientes" y diferentes sitios webs, de investigación, de formación, con los programas de paciente experto y de paciente tutor, y de asesoría y acreditación de actividades.

Mutaciones Demográficas

Según las previsiones medias de las Naciones Unidas, la población mundial alcanzará 8.000 millones en 2028 y 9.000 millones en 2054, y luego se estabilizará en torno a esa cifra. No habrá entonces una explosión demográfica, sino más bien un gran aumento seguido de un estancamiento. Algunos demógrafos estiman que dentro de algunos decenios podría incluso producirse una implosión. En efecto, según las previsiones más bajas de las Naciones Unidas la población mundial se estabilizaría en torno a los 7.300 millones hacia 2050, antes de empezar a declinar. Teniendo en cuenta que la transición demográfica se ha acelerado, no se puede descartar que a mediados del siglo XXI la población mundial supere apenas los 8 mil millones.

Por otra parte, la población mundial está envejeciendo. Según la hipótesis media de las Naciones Unidas, de 1995 a 2050 los menores de 15 años disminuirán -del 31% al 19% de la población mundial-, mientras que las personas de más de 60 años aumentarán -del 10% al 22%. También está evolucionando la distribución geográfica de la población mundial. A no ser que se produzcan grandes corrientes migratorias -un fenómeno siempre posible-, la población de Europa y Japón disminuirá en los próximos 50 años. Según algunos estudios, la única solución para resolver la drástica disminución de la proporción entre personas activas e inactivas sería la inmigración. Las causas de mortalidad también evolucionan. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dado la voz de alarma sobre la inminente posibilidad de que estalle una crisis mundial provocada por las enfermedades infecciosas. A pesar de los progresos considerables en la lucha contra esas enfermedades -se ha logrado erradicar la

viruela y podrían declararse definitivamente vencidas la poliomielitis y la dracunculosis-, siguen causando la tercera parte de las muertes que ocurren en el mundo. Las bacterias y los virus que las provocan son nuevos, están en constante mutación o han aprendido a resistir a los tratamientos que nos protegían hasta ahora. En cualquier caso, todos se caracterizan por una enojosa tendencia a desplazarse.

Cuando una enfermedad desaparece, surge otra nueva: en 1980 la OMS anunciaba la erradicación mundial de la viruela, y un año después se identificaba el sida por primera vez. Además, hay un recrudecimiento de enfermedades graves como la tuberculosis, se han identificado nuevos agentes infecciosos como el prión y varias enfermedades conocidas empiezan a resistir a los antibióticos clásicos, al mismo tiempo que disminuyen las investigaciones sobre las vacunas. En Botswana, el país más diezmado por la epidemia del sida, una cuarta parte de la población adulta está infectada por el virus y la esperanza de vida al nacer decayó de 61 años a 47 en el último decenio, cuando debería ser actualmente de 67 años si no existiera esa epidemia. La esperanza de vida también se redujo en la Federación de Rusia y en varios países de la antigua URSS.

Existe un vínculo entre la educación de las jóvenes y las cuestiones de población y desarrollo. Muchos estudios han puesto de relieve la repercusión positiva que tiene la educación de la mujer en el desarrollo social y la salud, y más concretamente en los índices de mortalidad infantil y fecundidad. A este respecto, cabe preguntarse si el mejor método anticonceptivo no es la educación para todos a lo largo de toda la vida. El aumento de la población mundial conlleva una urbanización masiva, acelerada por las transformaciones socioeconómicas, que transforma la escala de las ciudades y va acompañada por fenómenos sin precedentes: pobreza y exclusión urbanas, secesión de grupos y barrios, problemas ambientales, acceso a los recursos naturales y culturales, derecho a la vivienda, nuevos problemas de ciudadanía y retracción del espacio público. De confirmarse estas tendencias, se estima que dentro de 40 años habrá que construir el equivalente de 1.000 ciudades de 3 millones de habitantes, o sea casi tantas ciudades como las que existen actualmente.

Hoy en día el crecimiento urbano más acusado se produce, o bien en las regiones más pobres y en este caso no guarda relación con un desarrollo efectivo, o bien en las zonas de auge económico más rápido. En este último caso, el "boom" suele provocar una explosión caótica que genera grandes problemas de abastecimiento de agua potable, energía, aprovisionamiento alimentario suficiente, violencia, marginación y exclusión. Esto hace que en muchos países proliferen "comunidades cerradas" que se amurallan y protegen con barreras, o se aíslan en lugares apartados. Millones de personas fascinadas por el brillo de las grandes ciudades truecan la pobreza del medio rural por la miserable "soledad acompañada" de las grandes aglomeraciones, donde suelen carecer de los servicios más elementales, ya se trate de escuelas, sistemas sanitarios o infraestructuras básicas, y viven sumidas en la miseria y la exclusión que a menudo son terrenos abonados para la violencia y el extremismo. Ante esas situaciones, ¿cómo humanizar la ciudad, reconstituir la urbanidad y el civismo, e integrar a los marginados?

CONDICIONES DE VIDA, FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS, EMPLEO, EDUCACIÓN, RECREACIÓN

Todo comenzó principalmente con la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. Lo que se pretendía era establecer un conjunto de normas de derechos humanos que, por ser formalmente positivadas y tener la aceptación voluntaria de los Estados miembros de las Naciones Unidas, y generar un ambiente político internacional de normas de derechos humanos.

Los derechos económicos, sociales y culturales, además de ser proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, fueron codificados en una norma específica: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales - documento que vino a ser adoptado por la ONU en 1966 y ratificado por Brasil en 12 de diciembre de 1991.

La primera idea fue la creación de una Carta Internacional de Derechos Humanos y un único pacto internacional, que tuviese obligatoriedad para los Estados signatarios y que tratase tanto de los derechos civiles y políticos como de los derechos económicos, sociales y culturales. Las divergencias entre los bloques mundiales - Unión Soviética (firmes defensores de los derechos económicos, sociales y culturales) y Estados Unidos (defensores de los derechos civiles y políticos) - las objeciones acerca la naturaleza jurídica de esos derechos impidieron esa formulación, adoptándose dos tratados distintos: El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:

"La Comisión de Derechos Humanos recibió por medio del ECOSOC el encargo de la Asamblea General de preparar un instrumento que precisara en términos jurídicos los derechos enunciados en la Declaración Universal, comenzó a trabajar sobre la idea de elaborar un solo pacto dedicado únicamente a los derechos civiles y políticos. Posteriormente, al declarar la Asamblea General la indisolubilidad entre el goce de ambas clases de derechos, se decidió incluir dentro del pacto los derechos económicos, sociales y culturales, siguiendo el modelo de la Declaración Universal. Pero las dudas sobre el carácter justiciable de unos derechos cuya formulación era imprecisa, indujeron a la Asamblea General a variar su opinión y configurar dos pactos distintos."

Los trabajos comenzaron en 1947, sin embargo, en 1954 todavía no habían sido concluidos. No por falta de reuniones de las comisiones o por falta de propuestas de un pacto único, sino por las presiones políticas durante la Guerra Fría que impidieron la conclusión del pacto único, restando, como única solución inteligente la creación de los dos pactos.

Esos adoptados en 1966, pero solamente entraron en vigor diez años después, cuando consiguieron el número de ratificaciones necesarias. Lo que prevaleció en realidad, fue una visión liberal de derechos humanos minimizando la discusión de derechos económicos y sociales como derechos que deberían ser aplicados cuando fuera posible o conveniente. Fue una tendencia ideológica que prevaleció en la adopción de esos pactos.

Dos años después, en la Conferencia Mundial realizada en Teherán en 1968, se afirmó la indivisibilidad y la interdependencia de los derechos humanos, como nos enseña Cançado Trindade: "Como os direitos humanos e as liberdades fundamentais são indivisíveis, a

realizaçao dos direitos civis e políticos sem o gozo dos direitos econômicos, sociais e culturais torna-se impossível"

En ese sentido, las Naciones Unidas a parte de adoptar dos pactos distintos buscó a lo largo de los años afirmar el carácter indivisible e interdependiente de los derechos humanos. En los años setenta, resoluciones de las Naciones Unidas reiteraron esta idea, al afirmar que:

"Todos derechos humanos son universales, indivisibles, interdependientes y están relacionados entre sí. La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso."

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales presenta un rol extenso de derechos lo que representa un desarrollo de la DUDH en cuanto al ideal del ser humano liberado del temor y de la miseria por medio del goce integral de los derechos humanos, económicos, sociales y culturales, como también de los derechos civiles y políticos.

El PIDESC busca establecer normas con mayor poder vinculante para los Estados en materia de los derechos económicos, sociales y culturales, fijando igualmente su contenido, alcance y limitaciones; comparando con la DUDH, éste amplía la gama de los derechos económicos sociales y culturales, y es un importantes instrumento buscar la materialización de estos derechos.

De esta forma se clasifica los derechos: En primer lugar, el derecho de los pueblos a su libre autodeterminación política y a proveer su desarrollo económico, social y cultural, disponiendo libremente de sus riquezas y recursos naturales, sin que se pueda privar a un pueblo de sus propios medios de subsistencia.

En segundo lugar, un grupo de derechos laborales que comprende el derecho al trabajo, a la formación técnico profesional, a la ocupación plena, a condiciones de trabajo satisfactorias y equitativas, a un salario justo que permita condiciones dignas al trabajador y su familia, al descanso y al tiempo libre, a los derechos sindicales, que comprenden la libertad sindical de asociación y el derecho a la huelga.

En tales artículos del PIDESC establece el derecho al trabajo, sin discriminación alguna, con derecho a una remuneración justa, y además añade el derecho al individuo a sindicalizarse.

El derecho al trabajo está reconocido por varios instrumentos normativos en el ámbito internacional, pues se trata de un derecho muy importante para el desarrollo de la persona humana, su dignidad y sobretodo para la realización de otros derechos humanos.

"Toda persona tiene el derecho a trabajar para poder vivir con dignidad. El derecho al trabajo sirve, al mismo tiempo, a la supervivencia del individuo y de su familia y contribuye también, en tanto que el trabajo es libremente escogido o aceptado, a su plena realización y a su reconocimiento en el seno de la comunidad."

Es una obligación del Estado garantizar a las personas el derecho al trabajo libremente elegido o aceptado, esta es una definición basada en que la dignidad y el respecto de la persona son posibles a través de su libertad.

Esto genera el desarrollo personal y la integración social y económica de la persona. Según la OIT el "empleo pleno, productivo y libremente elegido" vincula la obligación de los Estados Partes en abolir, condenar y luchar contra todas las formas de trabajo forzado.

Es importante añadir que "el derecho al trabajo no debe entenderse como un derecho absoluto e incondicional a obtener empleo".

Como se ha comentado anteriormente, la importancia del trabajo se caracteriza sobre todo por la dignidad del mismo, y cuanto a ese punto se observa que trabajo digno es aquel que respeta los derechos del hombre como trabajador y los demás derechos de la persona, es decir, añade al trabajador derechos típicos como remuneración y seguridad pero no implica en la restricción de otros derechos fundamentales como la integridad física y mental.

Tal remuneración justa implica una forma equitativa y satisfactoria que garantice una condición a los trabajadores de vivir y asegurar la vida de sus familias con dignidad. Los Estados están obligados a establecer unos mecanismos de fijación del salario mínimo, para determinar, revisar y ajustar periódicamente sus tasas, con la finalidad de mantener con el salario mínimo unas condiciones básicas que garanticen la cualidad de vida digna de los trabajadores.

Según la Observación General Nº 18 del CDESC, el trabajo pleno será posible con la conjunción de los siguientes elementos interdependientes y esenciales, que deberán ser proporcionados por los Estados en la medida de las condiciones internas existentes:

- Disponibilidad: Los Estados Partes deben proporcionar servicios especializados para ayudar y apoyar a los individuos a identificar el empleo disponible y acceder a él.
- Accesibilidad: el derecho a acceder al trabajo, se define en tres dimensiones:
 -
 - a. Sin discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento, discapacidad física o mental, estado de salud, orientación sexual, estado civil, político, social;
 - b. Condición de accesibilidad física para persona discapacitadas;
 - c. Información sobre los medios para obtener acceso al empleo.
- Aceptabilidad y calidad: el derecho del trabajador a condiciones justas y favorables de trabajo, condiciones laborales seguras, el derecho a constituir sindicatos y el derecho a elegir y aceptar libremente empleo.

El artículo 7, d) también trata del derecho al trabajo y establece el derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas una vez que garantizan una elevada productividad, al tiempo que se

protege la salud física y mental de los trabajadores. La importancia de ellos se funda en el derecho a la salud, y es explicado en las normas de la OIT que actualmente, tratan del tiempo de trabajo y confieren el marco para la regulación de las horas de trabajo, de los periodos de descanso diarios y semanales, y de las vacaciones anuales.

Los sindicatos desempeñan una función primordial al garantizar el respeto del derecho al trabajo en los planos local y nacional y ayudar a los Estados a cumplir sus obligaciones, "el derecho de sindicación y de constitución de sindicatos y organizaciones de empleadores y de trabajadores es el requisito necesario para la solidez de la negociación colectiva y del diálogo social", entonces su importancia como señala el artículo 8, parágrafo 1, a), es la libertad de la persona a fundar y a filiarse a los mismos .

Un tercer grupo que tiene que ver con los derechos de subsistencia, que comprenden el derecho a la salud física y mental, el derecho a la seguridad social, el derecho a un medio ambiente sano, el derecho a un nivel de vida adecuado que incluye la alimentación, el vestido y la mejora en las condiciones de existencia .

El derecho a la salud y al bienestar están vinculados con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de ellos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad:

"Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud. Gracias a una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano."

Tales derechos no deben ser entendidos como derecho a estar "sano", derivan de libertades y derechos como el derecho de la persona a controlar su salud y su cuerpo, incluso su libertad sexual, el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos sin su consentimiento. Ya en el plano de los derechos se nota las obligaciones positivas del Estado en promover un sistema de protección de la salud a todas las personas con oportunidades y tratamientos iguales.

El Comité interpreta el derecho a la salud como un derecho que no sólo trata la atención de salud como asistencia médica, sino también con la composición de factores determinantes de la salud, y por supuesto del bien estar, como el acceso al agua limpia potable , a condiciones sanitarias adecuadas, alimentos sanos, vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

El derecho a la alimentación que debe ser asegurado para que la persona pueda disfrutar de un nivel de vida adecuado, también está vinculado a la dignidad de la persona y de la justicia social, pues requiere la adopción de políticas económicas, ambientales y sociales adecuadas,

en los planos nacional e internacional, orientadas a la erradicación de la pobreza y al disfrute de todos los derechos humanos por todos.

El derecho a alimentación adecuada designado a todo hombre, mujer o niño consiste en la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficiente para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas, y en el acceso de esos alimentos en formas que sean sostenibles y que no dificulten el goce de otros derechos humanos.

Ese derecho tendrá que alcanzarse progresivamente. Con la obligación básica de los Estados en adoptar las medidas necesarias para mitigar y aliviar el hambre.

Un cuarto grupo son los derechos culturales, que comprende el derecho a la educación, la libertad de los padres a escoger la educación de sus hijos, a participar de la vida cultural y a gozar de los beneficios del conocimiento.

Y finalmente un quinto grupo, incluye los derechos relativos a la protección de ciertas categorías o sectores, primero la familiar especialmente en lo que se refiere protección de la maternidad, de la adolescencia y los derechos de la niñez.

Es importante observar que el Pacto es un instrumento convencional que impone obligaciones jurídicas vinculantes a los Estados partes. Según Cassese:

"Los Pactos tiene valores diferentes: justamente porque constituyen tratados internacionales propiamente dichos, sólo obligan a los países que expresamente los han aceptado por medio del procedimiento formal de la adhesión. Por lo tanto, en un sentido son más fuertes (precisamente porque imponen imperativos jurídicos obligatorios); en otro sentido, en cambio, son más débiles porque solamente implican aquellos Estados que se han comprometido a observarlos."

El artículo 2º del Pacto impone a los Estados la obligación de adoptar medidas hasta el máximo de sus recursos disponibles, de modo que se pueda asegurar progresivamente el pleno ejercicio de derechos en él reconocidos. Ese mismo artículo señala la naturaleza de las obligaciones jurídicas generales de los Estados Parte e incluye tanto obligaciones de comportamiento como obligaciones de resultado.

Los Estados Parte del PIDESC son responsables ante la comunidad internacional y ante sus propios pueblos por el cumplimiento de las obligaciones que se derivan del Pacto, tales obligaciones según el PIDESC son respetar, proteger y realizar.

Se entiende por respetar cuando el Estado se abstiene de hacer algo que viole la integridad de un individuo o infrinja su libertad, incluyendo la libertad de utilizar los recursos materiales disponibles a tal individuo de manera que éste encuentre mejor para satisfacer sus necesidades básicas. La Corte Superior de Sud África encontró en el caso de la desconexión de los servicios de agua por parte de la municipalidad sin un procedimiento justo y equitativo, era una ruptura "prima facie" de esta obligación de respetar el derecho a tener agua.

Por proteger se entiende que el Estado "tome las medidas necesarias para prevenir que otros individuos o grupos violen la integridad, la libertad de acción u otros derechos humanos de un

individuo. La Corte Europea de DD.HH en el caso López Ostra v Spain y Guerra v Italy, encontró que los cuerpos gubernamentales habían fracasado en la protección del derecho a la vida privada y familiar, al continuar permitiendo a las industrias que emitieran gases tóxicos y desechos a pesar del daño ambiental y los problemas de salud .

Por último la obligación de cumplir o realizar requiere que los Estados tomen las medidas necesarias para asegurar a cada persona dentro de su jurisdicción las oportunidades para obtener la satisfacción de esas necesidades, reconocidas en los instrumentos de derechos humanos, que no pueden ser aseguradas sólo con esfuerzos personales. Así el derecho a la alimentación debe estar garantizado cuando no se accede a ese derecho por falta de trabajo, avanzada edad, enfermedad, desastre, etc. Lo mismo debe suceder con la vivienda o la salud.

El Comentario General nº 03, de 1990, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ofrece una interpretación oficial sobre la naturaleza de las obligaciones impuestas por el PIDESC a los Estados-partes. De acuerdo con las Naciones Unidas, el concepto de progresividad indica que la plena realización de derechos económicos, sociales y culturales no podrá ser alcanzada, de modo general, en un corto período de tiempo e incluye tanto "obligaciones de comportamiento como obligaciones de resultado" Así, las obligaciones impuestas tiene diferencias significativas de aquellas contempladas en el artículo 2º del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que prevé obligación inmediata de respetar y asegurar a los derechos en él previstos .

Entretanto, para el Comité, la progresividad no debe ser interpretada como una justificativa para que el Estado deje de implementar los derechos económicos, sociales y culturales. ésta sería apenas una forma de llevar a cabo la realidad y las dificultades involucradas para plena realización de dichos derechos. Según las Naciones Unidas el Pacto impone, de hecho, a los Estados, obligación de actuar de forma efectiva para la obtención de este objetivo.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

- CHOREN, Susana. Necesidades humanas básicas
Disponible: <http://www.cricyt.edu.ar/enciclopedia/terminos/NecBas.htm>
- MASLOW, Abraham. Pirámide de Maslow
Disponible: http://es.wikipedia.org/wiki/Pir%C3%A1mide_de_Maslow
- BENÍTEZ AMPUDIA, José Carlos. Consideraciones biológicas y sociales en torno a la calidad y condiciones de vida como determinantes de la salud enfermedad
Ciudad Virtual de Antropología y Arqueología.
Disponible: http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/carlos_benitez.htm
- Estilos De Vida y Calidad De Vida
Disponible: <http://www.mitecnologico.com/Main/EstilosDeVidaYCalidadDeVida>
- MAYA S, Luz Helena. Los Estilos de Vida Saludables:
Componente de la Calidad De Vida. Centro De Documentación Virtual En Recreación, Tiempo Libre Y Ocio.
Disponible: www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm
- GÓMEZ PUERTO, José Ramón. Estilos y calidad de vida
Disponible: <http://www.efdeportes.com/efd90/estilos.htm>
- PITA FERNÁNDEZ, S y Pértegas Díaz, S. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. CAD ATEN PRIMARIA 2002; 9: 76-78
Disponible: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali.asp
- NOVELL, A. J. El paciente del siglo XXI
Disponible: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/sup3/PDFs%20Suplemento%2029.3/09-El%20paciente%20del%20siglo.pdf>
- CAFFARRA, Carlos. La Familia como Ambiente de Desarrollo Humano
Disponible: <http://es.catholic.net/educadorescatolicos/693/2138/articulo.php?id=23136>
- Hombre y Sociedad. La Naturaleza de lo Social
Disponible: <http://html.rincondelvago.com/hombre-y-sociedad.html>
- AVIÑA ZEPEDA, Jaime. Familia y desarrollo humano, fuente de capital social
Disponble: http://www.fundacionpreciado.org.mx/biencomun/bc154/Dr_Jaime.pdf
- DE FREITAS SANTOS, Roberta. El pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales
Disponble: http://www.porticolegal.com/pa_articulo.php?ref=263
- Informe Provisional del Equipo Especial Sobre La Unesco En El Siglo XXI.
Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
Mutaciones demográficas
http://www.almendron.com/politica/especiales/futuros_posibles/119699S.pdf