

## SALUD Y DESARROLLO EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO

### Health and development in Latin America

*Sonia Muñoz Muñoz<sup>1</sup>*

#### RESUMEN

Salud y desarrollo son entendidos como partes de un mismo proceso dinámico, que tiene al ser humano, el bienestar y la equidad como sus ejes centrales. Se revisaron los antecedentes del concepto “desarrollo” y los aportes hechos desde Latinoamérica; se valoró la superación de su identidad con el crecimiento económico y se reconoció al ser humano como fin y medio de este proceso. A su vez, se examinaron las múltiples dimensiones de la salud y sus determinantes desde una perspectiva sociológica, avizorando la relevancia de su carácter social. Desde el quehacer metodológico se llevó a cabo un análisis de los conceptos cardinales en su devenir histórico utilizando fuentes de datos bibliográficas y estadísticas internacionales de uso frecuente. Se pone énfasis en la evidencia empírica de la indisolubilidad del vínculo entre la salud y el desarrollo en América Latina y en la necesidad del ojo multidisciplinar al analizar estos asuntos.

**Palabras clave:** Salud, desarrollo, equidad, América Latina.

#### ABSTRAC

Health and development are considered as parts of the same dynamic process, being the human being, the wellbeing and the equity their focal points. The history of the concept *development* and the contributions made by Latin America were reviewed. The evolution of the Latin American identity along with its economic development was assessed, and the human being was recognized as the aim and the means of this process. Likewise, the multiple dimensions of health and its determinants were examined from a sociological perspective, perceiving the social character of health. Through the methodological process, the historical evolution of key concepts was analyzed by using the most frequent international bibliographic and statistical sources of data. Emphasis was made on the empirical evidence supporting the indissoluble link between health and development in Latin America along with the requirement for multidisciplinary criteria in analyzing these matters.

**Key words:** Health, development, equity, Latin America.

---

<sup>1</sup> Licenciada en Sociología.

## INTRODUCCIÓN

El desarrollo es una construcción social compleja a la vez que polémica, a partir de la cual se señalan múltiples interpretaciones y estrategias que tienen su expresión en la realidad social, política y económica. El alcance del establecimiento y transformaciones de las estrategias que guían el desarrollo afectan transversalmente la estructura de las sociedades. Sus ejes centrales son el bienestar y la equidad social. Aun siendo mundialmente consensuado como deseable, las formas de enfrentarlo han ido cambiando desde su identificación con el crecimiento económico, hasta la actualidad en que se amplía al incluir conceptos que sobrepasan el economicismo y valoran la potenciación de las capacidades del ser humano.

Del mismo modo, la salud humana desemboca hoy en día en una definición que la valora como un proceso dinámico y de múltiples dimensiones, donde lo social cobra una gran relevancia. Estando la tendencia del estado de salud de las poblaciones y sus determinantes indiscutiblemente relacionados con el bienestar y las condiciones de vida que la sociedad brinda a los individuos que la componen. De aquí la indisoluble vinculación entre desarrollo y salud: a la vez que esta es parte imprescindible del bienestar humano, depende en gran medida del contexto socioestructural en el que se desenvuelve.

El presente artículo pretende acercarse a los conceptos fundamentales desde una perspectiva sociológica y establecer la vinculación entre ellos en su evidencia empírica en América Latina, teniendo en alto valor la equidad para el logro de un desarrollo verdaderamente centrado en el ser humano.

### Latinoamérica ante el desafío del desarrollo

El desarrollo es una construcción social e histórica, polémica en la medida que entraña todo lo referente a las

condiciones de vida del ser humano, la equidad y cómo la sociedad es capaz de articularse en función de lograr el mayor bienestar para su población, al tiempo que propicia su participación activa en la construcción de este desarrollo.

Justamente, la preocupación por las condiciones de vida, el bienestar y la equidad están en el núcleo del desarrollo y sobre todo, lleva implícita cierta idea del tipo de sociedad que se construye con la finalidad de garantizar estos elementos. Por ende, trasciende las barreras de lo económico y se instala también en la esfera de lo político, social y cultural.

Si bien la irrupción del desarrollo como concepto en la arena política se efectúa en la primera declaración Inter Aliada de 1941, a su nacimiento el concepto es aún muy estrecho, se identifica al crecimiento continuo con la finalidad del desarrollo y el bienestar, bajo la perspectiva de que el desarrollo es un camino constituido por etapas que deben ser vencidas.<sup>1</sup> El marco teórico que sustenta al desarrollo en sus inicios se fundamenta en postulados evolucionistas y marcadamente positivistas, en la medida que comprenden el fenómeno como evolución lineal y su mensurabilidad, desde una perspectiva preponderantemente cuantitativa que, a pesar de proporcionar valiosa información y notables acercamientos a la realidad, no considera la multidimensionalidad del fenómeno.

Gracias a esta visión, se multiplican los estudios que utilizan oportunamente como unidad de medida para el desarrollo el PIB o PIB per cápita. De este modo, se pone el acento en que los países sean capaces de producir y de acumular riqueza, subvalorándose los aspectos referentes a la distribución, la equidad y la participación social en el proceso de desarrollo, puesto que es considerado un fin y no un proceso dinámico al servicio del ser humano.

La prolífica aparición de estudios globales y regionales del desarrollo (a través de CEPAL, por ejemplo),

demuestra que de la mano con el surgimiento del desarrollo como finalidad compartidamente deseable, hay un numeroso grupo de países que, a pesar de sus esfuerzos, no lo consigue. Realidades como las latinoamericanas prontamente clasifican como subdesarrolladas distando cada vez más del pequeño grupo de las desarrolladas.

La explicación de este fenómeno según la teoría predominante, se funda en la incapacidad interna de los países que lo padecen, debido a que han logrado una pobre acumulación de capital. De acuerdo con *Oswaldo Sunkel*,<sup>2</sup> esta concepción evalúa a los países según sus resultados, sin considerar sus contextos particulares, se parte del supuesto que todos comenzaron desde un mismo punto inicial, en idénticas condiciones, sabiendo algunos recorrer el camino rápidamente (los desarrollados), mientras otros lo hacen más lentamente (los subdesarrollados), sin que unos interfirieran en los recorridos de los otros. En este sentido, los contextos sociales, políticos y culturales deben ser considerados a la hora de evaluar el desarrollo; aun si comprendemos el desarrollo como la mera acumulación de capital, resulta cierto que una región colonizada, no puede tener los mismos niveles de acumulación de riquezas que su metrópoli.

Esta discusión cobra gran relevancia en Latinoamérica y desde finales de la década de 1940 se plantea el estudio desde una perspectiva histórica y sistémica, complejizando el análisis al considerar factores asociados al orden interno de los países al tiempo que el contexto internacional (y de dominación) en el que se insertan y cuál es su posición en la división internacional de trabajo.<sup>3</sup> La Teoría de la dependencia y la del Estructuralismo Latinoamericano tienen en cuenta, no solo el resultado del subdesarrollo, sino que hurgan entre las causas que lo producen, estando estas ya en factores de orden estructural o bien en la relación de dependencia, pero sin duda, ambas se erigen sobre los hombros de la historia y cuentan con una visión de largo plazo a la hora de pensar América Latina.

Si bien las posturas de corte keynesiano predominan en la agenda pública hasta la década de 1970 en América Latina de conjunto con las provenientes del estructuralismo cepaliano a través de la estrategia de industrialización por sustitución de importaciones, lentamente comienza a emerger el neoliberalismo como sistema organizado de ideas políticas y fundamentalmente económicas, poniendo el énfasis en la libre oferta y demanda, con una fuerte reducción del papel del Estado, haciendo caso de la dinámica de la apertura económica y la integración transnacional.<sup>4</sup>

Esta nueva forma de enfrentar la realidad económico-social (distinguible por su acento en la transnacionalización) concibe al Estado como un ente extraeconómico, cuya función es velar por el correcto funcionamiento del mercado. Por su parte, las políticas sociales son correctores de las consecuencias aportadas por las fallas que pudiese producir el mercado, se pasa desde la perspectiva de derechos sociales hacia la política de combate contra la pobreza.

Tiempo antes, a partir del informe del club de Roma en 1972, el proyecto sobre la condición humana da paso a la comprensión del desarrollo como bienestar de la población,<sup>5</sup> siendo la antesala de un concepto integral, donde el ser humano y la satisfacción de sus necesidades es lo central, trascendiendo el enfoque de las necesidades básicas lo meramente económico. Naciones Unidas, a través de su “Declaración sobre el derecho al desarrollo” en 1986 lo entiende como:

Proceso global económico, social, cultural y político que tiende al mejoramiento constante de toda la población y de todos los individuos sobre la base de su participación activa, libre y significativa en el desarrollo y en la distribución justa de los beneficios que de él se derivan.<sup>6</sup>

Sin embargo, en la Región, durante las décadas de 1980 y 1990 se establecen las reformas de primera y segunda

generación con base en el denominado “consenso de Washington” que vino a profundizar el modelo neoliberal en donde las políticas públicas se relacionan como señala *Bustelo*:

Hay una clara secuencia entre la política económica y la social: primero hay que crecer, después distribuir. De este modo, la política social es como una prótesis de la política económica, como una ambulancia o un hospital en donde se depositan los heridos que deja el proceso económico.<sup>7</sup>

Como contrapartida, emerge la postura de CEPAL, que plantea una transformación productiva con equidad.<sup>8</sup> Igualmente, durante la década de 1990 y tomando como referencia al teórico de las capacidades, el Nobel en Economía *Amartya Sen*, emerge la perspectiva del Desarrollo Humano desde el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se propone una nueva forma de comprender el desarrollo, en el primer informe elaborado por PNUD en 1990, este se define como:

(...) el proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano. En principio, estas oportunidades pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo. Sin embargo, a todos los niveles del desarrollo, las tres más esenciales son disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente. Si no se poseen estas oportunidades esenciales, muchas otras alternativas continuarán siendo inaccesibles.<sup>9</sup>

En este sentido, la propuesta del desarrollo humano se erige como una alternativa humanista, en donde el progreso de un país es el resultado de la capacidad de construir espacios de oportunidades para los sujetos, y no el mero resultado del crecimiento económico. Se “parte de la concepción de que

el desarrollo económico no es equivalente al desarrollo del bienestar,”<sup>10</sup> en tanto este es una condición indispensable para el Desarrollo Humano, pero no todo crecimiento conduce al desarrollo.<sup>11</sup>

Si el ojo del desarrollo humano no está puesto en el crecimiento económico ¿dónde tiene asentados sus cimientos? “La verdadera riqueza de una nación está en su gente. El objetivo básico del desarrollo es crear un ambiente propicio para que los seres humanos disfruten de una vida prolongada, saludable y creativa”.<sup>9</sup> “La propuesta es un marco conceptual que incorpora la dimensión económica, (...) pero que también busca abrirse al diálogo interdisciplinario” en donde el desarrollo se presenta como proceso dinámico inclusivo de las diversas aristas que forman parte de la vida humana siendo estos sus elementos centrales: equidad, sustentabilidad, productividad, potenciación, cooperación y seguridad (French-Davis R. Desarrollo humano y economía: América Latina en la actual era de globalización. Ponencia presentada en el taller “Desarrollo humano, crecimiento económico y equidad: conceptos y mediciones”. Antigua-Guatemala, 27-28 Noviembre de 2003).

Si se tiene en consideración la historia del concepto, nos daremos a la idea que ha sido comprendido en su identificación con la prosperidad económica, asimilando que el bienestar de una población guarda relación directa con el acceso a bienes materiales como consecuencia del crecimiento económico. La identificación como unidad del crecimiento económico y el bienestar de una sociedad simplifica el asunto a una materia eminentemente económica, pero se trata de un proceso más amplio, que ubica al ser humano en el centro y motor del mismo, en su calidad de actor social, poniendo al desarrollo humano como un fin que se justifica a sí mismo.

De este modo, el desarrollo es cercano a los conceptos de equidad y justicia, no desde el prisma de los

resultados sino desde las *oportunidades* que una sociedad es capaz de brindar a los individuos que la componen, donde el ser humano no es entendido como medio sino como fin del desarrollo, es actor de su propio desarrollo, ya que es en sí mismo, un proceso dinámico de participación.

Aunque no debemos olvidar que el espacio de oportunidades está condicionado estructuralmente al igual que la capacidad de elección de cada individuo, en dependencia de la posición que le corresponda ocupar en la estructura social. Se debe ser cauteloso a la hora de utilizar el lente de análisis pues si bien es importante poner al individuo en el centro, no podemos olvidar las determinaciones estructurales que establecen los marcos para el desempeño tanto de los espacios de oportunidades como de las capacidades individuales y colectivas.

Lo cierto es que la equidad continúa estando en el centro del panorama latinoamericano como una meta incumplida. Según el segundo Informe de Desarrollo Humano,<sup>12</sup> en México los más pobres tienen una esperanza de vida de 53 años, 20 años menos que los de más altos ingresos y a 16 años de publicado dicho informe, en la Región las iniquidades son crecientes. En Colombia la diferencia en la mortalidad infantil entre el 20 % más rico y el más pobre alcanza los 18 puntos porcentuales.<sup>13</sup> La brecha entre ricos y pobres en América Latina es amplia, pues la mayor parte de sus países están más cerca de la desigualdad perfecta: Bolivia, Haití, Colombia, Paraguay, Brasil, Panamá, Guatemala, Chile, Honduras, Ecuador, El Salvador, Perú, República Dominicana y Argentina muestran un índice de Gini superior a 50. “Honduras es uno de los países más desiguales del mundo, con un índice de Gini de distribución del ingreso de 54. El 20 % más pobre se queda con el 3 % del ingreso nacional.”<sup>13</sup>

No podemos perder de vista el asunto con el que iniciamos la discusión: la equidad, el bienestar y las

condiciones de vida de las poblaciones son los elementos centrales del desarrollo, siempre y cuando sean abordados desde la multiplicidad de factores que hacen posible la garantía de dichos componentes.

### **El carácter multidimensional de la salud**

Uno de los ámbitos más relevantes que participa activamente en el desarrollo es la salud. Siendo un pilar fundamental de la generación de capacidades y puesta en marcha de funcionamientos esenciales tanto para el individuo como para la propia sociedad. El espacio de la salud así como su relación indisoluble con el proceso de desarrollo constituyen un camino escabroso que proponemos transitar.

A través de la historia presenciamos una gran gama de definiciones respecto a salud, manteniendo la particularidad de ser definida bajo la lógica de oposición a la enfermedad, siendo esta catalogada a través de la historia como el resultado de la acción de un agente externo sobre el cuerpo. Ya por el obrar sobrenatural de dioses o demonios (paradigma mítico-mágico de culturas primitivas), por la acción de componentes de la naturaleza (paradigma naturalista) o más actualmente y gracias a los adelantos de la ciencia tales como el microscopio en 1590, por la intromisión de microorganismos en el cuerpo.<sup>14</sup>

De tal forma que si en la Europa medieval se efectúa la persecución de poseídos, mujeres parteras y sanadoras, atendiendo a la demonización de la enfermedad; la medicina bajo el modelo biomédico define, clasifica y especifica las relaciones entre eventos de una forma particular (etiología y taxonomía) con base en la llamada neutralidad científica:<sup>15</sup> la enfermedad entonces se encuentra definida cuál su origen “científico”, aunque entendiendo este en un sentido algo restringido donde cobra gran relevancia la ciencia natural, con un marcado entusiasmo por las ciencias físicas, biológicas y químicas.

Esta diversidad de formas a la hora de comprender un mismo fenómeno se debe a que tanto la salud como la enfermedad son parte de un mismo proceso que es a la vez dinámico e histórico dado que cambia según los sistemas de creencias y condiciones de vida predominantes en cada época así como con el desarrollo de la ciencia y de la técnica.

Ciertamente y como afirmáramos con anterioridad, la salud ha sido comprendida como la ausencia de enfermedad, desde una lógica de definición por oposición. Si se toma por ejemplo la definición de *Galeno* (a.C. 131-201 d.C.), esta nos señala que salud “es lo que se posee cuando uno puede moverse sin dolor dentro del programa elegido”, mientras que en 1775 (dieciocho siglos más tarde), *Samuel Jonson* indica que consiste en “estar robusto, ileso o carente de malestar, dolor o enfermedad.”<sup>16</sup> A pesar de su predominancia a través del tiempo, la estrechez de esta forma de comprender el fenómeno se pone en evidencia con el desarrollo de las sociedades, el avance de las distintas áreas del conocimiento humano y la interacción entre ellas. Por lo que a partir de fines del siglo XVIII, se integran a la explicación algunos factores externos aportados por las actividades cotidianas del ser humano,<sup>14</sup> dando nacimiento a diversas ramas de conocimiento dentro de la propia ciencia médica, tales como la Epidemiología, Higiene social y Salud Pública.

Con el surgimiento de la evidencia científica de esta multidimensionalidad, diversas disciplinas, sobre todo las pertenecientes al campo de las ciencias sociales, se complementan para dar explicaciones plausibles en torno a la salud. Prueba de ello es la aparición de las escuelas que buscan explicaciones culturales e históricas, donde la subjetividad e intersubjetividad emergen, transitando desde un paradigma positivista hacia la validación de paradigmas más bien culturalistas, como son los trabajos antropológicos

del sabio cubano *Fernando Ortiz*, quien analiza la negritud desde una perspectiva que sobrepasa lo biológico, característico de una antropología física y forense, hacia una antropología cultural y social,<sup>17</sup> poniendo al descubierto vínculos entre epidemias y antecedentes de tipo cultural, social e histórico.

Por su parte, los aportes de la investigación sociológica tornan visibles fenómenos marcadamente sociales como son las relaciones de poder entre médicos y pacientes, la vinculación entre estructura social y enfermedad, la institucionalidad en la producción de servicios de salud, el papel de la familia y la sociedad en el reconocimiento de la enfermedad y sus cuidados, entre muchos otros.

Se amplía la comprensión del ser humano y de los fenómenos relacionados con su salud: por una parte se comienzan a estudiar los elementos culturales y sociales vinculados a la salud a la vez que el cuerpo exige el reconocimiento de su subjetividad en la medida que la distancia entre soma y psique se va estrechando, el ser humano y su corporalidad son reconocidos como parte de un ser integral biopsiosocial.

Este salto en términos cualitativos implica un enorme progreso que permite acercarse a lo que es salud más allá de la mera ausencia de enfermedad. Consecuentemente, son tomados como relevantes otros niveles de acción sobre la salud humana como son la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y el asumir que “los sistemas de salud deben ser considerados simultáneamente como sistemas sociales y culturales. No solo sistemas de atención médica curativa.”<sup>18</sup>

En esta misma dirección, la Organización Mundial de la Salud la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”,<sup>19</sup> considerando varios aspectos de la vida del ser humano y extendiendo el ámbito de la salud desde

lo meramente biológico hacia lo social y psicológico. Sin embargo, la propuesta de la OMS, como afirma *Domínguez*,<sup>16</sup> pone a la salud “como un objetivo, utópico en cuanto a inalcanzable. Pero importante en cuanto a meta a conseguir”. Es un fin en la medida que se pretende lograr un estado de completo bienestar, más es simultáneamente inalcanzable pues asume un carácter estático, contradictorio con la naturaleza del ser humano que es eminentemente dialéctica y gestáltica, en donde los aspectos físico, mental y social forman partes importantes dentro de las aspiraciones al logro del bienestar pero no son sus únicas dimensiones.

La salud, como estado de bienestar natural, no se valora sino cuando se ha perdido o cuando se ha recuperado. Es tan complicado como hacer audible el silencio, no lo apreciamos sino después del barullo. Y es que la salud más que un estado es un proceso, valorable en la seguridad de su carácter dinámico. Pues todo cuanto ocurre en el entramado social influye en la salud, al tiempo que esta interviene sobre el desenvolvimiento de las propias sociedades en las que se mueve y construye, participando activamente de una dinámica transformadora; donde los límites de dicha relación resultan dificultosamente definibles. Pero sin lugar a dudas, el trabajo cada vez más complementario de las diversas ciencias que ponen su ojo en la salud humana, va alumbrando el sendero de la comprensión de este fenómeno tan relevante como complejo.

### **Estado de salud de la población y sus determinantes**

Al hacer público reconocimiento de la salud como *proceso*, producto de interrelaciones entre elementos provenientes de diversas naturalezas, en que el orden social cumple un papel fundamental, se acrecienta la imposibilidad de analizar al individuo enfermo (o sano) como ente aislado. Por ende, se hace indudable la necesidad de poner atención al agregado social del que

participa y los distintos factores que contribuyen a su salud.

En este sentido, un sin número de investigaciones epidemiológicas se han esforzado por demostrar el entramado de factores que influyen de diversas formas y en distintos grados sobre el estado de salud de sociedades completas, comunidades o en términos más cercanos a la epidemiología, de las poblaciones.

Prueba de ello son los invaluable estudios de *R. Virchow* durante la segunda mitad del siglo XIX e inicios del siglo XX donde emerge la concepción de higiene social. En la segunda mitad del siglo XX, por su parte aparecen investigaciones sobre los factores de riesgo de enfermar. Más actualmente se diversifican los modelos multicausales como el Socioecológico de *Morris* que señala la existencia de tres factores que explican los determinantes de la salud: conducta personal, ambiente externo y factores de huésped, teniendo el primero un papel fundamental; mientras *Blue* propone como tales la herencia, el ambiente, la conducta y los servicios de atención médica. Pero sin dudas, el modelo que hasta la actualidad cuenta con mayor aceptación y consenso es el de *Hubert Laframboise* de “Campos de la salud”, desarrollado con profundidad en el llamado Informe Lalonde en 1974, que al intentar explicar la salud de los canadienses marca un cambio de giro en la comprensión de los determinantes y niveles de la salud de las poblaciones. Esta perspectiva, formula una propuesta metodológica para trabajar con segmentos más manejables a la hora de analizar problemas y políticas de salud que actúen sobre los determinantes de salud, entendidos estos últimos como “un conjunto de factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades”.<sup>20</sup> Se propone que existen cuatro campos de influencia sobre la salud: biología humana (en el que se incluye la tecnología

y la investigación en salud), estilos de vida, ambiente y organización de los servicios.

La relevancia de esta perspectiva radica en que ha sido capaz de cristalizar diversas dimensiones de la salud en la medida que se sustenta sobre el enfoque de salud de la población, donde se considera que está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales, los factores sociales y económicos y los entornos físicos, por lo que mejorar la salud es una responsabilidad compartida que requiere el desarrollo de políticas públicas saludables fuera del sistema tradicional de salud.<sup>20</sup>

En esta misma dirección, los modelos que intentan desde la multidisciplinariedad hacer un análisis exhaustivo del entramado de factores que inciden en la salud humana, coinciden en que los asociados al contexto de la política en su expresión económica y social son fundamentales en la determinación de la salud. En este sentido, durante los debates de la Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud (CDSS) celebrada en Santiago de Chile en septiembre de 2008, *Juan Sotelo*<sup>21</sup> señala que la cuestión de los determinantes tiene distintos niveles de acción, que pueden ser divididos en determinantes estructurales (sociales, económicos y políticos) e intermedios (condiciones de vida, riesgos y amenazas medioambientales, estilos de vida y cambios de conducta). Donde los sistemas sanitarios se encuentran como mediadores y como consecuencia de la interacción entre estos dos niveles. La conjugación de estos elementos es la que decide sustancialmente sobre la expectativa de vida, la mortalidad y la morbilidad de una población.

Desde la ciencia sociológica, *Starfield*<sup>22</sup> pone como el más abarcador nivel de influencia sobre la salud y la equidad en esta área al *political and policy context*, al que le sigue un conjunto de factores de segundo orden: el ambiente natural y ocupacional, las relaciones de poder, el nivel de enriquecimiento y la distribución, las

características culturales y del comportamiento y, las características del sistema de salud. Esta propuesta toma igualmente en consideración los aspectos sociodemográficos, genéticos y biológicos.

En el contexto latinoamericano, una propuesta de modelo cubano<sup>20</sup> enseña como elementales los factores sociopolíticos (desarrollo humano y social) y las variables de orden económico (producción de riqueza y su distribución), poniendo hincapié en la voluntad política, donde la salud es asumida como política de Estado y derecho humano fundamental.

Los determinantes identificados así como los fundamentos que sostienen estas distintas perspectivas ponen como más abarcador el ámbito del vínculo entre las políticas sociales y las económicas ya que vislumbran la interrelación que existe entre la salud y el desarrollo pues si bien la carga genética y los factores del orden biológico no pueden soslayarse, la salud de las poblaciones depende en gran medida de elementos asociados a la organización social sobre todo los referentes al aseguramiento de la equidad y al mejoramiento constante de la calidad de vida de las personas, así como la participación social y la responsabilidad compartida socialmente del cuidado de la salud de todos.

### **Particularidades del estado de salud de la población en Latinoamérica**

Teniendo en cuenta la preponderancia del entramado de factores que influyen y determinan el estado de salud de las poblaciones y centrando ahora el análisis en la revisión de los resultados en salud, al pasar revista al panorama de la salud en el mundo nos tropezamos con grandes diferencias entre regiones y países. La esperanza de vida de un niño difiere enormemente en función de donde se haya nacido. En el Japón o en Suecia puede esperar vivir más de 80 años, en el Brasil 72, en la India 63 y en algún país africano menos de 50 años.<sup>23</sup>

A su vez las razones de morir o las causas de enfermar cambian ostensiblemente al recorrer el globo. En los países llamados del primer mundo el predominio de las enfermedades crónicas y de las muertes accidentales contrasta con las infecciosas y transmisibles (como la pandemia del VIH/sida) responsables de la muerte de millones de personas en la otra parte del mundo.

En lo que se refiere a la salud de la región, la década de 1960 se caracteriza por poseer elevadas tasas de mortalidad general que comienzan a disminuir y las enfermedades transmisibles tienen un gran peso relativo al explicar tanto la morbilidad como la mortalidad. Actualmente, los países se encuentran en etapas de transición avanzada, con tasas de natalidad en descenso, mientras la mortalidad se estabiliza, con un crecimiento poblacional más bajo.

De este modo, con menos nacimientos y menor cantidad de muertes, las poblaciones comienzan a envejecer. La relación de dependencia se traslada desde los menores de 15 años hacia la población de adultos mayores, cada vez más numerosa, con una serie de nuevas necesidades que deben ser cubiertas no únicamente por el sector salud sino por la sociedad en su conjunto.

En este sentido, la proporción de personas de 60 años y más se incrementa sostenidamente en los próximos decenios. Actualmente Argentina, Cuba y Uruguay se encuentran en etapas de envejecimiento avanzado con porcentajes de personas mayores superiores al 10 % de su población, de modo que para 2050, uno de cada cuatro latinoamericanos será una persona adulta mayor.<sup>24</sup>

Hoy en día, América Latina tiene que lidiar con problemas de salud preexistentes, como las enfermedades infectocontagiosas y cuidar de la salud materno-infantil al tiempo que debe enfrentarse con los nuevos problemas en los perfiles de morbilidad que emergen del nuevo escenario que se va transformando paulatinamente en

ocasiones y vertiginosamente en otras, dando paso a una nueva configuración del mapa de dolencias; las nuevas enfermedades que aparecen en la escena como las de mayor importancia son las enfermedades crónicas degenerativas, seniles y mentales, las causas externas (provocadas por violencia, accidentes y traumatismos, homicidios, entre otras) y la invalidez.

Cabe destacar el lento cambio que ocurre igualmente en el terreno de los imaginarios sociales: en la medida que la preponderancia de la mortalidad ha cedido terreno a la morbilidad, ha transformado esta última el imaginario que la asocia indiscutiblemente a la muerte. *Talcote Parsons*<sup>25</sup> en el capítulo 10 del “Sistema social”, al relacionar la muerte con el rol de enfermo, deja ver esta forma de comprenderla: “en una sociedad normalmente en paz, la muerte en la mayoría de los casos es precedida de la enfermedad; lo cual la enlaza muy estrechamente con el rol de enfermo”. Hoy en día, la supremacía de las enfermedades crónicas no transmisibles y la invalidez hacen imperativo aprender a vivir largos años de la vida en su compañía.

No cabe discusión respecto a que la mortalidad de la Región, en términos generales, ha ido en claro descenso en las últimas décadas. Las tasas brutas de mortalidad para el año 1965 en Chile y en México eran de 189,2 y 151,0 por cada 1 000 habitantes, respectivamente.<sup>26</sup>

Sin embargo, Chile en 2005 cuenta con una tasa de  $4,8 \times 1\ 000$  habitantes mientras que México de 6,1 en 2006.<sup>27</sup>

Las organizaciones internacionales OPS/OMS<sup>28</sup> señalan que:

La desaceleración del crecimiento demográfico, la prolongación de la duración de la vida y la reducción de las defunciones por enfermedades transmisibles y trastornos perinatales son algunos de los logros más importantes vinculados con la salud en la Región.

Sin duda, uno de los avances más notables es el mejoramiento de la salud materno infantil, incluso en países como

Bolivia que en 1970 tenía una mortalidad infantil de 144 por cada 1 000 nacidos vivos,<sup>29</sup> y en 2003 logró reducirla a 54.<sup>27</sup> En este sentido, América Latina, tuvo la mayor reducción en mortalidad infantil del mundo entre 1990 y 2003: 40 % frente a un promedio mundial de 17 %.<sup>30</sup>

Justamente y como consecuencia de esta serie de cambios, el panorama de América Latina exhibe una transformación significativa en la esperanza de vida al nacer (como medida resumen de mortalidad) durante los últimos decenios. Si bien es cierto que hoy en día en Latinoamérica se espera vivir más años que décadas atrás en todos los países, también es observable la disparidad entre ellos: con datos para 2008,<sup>27</sup> hay 13 años de diferencia en la esperanza de vida entre Costa Rica (78,9) y Bolivia (65,9) que se ubican en los extremos superior e inferior respectivamente del recorrido por la Región.

Indiscutiblemente se mantiene el proceso de polarización, es decir, múltiples desigualdades entre los distintos países y al interior de ellos mismos. Desigualdades entre regiones de un mismo país o bien por género, raza o etnia, clases social, entre otras. Lo grave de esas desigualdades es que se transforman en iniquidades en la medida que son injustas y evitables. Si continuamos con Bolivia como ejemplo, sus diferenciales son abrumadores: en 2003, la muerte de 72 niños menores de un año por cada 1 000 que nacen vivos entre el 20 % más pobre del país, contrasta con los 27 que lo hacen por cada 1 000 nacidos vivos entre el 20 % más rico. A su vez, mueren 105 niños menores de cinco años por cada 1 000 nacidos vivos entre los más pobres, mientras que la misma tasa es de 32 para los más ricos.<sup>13</sup>

No se puede soslayar que la Región no se comporta homogéneamente puesto que existen diferencias que hacen cierto el proceso de polarización latinoamericano, que es observable fundamentalmente en cuanto a las causas de muerte.

Este perfil indica la persistencia de grandes brechas en salud entre los

diferentes grupos sociales y en zonas al interior de los países. No todos los subgrupos poblacionales han alcanzado un pleno acceso a la salud, ni tienen las condiciones de vida necesarias para sustentar los marcados cambios en las causas de muerte (traducción de *Mayda Jiménez Lafranqui*).<sup>31</sup>

En otras palabras, el establecimiento de estos diferenciales así como la equidad en salud no están desconectados de la equidad y justicia sociales, pues las transformaciones en la salud de las poblaciones van de la mano con fenómenos más amplios que se ubican en la realidad social, política y económica de los distintos países.

Finalmente se puede concluir que para quienes sostienen una visión más economicista de la cuestión, la salud es un bienpreciado como condición necesaria para el proceso productivo ya que con personas más sanas y productivas aumenta la capacidad de competitividad de la economía. Mientras otros intentos de vincular la salud y el desarrollo,<sup>32</sup> ponen a la salud en el centro, como intersección de diversos desarrollos (político, social, humano y económico).

Pero si se retoma el concepto de desarrollo discutido con anterioridad, como proceso de construcción social que se contextualiza históricamente y que tiene en su eje fundamental al ser humano y los espacios que la propia sociedad le brinda para el desenvolvimiento óptimo de sus capacidades, siendo bienpreciado por las sociedades, consensuado y legitimado como posible y deseable, no se puede sino aceptar su vinculación dialéctica con el estado de salud de las poblaciones así como sus determinantes, ya que la salud corresponde a una multiplicidad de factores asociados, no solo al ser humano abandonado a la soledad de su ser biológico, sino a todo lo que tiene relación con la equidad, las condiciones y la calidad de vida. La salud es un derecho humano universal y factor clave del desarrollo.<sup>33</sup>

De aquí la capital vinculación entre desarrollo y salud: a la vez que esta es palanca y parte imprescindible del bienestar humano, depende en gran medida del contexto socioestructural del que forma parte, estableciendo una suerte de díada dificultosamente disoluble aún en términos meramente analíticos. No se puede sino estar de acuerdo con *López Pardo*<sup>34</sup> cuando afirma que “es difícil definir un marco teórico donde se ubique la salud respecto al desarrollo, cuando la salud es desarrollo y el desarrollo es salud”. En Latinoamérica, la identificación de los rezagos y las brechas sociales en materia de condiciones y atención de la salud y las medidas para superarlos deben considerarse multidisciplinar y estratégicamente, como un componente esencial de la acción pública integral destinada a romper el círculo vicioso de la pobreza y, alcanzar un mayor desarrollo humano,<sup>24</sup> pues la necesidad social de equidad es imprescindible para el logro de la salud para todos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- García Rabelo M. Las teorías acerca del subdesarrollo y desarrollo: una visión cubana. La Habana: Centro de Investigación sobre la Economía Mundial; 2005.
- Sunkel O, Paz P. El Subdesarrollo latinoamericano y la Teoría del Desarrollo. México, D.F.: Siglo Veintiuno; 1973.
- Portes A. El neoliberalismo y la sociología del desarrollo: tendencias emergentes y efectos inesperados. Perfiles Latinoamericanos FLACSO. 1998;7(0013):9-53.
- Sunkel O. La sostenibilidad del desarrollo vigente en América Latina. En: Solimano G, Isaacs S, editores. La salud en América Latina. De la reforma para unos a la reforma para todos. Santiago de Chile: Editorial Sudamericana Chilena; 2000. p. 1-38.
- Márquez M. El desarrollo humano desde la perspectiva integral y su proyección mundial. La Habana: Cátedra UNESCO de Desarrollo Humano Sostenible; 2004.
- Organización de Naciones Unidas. Declaración sobre el derecho al desarrollo. Adoptada por la Asamblea General en su resolución 41/128, de 4 de diciembre de 1986 [sitio en internet]. 1986 [citado 25 Ene 2009]. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/5785.pdf>
- Bustelo E. Salud y ciudadanía. Una mirada a la salud en el futuro. En: Solimano G, Isaacs S, editores. La salud en América Latina. De la reforma para unos a la reforma para todos. Santiago de Chile: Editorial Sudamericana Chilena; 2000. p. 253-95.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Transformación productiva con equidad. Santiago de Chile: CEPAL; 1990.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Desarrollo Humano: informe 1990. Bogotá: Tercer Mundo editores; 1990.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas. Equidad y transformación productiva: Un enfoque integrado [sitio en internet]. 1996 [citado 10 Abr 2009];32. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/3/4373/lcg1701e.htm>
- López Pardo C. Índice de desarrollo humano: una propuesta para su funcionamiento. Economía y Desarrollo. 1996;1(119).
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Human development report 1991. Oxford: Oxford University Press; 1991.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2007-2008. La lucha contra el cambio climático: Solidaridad frente a un mundo dividido [sitio en Internet] 2007 [citado 3 Mar 2008]. Disponible en: <http://78.136.31.142/en/medial/hdr20072008%20sp%20complete.pdf>
- González Pérez U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]. 2002 Dic [citado 3 Mar 2008];28(2):157-75. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662002000200006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200006&lng=es).
- Mishler E. Critical perspectives on biological models. Perspectives in Medical Sociology. Brown P, editor. Waveland: Prospect Heights; 1996.
- Domínguez M. Concepto de salud y enfermedad. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ma ed. Piédrola G, Rey J, Domínguez M, editores. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 2001.
- Beldarían E. Los médicos y los inicios de la antropología en Cuba. La Habana: Fundación Fernando Ortiz; 2006.
- Rojas Ochoa F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]. 2004 [citado 3 Dic 2009];30(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es)
- Organización Mundial de la Salud. Definición de salud [sitio en Internet]. [citado 24 Jun 2005]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Álvarez A, García A, Bonet M. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]. 2007 Jun [citado 3 Dic 2009]; 33(2):1-16. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000200013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200013&lng=es)
- Sotelo J. Proceso de implementación y seguimiento de las recomendaciones de la Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Algunas consideraciones [sitio en Internet]. 2008 [citado 3 Ene 2009]. Disponible en: <http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/determinantes sociales/Sotelo.ppt>
- Starfield B. Pathways of influence on equity in health. Social Science and Medicine. 2007;64:1355-62.
- Organización Mundial de la Salud/Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. El resumen analítico del informe final: Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud [sitio en Internet]. 2008 [citado 3 Ene 2009]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf)
- Arraigada I, Aranda V, Miranda F. Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas. Serie políticas sociales 114. Santiago de Chile: CEPAL; 2005.
- Parsons T. El sistema social. Madrid: Revista Occidente; 1966.
- Plan de salud 1970-1980. La Habana: Instituto del libro; 1970.
- Health analysis and statistics Unit. Regional Core Health Data Initiative. Technical health information system [base de datos en Internet]. Washington: PAHO. 2007 [citado 4 Jun 2009]. Available in: <http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>
- Organización Panamericana de Salud. Vol I-II. Salud en las Américas. Publicación científica y técnica. 622. Washington, D.C.: OPS; 2007.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano 2001. Poner el adelanto tecnológico al servicio del Desarrollo Humano. Madrid: Mundi-prensa Libros; 2001.
- Corporación Andina de Fomento. Desafíos para mejorar las condiciones de salud. Oportunidades en América Latina. Hacia una mejor política social. Venezuela: Publicaciones CAF; 2007.
- Castillo-Salgado C. Health situation analysis in the Americas, 1999-2000. Epidemiological Bull. 2000;21(4).
- Rodríguez-García R. La conexión salud desarrollo. Washington, D.C.: OPS; 1996.
- Vega J. Las inequidades sociales y la salud en Chile. Enfermo de pobre. Revista Universitaria (PUC). 2001;73:43-57.
- López Pardo C. Iniquidades en el desarrollo humano y en especial en salud en América Latina y el Caribe [tesis]. La Habana: Universidad de La Habana; 2000.

Recibido: 13 de octubre de 2010. Aprobado: 13 de diciembre de 2010.  
Sonia Muñoz Muñoz. Departamento de Sociología. Universidad de La Habana. San Lázaro y L. Plaza de la Revolución 1080. La Habana, Cuba. Teléf.: 8703355. Correo electrónico: soniasoledadmuñoz@gmail.com; sonia@ffh.uh.cu