



NOTAS

SALUD PUBLICA Y DESARROLLO

Por F. J. YUSTE GRIJALVA

351.773:338.984(46)

Introducción

UN tema tan complejo como el propuesto permite múltiples tratamientos. Podríamos plantearnos la identidad o no de objetivos en un desarrollo global y en el sector salud pública; igualmente sería tema de estudio la prioridad de este sector sobre otros; en fin, y siempre a título de ejemplo, otro tema podría ser un análisis de los costos en salud y su rentabilidad. Para concretar vamos a desarrollar cuestiones que, por su amplitud, pueden condensar el panorama. Son éstas:

- Cómo colabora el sector sanidad en un proceso de desarrollo.
- Cómo influye el desarrollo en la salud.

Ahora bien, es preciso, antes de abordar estas cuestiones, esbozar rápidamente qué sea la salud pública.

Hoy día es un hecho perfectamente consagrado que la salud es un bien mejor de los individuos y de las comunidades. Igualmente

hay acuerdo general en que la salud es algo positivo, diferente a la «no enfermedad», y que se inscribe en una curva cuyo límite está en el infinito. La salud es algo que puede perderse, ante la posibilidad de lo cual cabe un esfuerzo preventivo, y ante la realidad de su pérdida un esfuerzo curativo; pero la salud es a la vez un bien que puede mejorarse, incrementarse y, por tanto, son posibles esfuerzos mejorativos.

Uno de los más enérgicos defensores de este punto de vista fue Wislow quien, en 1920, condensó su pensamiento en una fórmula que ha llegado a ser tal vez la definición más conocida y generalmente aceptada de la sanidad y de su relación con otras materias.

Sanidad es, para Wislow, «la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para:

- el saneamiento del medio;
- el control de las enfermedades transmisibles;
- la educación de los individuos en higiene personal;
- la organización de los servicios médicos;
- el desarrollo de un camino social que asegura a cada uno un nivel adecuado para la conservación de la salud;

organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad».

Ahora bien, la definición de Wislow cae también en el error de confundir el todo con la parte. El todo es el espíritu progresista de la sanidad; la parte, las funciones o responsabilidades vinculadas a un programa de acción.

Eso es lo que hace difícil cualquier definición, es más, existe un verdadero peligro al intentar circunscribir algo en continuo movimiento y en ininterrumpido desarrollo. El limitar el concepto de sanidad al que llenaba nuestras necesidades hace veinte años sólo puede obstaculizar nuestra contribución a la sociedad del futuro.

Por ello es preferible distinguir en la nación que nos ocupa tres niveles o planos de análisis: uno, primero en nuestra vista, es el que se identifica con las actividades actuales; otro más profundo es el que se percibe en la primera parte de la definición de Wislow; finalmente, un último plano nos aparece cuando consideramos que la búsqueda de la salud se identifica con la inquietud por el bienestar.

Este último plano es más bien una declaración de principios, un objetivo en un límite inalcanzable pero de exigencia inexcusable.

El plano intermedio nos permite definir la sanidad como «todo lo que tiene directamente que ver con la promoción, prevención o restauración de la salud». El nivel más superficial nos facilitará las actividades que, hoy día, se utilizan para conseguir el último objetivo: la salud.

Cualquiera de estos tres niveles de realidad puede servirnos de brújula para orientar nuestro análisis. Sin embargo, es preciso hacer alguna precisión. Si utilizamos el último plano para abordar nuestro análisis, podríamos desorbitar el mismo, porque lo omnicomprendido del concepto bienestar-salud haría que asignáramos como «organismos» a su búsqueda lo mismo un hospital que una política de rentas.

Por el contrario, el primer plano de análisis no debe en ningún momento servirnos como materia de reflexión. El haber caído en este error ha llevado a identificar la sanidad con las funciones y organización de la dirección general que se adjetiva con su nombre.

Ahora bien, un análisis de organización, que por necesidad es algo concreto, no puede situarse en la atemporalidad por lo que es el segundo plano, intermedio, el que conducirá nuestro análisis, teniendo, sin embargo, bien presente que la tal organización es comparable a un ejército en movimiento, cuyos efectivos, disposición y estrategia ha de variar de acuerdo con los problemas que ha de vencer, olvidando felizmente los enemigos que ya ha vencido.

Así pues, nuestro análisis versará sobre las actividades que tienen que ver con la prevención, promoción y restauración de la salud.

Esfera de acción de la salud pública

Después de lo dicho sobre la definición, procede catalogar las actividades que pueden ser utilizadas para conseguir el último objetivo de la sanidad. De acuerdo con los adelantos médicos y científicos, esta esfera de acción ha pasado de sus humildes comienzos, reducida a las formas más rudimentarias del saneamiento ambiental, hasta la utilización de los ordenadores electrónicos con fines organizativos, pasando por las llamadas formas positivas de la higiene personal encaminadas al fomento de la salud.

Estas actividades pueden agruparse en cinco grandes epígrafes:

a) Las que buscan el control del medio físico. Su fin inmediato está orientado a evitar los daños a la salud procedentes del medio físico y a suministrar un medio favorecedor de la misma.

b) Las que se relacionan con la prevención de la enfermedad. Considerando la patología en su sentido más amplio.

c) Las que se relacionan con la restauración de la salud perdida.

d) Las que se relacionan con la promoción de la salud individual y colectiva. Entendiendo que la capacidad genética ha de desarrollarse al máximo de su potencialidad.

e) Las que buscan la organización de las actividades anteriores. La eficacia depende del racional empleo de los recursos para lo que se necesita una dirección exterior.

Actividades que buscan controlar el medio físico

Las actividades genéricamente denominadas de saneamiento son las básicas en un programa sanitario. Lo fueron en la historia, recuérdense las obras públicas romanas, y lo serán en el futuro, protección contra las radiaciones ionizantes p. e. «Con un sistema de saneamiento adecuado desaparecerían las tres cuartas partes de las enfermedades que asolan el mundo», esta afirmación del anterior director general de la OMS nos da idea de la importancia del saneamiento.

Hoy día la necesidad de un medio ambiente no sólo no nocivo, sino saludable, nos introduce por el camino que apunta el título del epígrafe: control del medio físico.

Entre las actividades para conseguirlo debemos incluir las siguientes:

- a) Abastecimiento de agua potable.
- b) Eliminación, tratamiento y depuración de aguas residuales y basuras.
- c) Protección de cursos de agua, playas y costas.
- d) Control de la contaminación atmosférica.
- e) Protección contra las radiaciones ionizantes.
- f) Urbanismo e higiene de las viviendas.
- g) Eliminación de roedores e insectos vectores de enfermedad.
- h) Saneamiento de los medios de transporte.
- i) Saneamiento de animales transmisores de enfermedad.
- j) Supervisión y control higiénico de los alimentos.
- k) Seguridad vial.
- l) Policía sanitaria mortuoria.
- m) Control de las actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas.
- n) Higiene industrial y de los medios de trabajo.

Tal vez de esta lista sea posible eliminar algún componente en el futuro, pero más seguro es que nuevos riesgos se incorporen. La complejidad es, y será, tanto que algunos países han establecido el título de ingeniero sanitario para denominar al técnico de grado superior especialista en este campo.

Actividades sanitarias preventivas

La prevención de las enfermedades infecciosas ha sido, históricamente, la razón de ser de la sanidad. Hoy el campo de la prevención se ha ensanchado y abarca no ya las enfermedades agudas no infecciosas, sino también los accidentes y las situaciones crónicas. Entre las afecciones que se benefician de la prevención se encuentran:

- a) Enfermedades transmisibles.
- b) Enfermedades cardio-vasculares.
- c) Enfermedades reumáticas.
- d) Cáncer.
- e) Afecciones sensoriales y dentarias.
- f) Reumatismos.
- g) Enfermedades profesionales y del trabajo.
- h) Enfermedades mentales.
- i) Accidentes de tráfico, domésticos y profesionales.
- j) Enfermedades carenciales y de la nutrición.
- k) Malformaciones congénitas.

La desaparición de buen número de entidades patológicas que en otros tiempos formaban parte de esta lista son el exponente de la eficacia de estas actividades.

Actividades curativas y otras con ellas vinculadas

Los centros curativos, y el hospital como prototipo, llenan este capítulo de la acción sanitaria. Alrededor del hospital se articula una serie de actividades cuya finalidad es devolver a la comunidad en condiciones óptimas al enfermo. Entre ellas:

- a) Servicios de ambulancias.
- b) Centros curativos.

- Servicios de cuidados a domicilio.
- Servicios para enfermedades de larga duración.
- c) Servicios de enfermería.
- d) Servicios de rehabilitación.
- e) Política de farmacia.

Actividades de promoción de la salud individual y colectiva

La salud como bien es algo que puede mejorarse; las antiguas prácticas de higiene individual alcanzan así su máxima proyección, y se incrementan con otras similares. Así:

- a) Protección maternal e infantil.
- b) Higiene de la edad preescolar.
- c) Servicios de higiene escolar y universitaria.
- d) Medicina deportiva y educación física.
- e) Alimentación y nutrición.
- f) Exámenes periódicos de salud.
- g) Salud mental.
- h) Educación sanitaria.
- i) Higiene profesional.
- j) Gerocultura.

El paulatino incremento de estas actividades es lo que caracteriza la sanidad progresiva.

Actividades de coordinación, organización y control

La complejidad de medios personales y materiales implicados en las tareas sanitarias justifican que dentro de sus campos de acción incluyamos las que intentan unificarlas, y en un sentido más amplio que el que se deriva de su dependencia de determinado Organismo. Entre ellas:

- a) Estadísticas demográficas y sanitarias.
- b) Formación y perfeccionamiento del personal.
- c) Investigación médica, básica y aplicada.

Esta lista ha de considerarse como algo vivo. De ella podrán excluirse actividades que ya hayan dado su fruto (p.e. acción antipalúdica) o incorporar a ella las nuevas adquisiciones de la estrategia a favor de la salud (sirva de ejemplo la utilización de los ordenadores electrónicos en el diagnóstico precoz de algunas dolencias).

Es más, podemos decir que la actual salud pública española está viviendo la profunda crisis de adaptación que supone el paso de una organización fundamentalmente rural y una acción sanitaria «antimicrobiana» a una organización urbana y una acción sanitaria frente a las enfermedades crónicas. Reténgase de este capítulo que la salud pública es una tendencia al límite máxima salud individual y que entre sus cambiantes actividades tienen la misma entidad las que restauran la salud perdida que las que la promueven o las que previenen la enfermedad.

I. La salud pública como colaboradora en el desarrollo

En este marco de referencia es en el que nos preguntamos ¿cómo colabora la salud pública en un proceso de desarrollo?

La base irremplazable de todo desarrollo es, sin duda alguna, el hombre. Sin él de nada valen los instrumentos o las técnicas de desarrollo. Y es precisamente al hombre a quien se dirigen los beneficios de la salud pública. Un hombre radical y esplendorosamente sano es lo que busca la salud pública y lo que necesita el desarrollo. La acción sanitaria suministra, incontrovertiblemente, a la comunidad en desarrollo individuos más sanos en un quintuple sentido: primero, aumentando la vida de los ciudadanos; segundo, disminuyendo la mortalidad general; tercero, trasladando esta mortalidad a edades «más razonables»; cuarto, eliminando las razones conocidas del riesgo de enfermar; quinto, desarrollando sus capacidades físicas.

Tanto es así, que los indicadores del nivel de salud de una comunidad pueden, en todo rigor, ser utilizados como indicadores de su nivel de desarrollo. Unos cuantos datos corroboran estas afirmaciones.

AUMENTO DE LA EXPECTATIVA DE VIDA

La expectativa de vida, o años que un individuo puede esperar vivir de acuerdo a su edad, suele calcularse al año de vida (el riesgo

de fallecer en el primer año es importante) y supone un aumento en la edad productiva que recoge los intereses en las inversiones sociales en los primeros años (1).

ESPERANZA DE VIDA AL PRIMER AÑO DE LA POBLACION ESPAÑOLA

	1900	1940	1950	1960
TOTAL	42,38	55,53	65,31	71,28
Varones	41,74	52,37	63,18	69,15
Mujeres	43,01	58,83	67,52	73,29

DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD GENERAL

Expresa la magnitud de la mortalidad en un grupo de población determinada. Aun cuando su cuantía depende, en parte, de la distribución de la población por sexo y edad, puede tomarse como índice expresivo de aspectos particulares de la salud de una comunidad.

Su evolución en nuestro país ha sido:

Defunciones	1900	1940	1962	1965
Cifras absolutas ..	—	—	271.373	267.689
Por mil habitantes.	28,9	16,6	8,81	8,47

TRASLADO DE LA MORTALIDAD A EDADES MÁS RAZONABLES

Esta situación puede ser estudiada viendo la disminución de la mortalidad infantil y comprobando, asimismo, la proporción de las defunciones de personas de cincuenta años en adelante con respecto al total de fallecimientos (índice de Swaroop). Ambas mediciones se ofrecen a continuación:

(1) Recuérdese la curva del valor económico del hombre de Sanvy.

INDICES DE SWAROOP Y TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL

(España, años 1940 a 1964)

Años	Tasa de mortalidad infantil	Indice de Swaroop
1940	113,7	48,8
1945	90,1	52,0
1950	69,8	61,2
1955	56,9	70,4
1960	43,7	75,7
1964	39,3	77,9

Es decir, que si en el año 1940 morían 113,7 niños de cada 1.000 antes de llegar al año, y que si el 51 por 100 de las defunciones acaecían antes de los cincuenta años, veinticuatro años de acción sanitaria han conseguido reducir estas cifras a 39,3 y 26, respectivamente.

A mayor abundamiento. Si comparamos distintas provincias de nivel de desarrollo diferente podremos comprobar cómo se verifica la misma situación.

INDICE DE SWAROOP Y TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN ALGUNAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS

Provincias	MORTALIDAD INFANTIL		INDICE DE SWAROOP	
	1949-51	1959-61	1949-51	1959-61
Barcelona	51,6	33,7	70,8	80,4
Guadalajara	85,4	57,7	66,1	78,0
Madrid	64,6	39,6	58,2	71,0
Palencia	105,9	74,1	54,7	70,4
Zamora	101,1	69,1	61,5	74,8
TOTAL PAÍS	70,9	46,1	62,0	74,9

En este orden de ideas podemos también incluir la disminución de la mortalidad materna, que mide el riesgo de muerte en las funciones específicas de la maternidad.

ELIMINACIÓN DE LAS RAZONES CONOCIDAS DEL RIESGO DE ENFERMAR

En planteamientos globales, como las del presente estudio, es peligroso manejar estadísticas de morbilidad (morbus-enfermedad). Con estricto rigor no podríamos afirmar que han disminuido las enfermedades, mejor diríamos que ha cambiado el panorama epidemiológico. Las técnicas sanitarias, poco a poco, van eliminando grupos de enfermedades, pero en el frente de batalla aparecen otras y en nuestros días, buen número de ellas ligadas, precisamente, al mismo proceso de desarrollo.

En todo caso en la eliminación de las enfermedades infectocontagiosas que llevan consigo una gran morbi-mortalidad, puede considerarse como el punto crítico, los 600 dólares de la renta per cápita, que separa el subdesarrollo del desarrollo.

Sirva como ejemplo de lo dicho los siguientes cuadros de la situación sanitaria española.

MORBILIDAD POR ALGUNAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

	Años				
	1961	1962	1963	1964	1965
Parálisis infantil	1.786	1.850	1.954	195	62
Viruela	17	—	—	—	—
Paludismo	24	—	—	—	—
Difteria	2.296	1.940	1.643	1.700	890

Más clara aún aparece la desaparición de algunas enfermedades en su condición de causa de muerte. Así, el cólera, la peste, la viruela, el tifus exantemático y el paludismo.

DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES FÍSICAS

La acción sanitaria, como ya va dicho, no se plantea sólo en términos defensivos. Su meta consiste no sólo en «ganar años de vida, sino en mejorar la vida durante los años ganados».

En este campo se han iniciado programas de atención a grupos especiales (nutrición, higiene escolar, salud mental, etc.), pero su valoración es más difícil y sometida a controversia. Sin embargo, podemos ofrecer una medida expresiva de la «medicina positiva»: la talla, peso y perímetro torácico de los españoles varones.

DISTRIBUCION EN PORCENTAJES DE LA TALLA, PESO Y PERIMETRO TORACICO DE LOS ESPAÑOLES VARONES POR REEMPLAZOS

Talla	1961	1965
Menos de 150	0,5	0,4
De 150 a 164	37,8	33,0
De 165 a 179	59,5	63,4
De 180 y más	2,2	3,2

Perímetro torácico	1961	1965
Menos de 75	0,6	0,5
De 75 a 89	70,9	63,9
De 90 a 100	27,1	33,5
Más de 100	1,3	2,1

Peso	1961	1965
Menos de 50	2,3	1,6
De 50 a 64	59,4	51,1
De 65 a 74	30,9	36,3
De 75 y más	7,4	11,0

A modo de resumen podemos afirmar que la contribución primordial de la acción sanitaria al desarrollo está en suministrarle más y mejores hombres. No debemos olvidar, para terminar, otros aspectos como la creación de puestos de trabajo y similares, pero éstos son accidentales al campo de la salud pública como tal.

II. Influencia del proceso de desarrollo en la salud pública

La lectura del anterior epígrafe puede hacer surgir duda: ¿Es la acción sanitaria la que favorece el desarrollo, o es más bien éste el que mejora las condiciones de salud? En definitiva, lo que se plantea en la duda es la influencia positiva del desarrollo.

Sin duda alguna que una actividad de progreso económico por su sola acción modifica favorablemente la salud pública. Y esto tanto en un nivel macroeconómico —desarrollo global— como a nivel de las pequeñas comunidades —desarrollo comunitario—. Si el desarrollo, hipotéticamente, se plantea en estrictos términos económicos, la acción colateral sanitaria llegará por la modificación del medio físico. Piénsese en los efectos de la energía térmica en la conservación de alimentos, de las grandes obras hidráulicas en el suministro de agua potable o en la evacuación de residuales. Piénsese en la facilidad para el tratamiento urgente con una red de carreteras adecuadas.

Más aún si incluimos los aspectos sociales (sin contar, claro está, los sanitarios) en este proceso de desarrollo la repercusión en la salud se multiplica. Así, por ejemplo, una política de vivienda o de educación suponen establecer las condiciones elementales para una vida sana, a través de las bases de la higiene personal (educación sanitaria) y familiar (vivienda adecuada).

Sin embargo, no son precisamente los aspectos positivos los que han de ser destacados, son algo connatural al mismo desarrollo y casi evidentes; tan es así que como ya hemos señalado se puede equiparar nivel de desarrollo y nivel de salud. El caso es que el desarrollo socioeconómico lleva consigo una buena cantidad de nuevos riesgos de enfermedad a los que, como a un reto, hay que hacer frente.

Si, borrando los matices, caracterizamos el desarrollo como un proceso de cambio desde unas estructuras demográficas, económicas y socioculturales rurales a una situación urbana, podemos entender cómo este proceso producirá tres tipos de problemas.

Unos situados en el punto de partida. Son los que surgen de la inadaptación a la vida urbana de gentes socializadas en el campo o en sus cauces socioculturales.

Otros surgirán en el camino hacia el desarrollo. En realidad no son sino problemas rurales trasplantados por la emigración a la ciudad donde toman un relieve particular. Finalmente, los vinculados directamente con el carácter particular del medio y el modo de vida urbano.

PROBLEMAS VINCULADOS AL MEDIO URBANO DESARROLLADO COMO TAL

Por ser tratados específicamente en otro artículo de este mismo número remitimos al lector a ese lugar oportuno.

PROBLEMAS RURALES TRASPLANTADOS A LA CIUDAD POR LA EMIGRACIÓN

Generalmente es reconocido que la gran mayoría de los problemas sociales que hoy nos preocupan están relacionados directamente con el acelerado proceso de desarrollo. Pobreza, hambre, vivienda inadecuada, delincuencia juvenil, paro, falta de agua, etc., se agravan por la marcha de la población hacia las ciudades en busca de mayores oportunidades. La ciudad así se convierte en un marco de problemas que le son accidentales.

Desde un punto de vista general, los problemas más acuciantes se plantean por la falta de crecimiento paralelo entre la población y los servicios. La población urbana que crece por sus leyes naturales, pero fundamentalmente por la inmigración desordenada, no encuentra los servicios exigidos para atender su demanda. Al problema constituido por esta falta de servicios se unen los constituidos por sus consecuencias. A la falta de vivienda, el problema de los «bidonvilles», a la falta de medios de transporte el aislamiento de algunos barrios, a la falta de servicios recreativos la juventud desorientada, a estos y otros más la enfermedad física o mental.

Evidentemente que el ciudadano tiene mayores oportunidades, pero para mantener un nivel de igualdad de los ya instalados y los recién incorporados, se hace necesario aumentar los servicios. Teniendo en cuenta el volumen de población que es necesario integrar en las zonas urbanas de las modernas sociedades industriales, será necesario disponer de servicios municipales de una magnitud desconocida hasta la fecha. Según una estimación de la revista *United States Municipal News*, publicación dedicada al estudio de los problemas municipales y referida al año 1955, la incorporación de cada nuevo millar de habitantes a una zona metropolitana de los Estados Unidos, requeriría 4,8 aulas de enseñanza primaria, 3,6 aulas de enseñanza secundaria, alrededor de 3,5 hectáreas de terrenos para escuelas, parques y terrenos de juego, 378.000 litros diarios de agua, 1,8 nuevos agentes de policía, 1,5 nuevos bomberos, una cama de hospital, 7.000 volúmenes nuevos en las bibliotecas, alcantarillas e instalaciones para el tratamiento de 77 kilogramos diarios de contaminantes orgánicos del agua y una nueva celda en la cárcel. Tal vez la problemática sociosanitaria más importante de solucionar, por su múltiple potencialidad, sea la de estos servicios públicos de base. Sin embargo, no se comprende, en términos generales, la importancia de las inversiones en este campo que, sin ser un fin en sí mismo, constituyen una inversión básica destinada a facilitar el rendimiento de otras ramas de actividad.

PROBLEMAS DEPENDIENTES DE LA DESADAPTACIÓN CULTURAL AL MEDIO URBANO

El punto de partida del problema está certeramente señalado por De Vries y Thijse: «En la gran mayoría de los países, una gran parte de la población urbana ha sido trasplantada en el curso de la generación presente. Cuando no también los hijos, por lo menos, los padres nacieron en el campo. Pero las costumbres y los prejuicios se modifican poco a poco, casi insensiblemente. Basta recordar a este respecto lo que tantas veces ya se ha dicho: en las viviendas modernas de las ciudades europeas son muchas las bañeras que todavía se utilizan como carboneras o depósitos de patatas».

Esta situación crítica proyecta su poder patógeno en todos los niveles de la vida social. En grandes sectores de la población aparecen fenómenos de inadaptación; la comunidad se desintrega en grupos en conflicto a causa de regirse por valores sociales diferentes o en contradicción. Consecuencia inmediata de esta confrontación de valores es su relativización, que alcanza a los mismos principios éticos que estaban en su base: el resultado es la relajación de la moral individual y colectiva. La vida familiar también se ve afectada. Padres e hijos se mueven dentro de sistemas culturales diferentes, hablan «idiomas» culturales distintos, valoran la realidad, las situaciones y los comportamientos desde ángulos culturales distintos. Cada uno está convencido de estar en la verdad. Esta disparidad de valores es fuente de continuos conflictos (valor de la hora de volver a casa, formas diferentes de entender el respeto, el noviazgo, etc.). El resultado, en el individuo, es un estado de desorientación. No sabe cómo actuar, cómo comportarse. En su medio social de partida, la presión social y la institucionalización de los comportamientos le permitían una actuación siempre satisfactoria. La responsabilidad última de sus actos era social: se hace así porque lo hacen todos. Ahora el *cómo* está indeterminado, hay muchos *cómo* valorados según esquemas de comportamiento distintos y es necesario elegir alguno. La responsabilidad es individual hasta que una nueva institucionalización sustituye esta continua fuente de tensiones.

El principal resultado, a nuestro efectos, de esta situación es la afectación de la salud mental que se traducirá por un aumento de la patología psiquiátrica (neurosis, depresiones, esquizofrenias) que en muchos casos se expresará, sintomáticamente, por acciones antisociales (delincuencia, alcoholismo, prostitución, etc.). Sin embargo, también la salud física resulta afectada. Piénsese en las dificultades para incorporarse al trabajo industrial del emigrante rural, o sus dificultades para alimentarse correctamente, en su fatiga crónica por incapacidad cultural para un empleo racional del tiempo libre.

Posiblemente, muchas situaciones patológicas han quedado en el tintero. Optimistamente pensamos haber resaltado las más importantes. Todo lo que se ha dicho no ha de interpretarse como un lamento. Pensamos que el proceso de desarrollo es exigencia irrenunciable. Las consecuencias amargas del mismo deben ser entendidas no como tributo, sino como reto. Si el desarrollo económico entraña un daño a la salud, lo único razonable es establecer las medidas que palien estos riesgos. Por ello no podemos comprender un desarrollo económico que no sea, a la vez, social y sanitario.

