

## CONCEPCIONES DE DESARROLLO Y CALIDAD DE VIDA

Ayud. Psic. Natalia De Avila

### Introducción

Esta ficha tiene como objetivo generar un espacio para el intercambio acerca de temas centrales en la formación del Psicólogo como profesional de la salud como son las concepciones de Desarrollo y Calidad de Vida, específicamente el aporte central de la concepción de desarrollo a escala humana.

A lo largo de la historia se ha venido hablando de “la calidad de vida”, sin embargo, la problematización del concepto de calidad de vida dentro del campo de la salud es mucho más reciente y remite a la década de los 90.

Del mismo modo, durante la década de los 60, es donde se comienza a incorporar al “conocido” concepto de desarrollo. Aspectos vinculados con lo social, desde una visión, que, como ampliaremos más adelante, sostiene la idea de “desarrollo” ligado fuertemente al crecimiento económico. Sin embargo, algunas propuestas actuales tienden a incluir, incipientemente, además de los componentes cuantitativos algunas variables cualitativas que contribuyan al análisis de las realidades, así como a la elaboración de políticas públicas adecuadas a las mismas.

Por otro lado, nos parece importante comenzar señalando tal y como lo plantea Enrique Saforcada que, profundizando en los conceptos de salud y calidad de vida, entendidos desde una perspectiva integral, nos encontraremos con dos conceptos con un gran nivel de sinonimia, y que, el concepto de calidad de vida, variará del modelo de concepciones y prácticas en salud desde el cual lo abordemos.

### ¿Qué entendemos por Desarrollo a escala humana?

Tomando los planteos de M. Max Neef, el postulado básico del desarrollo a escala humana es que, el mismo remite a las personas y no a los objetos. Continuando con los planteos del autor, el desarrollo a escala humana se relaciona

directamente con la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, así como en la “*generación de niveles crecientes de autodependencia y en la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología, de los procesos globales con los compartimientos locales, de lo personal con lo social, de la planificación con la autonomía y de la Sociedad Civil con el Estado.*”<sup>1</sup>

Se busca todo el tiempo establecer parámetros que nos permitan “medir”, “evaluar”, el desarrollo; Es así como, desde un punto de vista económico, hablamos del Producto Bruto Interno de un país para “medir” en términos cuantitativos el desarrollo del mismo: Ahora bien, si el desarrollo a escala humana refiere a las personas y a los objetos la pregunta formulada por el autor refiere a: ***¿cuál sería el indicador del desarrollo, entendido como crecimiento cualitativo de las personas?***

Compartimos que, la calidad de vida de las personas depende de la posibilidad o no que cada sujeto tenga de satisfacer las necesidades humanas fundamentales. Aquí se nos vuelve necesario definir qué entendemos por estas últimas así como establecer algunas categorías de clasificación que nos permitan establecer marcos desde los cuales generar niveles de análisis acerca del desarrollo.

En este sentido, es sabido que el hombre es un ser de necesidades, sin embargo es necesario diferenciar por temas tanto epistemológicos como metodológicos necesidades de satisfactores. Se entiende por satisfactor el medio por el cual una o varias necesidades son satisfechas.

Históricamente se ha pensado que las necesidades varían de acuerdo a los sujetos, a las culturas, a los momentos históricos. Desde la concepción de desarrollo a escala humana se realizan los siguientes postulados:

- ***“las necesidades humanas fundamentales son pocas, delimitadas y clasificables”***<sup>2</sup>
- ***“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 es la manera o los medios utilizados para la satisfacción de las necesidades”***<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Max Neef, M. Desarrollo a Escala Humana. Ed. CEPAAUR, Santiago, 1986.

<sup>2</sup> Idem.

## **MENSAJE LLAVE**

**El mejor proceso de desarrollo es aquel que permite elevar la calidad de vida de las personas.**

Si miramos a lo largo de diversas culturas y de la historia queda en evidencia que lo que varía, y en muchos casos considerablemente, es la cantidad y la calidad de los satisfactores así como las posibilidades que cada comunidad tiene de acceso a los mismos. Los satisfactores tienen que ver con todo aquello que por representar formas de “ser, tener, estar y hacer” genera la satisfacción de una necesidad (estructuras, prácticas, valores, etc.). Los bienes económicos generan la posibilidad de potenciar o no los satisfactores en pos de una vida saludable.

Las necesidades humanas fundamentales a las que hacemos referencia han existido a lo largo de la historia y de la evolución del hombre, sin embargo resulta difícil asegurar que las mismas tienen un carácter de permanencia, pero si es posible visualizar su carácter de social – universales.

Los satisfactores por su parte, varían a lo largo de la historia, de las culturas y de las condiciones de existencia de cada individuo y sociedad. Podemos pensar en nuestra propia historia de vida:

¿Han cambiado los satisfactores que dan satisfacción a nuestras propias necesidades?

Las necesidades humanas, entendidas como sistema, se relacionan, se complementan, se establecen entre ellas relaciones de simultaneidad, de complementariedad entre otras. De esta forma podemos también generar desde este postulado una clasificación de los satisfactores, que plantearemos más adelante.

Tomando los planteos de M. Max Neef dividimos las necesidades humanas de acuerdo a dos criterios:

- categorías existenciales
- categorías axiológicas

De esta forma, obtenemos por un lado el reconocimiento de las necesidades de Ser, Tener, Hacer y Estar y por otro lado las necesidades de Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad y Libertad. De esta forma, Max – Neef construye una matriz básica compuesta de nueve necesidades conectadas axiológicamente con cuatro categorías de satisfacción de necesidades.

## **MOMENTO PARA LA REFLEXIÓN**

**Tomando la matriz de necesidades y satisfactores propuesta por M. Max-Neef recomendamos hacer el ejercicio considerando su propios satisfactores como sujeto.**

---

<sup>3</sup> Idem

En cuanto a la posibilidad que nos ofrece los planteos de M. Max – Neef podemos clasificar los satisfactores en:

- Violadores o destructores: Cuyo efecto es paradójal, en tanto no solo eliminan la posibilidad de satisfacer una necesidad sino que por efecto colateral impiden la satisfacción de otras necesidades. Son en su mayoría satisfactores que tienen como características el nivel de imposición, como ser la situación de exilio, la censura, entre otros.
- Pseudo satisfactores: Aquellos satisfactores que estimulan una falsa sensación de una necesidad, impulsados fundamentalmente hoy día por los medios de publicidad.
- Inhibidores: Aquellos satisfactores que en tanto satisfacen una necesidad vuelven muy difícil la posibilidad de satisfacer otras necesidades.
- Singulares: Los que apuntan a la satisfacción de una única necesidad.
- Sinérgicos: Aquellos que en la medida que satisfacen una necesidad estimulan y contribuyen a la satisfacción de otras.

De esta forma nos acercamos a un planteo de necesidades finitas y clasificables y de satisfactores infinitos.

Hoy por hoy, donde las diferencias de acceso a determinados bienes y servicios esta condicionada por múltiples factores (culturales, económicos, políticos, niveles de accesibilidad, entre otros) las posibilidades de satisfacción de las necesidades varían enormemente. De esta forma, la satisfacción de necesidades genera por un lado niveles de desarrollo crecientes mientras que por otro, las limitaciones existentes en la satisfacción de las mismas genera Pobrezas.

¿Por qué hablamos de Pobrezas en plural? Pobrezas en el entendido que, cada necesidad que no es satisfecha genera en el individuo una pobreza vinculada directamente a dicha necesidad. Por ejemplo, día a día nos encontramos con pobreza vinculadas a la necesidad de protección, en un país donde las falencias del sistema de salud, así como de protección en materia de seguridad resultan ineficientes o inadecuadas.

En este sentido, dejamos de hablar de pobreza para hablar de patologías, cuando la no satisfacción de una necesidad se prolonga en el tiempo, cronificando la pobreza.

## **MOMENTO PARA LA ACCIÓN**

**¿Cómo vincula usted el concepto de salud desde el postulado de las Necesidades Humanas Fundamentales con el planteo realizado por Luis Weinstein con relación a las capacidades?**

### **Necesidades Humanas fundamentales: ¿carencia o potencialidad?**

Parte de nuestra condición como ser humano se refiere a la constante tensión entre carencia y potencialidad.

*“Concebir las necesidades tan sólo como carencias implica restringirlas a lo puramente fisiológico o subjetivo, 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 potencialidades 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 recibir afecto pero también de darlo.”<sup>4</sup>*

Al comienzo planteábamos que el concepto de calidad de vida, variará del modelo de concepciones y prácticas en salud desde el cual lo abordemos. En este sentido y tomando los planteos de E. Saforcada, desde un Modelo Clínico, calidad de vida se entiende en términos de “nivel de vida”, dejando claramente una visión económica como central, entrando en juego también los planteos de Rostow, desde donde la calidad de vida depende de aspectos tales como: la capacidad de competitividad, de consumo, la diversidad y la cantidad de necesidades, así como los niveles de confort que se tengan.

Desde el modelo Sanitarista, que entiende la salud de las personas como entidad social en tanto depende, compone, contribuye y condiciona la salud del conjunto comunitario, la calidad de vida depende de la generación y existencia de espacios inter subjetivos donde la solidaridad y la cooperación estén presentes, así como en la existencia de sistemas de significación – valoración que en la medida que dan soporte a la integración “del otro”, apuesten a diluir toda forma de segregación social.

#### **Algunos avances...**

En la actualidad, tomando en consideración estas nuevas formas de entender el desarrollo surgen nuevos indicadores, un ejemplo de esto es el ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, creado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD 1990), mediante el cual agregando diferentes características se apuesta a obtener “medidas” del grado

---

<sup>4</sup>Max Neef, M. **Desarrollo a Escala Humana**. Ed. CEPUR, Santiago, 1986.

### **MOMENTO PARA LA REFLEXIÓN**

**La situación de pobreza infantil en amplios sectores de nuestro país ¿se podría relacionar con pobrezas o con patologías desde el planteo de M. Max-Neef?**

de pobreza de una población o de un sector de la misma. Toma de esta forma factores tales como la participación política, el acceso a un trabajo con el propósito de generar un concepto más cualitativo de calidad de vida. La dificultad radica en los escasos indicadores estándares internacionales que nos permitan realizar estudios comparativos acerca del desarrollo y la calidad de vida entre los países, sin por ello desatender a las particulares características de cada uno apostando a un análisis que redunde en el desarrollo e implementación de políticas destinadas a la mejora de la calidad de vida de las personas.

La apuesta central es hacer foco en el “ser humano como fin real de las actividades”, intentando dejar atrás el enfoque económico donde el interés se enfoca al crecimiento del Producto Nacional Bruto. En ese sentido, la producción o bienes económicos se constituyen en un medio, siendo el fin del desarrollo el logro del bienestar humano.

El concepto de desarrollo integral introducido por Naciones Unidas, considera que el crecimiento económico no siempre (o mejor aún pocas veces) se ve reflejado en términos de un mejor bienestar humano o de justicia social. En este sentido, la propuesta de desarrollo integral nos propone articular los objetivos económicos con los sociales apostando a disminuir las desigualdades existentes.

Algunas reflexiones:

- La apuesta central como profesionales de la salud, es trabajar con las necesidades, atendiendo a su carácter histórico y subjetivo, centrarnos en los procesos y no en las metas, constituyéndose la satisfacción de las necesidades no en un fin en sí mismo sino en el motor que impulse el desarrollo.
- El desarrollo sustentado en los mejores niveles de calidad de vida de la población, lo será por ende en los mejores niveles de salud, entendida esta como derecho humano fundamental. Para ello se vuelve necesario atender a aquellos determinantes que intervienen en el proceso de salud – enfermedad de una población.
- Desde la Declaración de Alma – Ata, los posteriores planteos con relación a aquellos aspectos que intervienen en el campo de la salud planteados por Lalonde, así como la Carta de Ottawa, hemos venido planteando que la mejor promoción de salud de una población se relaciona directamente con el logro del control de los sujetos de aquellos

**MOMENTO PARA LA ACCIÓN**

**Considere los planteos realizados por Marc Lalonde en cuanto a los Determinantes de la Salud y plantee las diferencias conceptuales y las líneas de conexión de cada uno de ellos con el concepto de Calidad de Vida.**

aspectos que determinan su proceso de salud – enfermedad, llamados determinantes sociales de la Salud. La Comisión Mundial de Determinantes Sociales de la OMS, hace referencia a estos determinantes como “las causas de las causas” de la enfermedad. Estas causas comprenden aspectos relativos a la inequidad, la pobreza, la exclusión y la marginación, aspectos que hacen a las deficitarias condiciones de salud de una población.

- La multidimensionalidad que se desprende del concepto de calidad de vida hace necesario que integremos diversos enfoques disciplinares e intersectoriales, única vía para el logro de los planes y programas que impulsemos, de las políticas nacionales e internacionales con relación al logro de la mejor calidad de vida de las personas. En este aspecto es importante apostar hacia el cambio de concepciones de salud, descentrándonos de concepciones medicalizadas que predominan aún hoy en quienes impulsan, desarrollan y ejecutan políticas vinculadas al campo de la salud, apostando siempre a efectivizar el derecho a la salud como responsabilidad del Estado.
- Es central impulsar estudios epidemiológicos, investigaciones científicas que nos permitan re pensar el nivel de incidencia de cada uno de los determinantes sociales de la salud, y de cómo cada uno de estos determinará la posibilidad de la satisfacción de nuestras necesidades humanas fundamentales.
- Debemos de considerar que los determinantes sociales de la salud son también políticos e históricos, y remiten a las condiciones en que las personas viven y trabajan.
- En la actualidad la OPS (Organización Panamericana de la Salud) plantea la necesidad de lograr consensos con relación a qué se debe de considerar como determinante social de la salud, y principalmente si esta conceptualización tiene o no directa vinculación con la posición socioeconómica.

A tener en cuenta...

2005 OMS “ *Las inequidades han aumentado a pesar de que nunca antes han existido en el mundo de la riqueza, los conocimientos y la sensibilidad e interés por los temas que atañen a la salud como en la actualidad. La mayor parte de los problemas de la salud se pueden atribuir a las condiciones socio económicas de las personas. Sin embargo, en las*

## **MOMENTO PARA LA ACCIÓN**

**Tomando el Material Complementario: Informe Mundial sobre desarrollo humano 2007 – 2008 Material Complementario del Uruguay: el cambio climático aquí y ahora (PNUD, 2008), plantee algunos ejemplos vinculados a los determinantes sociales de la salud y a la calidad de vida de los uruguayos.**

*políticas de salud, han predominando las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre “las causas de las causas, tales como por ejemplo las acciones sobre el entorno social...”*

## MOMENTO PARA LA EVALUACIÓN

**¿Qué satisfactores plantearía usted de acuerdo a cada una de las necesidades?**

**Pensando en la realidad de nuestro país y fundamentalmente en nuestro sistema de salud plantee algunas líneas de análisis en torno al desarrollo (desde la concepción de desarrollo a escala humana) así como a la noción de pobreza<sup>5</sup>.**

**¿Desde que concepción postulamos Calidad de vida como sinónimo de salud? Fundamentarlo.**

## PARA PROFUNDIZAR

- Max Neef, M. **Desarrollo a Escala Humana**. Ed. CEPAAUR, Santiago, 1986.
- PNUD. **Uruguay: el cambio climático aquí y ahora**. Material complementario del Informe Mundial sobre el Desarrollo Humano 2007-2008. Cap. 2 y 3. Montevideo, 2008.
- Saforcada, E. **Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud**. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1999.
- Weinstein, L. **Salud y autogestión**. Ed. Nordan, Montevideo, 1989.

---

<sup>5</sup> PNUD. **Uruguay: el cambio climático aquí y ahora**. Material complementario del Informe Mundial sobre el Desarrollo Humano 2007-2008. Cap. 2 y 3. Montevideo, 2008.