

realizarea măsurătorilor, estimarea parametrilor, deducția și inducția logică etc. devin baza primară pentru criticarea, respingerea sau acceptarea itemurilor informației științifice. Astfel, în mod ideal, critica nu este orientată, în primul rând, asupra a ceea ce spune un item de informație despre lume, ci asupra metodei prin care itemul a fost obținut¹¹.

Elaborarea teoriei sociologice în lumina acestor exigențe implică o muncă dificilă, dar rezultatul este în măsură să justifice pe deplin efortul solicitat.

O abordare a relației dintre sănătate, dezvoltare și planificare socială

Prof. psih. Dr. Aurelian Popescu,
Sorin M. Rădulescu

1. În ultimele decenii, orientarea din ce în ce mai accentuată a activității medicale către integrarea punctului de vedere sociologic în definirea și interpretarea sănătății și bolii a impus validarea sociologiei medicinei ca una dintre ramurile sociologice cele mai profund ancorate în practica socială, acordând sociologului care lucrează în medicină un status aparte. În acest sens, potrivit definiției sănătății dată de către Organizația Mondială a Sănătății (OMS), sănătatea apare ca o condiție de bunăstare fizică, psihică și socială¹, ceea ce, departe de a o valoriza numai prin raportare la absența bolii, îi extinde semnificațiile pînă la un punct la care explicația sociologică se impune cu necesitate.

Dintre problemele specifice ale activității sociologului care lucrează în domeniul medical, cele privind organizarea și planificarea sistemului de îngrijire a sănătății au o semnificație deosebită. Ca tip aparține de instituție socială a cărei scop esențial constă în conservarea și dezvoltarea sănătății, ca valoare deosebit de importantă pentru orice tip de societate, medicina impune sociologului să considere în cîmpul său de studiu atît aspectele legate nemijlocit de starea de sănătate sau boală a diverselor grupări sociale, cit și acelea privind funcționarea diferitelor structuri componente ale sistemului instituționalizat al practicii medicale, organizarea lor internă, corelațiile care se stabilesc între ele și celelalte elemente ale sistemului social, în ansamblul său.

Dacă domeniul instituțiilor medicale, al serviciilor și organizațiilor care alcătuiesc în totalitatea lor sistemul de ocrotire a sănătății, reprezintă un obiect distinct de studiu pentru sociologia medicinei (complementar, însă, cu celelalte direcții de aplicare a cunoașterii sociologice în domeniul medical), problema elaborării unor exigențe riguroase științifice pentru integrarea corespunzătoare a actului medical în practica socială, pentru planificarea scopurilor și direcțiilor ei prioritare de acțiune, constituie un cîmp de preocupări care antrenează nemijlocit activitatea sociologului.

¹¹ Walter L. Wallace, *The logic of science in sociology*, Aldine, Atherton, Chicago and New York, 1971, p. 14.

¹ În constituția OMS adoptată la Conferința Internațională a Sănătății, desfășurată la New York între 19 iunie și 22 iulie 1946 și validată de către reprezentanți a 61 state, mai apar și alte principii, dintre care amintim pe cele mai importante: a. A se bucura de cel mai înalt standard posibil de sănătate este unul dintre drepturile fundamentale ale fiecărei ființe umane fără deosebire de rasă, religie, convingeri politice, condiții economice sau sociale; b. Sănătatea tuturor popoarelor este fundamentală pentru menținerea păcii, securității și este dependentă de cooperarea deplină între indivizi și societate; c. Cuceririle obținute de oricare stat în promovarea și protecția sănătății constituie o valoare pentru toți; d. Promovarea în egală măsură a sănătății și a controlului îmbolnăvirilor, în special al celor transmisibile, constituie un pericol comun; e. Extinderea la toate popoarele a beneficiilor cunoașterii medicale, psihologice și a celor înrudite este esențială pentru obținerea unei depline sănătăți; f. O opinie informată și cooperarea activă din partea publicului este de o extremă importanță pentru îmbunătățirea sănătății popoarelor; g. Guvernele răspund de sănătatea popoarelor lor care poate fi realizată numai cu ajutorul unor măsuri medicale și sociale.

În acest sens, în țările în care această activitate a dobândit de mult caracterul unei practici recunoscute, deja, ca „tradițională”, iar sociologul deține un statut unanim recunoscut ca util pentru medicină, acesta participă la elaborarea și la evaluarea diferitelor programe de sănătate, la planificarea obiectivelor și resurselor și contribuie activ la declanșarea unor acțiuni medico-sociale, de largă amploare, cu caracter terapeutic, profilactic și preventiv.

Confruntându-se cu multiple probleme organizatorice și profesionale care atrag după sine o serie de consecințe asupra eficacității prestațiilor, domeniul ocrotirii sănătății, implică în mod necesar *planificarea*. Urmărind, în esența ei, optimizarea funcțiilor și relațiilor care se stabilesc între subsistemele sistemului medical, planificarea urmărește atât coordonarea și controlul diferitelor unități medicale specific integrate între ele (de asistență, de învățămînt și cercetare), cât mai ales sporirea randamentului, deci a eficienței serviciilor medicale operative (circumscripții, policlinici, spitale ș.a.m.d.).

Constituind o valoare socială de cea mai mare importanță pentru societate, pentru colectivitatea socială în ansamblu, valoare care trebuie protejată și conservată în permanență, sănătatea ca obiectiv fundamental al activității serviciilor medicale, constituie, totodată, un scop social fundamental pe care orice societate îl planifică în mod conștient, înțelegînd că în ultimă instanță, condiția de bunăstare fizică, psihică și socială a indivizilor, contribuie la dezvoltarea socială, fiind un factor activ al dinamicii progresului social.

Pînă acum, abordarea sociologică a sănătății și a instituțiilor care o promovează a avut în vedere mai mult comportamentele sociale afectate de morbiditate, relațiile între membrii grupului medical și public, și a contribuit mai puțin la conturarea unei imagini care să evidențieze rolul sănătății pentru dezvoltarea socială. De aceea, în măsura în care o serie de analize din domeniul concep mai puțin dezvoltarea sănătății ca parte componentă a unei politici de bunăstare socială, apare necesar, în continuare, a da mai multă consistență preocupărilor de valorizare a sănătății în scopul dezvoltării sociale, pentru a o concepe în mod complex ca factor fundamental al condiției de bunăstare a societății.

2. În societatea noastră, sănătatea este privită ca premisă și consecință ale însăși dezvoltării sociale, ca valoare supremă a bunăstării materiale și spirituale a membrilor societății, capabilă de a determina noi schimbări în conținutul și ritmul desfășurării unor procese sociale de ansamblu.

Accentuînd asupra acestor idei, *Programul Partidului*, pornind de la necesitatea asigurării unor condiții optime de dezvoltare armonioasă, echilibrată a personalității umane, acordă asistenței medicale un rol de bază în protejarea și consolidarea sănătății oamenilor, solicitîndu-i să participe cu toate resursele și mijloacele ei de acțiune la îndeplinirea acestui deziderat, în consens cu exigențele impuse de edificarea societății socialiste multilateral dezvoltate în țara noastră.

Dezvoltarea activității medicale curative și preventive, ridicarea nivelului de cultură sanitară a întregii populații, precum și asigurarea mijloacelor de apărare și refacere a sănătății oamenilor muncii sînt obiective prioritare pe care partidul nostru le pune în fața lucrătorilor din domeniul ocrotirii sanitare² și care, în actuala Lege privind asigurarea sănătății populației³, își găsesc o exprimare clară, nuanțată, atât pentru perioada actuală, cât și pentru cea de perspectivă.

Trasînd personalului din unitățile medico-sanitare sarcini noi în legătură cu lărgirea și perfecționarea rețelei de asistență sanitară la nivelul exigențelor medicale cele mai moderne, solicitînd, totodată, îmbunătățirea condițiilor de muncă și de viață în vederea conservării și întăririi sănătății publice, partidul nostru a elaborat o serie de măsuri cu caracter de perspectivă :

- cunoașterea mai aprofundată a fenomenelor biologice legate de acomodarea ființei umane la viața modernă, de frînare a proceselor degenerative ale organismului uman, de dezvoltare a sănătății, echilibrate, fizică și psihică a tuturor membrilor societății, paralel cu evoluția relațiilor sociale noi;
- ocrotirea mamei și copilului, crearea condițiilor optime de naștere și îngrijire a noilor născuți, asigurării corespunzătoare a natalității, reducerii mortalității, sporirii populației, mării alocăției de stat pentru copii, pentru mamele cu mai mulți copii;
- valorificarea factorilor naturali pentru consolidarea sănătății și refacerea capacității de muncă;

- perfecționarea asistenței medicale, ridicarea nivelului de pregătire a personalului sanitar și îmbunătățirea continuă a dotării unităților sanitare.

² Programul P.C.R., București, Edit. politică, 1974.

³ Legea privind asigurarea sănătății populației, *Proiect*, în „Schitea” nr. 11 097 din 25 aprilie 1978.

Circumscrie politica de dezvoltare socială în toate domeniile de activitate, practica medicală constituie o formă activă de participare la realizarea obiectivelor P.C.R., pentru a contribui eficient la creșterea nivelului *calității vieții*, materiale și spirituale, specifice *modului de viață* socialist. Legat de aceasta, măsurile cuprinse în Legea privind asigurarea sănătății populației, vizează o fundamentare complexă, atât a acțiunilor de identificare a factorilor cu rol frenator pentru sănătate, de prevenire și combatere a lor, cât și a acțiunilor de evaluare a standardelor de muncă și viață care stau la baza dezvoltării sănătății populației.

„În concordanță cu progresul tehnico-științific și cu cerințele pe care le impune evoluția societății — se subliniază în Lege — este necesar ca asistența medicală a populației să se perfecționeze neînterupt și să asigure cele mai corespunzătoare mijloace de prevenire și combatere a îmbolnăvirilor. Cercetarea științifică medicală — factor de bază al progresului multilateral al activității de asigurare a sănătății — trebuie să fie legată tot mai strâns de om, de cunoașterea proceselor fundamentale ale vieții, de cerințele practicii medicale”⁴.

Din acest punct de vedere, considerând că asigurarea sănătății populației se realizează potrivit unor măsuri complexe — economice, sociale, culturale și sanitare — „integrate în planul național unic de dezvoltare economică-socială” (subl. ns.), legea evidențiază că în țara noastră sînt asigurate toate condițiile pentru ca, concomitent cu acțiunile de păstrare și întărire a sănătății, de prevenire a îmbolnăvirilor, să existe un sistem de mijloace de tratament și refacere, în scopul recuperării capacității de muncă, prelungirea duratei activității și a vieții omului.

În aplicarea politicii partidului și statului nostru în domeniul sănătății publice, organele de conducere a activității sanitare și unitățile medicale, ca organe de execuție trebuie să contribuie la realizarea următoarelor obiective prioritare:

- a. Dezvoltarea continuă a sănătății populației și a capacității sale de creație materială și spirituală, condiție de bază a creșterii viguroase, fizice și intelectuale a noilor generații;
- b. Asigurarea și menținerea unor condiții de igienă în mediul de viață al populației, la locul de muncă precum și protejarea mediului înconjurător;
- c. Apărarea și dezvoltarea stării de sănătate a mamei, copilului și tineretului, creșterea natalității, îmbunătățirea structurii pe vîrste a populației;
- d. Dezvoltarea și fixarea unor deprinderi sănătoase de viață și muncă, de alimentație rațională, practicarea culturii fizice, sportului și turismului;
- e. Creșterea ponderii acțiunilor de profilaxie, identificarea, evaluarea și înlăturarea factorilor care acționează negativ asupra sănătății populației;
- f. Organizarea și prestarea unei asistențe medicale de calitate, promptă și eficientă, pentru refacerea sănătății în termenul cel mai scurt;
- g. Dezvoltarea nivelului de cultură și educație sanitară al întregii populații, în scopul menținerii sănătății proprii și a combaterii unor factori favorizanți ai îmbolnăvirilor.

3. Constituind un adevărat ideal social, prin care societatea tinde să asigure membrilor săi posibilitatea de a-și utiliza integral capacitatea de acțiune în raport cu sarcinile sociale complexe, sănătatea reprezintă, totodată, un cadru principal de referință care implică acțiunea concentrată a unor multiple instituții și organizații sociale, în primul rînd a sistemului medical.

Considerînd societatea ca alcătuită, în ansamblul ei, un sistem cu autoreglare în cadrul căruia schimbul de informații între subsistemele componente asigură funcționalitatea întregului, unele modele teoretice acordă medicinei semnificația unui subsistem de control social, capabil să exercite acțiuni de optimizare a rolurilor și implicit, a statusurilor indivizilor, contribuind astfel la menținerea funcționalității sociale.

Dezvoltînd această idee T. Parsons, de exemplu, concepea sănătatea ca o formă a conformismului social prin care societatea se menține pe sine, iar boala ca o formă de manifestare a devianței care se sustrage controlului social. Se evidențiază aici o anumită concepție asupra „ordinii” și stării de *statu-quo*, specifice unei societăți care se raportează prioritar la necesitatea menținerii și conservării și ignoră posibilitatea schimbării sociale.

Prin specificul dinamicii sale interne, al structurilor sale supuse permanent transformării revoluționare, societatea socialistă acordă sănătății sensul unei valori care își îmbogățește permanent semnificațiile, ca urmare a mutațiilor produse în societate la toate nivelele, creînd în acest scop baza materială și cadrul organizatoric pentru acțiunile menite să contribuie la optimizarea stării de sănătate a membrilor ei.

Desigur, boala afectează în aceeași măsură structuri demografice aparținînd unor sisteme social-politice diferite. Dar mai important decît surprinderea aspectelor cantitative ale constituirii fenomenelor morbide este modul de înțelegere al genezei lor, condițiile de apariție ca și strategia înlăturării lor, elemente care în societăți diferite se manifestă diferit.

⁴ Legea privind asigurarea sănătății populației, *Proiect*, în „Scinteia” nr. 11 097 din 25 aprilie 1978.

În cadrul planificării și prognozelor sociale elaborate la nivelul diferitelor compartimente sociale, dezvoltării sanitare, la fel ca și dezvoltării economice, sociale și culturale, i se acordă un rol aparte.

Vizînd analiza efectelor, pe care caracteristicile acțiunii rețelei medico-sanitare le imprimă diferitelor procese sociale, prognozele pot constitui un instrument metodologic de cea mai mare utilitate pentru abordarea prospectivă a fenomenului medical.

În cadrul acestor prognoze problema operaționalizării, adică a transformării lor în mijloace utile organului de decizie, cu ajutorul indicatorilor sociali, reprezintă un domeniu în care prezența sociologilor poate și trebuie să se manifeste mai activ.

Dacă avem, de exemplu, în vedere numai una dintre clasificările făcute indicatorilor sociali⁵: a. *informativi* (ce descriu o stare de fapt); b. *orientați* (necesari identificării unor deficiențe sociale specifice); c. *de performanță* sau propriu-ziși (măsurînd eficiența unor instituții sau activități sociale); d. *predictivi* (care prognozează anumite tendințe de dezvoltare), putem înțelege largul cîmp de acțiune al sociologului integrat domeniului medical, în măsura în care acest specialist *culege* informații despre fenomenul morbid, *sesizează* deficiențele rețelei sanitare, *evaluează* eficiența instituției medicale, *oferă soluții* pentru acțiunile de perspectivă.

Starea de sănătate a populației, fiind ea însăși un indicator global cu ajutorul căruia se poate evalua nivelul dezvoltării sociale, în legătură directă cu alți indicatori sociali, mai ales cei referitori la modul de viață („calitatea vieții”), la dinamica structurilor sociale⁶, cuprinde o serie de determinanți specifici standardului de viață dintr-o țară sau alta. Astfel, considerînd aspecte corelate ale dezvoltării nivelului de viață a populației, indicatorul global al stării de sănătate poate fi detaliat într-un set complex de indicatori cu conținut particular: indicatori demografici, indicatori de incidență a bolilor și indicatori de dezvoltare fizică și psihică.

Dacă, de exemplu, tabloul general al dezvoltării economico-sociale a țării noastre comparativ cu prevederile planului cincinal 1976—1980, poate fi reprezentat sintetic în mai mulți indicatori, există, de asemenea, posibilitatea evaluării unor forme specifice ale dezvoltării la toate nivelele societății și de a marca, cu ajutorul indicatorilor sociali, evoluția înregistrată, de-a lungul unei perioade, în starea de sănătate a populației. Pe parcursul mai multor decenii, de pildă, reducerea răspîndirii bolilor epidemice a marcat un asemenea progres, implicînd aspecte de control asupra tipurilor de morbiditate diferențială sau de elaborare a unor măsuri complexe de prevenție primară (imunizare), secundară (tratament) și terțiară (reabilitare) ș.a.m.d. Progresele înregistrate în sanogeneza mediului, în limitarea factorilor de risc profesional se corelează în mod fundamental cu dinamica de ansamblu a dezvoltării, între diferitele componente ale progresului tehnico-economic și social și evoluția sănătății stabilindu-se raporturi reciproce.

Desigur, capacitatea de adaptare a organismului uman, expus variatelor forme de agresiune a mediului, nu poate fi estimată atît de riguros, astfel încît să se poată constitui repere obiective și valide pentru operațiile de măsurare sau evaluare a etiologiei factorilor cu rol nociv. Se pot măsura, însă, efectele nemijlocite înregistrate în domeniul salvagădării sănătății publice, evoluția raporturilor între cerere și ofertă în cadrul sistemului serviciilor medicale, amploarea folosirii resurselor și solicitărilor publicului ș.a.m.d., și, pe această bază, se pot aprecia atît tendințele evoluției sănătății în corelație cu dezvoltarea, cît și eficacitatea programelor circumscrie planificării din cîmpul de acțiune medical.

În general, indicatorii legați de protecția sănătății sînt aleși în conformitate cu principiile unui anumit sistem de planificare, care, diferind de la o țară la alta, fac practic imposibilă prezentarea lor exhaustivă. Întrucît în prezent, ocrotirea sănătății, în toate țările din lume, constituie o parte inseparabilă a activității statului, datorită acestui fapt ea se dezvoltă pe o bază planificată. Aceasta înseamnă că autoritatea de stat „determină existența unui sistem de indicatori ce trebuie realizați în cursul perioadei planificate, asigură fondurile materiale, de personal și financiar pentru atingerea sarcinilor, supraveghează în mod activ realizarea”⁷. Activitatea de planificare în domeniul ocrotirii sănătății se bazează, întotdeauna, în mod practic, pe indicatori caracteristici standardelor de viață a populației. Aceasta cere evaluarea indicatorilor sociali, respectiv, din punct de vedere a capacității lor de cuprindere și de predicție ca și stabilirea posibilităților pe care îi oferă ei acțiunii sociale.

⁵ Pavel Apostol, „Caiet de studii, referate și dezbateri”, nr. 14, Universitatea București—Laboratorul sociologic, oct. 1973.

⁶ Ion Iordăchel, *Dinamica structurilor sociale în elapa actuală de dezvoltare a României socialiste*, „Viitorul social”, nr. 1, 1978.

⁷ Dimitar Sepetliev, *Indicatori statistici pentru planificarea și evaluarea programelor de sănătate publică*, trad. după documentul OMS — DHSS/W.P./70, Geneva, 1970, p. 3.

Organizația Națiunilor Unite publică periodic date statistice referitoare la situația economică și socială a populației din anumite zone ale lumii, iar Organizația Mondială a Sănătății prezintă la rândul său indicatori cu privire la standardul de sănătate din diferite țări. Într-un studiu publicat de O.M.S., de exemplu, pentru perioada 1960—1970 se pot menționa, ca fiind mai semnificativi următorii indicatori⁸:

1. *indicatorii demografici*: aceștia includ indici brui de natalitate; indici evaluând ponderea structurală a populației feminine pe grupa de vîrstă cuprinsă între 15—64 ani; *indici de mortalitate pe vîrste*: indici referitori la incidența bolilor infecțioase și a celor cronice degenerative în rîndul diverselor grupe de populație; indici privind mortalitatea noilor născuți, cea post-neonatală și infantilă și indici privind „expectanța vieții”;

2. *indicatori privind dotarea rețelei sanitare* cuprind: indici considerînd numărul de locuitori per pat de spital; indici măsurînd alocațiile investite de stat și de populație în domeniul sanitar; indici ilustrînd alte oportunități sanitare către populație;

3. *indicatori caracteristici pentru nivelul de viață al populației* în incidență directă cu standardul de sănătate: indici privind gradul de igienă, confortul locativ, regimul alimentar (nr. de calorii per cap la 1 000 locuitori), gradul de cultură (generală și sanitară) ș.a.m.d.

Indiferent de diferențele privind conceperea indicatorilor de sănătate, elaborarea unor sisteme și principii de planificare în acest domeniu, ceea ce stă la baza acestei activități, este faptul că există metodologii operaționale, sisteme de mijloace, resurse și indicații cu privire la controlul unui fenomen social atît de complex cum este starea sănătății populației. Rezultatele unei asemenea activități pot fi pozitive numai dacă regularitățile obiective și legile existenței și dezvoltării sănătății sînt binecunoscute (cercetarea sociologică are un mare rol aici), și dacă, simultan, principiile planificării sînt aplicate cu rigoare științifică și acuratețe tehnică.

4. Un aspect deosebit de important, compatibil cu activitatea de planificare din domeniul sănătății publice este cel informativ, adică cel referitor la date. În măsura în care planificarea sănătății se bazează, în esență, pe eșantioane de date relevante cu privire la problemele morbidității, implicit ale sănătății, informația atît cea statistică, cit și cea sociologică este de cea mai mare importanță.

În ceea ce privește utilizarea informațiilor statistice — folosită larg în planificările de la nivel național sau zonal (regional) —, aceasta constituie o metodologie de „rutină” care poate evidenția aspecte cantitative cu privire la: resurse financiare și disponibilități materiale ale rețelei sanitare publice, evaluări vizînd cunoașterea raportului cerere-ofertă în domeniul serviciilor spitalicești, cazuistică și consemnări pe grupe mari de populație, oferînd date despre morbiditatea diferențială (pe categorii demografice în funcție de diverși indicatori obiectivi) ș.a.m.d.

În practică, partea cea mai laborioasă a activității de planificare o constituie colectarea unor informații statistice adecvate, iar dacă banca de date este prea redusă, pot apărea inconveniente, atît în ceea ce privește cantitatea, cit și calitatea unor informații necesare. De aceea, se consideră, uneori, necesar de „a limita statisticile prea laborioase sau prea fragmentate numai la acelea care sînt utile”⁹.

În general, majoritatea eforturilor planificatorilor de a edifica un sistem de culegere a informațiilor utile pentru caracterizarea dezvoltării sănătății se referă la necesitatea considerării următoarelor elemente: selectarea unor informații constituite din rapoarte individuale bazate pe „evenimente” în domeniul sanitar (boli declarate, internări, externări, probleme administrative), alcătuirea unui sistem centralizat de prelucrare automată a datelor, întocmirea unor bănci de date orientate pe probleme specifice ale sănătății și morbidității, realizarea unor informații statistice vizînd aspecte corelate din domeniu.

Planificarea, însăși, a sistemului de informare e componenta esențială a unei planificări instituționalizate și ajută la integrarea și sistematizarea datelor cu ajutorul cărora pot fi luate deciziile, atît cele prezente cit și cele de perspectivă în legătură cu sănătatea.

În ceea ce privește informația sociologică, aceasta este mult mai complexă decît cea statistică și furnizează date specifice și nuanțate cu privire la aspectele concrete ale stării de sănătate în rîndul unor grupe diferențiate de populație, cu referire la factorii de risc pentru sănătate (facilitînd îmbolnăvirile), la condițiile mediului de viață și de muncă, la comportamentele populației afectate de morbiditate, la problemele apărute în cadrul complexului organizațional medical (raportul medic-pacient, cerințele „terapeutice” și „organizatorice” ale spitalizării, factorii de adresabilitate, modurile de adaptare la spitalizare) ș.a.

Evidențiînd diferitele moduri de expunere a omului la acțiunile factorilor de risc determinați de unele efecte negative, mai puțin controlate ale mediului, informația sociologică poate

⁸ U.S. National Health Survey, volume X, Ray visits, Nr. 38, Washington D.C., 1972.

⁹ A.S. Harô, *Utilizarea în planificarea și evaluarea serviciilor de sănătate a informațiilor culese prin sisteme de rutină*, trad. documentul OMS DASS/W.P./70.9, Geneva, 1970.

releve tipurile diferențiate de solicitări, poate oferi date asupra gradului de adaptare la acest mediu și, mai ales, poate contribui la ilustrarea peisajului patologic actual, în care sint încorporate, în mod obișnuit, răspunsurile oamenilor la mediul social și ecologic cit și acțiunile lor de transformare a acestui mediu.

În acest context se evidențiază necesitatea unor investigații interdisciplinare de tip „orchestral” capabile să identifice, în mod unitar, totalitatea factorilor și condițiilor de natură a produce fenomene morbide în rindul populației.

Cercetările de sociologie medicală cu caracter interdisciplinar ar putea aduce contribuții importante factorilor de decizie din sistemul de ocrotire a sănătății, atât prin furnizarea de date complexe în locul statisticilor medicale „tradiționale”, de „rutină”, cit și prin oferirea unor criterii necesare pentru identificarea, controlul, organizarea și planificarea factorilor cu rol în autodirijarea conștientă a omului în noul mediu¹⁰.

5. Rezolvarea problemelor generate de morbiditate este determinată astăzi de aspectele imprimate de revoluția tehnico-stiințifică, ca și de evoluția schimbărilor în structurile socio-economice specifice societății. Devenind din ce în ce mai mult o componentă de bază a activității de realizare a unei „politici de bunăstare socială la nivelul întregului sistem social global”¹¹, subsistemul de îngrijire medicală funcționează ca un ansamblu de instituții și raporturi de control medico-social, supus permanent planificării și evaluării. Aceasta cu atât mai mult, cu cât integrarea structurală a îngrijirii sănătății în sistemul general de „îngrijire”, a bunăstării sociale presupune ca toate elementele ei componente să se influențeze și să interacționeze reciproc în direcții considerate ca deziderabile pentru societate.

În acest proces schimbarea, dezvoltarea și planificarea se manifestă ca procese complementare. Planificarea sănătății corelează, în ansamblul acțiunilor ei, probleme ale unor domenii sociale convergente, astfel că evaluarea programelor de sănătate implică evaluarea unor căi de dezvoltare la nivel global.

Intrucit, astăzi, planificarea din domeniul medical are un dublu caracter: intern (bazat pe corelarea obiectivelor, structurilor și subsistemelor sale interne), și extern (bazat pe corelarea obiectivelor interne cu alte obiective specifice altor subsisteme sociale), elaborarea indicatorilor de sănătate apare ca obiectiv principal al planificării îngrijirii medicale, ea însăși o componentă esențială a planificării la nivel macrosocial. Definind, în acest sens, planificarea ca un proces care permite să se decidă mijloacele de asigurare a unui viitor mai bun decît prezentul, schimbările necesare pentru a se realiza aceste îmbunătățiri și modalități de a le pune în practică¹², J. Brotherson consideră domeniul „serviciilor” din care fac parte și serviciile de îngrijire a sănătății, ca un element principal al dezvoltării. Cînd sectorul terțiar (serviciile) — arată el — va reduce sectorul primar (agricultura) și va limita sectorul secundar (industria), indicatorii stării de sănătate vor suferi noi schimbări cu consecințe pozitive asupra bunăstării sociale.

Este evident că în politica de edificare a unui sistem complex de îngrijire a sănătății, problemele vor trebui rezolvate integral, evitînd abordarea fragmentară, episodică și circumscrind obiectivele pe termen lung unei strategii operaționale de acțiune.

În ritmul actual și mai ales cel viitor de dezvoltare a structurilor sociale, ocrotirea sănătății va trebui ea însăși integrată proceselor generale de dezvoltare pentru a putea adapta formele existente la cadrul organizatoric deja creat și a putea asigura, în acest fel, nu numai „asistența de moment”, ci și asistența de perspectivă, ținînd cont de tendințele morbidității pe o perioadă îndelungată.

În măsura în care starea de sănătate a populației va putea fi măsurată din ce în ce mai riguros pe baza unor parametri cit mai obiectivi, făcînd apel nu atît la absența bolii cit la existența unei bunăstări fizice, psihice și sociale a membrilor societății, sistemul de îngrijire a sănătății, va beneficia de o tot mai largă integralitate și complementaritate a obiectivelor, acțiunilor, resurselor și valorilor lui, întreaga societate, indivizii inșiși trebuînd să contribuie — în calitate de beneficiari și participanți activi la acțiunea medicală — la procesul complex de producere și reproducere a sănătății publice la nivelul tuturor structurilor populației.

În etapa actuală de dezvoltare socială a țării noastre, aceste preocupări își capătă deplina lor fundamentare, în politica realistă a partidului și statului nostru în domeniul ocrotirii sănătății, pentru dezvoltarea multilaterală și armonioasă a personalității umane. De aceea, politica sanitară ca parte componentă a politicii generale de stat, include, printre obiectivele ei, în mod prioritar, corelarea dezvoltării sănătății, cu celelalte aspecte ale dezvoltării la nivel social.

¹⁰ Aurelian Popescu, *Oboseala nervoasă în munca industrială*, teză de doctorat, Universitatea București, 1978.

¹¹ G. Popescu, Sorin Rădulescu, *Sociologia medicinei*, București, Edit. medicală, 1976, p. 221.

¹² J. Brotherson, *Conceptia și rolul planificării sanitare*, comunicare ținută la Conferința europeană de planificare sanitară națională, martie 1974 (Bibl. IMF București).