

Paralelamente habría que detallar políticas de personal y de formación y mejoramiento del personal médico y paramédico. Los documentos producidos por el gremio médico —que hemos citado anteriormente— aportan los lineamientos fundamentales.

Finalmente, a nuestro juicio debía producirse otro cambio de fondo: la reorientación de los servicios de salud hacia la prevención. Es insuficiente la sofisticación terapéutica: "una terapéutica eficaz puede ser aplicada con éxito en cada caso concreto sólo a partir del momento en que la enfermedad pierde su carácter endémico. Y lo pierde no gracias a los tratamientos curativos sino gracias a la eliminación de las causas sociales, económicas, ecológicas y culturales de la morbilidad" (14). En zonas populares, alrededor de tres cuartas partes de los motivos de hospitalización

son imputables a causas sociales. Hace pocos años, estadísticos franceses mostraban que un incremento del 10% en la tasa de médicos por habitante se reflejaba en una exigua reducción de la mortalidad en un 0.3%; en tanto que una reducción del 10% del consumo de grasas redujo la mortalidad en 2.5%. "La epidemiología y la biología de las poblaciones... atestiguan con la mayor claridad cuán modesto es el papel de la medicina curativa y cuán eminente es el papel del medio, del modo de vida y de la higiene... en la lucha contra la morbilidad y por una salud mayor" (15). Sin embargo, la institución médica invierte el énfasis.

Se impondría pues, no sólo un cambio de actitud en el gremio médico, sino una política eficaz de reorientación de recursos para fines de prevención.

NOTAS:

1. Comisión de Médicos del MIR "Consideraciones sobre la "Crisis Sanitario-Asistencial y el Servicio Nacional de Salud" (Material de discusión). Mimeo. p. 4. Este trabajo presenta el proceso que sintetizamos.
2. FMV: Primer Congreso Médico Social. Memoria. Ed. MSAS; 1965; p. 100-101.
- 3-7. Ibid.
8. Comisión Especial... Documento General sobre el Servicio Nacional de Salud. 1972.
9. FMV "La Situación Asistencial del País: Análisis Crítico y Soluciones", Mimeo, 1975.
10. Cf. II Congreso Médico Social, 1977.
11. F.M.V. "Posición de la Federación Médica Venezolana...", Mimeo, 1980.
12. F.M.V. "Anteproyecto de Ley Orgánica del Servicio Nacional de Salud", Mimeo, 1981.
13. Comisión de Médicos del MIR, doc. cit. p. 13.
14. GORZ, A. "La Medicina contra la Salud", en Viejo Topo Extra 5.
15. Ibid.

Los diagnósticos de salud y proceso industrial

JORGE DIAZ POLANCO

Existe hoy día en el ámbito de los sectores que se ocupan de la consideración de la situación de salud, toda una polémica sobre las formas más adecuadas de captar la realidad sanitaria. La epidemiología, ciencia que contribuye decisivamente a esta tarea, constituye el espacio preciso dentro del cual tales discusiones tienen lugar. El debate fundamental se da en términos de aproximación a la realidad de salud, en la forma como se incorpora esta realidad dentro de un esquema interpretativo. El problema central es la validez de enfoques epidemiológicos tradicionales, caracterizados por el uso de criterios universales fundados en una perspectiva fundamentalmente biológica y biologizante, y otros modelos, en los cuales la determinación social de la salud y la enfermedad se convierte en el centro del análisis. En los primeros, las explicaciones sociales aparecen como "factores" que se agregan, de la misma manera como se haría con las dimensiones de un objeto material cualquiera, contribuyendo a mantener la discusión en el ámbito estricto de la concepción biológica de los problemas de salud. De esta manera, las

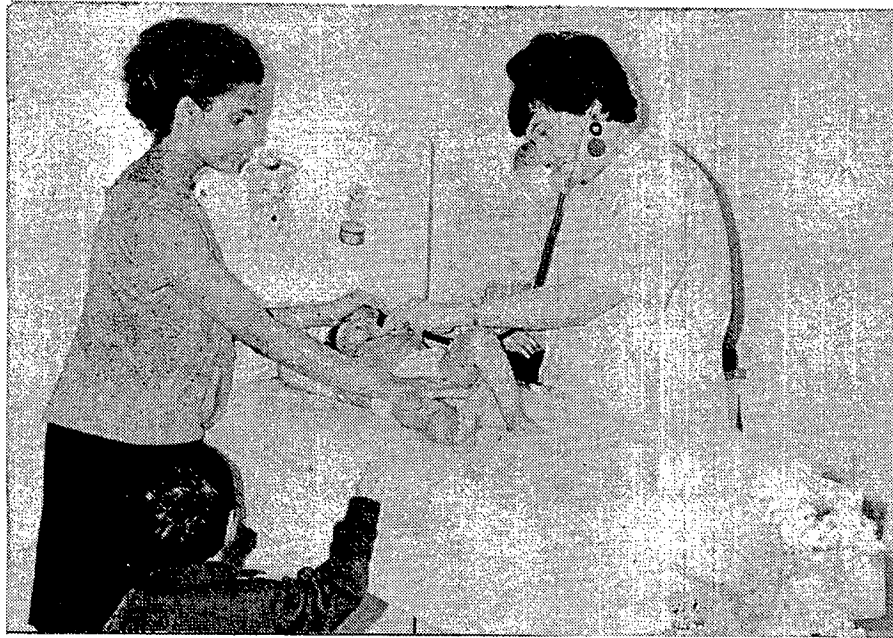
actitudes y las creencias de la gente serían elementos que contribuirían a explicar lo que le pasa a la población y que señalan, en última instancia, que la responsabilidad de la enfermedad es del enfermo, en la medida en que lo que él hace o deja de hacer es lo que lo enferma o lo que lo mantiene sano. Por supuesto que éstas son algunas de las implicaciones del uso de estos modelos; el otro aspecto es el que tiene que ver con la eficacia. La lógica de estos modelos está orientada, no a buscar las explicaciones de los fenómenos, sino a derivar esas explicaciones de lo eficaz de la intervención, en el sentido de cómo dichas intervenciones pueden influir y modificar el curso de una determinada crisis en la salud colectiva. Este cierto pragmatismo no margina la teorización; por el contrario, elabora, a partir de estas yuxtaposiciones de "variables", una teoría de la causalidad en la cual los factores o variables sociales intervienen de la misma forma que otro tipo de variables, contribuyendo a explicar el fenómeno biológico de la enfermedad, sin ningún tipo de vínculo explícito con teoría social alguna que pudiese darle

algún poder explicativo a tales variables. En otras palabras, biologiza lo social.

La consecuencia práctica en el terreno de la investigación, es la de presentar resultados que reflejan las situaciones de salud como independientes de determinaciones sociales y, por lo tanto, explicables sólo a partir de los sucesos biológicos.

LA BIOLOGIA COMO DESCONOCIMIENTO

En el terreno de los hechos esto significa que los diagnósticos de salud de la población venezolana se expresan en los términos de este modelo arriba descrito. La mayoría de las veces la información que circula públicamente, es decir, la información no técnica, se limita a describir en forma detallada las tasas de morbilidad y mortalidad de la población venezolana, sin ningún criterio que contribuya a aclarar el por qué de las posibles variaciones que puedan ocurrir en los fenómenos enumerados. Así, para 1978 el anuario de Epidemiología y Estadística Vital del Ministerio de Sanidad, señala las principales causas de muerte para el año en cuestión:



da, se convierte en un problema médico. Este problema de la medicalización de la vida, ha sido enfocado por diversos autores entre ellos, el más conocido Iván Illich, llega a proponer la abolición de la medicina como la única forma de redefinir la vida humana. (4) Otros, en cambio, definen la medicalización como un proyecto político que impone la "somatocracia", (5) como es el caso de Michael Foucault (6) quien en un interesante análisis histórico, asigna un lugar a la medicina y otro a la salud, sin caer en los extremos de Illich.

De cualquier manera, esta concepción técnica del problema salud lo define como ámbito de competencia exclusiva de determinada élite, para la cual, lo único que concierne a la población es el aceptar pasivamente lo que las disposiciones oficiosas y competentes deciden sobre lo que debe creer y hacer en cada oportunidad. Por ello, la participación de los sectores populares en salud se concibe como una dádiva y se efectúa de manera mediatizada, no de acuerdo a los intereses definidos autónomamente por las clases populares, sino por la élite técnica la cual juega entonces el papel de la clase dominante para reforzar, mediante el ejercicio de la "ciencia", las relaciones de dominación de clase y el proyecto global de hegemonía.

Es claro que no todos los sectores comprometidos en diversos niveles en el trabajo en salud actúan de la misma forma. Las instituciones de salud, como aparatos del Estado, no son homogéneas. Al interior de estas instituciones se ensayan día a día respuestas alternativas que plantean serias contradicciones a las políticas hegemónicas con respecto a salud. Tampoco los gremios profesionales son monolíticos en sus respuestas a la organización popular. Cada vez más, sectores médicos y de otras profesiones de la salud se concientizan y formulan propuestas sobre la necesidad de formas orgánicas de vinculación a las luchas de las clases oprimidas. A cada momento, se organizan eventos para denunciar situaciones en las cuales la salud de la población está en peligro y se proponen medidas y actividades que tienden a nuclear fuerzas alrededor de las definiciones no oficiales sobre estos problemas.

MORBILIDAD INDUSTRIAL

Desde un punto de vista teórico, la fuerza ideológica de la argumentación del modelo epidemiológico tradicional, constituye su debilidad técnica. El querer forzar explicaciones sociales donde

- 1) Enfermedades del corazón.
- 2) Accidentes
- 3) Cáncer
- 4) Enfermedades peculiares del período perinatal.
- 5) Enfermedades cerebrovasculares.
- 6) Neumonías.
- 7) Enteritis y otras enfermedades diarreicas.
- 8) Suicidios y Homicidios.
- 9) Diabetes mellitus.
- 10) Anomalías Congénitas (1).

Estas constituyen, en orden, las diez primeras causas de muerte en Venezuela. Tal información va acompañada de las tasas correspondientes. Estas mismas cifras se dan también para cada estado, y por grupos de edad y sexo e incluso se llega a discriminar por municipios. Muchos de los diagnósticos que se elaboran tienen relación con las razones biológicas de la presencia de estas causas y, de su posición relativa en una escala de importancia según la magnitud que presentan. Algunos indicadores más refinados, destacan tasas que son sensibles a las condiciones sociales, como es el caso de la mortalidad infantil y de la población económicamente activa (población comprendida entre los 15 y 45 años de edad). Así, en el VI Plan de la Nación se señala: "La tasa de mortalidad infantil experimentó una disminución del 28,0% entre los años extremos del período considerado (1969-1978)... Esta disminución se realizó a expensas de, los componentes neo-natal y post-neonatal" (2)

En cuanto a la mortalidad por algunas causas, en el mismo documento, se señala: "Desde el punto de vista cuali-

tativo se deben destacar los logros importantes en relación a los indicadores referidos a enfermedades infecciosas, evidenciándose cómo la morbilidad en cierto tipo de estas enfermedades, tiende a disminuir; podría citarse como ejemplo la tasa de mortalidad por paludismo, la cual desciende de 76,3 por 100.000 habitantes, a 38,9 entre 1969 y 1978. Similar comportamiento presentan enfermedades tales como sarampión, tosferina, fiebre tifoidea, poliomielitis, difteria, rabia humana y tétanos, cuyas tasas de morbilidad y mortalidad disminuyen considerablemente en el período mencionado" (3)

SALUD MEDICA

Estos criterios, el conjunto de ellos, son los utilizados para diagnosticar las situaciones de salud. Los progresos logrados se analizan a través de comparaciones cronológicas; se parte del supuesto de que la acción sanitaria es eficaz en la medida en que tales cifras descienden en un lapso determinado. Así, desde el mismo comienzo el análisis atribuye a la acción oficial de salud, específicamente a la acción médica, el mejoramiento de los indicadores. Desde el punto de vista de la salud colectiva, un ascenso en alguno de los indicadores, es explicado por la mala adscripción y/o utilización de los recursos. Así el diagnóstico queda enmarcado dentro de los mismos límites fijados por el análisis, es decir dentro del estricto ámbito sanitario y más aún, dentro del modelo médico-biológico definido por las prácticas sociales de los grupos de expertos en salud. Como consecuencia, la salud, la vi-

no caben demuestra que su uso es eminentemente ideológico, una buena excusa que pretende presentar al analista de los problemas fuera de toda sospecha de determinación biologicista. La Venezuela de hoy día, gracias al mismo proyecto de desarrollo de la burguesía, no es la misma de hace 20 ó 30 años. Este modelo de desarrollo —caracterizado en términos generales por los diferentes intentos de establecer un modelo industrial— lejos de determinar mejores niveles de vida para la población, ha contribuido a generar diferencias cada vez más marcadas entre las clases sociales. Este es un hecho relativamente viejo. Diversos autores lo han denunciado repetidamente desde sus obras de economía, sociología, política, medicina y casi todas las ramas del saber (7). Incluso, informes oficiales confirman este hecho ineludible (8). Algunos de esos informes nunca fueron publicados por los gobiernos que los encargaron porque les resultaban políticamente inconvenientes. La reproducción de la miseria, de las desigualdades sociales en forma cada vez más marcada, el conflicto social que emerge de esos mismos hechos, representan el fracaso estruendoso con que debe cargar la burguesía nacional. Tales hechos no pueden ahora achacarse a los extremistas ni a la subversión, como ocurría en la época de Betancourt; aunque algunos raquíuticos intentos se hacen para culpar al trabajador por “flojo”, nadie cree tal cuento. Hay un hecho incontrovertible: este modelo de desarrollo fracasa porque reproduce en forma eficaz las relaciones de producción de explotación de la clase trabajadora, produciendo un proceso de concentración cada vez más marcado de la riqueza en pocas manos. Muchas evidencias demuestran estos hechos. La distribución del Ingreso en Venezuela muestra una tendencia regresiva, es decir, tiende a acentuar los patrones de concentración y este fenómeno opera con mayor rigor en las zonas más “desarrolladas”, en los “polos de desarrollo”. Ciudad Guayana, Valencia, Aragua, asientos de un vasto complejo industrial no muestran trazos de haber mejorado para nada las condiciones de vida de sus habitantes. (9).

¿Qué significa todo esto desde el punto de vista de la salud de la población? Significa que desde hace algún tiempo —el tiempo en que han madurado los diversos proyectos industriales— el pueblo trabajador ha experimentado ciertos cambios en las formas de enfermar y morir. O, como eufemísticamente afirmarían algunos sanitaristas, han va-

riado las causas de muerte y ahora tenemos causas nuevas; ya el pueblo no se muere de hambre, se muere de cáncer, suicidios, accidentes de tránsito, etc., es decir, por causas que pertenecían a un país desarrollado. ¡Qué orgullo! ¡Morir desarrolladamente!

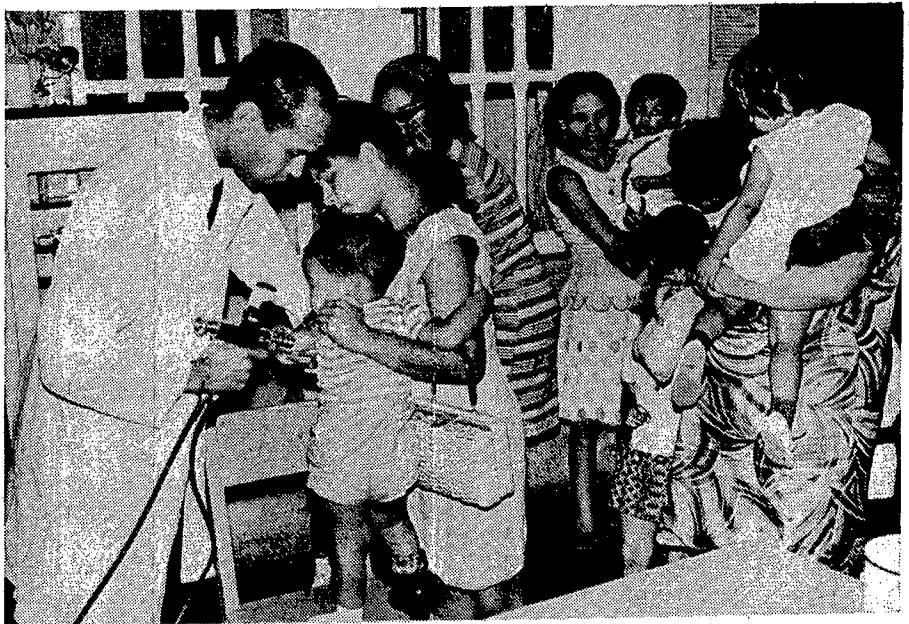
Sin embargo, al revisar las causas de consulta en los principales centros de asistencia médica del país, vemos cómo ellas no han variado significativamente en muchos años. Los niños de las familias de los trabajadores siguen pasando hambre, sus mujeres siguen pariendo prematuramente, fenómeno muy vinculado al estado nutricional de las madres, y las diarreas y enfermedades respiratorias proliferan entre la población menuda.

La otra explicación para este fenómeno es que, como somos un país “en transición”, “en proceso de desarrollo”, experimentamos una curiosa mezcla de enfermedades que corresponden a la abundancia y a la pobreza. Es claro que ninguna de estas razones puede proporcionar explicaciones suficientes para el fenómeno y, mucho menos, motivos de orgullo...

La realidad venezolana es otra. Muy diferente a la que se refleja en los patrones de superconsumo de las clases medias urbanas. Muy diferente a la reflejada en las cifras del Ministerio de Sanidad. Desde un punto de vista tradicional, que no toma en cuenta la dinámica socio-histórica del país y los procesos políticos y económicos porque no caben dentro de una manera establecida de interpretar la realidad de salud, no puede aparecer sino como la hemos estado describiendo.

La entrada de Venezuela dentro del proceso industrial plantea, tanto a la ciencia epidemiológica como a la práctica política, cuestiones muy distintas, perspectivas tan desconocidas que no pueden seguir enfrentándose a partir de esclerosis conceptos de una ciencia que no alcanza a entender qué es lo que pasa. Se necesita renovar esos puntos de vista. Refrescarlos con formas de enfrentar y analizar la problemática que incluyan categorías comprensivas de la realidad social. La determinación social de la salud colectiva no puede tratarse mediante la adición a los modelos epidemiológicos tradicionales de “factores sociales”. Necesita de una nueva teoría de la sociedad, de una teoría que explique esa determinación y que permita encontrar razones estructurales de lo que ocurre con la salud de la gente. No descripciones vacías de contenido, ni formas autoritarias de explicación, sino enfoques abarcativos, estrategias de participación.

La introducción de procesos capitalistas de producción en zonas cuyas economías eran fundamentalmente agrícolas con una gran parte de esa economía dedicada al autoconsumo, genera patologías muy diversas que no pueden ser explicadas mediante el uso de categorías como sexo y edad, sino a través de la significación epidemiológica de la nueva organización de los procesos de trabajo que implica esa “modernización” de la base económica de las regiones citadas. Recientemente, en un estudio realizado para la Universidad de Carabobo por un profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud y quien esto escribe, encontramos una relación



bastante estrecha entre el proceso histórico de industrialización del Estado Aragua y el ritmo de crecimiento de algunas enfermedades carenciales. Concretamente, se observa cómo al aumentar la implantación de determinado tipo de industrias (químicas, metalmeccánicas y otras) varían también las muertes por causas como las enfermedades diarreicas, y respiratorias (10). Es decir, dado que tales causas de muerte afectan fundamentalmente a la población infantil, ya no se trata solamente de cómo el trabajador directo es afectado por las sustancias tóxicas utilizadas en el proceso productivo —cosa que genera profundos trastornos de salud en el trabajador— sino que esta penetración e implantación del capitalismo afecta a sus familias, a sus niños, a sus mujeres, actuando mediante mecanismos que aún deben ser descritos localmente, pero que otros autores en otros contextos han venido describiendo con preocupación constante desde hace unos cuantos años (11). El deterioro de la salud no se restringe solamente a la afección de los indicadores usuales (morbilidad, mortalidad), sino que tiene que ver fundamentalmente con la transformación de las condiciones de vida, en general. El patrón de distribución del ingreso entre la población asalariada del Estado Aragua, refleja lo que hemos denominado una sobre explotación de la fuerza de trabajo (12), no permitiendo una reproducción de dicha fuerza de trabajo y reponiéndola a partir de la marginalidad que el mismo proceso industrial genera. Desde el punto de vista ideológico esto se expresa en un aumento nominal de los ingresos familiares, toda vez que aumenta significativamente el número de ocupados por familia (13). El caso de las mujeres que se incorporan



a la fuerza de trabajo (23% en el Estado Aragua) es aún más dramático. Reciben salarios muchísimo más bajos que los de los hombres.

Si además tomamos en cuenta que la mayoría de las industrias efectivamente trabajan con sustancias altamente contaminantes del ambiente y mortíferas para el trabajador, el cuadro de la salud industrial no es nada halagador. Muchas de estas actividades económicas han sido exportadas desde los países desarrollados porque allí se descubrió el alto riesgo que su presencia y operación representaba para los trabajadores y para la población en general. Castelman (14) demuestra cómo se produce este fenómeno en la medi-

da en que los costos de las medidas preventivas en los países desarrollados son enormemente altos, elevando los costos de producción más allá de lo aceptable por el empresario. La salida es ubicar estas fábricas en sitios donde, o no exista protección alguna, o los costos de tales medidas sean mucho menores. Desde el punto de vista de la salud colectiva, éste es uno de los papeles más nefastos desempeñados por el imperialismo. Por supuesto que hay otros.

Creemos que cualquier análisis sobre salud que pretenda arrojar resultados verdaderos sobre nuestra realidad sanitaria debe comenzar por revisar y cuestionar el esquema teórico del cual parte, someter a una crítica profunda sus formas de análisis e incluir dentro de las categorías que utilice para sus exámenes, una visión de la sociedad que no sólo describa los fenómenos que estudia, sino que además dé buena cuenta de las causas de lo que ocurre.

Es necesario decir, por último, que en varios países latinoamericanos estos esfuerzos por elaborar diagnósticos más explicativos de salud, están siendo desarrollados sistemáticamente. Brasil y México tienen grupos de brillantes investigadores quienes trabajan árdamente en este sentido. Recientemente en Venezuela se notan algunos esfuerzos en esa misma dirección. En todo caso, estos esfuerzos deben llevar, tanto a la redefinición de tales diagnósticos, como a la elaboración de una nueva epidemiología que explique la realidad sanitaria como socialmente determinada y no desempeñe el triste papel de enmascarar, detrás de innumerables tecnicismos, la verdadera realidad sanitaria.

NOTAS

- (1) Anuario de Epidemiología y Estadística Vital. Año 1978. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas, 1979.
- (2) VI Plan para el Desarrollo de la Nación. (versión definitiva) Volumen II, pág. 58.
- (3) VI Plan para el desarrollo de la Nación. Pág. 59.
- (4) Véase: Iván Illich: *Némesis Médica*.
- (5) Foucault entiende por somatocracia, la organización médica que centrada exclusivamente en el cuidado del cuerpo, resulta como respuesta a las exigencias de salud del capitalismo, definida ésta como la capacidad para trabajar y reproducir la propia fuerza de trabajo.
- (6) Algunos comentarios interesantes sobre estos conceptos pueden ser rastreados en los trabajos de Michael Foucault: *Historia de la Medicalización y Crisis de la Medicina o Crisis de la Antimedicina*.
- (7) Son muy numerosos los autores que en América Latina y en el mundo han escrito sobre este tema. Véanse, entre otros: Samir Amín: *"Desarrollo Desigual"*. Pedro Paz y Oswaldo Sunkel, Darcy Ribeiro, etc.
- (8) Chossudowsky. *La Miseria en Venezuela*. Vadell Hermanos, editores.
- (9) CENDES. *Alternativas para Caracas*, especialmente los capítulos referentes a la distribución del Ingreso y al Empleo.
- (10) Díaz Polanco, J. y Giannoni, J.: *El Desarrollo Socio-Económico del Estado Aragua y su Relación con las Condiciones de Salud de la Población*. Universidad de Carabobo, 1981.
- (11) Gross y Underwood: *Los determinantes en la Distribución de la Enfermedad. El caso del cultivo del hemequén en el noreste brasileño*.
- (12) Díaz Polanco, J. y Giannoni, J: op. cit.
- (13) Díaz Polanco, J. y Giannoni, J: op. cit.
- (14) CALTELMAN, Boray: *The Export of Hazardous Industries to developing Countries*.