

Salud y democracia burguesa

MIKEL VIANA

Cuando en la década de 1930 se crea el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el énfasis se puso en una serie de programas de medicina preventiva cuyo propósito era el saneamiento ambiental y la creación de condiciones mínimas de salubridad especialmente en torno a los campos petroleros y en las ciudades donde se concentraba la población. La primera estructuración de estos servicios se concretó en la red de Unidades Sanitarias y sus efectos se hicieron sentir prontamente en una llamativa reducción de la tasa de mortalidad infantil y las endemias, a la que puede atribuirse en buena parte la drástica elevación de la tasa de crecimiento poblacional de las décadas siguientes.

Desde mediados de la década de 1940 es patente la intención del Estado de ganar el consenso de la clase obrera y de los sectores medios urbanos en torno al modelo económico implantado. Este propósito se lograría por la difusión generalizada de servicios financiados por la renta petrolera. En el sector salud esta tendencia se tradujo en la creación del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (1944) y del Instituto Nacional de Hospitales que progresivamente asumió los establecimientos hospitalarios dependientes de los municipios y de las tradicionales iniciativas benéficas. Los elevados costos de personal y de elementos tecnomédicos habían prácticamente agotado la viabilidad de la medicina benéfica tradicional, convirtiendo al Estado Venezolano en el único agente social capaz de asumir la prestación del servicio de salud.

La creación del IVSS y la expansión de la red hospitalaria del sector oficial trajo consigo un cambio en la orientación de los servicios de salud: la medicina curativa se convirtió en prioritaria reduciendo la preventiva al estancamiento. Mientras que desde 1944 el número de Unidades Sanitarias se estanca, entre 1949 y 1954 el número de camas hospitalarias pasa de mil a cuatro mil. Este fenómeno e refleja también en la distribución de los presupuestos del MSAS: en 1946 el 63% se destina a Saneamiento Ambiental y Medicina Preventiva, y el 21% se destina a medicina curativa; en 1953 apenas el 35% se dedicaría a Prevención y saneamiento, mientras los fondos destinados a medicina curativa ascendieron al 40%.

No se debe olvidar que la expansión de la red hospitalaria —tanto del IVSS como del MSAS— obedeció en la década de los años cuarenta a un incremento de la conflictividad social y a la canalización de las demandas de los sectores obreros y medios urbanos a través de sindicatos y gremios. Este hecho ayuda a entender cómo después de consolidada la dictadura de Pérez Jiménez, reprimida la conflictividad popular y neutralizadas o disueltas las organizaciones de trabajadores y profesionales, se frenó el crecimiento de la red hospitalaria y se mantiene prácticamente estancada.

DEMOCRACIA Y SALUD DEMAGÓGICA

Al caer la dictadura y restablecerse la democracia, una ola de demandas populares aflora acompañada de una elevada conflictividad social. La legitimación y consolidación de la nueva forma política pasaba por la obtención del consenso: la Constitución de 1961 consagró los derechos al trabajo, la educación, la huelga, la salud, etc... El Estado se compromete constitucionalmente a garantizar a los ciudadanos un sistema de seguridad social y sanitario. Pero este derecho constitucional formulado para la totalidad de los ciudadanos sólo se concretaría parcelariamente: cada sindicato, cada gremio, cada asociación pugnaría por la constitución de su propio servicio de salud; cada ministerio, cada empresa, cada universidad, cada rama de las fuerzas armadas... crearía su propio servicio de salud para atender a los ciudadanos a ella vinculados. Lo que inicialmente se percibía y se formuló como un derecho universal, se realizaría sólo como "privilegio particular" de cada sector agrupado institucionalmente. Pero la mayoría de la población carecía de acceso a "servicios propios": en la práctica se le percibía como la categoría de "indigentes sanitarios" para los que estaban los servicios del MSAS.

Si algo caracteriza la Política de Salud de los primeros períodos de la democracia venezolana, es que las exigencias de servicios de salud para la población, recibieron respuestas populistas, demagógicas e incoordinadas que dieron lugar a una caótica proliferación de instituciones financiadas por el estado

total o parcialmente, carentes de un plan global y caracterizadas por la ineficiencia crónica: "Su principal función era apaciguar un reclamo popular, clamar la conflictividad ofreciendo el privilegio de un servicio "particularizado", independientemente del efecto real sobre las condiciones de salud" (1).

Desde comienzos de la década de los años sesenta empiezan a ser frecuentes las presiones de los gremios médicos dirigidas a que la política sanitaria del Estado se realice con sujeción a un verdadero Plan de Salud. La postura de los gremios médicos parte de un diagnóstico recurrente desde 1961 hasta nuestros días: año tras año las fallas detectadas en el sector salud son las mismas, sólo varía la magnitud del deterioro creciente de prácticamente todos los indicadores.

Ya en 1961, la ponencia de los Drs. F. Urdaneta y colaboradores ante el II Congreso Venezolano de Salud Pública presentaba una categorización de instituciones de prestación de servicios de salud, que reproducimos en recuadro y que da una idea de la complejidad de la estructura de los servicios de Atención médica para la fecha. A mediados de 1981 se estimaba que 108 instituciones diferentes prestaban servicios de salud en el país. La multiplicidad de instituciones generaba una severa situación problemática caracterizada en la referida ponencia.

UN DIAGNOSTICO REFRACTARIO

La recurrencia del diagnóstico en el tiempo es realmente llamativa. Resultan paradigmáticas las palabras del Primer Congreso Médico Social (1965) refiriéndose al II Congreso Venezolano de Salud Pública: "La larga lista de desventajas que se enumeraban en la ponencia aludida como producto de la inadecuada organización de los Servicios de Salud en el país, no ha variado de manera significativa para el momento en que escribimos estas consideraciones: Podríamos señalarlas todas sin omitir ni uno sólo de los renglones:

—Cobertura insuficiente e injusta de la población... traducida en: mala distribución geográfica de los recursos, predominio de acciones en el medio urbano, parcelación del grupo familiar, diferentes posiciones jurídicas de los venezolanos frente al derecho de salud.

ORGANIZACION ACTUAL (F. Urdaneta y colaboradores; II. Congreso Venezolano de Salud Pública)

Estructura de los Servicios de Atención Médica

1. Sector Público
 - a) Servicios del Gobierno Central:
 - 1) Ministerio de SAS
 - 2) Servicios Médicos de Ministerios e Institutos Autónomos
 - 3) Sanidad Militar
 - b) Servicios de los Estados
 - 1) Direcciones de Asistencia Social de los Estados
 - c) Servicios Municipales
 - 1) Junta de Beneficiencia Pública del D.F.
 - 2) Servicios Médicos de Algunas otras municipalidades
 - d) Seguros Sociales y Mutuales
 - 1) IVSS
 - 2) IPASME
 - 3) Otros: Asociaciones Gremiales
2. Sector Privado
 - a) Servicios Médicos de Compañías Industriales
 - b) Funciones benéficas
 - c) Organizaciones privadas con fines de lucro: Clínicas, Institutos de diagnóstico...

—Falta de establecimiento de prioridades traducidas en: desproporcionada inversión en restitución de la salud, insuficiente inversión en fomento y conservación de la salud, falta de jerarquización de los problemas.

—Mala utilización de los recursos y por lo tanto disminución... de su rendimiento...: multiplicidad de directivas, duplicación de recursos, repetición y superposición de acciones.

—Ausencia del principio básico de una administración con centralización normativa y descentralización ejecutiva: programas y presupuestos centralizados, falta de autonomía de las dependencias locales, falta de interés de la comunidad por los programas.

—Otras dificultades de orden administrativo...: falta de uniformidad de normas y procedimientos, mala definición de funciones, atribuciones y responsabilidades, costos unitarios de gran variabilidad..., diferentes cantidades de personal para tareas iguales, diferentes calidades jurídicas del personal, diferentes salarios para la misma función.

—En materia de aplicación de política de seguridad social...: cobertura limitada al monto de beneficios, duración de los beneficios, área de aplicación" (2).

A lo largo de dos décadas se repiten y acentúan los elementos del diagnóstico, sin que se aprecien cambios significativos. Simultáneamente se percibe que la creación de un Servicio Unico de Salud es la alternativa "ideal" frente a la crisis. Pero además se señalan obstáculos para la adopción de un Servicio Unico: de tipo legal, pues "en la ordenación legal vigente, a varias en-

tidades se les otorga el derecho de contribuir a mejorar el estado de salud de los venezolanos. Existe la impresión de que coliden jurídicamente la Ley de Sanidad Nacional, el artículo 94 de la Constitución, la Ley que creó el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y el artículo 30 de la Constitución que le da competencia a las Municipalidades en las funciones de Salud y Asistencia Social, etc." (3); dificultades político-económicas, pues "el Seguro Social se va transformando en una poderosa Institución con gran fuerza política y económica... Se constituye un sector privilegiado en la clase obrera: el del asegurado, que goza del doble beneficio de prestaciones médicas como ciudadano y como asegurado. El criterio político con que se enfoque este problema puede ser, de acuerdo a las circunstancias, desfavorable a la integración de un Servicio Unico..." (4); dificultades gremiales, pues se generaliza en el gremio médico y de algunos trabajadores de la salud la percepción según la cual un Servicio Unico en el que el Estado es el único empleador, se verían frustradas las expectativas en torno a reivindicaciones económicas y profesionales (5); además la carencia de información en medios del Gobierno, del Congreso y de la opinión pública "determina una falta de actitud y disposición para la Integración" (6). Lamentablemente, no se explicitaban a principios de los sesenta los obstáculos provenientes de la industria farmacéutica, técnico-médica y de los centros de atención privada que verían afectados sus intereses económicos al realizarse cualquier intento de racionalizar y planificar los servicios de salud en el

país.

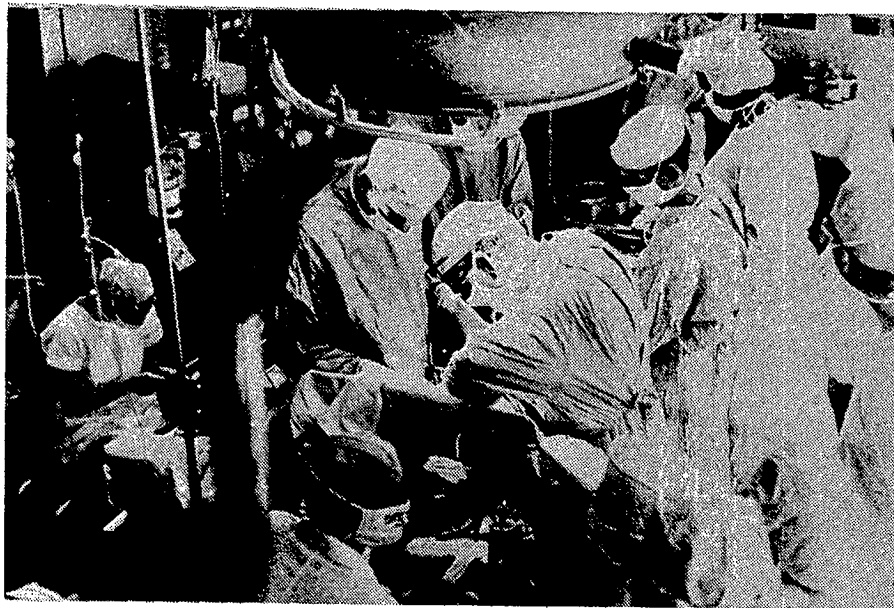
A la hora de las recomendaciones parecía inviable a corto plazo el Servicio Unico y como salida intermedia se proponían equipos de coordinación inter-institucional que sentaran la base para la integración al mediano y largo plazo. (7)

HACIA UN SERVICIO UNICO DE SALUD

En 1971, la Comisión para el estudio de un Servicio Nacional de Salud, de la Federación Médica Venezolana, presentaba un detallado informe acerca de los aspectos doctrinarios, de Organización y Administración, legales, financieros y gremiales implicados en el proyecto de Servicio Unico de Salud. Ese mismo año, por decreto presidencial, se insta al MSAS a la realización de los estudios pertinentes para la implantación del Servicio Unico de Salud, y la comisión especial encargada del estudio presenta sus resultados en Junio de 1972: un conjunto de propuestas de reforma y un anteproyecto de Ley del Servicio Nacional de Salud (8). En marzo de 1974, el Dr. Rafael Caldera concluía su gobierno lamentando no haber podido implementar el Servicio Unico de Salud.

En julio de 1975, un documento de la Federación Médica Venezolana (9), repite y acentúa los aspectos críticos del diagnóstico conocido y propone un plan elemental de acciones inmediatas y mediatas a ser realizadas. Por disposición del gobierno se crea una Comisión encargada de coordinar los servicios de salud a nivel nacional, regional y local; mas la carencia de una voluntad política decidida y la persistencia de disgregadores intereses particulares conducen a la inoperancia de la referida comisión.

El gremio médico ha continuado insistiendo en la necesidad de la Unificación de los servicios de Salud (10) y a raíz de la presentación del proyecto de Decreto sobre el Servicio Nacional de Salud al Ministro de Sanidad en enero de 1980, la Federación Médica fijó su posición manifestando su desacuerdo con tal denominación que "puede crear la ilusión de que se está creando tal servicio, lo que no corresponde al contenido de dicho proyecto, en el cual el objetivo principal es constituir una Oficina integrada al Despacho del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, coordinadora de algunas actividades del área de salud. Esta concepción está en contradicción con la doctrina que tanto en los aspectos médicos como legales tiene la FMV sobre esta materia". (11) La posición de la FMV está presentada



dido como prolongación de las instituciones actuales, sino una estructura nueva que garantice entre otras cosas, la participación de los trabajadores en sus niveles directivos. En referencia al gremio médico —que fue pionero en la proposición del servicio unificado—, sucede algo parecido: en el modelo del IVSS, no sólo tienen representación en la directiva, sino que por vía de contratación colectiva han alcanzado condiciones económico-laborales ventajosas respecto a las que se mantienen en otras instituciones.

MAS ALLA DE LO ESTABLECIDO

Por estas razones es preciso que la discusión acerca del Servicio Unico de Salud se plantee en términos distintos a los de las instituciones existentes. Se corre el riesgo de viciar la discusión y malograr iniciativas muy costosas si el asunto se plantea con escasa imaginación y como un timorato reformismo.

Desde el punto de vista organizativo sería preciso centralizar la formulación de políticas a nivel nacional, regionalizar los servicios y dotar de una cierta autonomía ejecutiva a los niveles locales; someter todo el sistema a un plan con metas claras, jerarquizadas, no muy numerosas y siempre evaluables; garantizar cobertura de toda la población en condiciones de igualdad de acceso. En la estructura deseable debe quedar garantizada una dirección colegiada en la que participen los sectores sindicales, representantes del gremio médico y de las organizaciones populares.

El financiamiento de un servicio unificado no debería provenir exclusivamente del Estado, sino sustancialmente de una recaudación diferencial proporcional a los ingresos. En este sentido los sectores de más altos ingresos subsidiarían la salud de los sectores menos favorecidos.

Sería precisa una política de suministros farmacéuticos que redujera el petitorio de 4.000 a unos 400 medicamentos como ha sido recomendados por la Organización Mundial de la Salud. El Estado debería propiciar si no asumir la producción de un conjunto de medicamentos de consumo masivo en cantidades, calidades y costos adecuados, impidiendo la especulación y la consolidación de monopolios de la industria farmacéutica. El CONICIT ha realizado una investigación en la que se propone un conjunto de pautas indicativas de una política para el sector farmacéutico.

sintéticamente en el documento de Puerto La Cruz, de septiembre de 1980, que recogemos en la sección de documentos de este número de SIC.

Finalmente, en junio de este año, la FMV ha hecho público un anteproyecto de Ley Orgánica del Servicio Nacional de Salud, para su consideración por los diferentes sectores implicados (12).

SALUD AL MODO BURGUES

A estas alturas, parece haberse alcanzado el consenso fundamental acerca de la necesidad del Servicio Unico de Salud. Ahora la discusión relevante es acerca de cuál será el modelo de ese servicio unificado. Más claramente: a qué intereses servirá.

La burguesía venezolana tiene intereses muy definidos en relación con el Servicio Unico de Salud. Sus metas se cifran en lograr atraer a su propio proyecto la cuota máxima de financiamiento estatal y contra esta meta atenta cualquier alternativa en la que proporciones elevadas de la renta petrolera sean transferidas hacia los sectores populares bajo la forma de salarios y servicios. "Todo esto en el campo de la salud se expresa en presiones contra el incremento de gasto, en la búsqueda de formas de privatización de la atención y en gestionar a favor de un Servicio Nacional de Salud organizado en base al esquema actual del IVSS... Fedecámaras designa dos de los 7 directivos del mismo... la atención médica del IVSS tiene un efecto depletor del salario que pagan directamente los patronos, ya que en ausencia del mismo y por vía de Contrataciones Colectivas, los patronos se ven obligados al fi-

nciamiento directo o indirecto de formas de atención médica, reposos, medicamentos..." (13) Además el sistema de financiamiento del IVSS favorece a las grandes empresas, pues su aporte depende de la proporción que en su estructura de costos de producción está destinada al pago de salarios. Esa proporción es notablemente menor en grandes industrias que en pequeñas o medianas.

Otro motivo por el cual la burguesía propiciaría la unificación bajo el esquema del IVSS se deriva de que el 93% de los ingresos del IVSS se destina a pensiones y se acumula en un fondo de inversiones confiado al Banco Central. Este fondo alcanza la astronómica cifra de 9.000 millones de bolívares (1979) y financia proyectos de alta rentabilidad cuyos beneficiarios son los grandes empresarios.

Por su parte la industria farmacéutica, que ha sido privilegiada por el caos administrativo de los servicios de salud, se ha opuesto tradicionalmente a cualquier intento de racionalización de la situación y sólo se avendría al servicio unificado si se le garantiza un mercado en franca expansión.

El movimiento sindical, en principio coincidiría con la burguesía, aunque por motivos diferentes: el IVSS no deja de ser una conquista de los trabajadores y ciertamente las organizaciones sindicales están representadas en su directiva. Si el servicio unificado tiene que constituirse sobre el modelo de las instituciones existentes, sin duda los sectores sindicales optarían por el IVSS frente al MSAS. De aquí la importancia de plantear la discusión en términos diferentes: el Servicio Unico no debe ser enten-

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: