



SALUD Y SOCIEDAD*

Roberto Briceño-León**

Resumen

Uno puede afirmar: "dime de qué te enfermas (o de qué mueres), y te diré en qué tipo de sociedad vives". Esto es cierto para la epidemiología social y también para la sociología. Es cierto para las epidemias como la de cólera en Perú, la de dengue en Venezuela, como también para las muertes violentas de El Salvador durante los años de la guerra interna. La enfermedad y la muerte expresan la sociedad, sus circunstancias macrosociales ecológicas y materia-

les, las condiciones sociales y políticas de conflicto o consenso en las cuales se encuentra. Expresan, también, las condiciones microsociales en las que viven las familias, las diferencias de clase expresadas en un hábitat o en unos "habitus", las percepciones de la enfermedad y su disposición a asumir ciertos riesgos a su salud.

Palabras claves: Salud, Sociedad, Cultura, Sociología.

HEALTH AND SOCIETY

Abstract

It can be said 'tell me what you get sick with (or of what you die), and I can tell you what kind of society you live in'. This is true for social epidemiology and also for sociology. It holds true for epidemics such as cholera in Perú, dengue in Venezuela, as well as for the violent deaths in El Salvador during the years of civil war. Sickness and death are expressions of the society, of its macrosocial ecological and material circum-

stances, of the political and social conditions of conflict or consensus in which it thrives. Sickness and death also are an expression of the macrosocial conditions in which families live, class differences as expressed in habitat, and as perceptions of sickness and a disposition to assume certain health risks.

Key words: Health, Society, Culture, Sociology.

Recibido: 23-8-95 • Aceptado: 19-9-95

* Las investigaciones en las cuales se funda este artículo fueron financiadas por el Programa Especial de Investigación y Entrenamiento en Enfermedades Tropicales.

** Director del Laboratorio de Ciencias Sociales. UCV. E-mail: rbriceño@dino conicit.ve

Desarrollo y subdesarrollo.

Las condiciones de salud expresan los cambios globales en las sociedades. Hace cerca de cien años Estados Unidos, que era el país más rico de la tierra, tenía una esperanza de vida de 49 años y una mortalidad infantil de 180 por mil niños nacidos vivos, estos datos son hoy comparables a los que pudiera mostrar Haití o Bolivia, los países que junto con Perú muestran las condiciones de salud más difíciles de las Américas.

Estos cambios muestran la gran modificación que en el tiempo se dio en las condiciones de salud derivadas del proceso de desarrollo económico y de avances en el conocimiento y la tecnología médica. Este proceso histórico ocurre a lo largo de un siglo, pero, sobre todo, expresa un cambio importante en la salud mundial ocurrido después de 1950.

Pero quizá la expresión más clara de la gran diferencia social, se encuentra en las condiciones de salud y de enfermedad entre los países que todavía denominamos, por facilidad, desarrollados y subdesarrollados. Así como también, en las desigualdades internas de los países que muestran zonas desarrolladas y subdesarrolladas.

Si uno toma algunos indicadores de las condiciones de salud en la actualidad, podrá encontrar esta gran diferencia. Los países de África ubicados al sur del Sahara tenían a inicios de los noventa una esperanza de vida de poco más de 50 años, que es una cifra muy similar a la que tenía América Latina para inicio de los años cincuenta. En la actualidad América Latina tiene una esperanza de vida cercana a los 70 años. Algo similar ocurre con las tasas de mortalidad infantil: En los países de África Central la tasa se encuentra por encima de los 175/1000 defunciones en menores de cinco años; esta situación ya no existe en América Latina, pues las mayores tasas se encuentran en Bolivia y Haití, donde se pueden calcular entre 130 ó 150. Y las menores las encontramos en países distintos políticamente, pero con un esfuerzo importante en salud, como son Chile y Cuba.

Claro, la situación para cada uno de los países es muy distinta por los niveles de desarrollo interno. Perú puede tener una tasa de mortalidad de 10 ó 15 por mil en la zona de Miraflores en Lima, pero los conocedores del terreno afirman que esta tasa puede ser de 150 en Ayacucho y hasta de más de 500 en las zonas rurales que han estado controladas por Sendero Luminoso. Unas

diferencias igualmente contrastantes pueden encontrarse en Brasil, donde existen condiciones de salud e ingresos similares a las de los países desarrollados en el sur del país y condiciones de gran miseria, similares a los del peor subdesarrollo, en el noreste; por eso algunos críticos brasileños se han dado a llamar su país "Belindia", una combinación de Bélgica e India.

La situación de pobreza en el mundo es la gran determinante de las condiciones de salud en una parte importante de la población mundial. En un reciente informe presentado en la 48 Asamblea de la Organización Mundial de la Salud se afirmaba que un tercio de los niños del mundo se encuentran desnutridos y que la mitad de la población mundial no tiene acceso a medicamentos considerados esenciales. Estimaban que 12.2 millones de niños al año mueren por falta de un tratamiento, cuyo costo no excedería los veinte centavos de dólar. Y mas de un millón de niños mueren de sarampión, cuando la vacuna cuesta quince centavos de dólar por unidad.

Sin embargo, las condiciones de abundancia pueden tener también consecuencias negativas para la salud de la población. Un estudio reciente publicado en la edición de septiembre de 1995 del *New England Journal of Medicine*, mostraba como la disminución de peso de la mujer es un factor positivo para su salud, y, en contraste, se expresaban los datos de la existencia de 58 millones de personas en Estados Unidos que tienen sobrepeso y que pudieran ser consideradas obesas. Paralelamente, en los mismos Estados Unidos cerca de 30 millones de personas en condiciones de pobreza, pueden completar la alimentación del mes dado a los "food stamps" que reciben como ayuda de los programas sociales del gobierno.

La mortalidad en Venezuela.

La mortalidad en Venezuela descendió de 5.1/1000 a 4.5/1000, y la mortalidad infantil de 31/1000 a 21/1000. Lo cual ha incidido en un aumento de la esperanza de vida, que en 1950 era de 55 años, en 1980 de 68.5 años y para 1990 de 70.3 años. Cuando uno examina las causas de muerte, éstas son, claramente, expresión de las condiciones y paradojas de nuestra sociedad en transición. La primera causa de muerte en 1993, eran las enfermedades del corazón, las cuales cerca de cuarenta años antes, en 1955, ocupaban el tercer lugar. La segunda causa de muerte es el cáncer, el cual se ubicaba en cuarto lugar en 1955. Como tercera causa están los accidentes, que estaban en séptimo

lugar para la misma fecha y como cuarta causa las afecciones en el periodo perinatal, que estaban en el mismo lugar en 1955. Vemos entonces que una causa de muerte propia de las condiciones sanitarias de la pobreza y del subdesarrollo, como son las perinatales, se ha mantenido, mientras que las otras se han modificado y han aumentado su importancia.

Dos tendencias son importantes destacar aquí: el incremento en accidentes, en particular los de tránsito; y el incremento de la violencia. La mejoría de las condiciones de vida en general, y en especial el control de las enfermedades transmisibles, dio un patrón de mortalidad distinto en el país. Pero, en momentos que se consolida esa mejoría, se presentan estos dos fenómenos de especial interés. En Venezuela tenemos una muerte por accidentes de tránsito cada dos horas, y esta situación tiende a agravarse; estos datos se refieren en particular a los jóvenes. La segunda es la muerte por homicidio; la situación no es específica de Venezuela, las muertes violentas se encuentran entre las cinco primeras causas en 17 países de América, y aunque estamos distantes de Colombia, donde según informaciones recientes de la Organización Panamericana de la Salud, la violencia ha causado más muertes que el SIDA en toda América Latina durante los últimos diez años, la situación de la violencia es importante. De manera aislada, es posible ver cómo pasó de ser la causa dieciséis de muerte en Venezuela en 1955 a ser la causa siete en 1993. Ambas causas -los accidentes y los homicidios- muestran la abundancia y la pobreza de nuestra sociedad, así como las dificultades de la aplicación de normativa social eficaz, tanto en el caso de los accidentes de tránsito, como en los homicidios.

Los servicios de Salud.

Los cambios en los servicios de salud son también una expresión importante de los cambios en las sociedades. Los años recientes han sido los testigos de una reforma del sector salud basados en una disminución del rol del Estado y una disminución de los gastos en salud, que, en hipótesis, han debido estar asociados a un mejor desempeño. Sin embargo, es claro en América Latina que no todas las veces ha sido así.

En Venezuela, hace varias décadas y por muchos años, se le asignó un papel preponderante al Estado en las acciones preventivas y de saneamiento ambiental. Con la disminución de la malaria y la burocratización del Estado que conllevó el notable incremento de los ingresos petroleros durante los años

setenta, la acción pasó a concentrarse en el sistema hospitalario y curativo. Se le restó importancia a las condiciones sanitarias y se trabajó bajo un patrón donde el Estado debía y podía proveer todo lo necesario para la atención de la salud y la cura del daño. La disminución de los ingresos petroleros y la inmensa corrupción que a todos los niveles extrajo los recursos disponibles, conllevó a una ineficiencia que ha dado pie al desmontaje del aparato del Estado o su transferencia a otras instancias de decisión y operación.

Tres conceptos claves forman ahora parte del lenguaje de los servicios de salud: descentralización, privatización y participación. Los tres muestran los cambios existentes en la relación entre el Estado y la sociedad civil, en algunos casos por conquista de la acción ciudadana; en otros, por una abierta confesión de la incapacidad de la burocracia para resolver los problemas. Lo interesante en este proceso es que se expresan los intereses de los múltiples actores, y en la lamentable situación resultante, uno puede encontrar responsabilidades tanto de los comerciantes interesados en sobornar a cualquiera para vender una sofisticada y muchas veces innecesaria tecnología, como los sindicatos, en especial una dirigencia sindical mafiosa y corta de visión política, que en varias oportunidades han resultado los mejores aliados en el proceso de privatización.

Pero estos cambios se encuentran por doquier, no son exclusivos de la sociedad venezolana. O más en particular, de la Chilena y, recientemente, la colombiana, quienes han logrado fuertes cambios bajo el modelo propulsado por el Banco Mundial. Los cambios también se dan en la sociedad cubana, el sistema del médico por familia continúa con excelentes resultados (aunque se le pudiera criticar la eficiencia en el uso de recursos), pero el sistema hospitalario está cambiando. Las secciones de los hospitales que hace una o dos décadas se dedicaban a las enfermedades exóticas de los estudiantes extranjeros o militantes políticos que llegaban de África o de América Latina, se están transformando en áreas dedicadas a la salud internacional, es decir, a la venta de servicios de atención médica a las personas que, atraídas por la buena fama de la medicina cubana, deseen ir allí a curarse, en vez de dirigirse a Houston, Boston u otro centro de fama internacional. El bloqueo estadounidense, la disolución de la Unión Soviética, y la crisis económica general ha obligado a Cuba a buscar divisas por cualquiera de los medios que pueda disponer. Estos cambios en la sociedad mundial y en la cubana propiamente dicha han llevado también a cambios en los servicios de salud.

Estar enfermo, saberse enfermo, ser considerado enfermo.

Cuando dejamos a un lado las referencias macrosociales nos enfrentamos a maneras microsociales de vivir la enfermedad. Un asunto es estar enfermo y otro el saberse enfermo.

Estar enfermo es un proceso biológico del cual puede no percatarse el individuo. Muchas personas pueden estar infectadas con el parásito de la enfermedad de Chagas y por el carácter asintomático de la enfermedad, no saberlo ni sentirse enfermo. Lo mismo puede suceder con un paciente de esquistosomiasis o con un portador de HIV que aún no ha desarrollado SIDA. En algunos casos se trata que el agente causal no ha provocado aún el daño, en otros, que el daño es silente y no llega a expresar síntomas ni estar en la conciencia del individuo.

Pero saberse enfermo implica un proceso personal de reconocimiento y aceptación de la enfermedad. En algunos casos las enfermedades no se reconocen como tales, bien sea porque se ha convivido tanto tiempo con ellas que se les asume como normales o, inclusive, como importantes socialmente, tal es el caso de la orina roja en la esquistosomiasis urinaria de África que puede ser asumida como signo de virilidad. O bien porque personalmente no se desea aceptar la enfermedad, y, entonces, el miedo a tener la enfermedad se convierte en un comportamiento favorecedor de esa condición pues retrasa la búsqueda y obtención del tratamiento. Esto sucede con la lepra, pues el miedo a la enfermedad hace que psicológicamente la persona produzca una "negación", en el sentido psicoanalítico, de la misma, no acepta que puede tener la dolencia y no va donde el médico pues le aterra la idea de pensar que puedan diagnosticársela.

Ahora bien, la persona puede sentirse y saberse enferma. Pero estar enfermo es también un hecho social, requiere que otros lo reconozcan como tal. En el caso más simple, ser reconocido como enfermo por un otro es necesario para los fines laborales; si alguien se va a ausentar del trabajo varios días por causa de la enfermedad, no es suficiente estar enfermo, ni sentirse y saberse enfermo, se requiere que un otro, en este caso un médico designado, lo acepte y testifique. Pero este proceso puede darse en otras instancias de la vida social, el género es un aspecto muy importante. A las mujeres y a las madres les cuesta mucho más aceptarse a sí mismas como enfermas, y esto es porque otras mujeres,

sobre todo las más viejas, pueden en algunas comunidades ser muy críticas con aquellas que dejan de trabajar por tener una fiebre o una gripe; sus iguales en roles no aceptan esa circunstancia como estar enfermas y, por lo tanto, ellas a sí mismas tampoco se lo admiten. En un estudio de malaria se observó que los hombres iban mucho más a las consultas por la enfermedad que las mujeres, pero, paralelamente, el estudio serológico no mostraba diferencias en la incidencia de la enfermedad entre los hombres y las mujeres; es decir, se enfermaban por igual, pero los hombres iban más a consultas; porque era más aceptado socialmente que estuviesen enfermos que las mujeres.

Sociología y Salud

La relación entre las condiciones de salud de una población y el tipo de organización de la sociedad, ocurre a todos los niveles. Los nexos es posible establecerlos en los niveles de análisis macrosocial, con el estudio del sistema mundial y de las situaciones de desarrollo o subdesarrollo; a nivel mezzosocial o institucional con el análisis de la organización del Estado y las instituciones de salud; o a nivel individual, con las circunstancias psicosociales que conllevan las percepciones, los conocimientos y los hábitos que pueden ayudar a prevenir o a difundir la enfermedad, a actuar como un factor de protección o de riesgo para la salud del individuo.

Lo que sí es muy claro es que la salud es un campo de extrema importancia para las ciencias sociales. Durante muchos años la práctica profesional estuvo concentrada en tres orientaciones: la primera era el estudio de lo que se llamó la sociología de la medicina, es decir era un análisis de las instituciones o de los roles implicados en la práctica médica. La segunda, era una perspectiva holista-marxista, la sociología de la medicina era un modo de comprender y transformar la sociedad global. Y en la tercera, y como consecuencia de esta escogencia de objeto de estudio, fue dominante una perspectiva crítica frente a las instituciones médicas, el poder médico y a la sociedad capitalista.

Estas orientaciones han cambiado en la actualidad, por una parte no se hace más énfasis en la sociología de la medicina como en la sociología de la salud. El Comité de Investigación de la Asociación Internacional de Sociología cambió su nombre de este modo hace varios años. Se reconoce la importancia de la perspectiva holista, pero hay muchos estudios que son de carácter microsociales, o de tipo psicosociales; un ejemplo importante de ello es la notable difusión de los

estudios sobre representaciones sociales de la salud y la enfermedad han tenido entre psicólogos, sociólogos y antropólogos. Y, finalmente, si bien se mantiene la perspectiva crítica, existe cada vez más un deseo de aplicación de conocimientos, de intervenciones limitadas de microcambios sociales, y no tanto de dedicarse a la lucha política por el "gran" cambio social.

Esta transformación en la perspectiva de las ciencias sociales, y en especial de la sociología, obliga a una mayor dedicación hacia esta área de conocimiento y de práctica. Es una responsabilidad de los científicos sociales contribuir con sus saberes y su acción a mejorar las condiciones de salud y de prestación de servicios médicos a la población. Uno pudiera decir, parafraseando una manida expresión de un clásico manual militar, que la salud es algo demasiado importante para dejárselo sólo a los médicos. Y no sólo es incorrecto, sino además injusto dejarles demasiada responsabilidad que corresponde enfrentar a la sociedad como un todo.

Bibliografía

- ALMEIDA FILHO, A. (1992). **A clínica e a Epidemiologia**. Salvador-Rio de Janeiro, APCE-ABRASCO.
- ALVES, P.C. e M.C. de SOUZA MINAYO. (1994). **Saúde e Doença: un olhar antropológico**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- BANCO MUNDIAL. (1993). **Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud**. Washington, D.C., Oxford University Press.
- BRICEÑO-LEÓN, R. (1993). "Salud no-rentista y post moderna para el desarrollo humano". **Cuadernos Médico - Sociales**, N° 64, julio. Pp. 73-80.
- BRICEÑO-LEÓN, R. (1993). "Social aspects of Chagas disease". **Knowledge, Power and Practice the anthropology of medicine and Everyday Life**. S. Linderbaum & M. Lock. (Edit), Berkely University of California Press. Pp.287-300.
- BRICEÑO-LEÓN, R y J.C. PINTO DIAS. (1993). **Las enfermedades Tropicales en la Sociedad contemporánea**. Fondo Editorial Acta Científica Venezolana y Consorcio de Ediciones Capriles C.A., Caracas.
- COMMISSION ON HEALTH RESEARCH FOR DEVELOPMENT. (1990). **Health Research: Essential links to equity in Development**, Oxford, Oxford University Press.
- CONRAD, P. and R. Kern. **The Sociology of Health & Illness: Critical Perspectives**. New York, St. Martins Press.

- GILLET, J. D. (1985). "The behaviour of Homo Sapiens, the forgotten factor in the transmission of tropical disease". **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine Hygiene**. 79,12-20.
- KLEIMANN, A. (1978). "Concepts and Models for the comparison of medical system as cultural systems" **Social Science & Medicine**, 12. Pp.85-93.
- LUHMANN, N. (1993). **Risk: A sociological theory**. Berlin, de Gruyter.
- MAUSS, M. (1980). **Sociologie et Anthropologie**, Paris, Press Universitaires de France.
- MIETTINEN, O. (1985). **Theoretical Epidemiology**, New York Wiley & Sons.
- POPPER, K. (1981). **Conjectures and Refutations. The Growth of Scientific Knowledge**. Routledge and Kegan Paul. London.
- RODRÍGUEZ, A y M. QUIÑONES, D. PÉREZ. (1993). "La investigación social en el proceso de estratificación del riesgo" en **Las Enfermedades Tropicales en la Sociedad Contemporánea** R. Briceño-León y J. C. Pinto Dias (Coord.). Caracas, Acta Científica Venezolana-Ediciones Capriles..pp.81-95.
- WHO. (1995). **Bridging the Gaps**, Geneva, WHO.