

Sociopolítica de las Epidemias: grandes epidemias reemergentes y recurrentes en Venezuela, 1948-2018

Jorge Luis Díaz R.*

pp. 137-144

Este proyecto de investigación se circunscribe dentro de la línea de investigación *Determinantes Sociales y Políticas de la Salud*, bajo el eje temático *Sistemas y Políticas de Salud* del Área de Desarrollo y Salud del Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela. Asimismo, forma parte del trabajo de grado del investigador para optar al título de Doctor en Estudios del Desarrollo del mismo centro.

Se trata de un estudio de las determinantes sociopolíticas en el desarrollo, propagación y evolución de las epidemias de VIH-SIDA, Malaria y Tuberculosis en Venezuela frente al contexto regional latinoamericano y global, durante el período 1948-2018.

El propósito es hallar relaciones que expliquen el comportamiento del sistema de salud, especialmente de los mecanismos de control de enfermedades, ante cambios importantes en las esferas políticas, sociales y económicas de Venezuela. Para ello, se analizará la evolución de los sistemas venezolanos de control de enfermedades y su relación con los sistemas políticos, sociales y económicos, así como el comportamiento histórico de la morbilidad y mortalidad asociada a las tres epidemias mencionadas, en el contexto político, social y económico del país. Todo ello, con el fin ulterior de exponer un modelo teórico-metodológico que permita comprender mucho mejor el comportamiento de las epidemias más allá de los factores biológico-conductuales.

Definición del problema

Las epidemias pueden ser definidas como un «aumento inusual del número de casos de una determinada enfermedad en una población específica, en un periodo de tiempo determinado» (Horcajada y Padilla, 2013:182). Usualmente, la mayoría de las epidemias se deben a causas infecciosas, sin embargo, pueden también ser consecuencias de agentes no infecciosos, tales como elementos tóxicos, factores genéticos o estilo de vida (Horcajada y Padilla, 2013).

* Profesor-Investigador del Área de Desarrollo y Salud del Centro de Estudios del Desarrollo, Cendes, de la Universidad Central de Venezuela.
Candidato a Doctor en Estudios del Desarrollo, Cendes-UCV.
Correo-e: jld.ucv@gmail.com

Dichos factores pueden ser distribuidos en cuatro grandes grupos: individuales, comunitarios, sociales y ambientales. Entre los factores individuales se pueden citar los biológicos (antecedentes familiares, sobrepeso, edad, contacto, estado de salud, exposición, medios de transmisión), conductuales (alimentación, actividad física, tabaquismo, alcoholismo, higiene, costumbres) y entre los comunitarios, sociales y ambientales están la accesibilidad y la asequibilidad de alimentos, condiciones del sistema de salud, acceso a la educación, calidad del transporte, disponibilidad de espacios de recreación y esparcimiento, efectividad de las políticas públicas, desempleo, ingreso, contaminación, entre otros (OMS, 2012; Toledo, 2005).

No obstante, aunque los estudios epidemiológicos han sido marcadamente exitosos en identificar los factores de riesgo para la mayoría de las enfermedades, sus esfuerzos se han concentrado en el estudio de los factores individuales relacionados con la dieta, el nivel de colesterol, el ejercicio y los estilos de vida, entre otros, y poco se ha dedicado al análisis de los factores sociales (Link y Phelan, 1995), dejando un amplio campo de estudio con poco desarrollo, referido a la influencia de los factores del entorno en el crecimiento de las enfermedades, a pesar de haber suficiente evidencia científica que demuestra que las variables socio-ambientales y comunitarias están estrechamente relacionadas con el auge de las patologías (Schmid *et al.*, 1995; King *et al.*, 1995; Glantz *et al.*, 1995; Brownson *et al.*, 1995 *apud* OPS, 1999).

La poca dedicación a los factores sociales ha sido tan notable que la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha reconocido y ha incentivado desde hace ya varias décadas su incorporación en los estudios epidemiológicos. Un ejemplo claro de ello es la creación de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud como un mecanismo para incorporar en los estudios epidemiológicos la complejidad de la salud como fenómeno de estudio, motivando a evidenciar cómo las estructuras de las sociedades, sus interacciones, normas e instituciones afectan la salud de la población (OMS, 2010).

La preocupación por los determinantes sociales de la salud no es de este siglo ni del anterior. Sus inicios se pueden rastrear en los albores del siglo XIX cuando se conocen los planteamientos de la medicina social europea, los cuales se resumen, siguiendo a Rosen (1985 *apud* López *et al.*, 2008), en la preocupación social y científica de la salud y las relaciones que las condiciones sociales y económicas guardan con ella. Con la medicina social se puso en evidencia que con el descubrimiento de los gérmenes y, por ende, de los antibióticos se curaban casos pero no se evitaban las epidemias (Micucci, 2009).

Su discusión es tan importante que la OPS (2017) reconoce que las disparidades de la situación de salud en y entre los países son debidas a estos factores sociales. La historia de las epidemias muestra, con fehaciente evidencia, que los factores sociales son determinantes en el auge, progreso y evolución de las enfermedades. En palabras de la Sociedad Española de Pediatría Social (*s/f*), la peste bubónica no hubiese existido sin la proliferación

de ratas negras en las ciudades medievales o, tal vez, no padeceríamos de gripe si no se hicieran viajes transoceánicos, o no hubiese contactos personales tan cercanos.¹ Esta afirmación es apoyada por Baker (2008), quien sostiene que a través de la historia social se puede describir la historia de las infecciones virales. Según este mismo autor, las epidemias causadas por virus se iniciaron cuando el comportamiento humano cambió durante el periodo Neolítico, momento en el cual los humanos desarrollaron la agricultura y, por ende, se constituyeron comunidades más densamente pobladas. Naturalmente, esto trajo como consecuencia que los agentes infecciosos se propagaran con mayor velocidad.

Siguiendo este mismo esquema, a lo largo de la historia de la humanidad se observan numerosos casos en que la intervención del hombre ha contribuido con la propagación de enfermedades, o, en su defecto, con la efectiva detención de su crecimiento. Sin irse muy lejos, la epidemia mundialmente conocida como A (H1N1) es un ejemplo claro de ello. De acuerdo con Sy y Spinelli (2016), esta epidemia tuvo cambios en su designación por razones meramente sociales, políticas y económicas:

(...) Desde el 30 de abril, la OMS se referirá al nuevo virus de la Influenza como Influenza A (H1N1). La mayoría de las noticias continúan en mayo designándola «gripe porcina», la denominación de «gripe A (H1N1)» alcanza primacía a partir de junio. Este cambio en la forma de nombrarla se justifica por la queja de los productores de cerdos quienes habrían visto afectada la venta de sus productos. Es así que la nueva denominación permite darle al proceso una causalidad simple, ligada a un virus, quitando toda relación con un contexto sociopolítico y económico vinculado al proceso de producción de la industria alimentaria (Sy y Spinelli, 2016: 3).

Aunque se demostró cabalmente que la gripe A (H1N1) es en efecto una zoonosis (enfermedad que aflige tanto a animales como a humanos) producida por un excesivo hacinamiento de cerdos (Fraser *et al.*, 2009 *apud* Sy y Spinelli, 2016), no obstante:

(..) pareciera que la invisibilización del cerdo, ante un cambio en la forma de designar la gripe, produce además un silencio sobre el verdadero origen de la enfermedad, y explica la forma en que se construye la gripe como problema de salud, aislado de los procesos sociopolíticos y económicos (Sy y Spinelli, 2016: 4).

Más allá de los cambios en la denominación de la A (H1N1) por evadir responsabilidades sociales y políticas en la materia, con todas las implicaciones que eso tiene para la salud y el bienestar emocional de las personas, está la participación exclusiva de las

¹ <https://pedsocial.wordpress.com/2010/09/25/la-parte-social-de-las-epidemias/>

actividades humanas en la generación de enfermedades. Según Micucci, «las condiciones de cría y confinamiento de la producción industrial, sobre todo en cerdos, crean un ambiente perfecto para la recombinación de virus de distintas cepas» (2009: 122), que pueden infectar a humanos. En el caso particular de la A (H1N1), este mismo autor considera que las deplorables condiciones laborales de las granjas de cerdo en México, el poco control de sus desechos al medio ambiente y su cercanía con poblaciones desfavorecidas, provocó que ocurriera la infección en humanos, y de ahí se iniciara su propagación al resto del mundo.

Tal propagación fue muy rápida y llegó a grandes magnitudes, al punto de denominarla como pandemia, a pesar de que con solo lavarse correcta y constantemente las manos con jabón detenía eficientemente su progreso. Sin embargo, sobre este particular la responsabilidad política jugó un rol importante. Aunque las autoridades sanitarias mexicanas y su gobierno indicaron cabalmente los pasos que la población debía cumplir para frenar la epidemia, sus esfuerzos fueron poco efectivos. Parte de este fracaso lo refleja Fernández (2012) al hallar una fuerte relación entre el débil seguimiento de los protocolos recomendados por las autoridades y la desconfianza y falta de credibilidad de los ciudadanos mexicanos en el gobierno y sus instituciones. Según una encuesta citada por la autora:

(...) casi la mitad de la muestra (46 por ciento) no confió en la información del gobierno sobre la influenza; el 40 por ciento sí, y el 14 por ciento contestó no saber. En cuanto a la actuación de las autoridades, el 45.5 por ciento la considera correcta; casi un tercio (32 por ciento) la evalúa incorrecta; y el 22.5 por ciento no sabe qué responder al respecto. Finalmente, el 24 por ciento de la población afirma que la influenza no existió y fue un invento gubernamental, mientras que el 35.5 por ciento cree que fue menos grave de lo informado, y el 17.5 por ciento acepta que fue más grave.

La responsabilidad social y política en la generación de enfermedades es tan relevante, que la OMS lo reconoce al afirmar que «los desastres, naturales o provocados por el hombre, pueden agravar considerablemente el riesgo de epidemias» (2017: s/p). Este organismo pone de ejemplo lo sucedido en el Congo, luego de la crisis de Ruanda en 1994, la cual obligó a miles de personas a refugiarse en campamentos altamente hacinados y con poca higiene, lo que provocó varios brotes de cóleras que mataron a miles de personas en tan solo semanas.

Aunque se conoce muy bien la etiología, prevención y tratamiento de la mayoría de las epidemias, las determinantes sociales de la salud jugarán un rol predominante. Tal es el caso del dengue, que a pesar de conocer los aspectos microbiológicos, el vector (el mosquito) y como evitar su reproducción, los factores sociales (pobreza, poca higiene, asentamientos no planificados) y políticos (débiles campañas de prevención) prevalecerán en su control (Micucci, 2009). Del mismo modo ocurrió con el ébola, el cual se generó en un contexto de extrema pobreza y una débil o escasa infraestructura sanitaria (Navarro, 2014).

Estos casos apenas son unos pocos que ilustran la responsabilidad política, social y económica en la generación, propagación y evolución de las epidemias. En este sentido, es pertinente un estudio exhaustivo y profundo sobre estas determinantes, con el propósito de visualizar el peso que tienen, comparado con las determinantes biológicas y conductuales, en el comportamiento de las enfermedades, específicamente de las epidemias, al ser estas las enfermedades que, por su definición, son altamente letales en el corto plazo y que sin los efectivos controles pueden cobrar un gran número de vidas.

En este orden de ideas, se plantea un estudio del contexto sociopolítico de las epidemias, focalizado, por razones de delimitación, en Venezuela y en tres de ellas específicamente: VIH-SIDA, Malaria y Tuberculosis. La razón de la elección de estas epidemias obedece a que: en primer lugar, son las epidemias de larga data actuales que han cobrado un gran número de vidas; y en segundo lugar, tienen un comportamiento particular en el país: i) mientras el VIH-SIDA disminuye en la región latinoamericana, en Venezuela crece (Onusida, 2016); y ii) tanto la malaria como la tuberculosis son consideradas epidemias reemergentes; es decir, se supone que se había logrado controlarlas al punto de no ser preocupante por muchos años, sin embargo, en el 2016 se registraron repuntes alarmantes en ambas patologías (MPPS, 2016).

Así, se establece un estudio descriptivo correlativo de estas epidemias desde el año 1948 –fecha de instalación del primer gobierno elegido democráticamente– hasta el 2018 –fecha de finalización del gobierno de Nicolás Maduro–, a los fines de examinar el contexto sociopolítico de dichas patologías según los períodos de gobierno, identificando los cambios, crisis y eventos sociales, políticos y económicos que pudieron haber ejercido una influencia importante en la evolución de tales epidemias. En este sentido, interesa diferenciar los períodos: a) democrático pre-dictatorial; b) dictatorial; c) democrático representativo o puntofijista; d) chavista; y e) madurista. Es menester señalar que el estudio de la epidemia por VIH-SIDA se estudiará a partir de las década de los ochenta, momento en el que se conocen los primeros casos en el país.

Objetivos

Objetivo general

Estudiar las determinantes sociopolíticas de las epidemias de VIH-SIDA, Malaria y Tuberculosis en Venezuela durante el período 1948-2018.

Objetivos específicos

- Analizar el surgimiento, auge y evolución de las epidemias de VIH-SIDA, Malaria y Tuberculosis en Venezuela durante el período 1948-2018.
- Vincular el comportamiento y evolución de las epidemias de VIH-SIDA, Malaria y Tuberculosis con el contexto sociopolítico en Venezuela durante el período 1948-2018.

- Estudiar la participación de los factores sociopolíticos en el comportamiento y evolución de las epidemias de VIH-SIDA, Malaria y Tuberculosis.

Aspectos metodológicos

El presente trabajo tiene un diseño metodológico descriptivo correlacional y comparativo (Hernández, R., C. Fernández y P. Baptista, 2006), dado que busca hallar relaciones probabilísticas entre las enfermedades y los factores sociales, políticos y económicos, a través del análisis de múltiples bases de datos públicas de organismos internacionales, regionales y nacionales con competencia en la materia, así como del estudio de documentos oficiales sobre la situación del fenómeno en estudio. Para ello, el diseño metodológico se estructura en cinco fases:

Fase I: Análisis de la relación entre los patrones de morbi-mortalidad y los factores sociales del entorno. En esta fase se quiere conocer en qué medida factores como la calidad del sistema de salud, el acceso a la educación, la disponibilidad de espacios públicos para la recreación y esparcimiento, la asequibilidad de alimentos y la calidad del transporte público, así como los factores estructurales, demográficos, de cambio y las crisis sociales influyen en el comportamiento de las enfermedades.

Fase II: Análisis de la relación entre los patrones de morbi-mortalidad y los factores políticos del entorno. Para este momento se desea saber cómo inciden, en el comportamiento de las enfermedades, la implementación de políticas públicas de salud, tanto preventivas como de atención, así como los procesos de toma de decisiones, las orientaciones ideológicas-programáticas, y los cambios, transiciones y crisis políticas.

Fase III: Análisis de la relación entre los patrones de morbi-mortalidad y los factores económicos del entorno. En esta oportunidad se pretende estudiar en qué medida variables económicas como desempleo, inversión en salud, ingreso, PIB, crecimiento y ciclos económicos, están asociadas al comportamiento de las enfermedades.

Fase IV: Análisis sociodemográfico comparativo. En este punto se aspira generar modelos teórico-metodológicos que expliquen el comportamiento de las enfermedades en relación con las condiciones sociales, políticas y económicas del entorno, a partir de la comparación de los resultados de las fases anteriores, y de las características demográficas y socioeconómicas de los periodos observados.

Fase V: Generación de conclusiones. En esta fase se valorará en qué medida se alcanzaron los objetivos de la investigación, contemplando las limitaciones, desafíos y lecciones aprendidas que se experimentaron durante el proceso investigativo. Además, se proporcionarán recomendaciones para optimizar las técnicas de estudio del fenómeno abordado y mejorar las políticas públicas en la materia.

La técnica de recolección de datos más idónea para este trabajo es la revisión documental y estadística, dado que la información requerida se encuentra disponible principalmente en publicaciones oficiales de organismos internacionales, regionales y nacionales con competencia en la materia.

Los instrumentos de recolección de esta investigación son básicamente dos: i) ficha resumen, que es un sumario de los contenidos relevantes de los documentos oficiales revisados; y ii) importación de data, que se refiere a la obtención de estadísticas oficiales pertinentes, a través de la consulta de las bases de datos de los organismos competentes.

Resultados esperados

Se espera que la presente investigación contribuya con el diseño e implementación de efectivas políticas públicas en materia de salud al ofrecer un panorama claro de cómo se comportan las mencionadas enfermedades en relación con las condiciones sociales, políticas y económicas en el país, comparado con su contexto regional e internacional.

Adicionalmente, se aspira que este estudio proporcione novedosos modelos teóricos y metodológicos para analizar y comprender el fenómeno en cuestión, utilizando un diseño de investigación comparativo y correlacional, para luego hacer un análisis multivariable.

Como aporte social, se desea proporcionar educación en materia de salud y estilos de vida saludable, estimulando el auto-cuidado en los individuos como estrategia preventiva principal para el mayor disfrute y prolongación de la vida, e impulsando la cultura sanitaria y el desarrollo social del país.

Finalmente, se espera que este trabajo sirva de base para investigaciones relacionadas con la materia y que tengan interés en el estudio de las políticas sociales de salud, a fin de contribuir con la prevención de las enfermedades y promocionar la salud como el estadio de pleno goce de la vida.

Referencias bibliográficas

- Baker, R.** (2008). *Epidemic: The past, present and future of the diseases that made us*. London, Vision.
- Fernández, A.** (2012). «Psicología de masas, identidad social, epidemias y rumores: la influenza en México». *Sociológica* vol. 27, n° 76, may.-ago 2012, México. [En línea] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732012000200006 Consulta realizada el 8 de abril de 2017.
- Hernández, R., C. Fernández y P. Baptista** (2006). *Metodología de la Investigación*, México: McGraw-Hill/Interamericana de Editores.
- Horcajada, J. y B. Padilla** (2013). «Endemia y epidemia. Investigación de un brote epidémico nosocomial». *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 31(3), pp. 181-186.
- Link, B. y J. Phelan** (1995). «Social conditions as fundamental causes of disease». *Journal of Health and Social Behavior* (Extra Issue), pp. 80-94.

López, O. et al. (2008). «Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, Alames». *Medicina Social*, vol. 3, n° 4, noviembre.

Micucci, H. (2009). «Epidemias: causas económico-sociales y responsabilidades políticas». *Política y Teoría* n° 68 (101) / agosto-octubre.

MPPS (2016). *Boletín epidemiológico*. Semana 52. Caracas: MPPS.

Navarro, V. (2014). «Las causas económicas y políticas de la epidemia del ébola». *Diario Público, Pensamiento Crítico*. 15 de octubre. [En línea] Disponible en: <http://www.vnavarro.org/?p=11440>. Consulta realizada el 08 de abril de 2017.

Onusida (2016). «Estimaciones sobre el VIH y el sida, 2015. Venezuela». [En línea] Disponible en: <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/venezuela> Consulta realizada el 8 de abril de 2017.

OPS (2017). «Determinantes de la salud». [En línea] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5165%3A2011-determinants-health&catid=5075%3Ahealth-promotion&Itemid=3745&lang=es. Consulta realizada el 8 de abril de 2017.

Sociedad Española de Pediatría Social (s/f). «Pediatría social. La parte social de las epidemias.» [En línea] Disponible en: <https://pedsocial.wordpress.com/2010/09/25/la-parte-social-de-las-epidemias>. Consulta realizada el 8 de abril de 2017.

Sy, A. y **H. Spinelli** (2016). «Dimensiones políticas de una epidemia: el caso de la gripe A (H1N1) en la prensa escrita de Argentina». *Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(3):e00188414, marzo.

Toledo, G. (2005). *Fundamentos de Salud Pública*. La Habana, Editorial Ciencias Médicas.

WHO (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneve, WHO.