

Salud / Economía / Ambiente. Hacia un nuevo paradigma de desarrollo

Bracho, Frank

Frank Bracho: Economista venezolano. Secretario ejecutivo de la Oficina en Venezuela de la Comisión del Sur. Ha desempeñado altos cargos en la administración pública y en la docencia, como asesor ministerial y en el Instituto Internacional de Estudios Avanzados.

A través de una crítica al modelo de atención médica prevaleciente en el mundo, a la forma como nos alimentamos y a los modelos habituales de desarrollo económico, el autor plantea el reemplazo del actual paradigma de civilización por otro nuevo, que alcanzaríamos por una auto-revolución humana, que restablezca nuestra constitución biológica, psicológica y espiritual. Se trata de superar el paradigma actual «competitivo e individualista alientante», en un mundo que requiere cada vez más solidaridad y cooperación para enfrentar graves problemas comunes. La salud y la economía, integradas por la variante ambiental, serán dos campos de importancia estratégica en la transición hacia el paradigma emergente. La salud - en su sentido integral - deberá adquirir primacía para lograr el supremo objetivo del bienestar humano.

El modelo médico dominante, prevaleciente en todo el mundo a partir de principios del siglo XIX, cuando el materialismo científico cartesiano se posesiona de los campos principales del quehacer humano, se encuentra hoy sujeto a severos cuestionamientos.

Tales cuestionamientos tienen que ver en particular con la falta de efectividad de la medicina moderna para atender enfermedades degenerativas tales como el cáncer, las cardiovasculares y las gastrointestinales, enfermedades características de nuestra época, que además se han constituido en la principal causa de mortalidad en la sociedad moderna; tienen que ver con la irrefrenable escalada de los costos médicos, que están convirtiéndose en intolerables en todo el mundo para los erarios públicos y los bolsillos de los ciudadanos; y tienen que ver incluso con los cada vez

más frecuentes alegatos de daños producidos por la práctica médica sobre los pacientes, habiéndose incluso documentado a veces daños más serios que los padecimientos de salud que motivaron la atención médica.

Tales cuestionamientos han generado la publicación de una literatura de crítica al establecimiento médico cada vez mayor, una tendencia a una mayor supervisión del Estado sobre el desempeño de la práctica médica, y a acciones propias de los ciudadanos para prevenirse o resarcirse de «abusos médicos» (tales como las demandas judiciales en boga en países como EE.UU.).

Los cuestionamientos más de fondo (entre cuyos propulsores se encuentran miembros del mismo gremio médico) han tocado el punto fundamental de la supuesta objetividad científica de la profesión médica, sin duda el activo favorito esgrimido por la medicina moderna para sustentar su credibilidad. Este tipo de cuestionamientos sugiere que cuando realmente se analizan los postulados operativos básicos de la medicina moderna, ésta se asemeja más a una religión autoritaria y dogmática que a una ciencia, lo cual estaría ilustrado por componentes como los siguientes:¹

1) Un credo, el de la ciencia médica moderna, que no tendría mayor validez que las pruebas de otras iglesias acerca de la existencia de Dios. 2) Una curia: los médicos. 3) Templos: los hospitales. 4) Acólitos y una solícita y correspondientemente investida mayordomía: las enfermeras, trabajadores sociales y personal paramédico en general. 5) Atuendos que reflejan el nivel jerárquico: el color y el largo de las batas, reveladores del rango. 6) Una rica clase cortesana: las compañías farmacéuticas y de seguros, y las farmacias. 7) Un confesionario: hay que decir toda la verdad al doctor. 8) Una absolución: la reconfortante palmada en la espalda con la despedida: «Usted se va a poner bien. Vuelva dentro de 15 días». 9) Similitud en el lenguaje ritual: se tiene confianza en un plomero, pero se tiene «fe» en el doctor de uno; la relación paciente-doctor es «sagrada»; los diagnósticos o historias médicas se escriben en una lengua ininteligible para el paciente, en analogía a lo que hasta no hace mucho era el ritual del latín para los feligreses de la Iglesia católica»².

¹Tomado principalmente de la relación hecha por el médico Mendelsohn, Robert, en el prólogo del libro *Natural Healing Through Macrobiotics*, Japan Inc., Tokyo, 1978.

² Así, se llega a hablar ante el enfermo de «cefalalgia» en vez de decir dolor de cabeza, «flatulencia» en vez de gases intestinales, «antipirético» en lugar de remedio para la fiebre (ver Maduro, Otto: «Hacia una medicina autogestionaria», revista Sic, Caracas).

Otros cuestionamientos se han referido al carácter de industria inescrupulosa que ha desarrollado la profesión médica en nuestros días. En tal sentido es particularmente elocuente la siguiente comparación:

«A los pacientes se les tiende a ver como la 'materia prima' de la fábrica curativa, el hospital o la oficina del doctor. Una vez que el paciente entra al sistema médico, recibe el mismo tratamiento estandarizado: la elaboración de una historia médica, su principal dolencia, el examen físico, el diagnóstico diferenciado (un proceso estandarizado mediante el cual el médico evalúa cada causa posible de la principal dolencia) y, finalmente, el tratamiento correspondiente. Al final, el paciente bien muere o es regresado a casa para seguir las 'instrucciones del doctor'. Algo muy parecido a la línea de ensamblaje de una planta manufacturera de la Ford... Un paciente problemático que hiciese demasiadas preguntas, buscarse fuentes de información alternas, o pidiese ser incluido en el proceso decisorio, sería visto de la misma manera que un obrero en la línea de ensamblaje miraría a un camión a medio ensamblar que le empezase a decir cómo hacer su trabajo»³.

Joseph Califano, ex-ministro de Salud, Educación y Bienestar del gobierno de EE.UU. y reconocido experto en temas de salud, ha dicho lo siguiente:

«El sistema de salud norteamericano ha sido voraz en su búsqueda de más y más dinero; con frecuencia divorciada de una mejor atención médica... Los doctores han adquirido un innecesariamente amplio monopolio de la práctica de la medicina (según ellos la definen), y hemos establecido un sistema de pagos que los ha alentado a tratarnos cuando nos enfermamos en vez de enseñarnos a cuidar de nosotros mismos. La salud se ha vuelto uno de los más grandes negocios de Estados Unidos, constituye la segunda fuente de empleo del país, después de la educación, y la segunda industria en gasto de consumo, superada sólo por los gastos en vivienda y alimentos. En 1984, los gastos en salud ascendían a 387 mil millones de dólares, o sea, un 10,6 por ciento del producto nacional bruto»⁴.

Sin embargo, lo más grave del asunto, según Califano, es la «falta de eficiencia y disciplina» de dicho gasto médico, de lo cual él calcula que por lo menos un 25 por ciento es inútil o artificial. Añade que los gastos en salud preventiva son mínimos, y que el desempeño de EE.UU. en indicadores tales como la mortalidad infantil es pobre comparado con varios otros países con un gasto en salud mucho menor.

³ El médico Ferguson, Tom, en el artículo «Self Care in the Information Age», aparecido en la revista *Medical Self-Care*, Estados Unidos, marzo-abril 1987.

⁴ Califano, Joseph: *America's Health Care Revolution*, Random House, Nueva York, 1986.

El caso venezolano

No debe sorprender que una situación similar en torno a la práctica médica se esté configurando también en algunos países de América Latina, como Venezuela, estando la conformación de nuestro sistema médico tan cercano a la del sistema norteamericano, como es el caso de tantos otros países del mundo.

La misma ola de cuestionamientos se ha empezado a sentir en Venezuela, aunque con una menor velocidad, como es desafortunadamente usual en los países que marchan en procesos imitativos de «centros de influencia» en el exterior.

En el aspecto económico, el patrón de gasto nacional venezolano en salud es análogo al de EE.UU.. Ello no debe extrañar en un país como Venezuela, que había dispuesto en los últimos tiempos de un financiamiento literalmente ilimitado para el sector salud.

El gasto consolidado del sector público en materia de salud se encuentra en Venezuela en el orden de un 20 por ciento del gasto total de dicho sector. Y el gasto total del país en salud se estima igualmente que supera al 10 por ciento del producto territorial bruto, lo que nos coloca junto con EE.UU. en el tope de la escala en relación a otros países del mundo. El problema de la indisciplina institucional se refleja en la existencia de unas 80 instituciones, cada una con un mandato y organización propias, y compitiendo por los recursos del Estado entre sí, a pesar de la existencia de un supuesto marco rector a cargo del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. En cuanto a la eficiencia de lo gastado, a pesar de que Venezuela ostenta el gasto per cápita en salud más alto de América Latina, nos mantenemos a la zaga de varios países de la región en índices considerados «básicos» tales como la mortalidad infantil, el cociente médicos/población y el cociente camas hospitalarias/población. Por otro lado, los costosos gastos en salud curativa se encuentran en una proporción aproximada de cuatro a uno en contra de los gastos en salud preventiva.

Aun más, en el caso de Venezuela, el carácter dependiente de nuestro modelo médico hace mayores los requerimientos económicos exigidos de la nación. En materia de medicinas, la situación es particularmente seria. Tenemos un gasto per cápita en este renglón verdaderamente voraz, que según cálculos de la Organización Mundial de la Salud, una vez más, no está muy lejos del de Estados Unidos; e importamos prácticamente todos los insumos de tal demanda.

No sólo medicinas

Vale la pena detenerse en algunas consideraciones adicionales en cuanto al tema de las medicinas, ilustrativo de una problemática particular del mundo en desarrollo en materia de salud, que hace surgir aún más cuestionamientos en relación a la sensatez y viabilidad del modelo médico implantado. El gasto mundial en medicinas asciende en la actualidad a unos 100 mil millones de dólares. Noventa por ciento de la producción de medicamentos se origina en el mundo desarrollado, bajo el control de sus industrias farmacéuticas, cuya tasa de rentabilidad se ha mantenido entre las más altas del mundo industrial desde hace varias décadas. Tal tasa de ganancias no ha estado divorciada de las habilidosas prácticas oligopólicas mostradas por esta industria. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud asevera que cerca del 75 por ciento de las 50 mil marcas comerciales que la industria farmacéutica vierte en el mercado mundial son ineficaces o peligrosas.

Tal gasto en medicina, causante de una alta dependencia y, en gran parte, artificial, consume un promedio de un 35 por ciento del gasto en salud de los presupuestos públicos de los países en desarrollo; un gasto que, como se ha señalado antes, se va en preciadas divisas para las importaciones. En el caso de Venezuela, la industria farmacéutica constituía en el año 1985 la cuarta consumidora de divisas en el aparato industrial privado, requiriendo de una suma cercana a los 170 millones de dólares para sus importaciones.

Lo más irónico de toda esta situación de exceso materialista de la medicina moderna es su divorcio del pensamiento hipocrático en el cual encontró su génesis como disciplina científica. Los preceptos más fundamentales de la medicina hipocrática preconizan la salud como un estado de balance natural que requiere de la acción conjunta del profesional que imparte el tratamiento y de la persona que lo requiere⁵; señalan la importancia de los factores ambientales; la interdependencia de la mente y el cuerpo; y el poder curativo inherente a la acción de la naturaleza como base del tratamiento.

Sin embargo, todo el anterior enjuiciamiento crítico sobre el establecimiento médico moderno no pretende arrojar dudas sobre la buena fe de la legiones de médicos y personal paramédico, que con buena voluntad intentan hacer lo que está a su alcance para suministrar alivio o cura a los enfermos que requieren de su servicio.

⁵Deliberadamente se evita aquí el uso de la palabra «paciente» por respeto al pensamiento hipocrático, ya que tal palabra, cargada de pasividad e impotencia, se opone abiertamente a la concepción integral y preventiva de la medicina hipocrática. El diccionario describe su significado en los siguientes términos: «sufrido; sujeto que padece de la acción del agente; enfermo».

Después de todo, los médicos no tienen la culpa directa de que en su educación universitaria no se les enseñe medicina preventiva o la importancia de la alimentación y factores ambientales en el mantenimiento de la salud, para no hablar del respeto a la medicina tradicional popular, o del interés por las medicinas alternativas. Por otro lado, se ha tratado de señalar aquí que buena parte de las corrientes de crítica en torno a la medicina moderna provienen de los mismos miembros de esa profesión, lo que hace más prometedoras las posibilidades de cambio.

La crisis en el paradigma dominante

En definitiva, la medicina de hoy es parte de un paradigma, de una civilización, de un estilo de vida, que conspiran contra el verdadero bienestar del ser humano. Incluso, un crítico de la medicina moderna tan intransigente y efectivo como Iván Illich, ha admitido en relación al enjuiciamiento de su más atacada esfera, la industria farmacéutica, lo siguiente: «Culpar a la industria farmacéutica por la adicción a las medicinas por prescripción es tan irrelevante como culpar a la mafia por el uso de las drogas ilícitas. El actual patrón de consumo de medicinas puede explicarse solamente como resultado de las creencias que se han desarrollado hasta ahora en toda cultura, donde el mercado de bienes de consumo ha alcanzado un volumen crítico. Este patrón es consistente con la ideología de toda sociedad orientada hacia el enriquecimiento ilimitado, sin que importe si su producto industrial es distribuido por las presunciones de planificadores o por las fuerzas del mercado. En tal tipo de sociedad, la gente llega a pensar que en el cuidado de la salud, así como en otros campos del quehacer, la tecnología puede ser usada para cambiar la condición humana de acuerdo a cualquier designio»⁶.

Otro autor ha puesto el asunto en términos aún más directos:

«No podemos negar la realidad de los hechos; Vivimos en una cultura de drogas. Casi podríamos decir que sin las drogas, de un tipo o de otro, nuestra civilización no podría sostenerse. Las realidades cotidianas resultan cada vez más difíciles de asumir. No resulta extraño que muchas personas recurran a 'remedios fáciles', a sustitutivos para hacerles frente: alcohol, tabaco, medicamentos. Estos vienen a ser como el aceite que permite que toda la maquinaria social funcione»⁷.

Por la misma razón paradigmática, no puede esperarse mucho del rescate de la salud con los instrumentos de análisis de la economía moderna. Basta ver alrededor,

⁶ Illich, Iván: *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*, Random House Inc., Nueva York, 1976.

⁷ Vegas Fuente, Armando: *Las drogas: ¿Un problema educativo?*, Editorial Kapeluz, Caracas, 1986.

para percibir el desacierto de las actuales teorías económicas, y el similar cuestionamiento de que son objeto los economistas por no ser capaces de suministrar «recetas» acertadas para combatir los acuciantes problemas económicos del mundo en que vivimos. Y esto ocurre en el Norte y el Sur, en el Este y el Oeste, ámbitos político-geográficos vinculados todos al paradigma materialista-mecanicista-consumista que prevalece en el planeta.

El empeño de los economistas en rendir culto al fetichismo de los grandes agregados económicos cuantitativos, no sólo ha sido de dudosa efectividad para permitir diagnósticos confiables de la buena marcha económica de los países, sino también parece estar en un creciente divorcio de la realidad.

Una vez que se admite esta consideración fundamental, no sorprende encontrar coincidencia entre juicios de autores con experiencias y orígenes tan distintos como los siguientes:

De un economista del Tercer Mundo, receptor del Premio Nobel Alternativo y activista en la lucha por el desarrollo a nivel de sectores populares (nótese además las analogías con el enjuiciamiento ya hecho sobre la medicina moderna):

«La economía súbitamente se convirtió en la ciencia mágica, destinada a dar respuesta a la mayoría de los acuciantes problemas que afectan a la humanidad. Los profesionales de esta ciencia, investidos de un inesperado poder para ejercer su influencia sobre empresas, grupos de presión y gobiernos, rápidamente asumieron - y gustosos - su nuevo papel de inaccesibles y poderosos hechiceros. El resultado es que la economía, en sus orígenes criatura de la filosofía moral, pronto perdió parte de su dimensión humana para ser reemplazada por intrincadas teorías y trivialidades técnicas, incomprensibles para la mayoría... Sus grandes abstracciones, tales como el PNB (Producto Nacional Bruto), sistemas de precios, tasas de crecimiento, relación capital-producto, movilidad de factores, acumulación de capital y otras, aunque reconocidas como importantes, son selectivas y discriminatorias cuando se refieren a la masa de los seres humanos... Tomando como ejemplo el PNB, lo que puede medirse son actividades que se generan a través del mercado, sin considerar si dichas actividades son productivas, improductivas o destructivas. Resulta así que la depredación indiscriminada de un recurso natural hace aumentar el PNB, tal como lo hace una población enferma cuando incrementa su consumo de drogas farmacéuticas o de servicios hospitalarios. El resultado de estas limitaciones es que las teorías económicas dominantes no asignan valor a las tareas realizadas a nivel doméstico o de subsistencia. En otras palabras, estas teorías son incapaces de in-

cluir a los sectores más pobres del mundo o a la mayoría de las mujeres. Esto significa que casi la mitad de la población mundial - y más de la mitad de los habitantes del Tercer Mundo - resultan ser, en términos económicos, estadísticamente invisibles»⁸.

De Leonard Silk, actual director del New York Times, después de haber sido por mucho tiempo su columnista económico:

«Es un hecho que nuestra sociedad industrial se está volviendo peligrosamente hacinada, compleja y descompuesta. Necesitamos urgentemente un cambio en los valores sociales, un cambio en nuestras metas, del aumento en la cantidad de producción al mejoramiento en la calidad de la vida... Después de un largo letargo de quietud y hasta complacencia acerca del estado de su ciencia, los economistas se están comenzando a plantear a sí mismos, preguntas fundamentales acerca de lo que debían estar haciendo y acerca de cómo hacerlo»⁹.

Con tales concepciones tan limitadas y deshumanizadas de la economía moderna, resulta aún más difícil de entender la pasiva aceptación social ante la apropiación por parte de tal ciencia de un término tan fundamental y amplio como el desarrollo. El desarrollo por referirse a las personas y no a los objetos, mal podría ser alcanzado por una práctica de la economía tan entregada al culto de la producción ciega de bienes.

El carácter dependiente e imitativo del Norte en lo referente al «desarrollo» de los países del Tercer Mundo agrava aún más la situación en tales países. Por ello algunos consideran el término «países en desarrollo» un eufemismo y estiman más fiel a los hechos hablar de «países en anti-desarrollo».

La medicina y economía modernas, pues, deben ser vistas, en el contexto de la crisis, en el paradigma o civilización en que vivimos. Un paradigma mecanicista, empeñado en tratar al ser humano como una máquina y en compartamentalizar los campos del que hace, ello en un culto a la superespecialización, que al llevarnos a querer saber cada vez más y más de menos y menos, va a terminar haciéndonos saber todo sobre nada; un paradigma materialista y consumista, con una fe ciega y autodestructiva en el progreso material ilimitado a partir de un crecimiento tecnológico desbordado; y un paradigma competitivo e individualista alienante, en un

⁸Max-Neef, Manfred: «Hacia una economía a escala humana», revista Comunidad, N° 41, Santiago de Chile, 1984; «Historia, economía y algunas invisibilidades», revista Comunidad, N° 43, Santiago de Chile, 1984.

⁹Silk, Leonard: Economics in Plain English, Simon Schuster Inc., Nueva York, 1986.

mundo que, irónicamente, requiese cada vez más de la solidaridad y la cooperación para enfrentar graves problemas comunes que amenazan su supervivencia misma.

Por otro lado, muchos caracterizan al paradigma emergente fundamentalmente como un paradigma totalista («holístico») y ecológico, que tiende a conducirnos de la admiración por las empresas e instituciones de gran dimensión a la noción de que «lo pequeño es hermoso», del consumismo materialista a la sobriedad voluntaria y la satisfacción efectiva de las descuidadas necesidades básicas, del crecimiento tecnológico y económico al crecimiento espiritual y al desarrollo¹⁰.

En buena parte el nuevo paradigma significará volver a sabias concepciones pasadas del quehacer humano, desechadas en el devenir histórico y revalorizadas por el carácter cuasi-cíclico que caracteriza a tal devenir. Como ha dicho alguien para reivindicar agudamente el valor de la sabiduría antigua: «El estudiante y el maestro deben siempre recordar que lo nuevo no es necesariamente la verdad y la verdad no es necesariamente lo nuevo».

El paradigma emergente también tiene un sesgo eminentemente participativo, favorecido por la revolución informativa que acompaña su gestación. Este básico rasgo se reflejará prominentemente en los cambios planteados en las áreas de la salud y la economía.

Así, en relación a la salud, un miembro de la profesión médica, ya referido antes, ha vislumbrado los siguientes cambios sustanciales:

«El nuevo modelo ve al individuo, no al doctor, como el sujeto clave en el sistema de atención a la salud. En tanto que el modelo viejo requería de un paciente impotente, informador de dolencias y pasivo, el nuevo modelo estimula al ciudadano común a tener poder y a ser inquisitivo y activo. De acuerdo con este modelo de autoatención, la práctica profesional será sólo una pequeña parte del sistema total de atención a la salud... La salud no será vista como algo que sólo los doctores realizan, sino como algo que todos realizaremos todos los días¹¹.

En relación al reclamo de la participación en el área económica, el cambio planteado es elocuentemente recogido en la siguiente cita:

¹⁰ Ver Capra, Fritjof: *The Turning Point*, Bantam Books, Nueva York, 1983.

¹¹ Ver Ferguson, Tom: art. cit.

«Al fetichismo de las cifras debe oponerse el desarrollo de las personas. Al manejo vertical por parte del Estado y a la explotación de unos grupos por otros, hay que oponer la gestación de voluntades sociales que aspiran a la participación, a la autonomía y a una utilización más equitativa de los recursos disponibles»¹².

En este nuevo paradigma, que en el fondo pretende revalorizar al ser humano rescatando su esencia, la perspectiva ambiental tiene un papel clave que jugar, al exponer el carácter antihumano del «desarrollo» de la sociedad moderna, que parece alcanzar máxima expresión en la miseria y alienación de los congestionados y contaminados ambientes urbanos.

Teniendo presente el tan determinante factor ambiental para considerar el bienestar del ser humano, el pertinaz soslayamiento de dicho factor por el establecimiento médico moderno en la prevención y el tratamiento de las enfermedades desafía toda consideración racional. En el caso del cáncer, se ha estimado que un 80 por ciento de las afecciones cancerígenas es atribuible a causas ambientales; la clave, pues, no está en «curar», sino en prevenir; sin embargo, prácticamente todos los recursos empleados en contra del cáncer van destinados a costosos programas curativos, lanzados con la óptica de una especie de «guerra» contra algún pérfido agente específico causante de la enfermedad o con la esperanza del encuentro de curas «milagrosas».

Por otro lado, se atribuye hoy en día a más de la mitad de las enfermedades de la sociedad moderna una vinculación directa con el tipo de alimentación que tenemos. No hay que ser ningún nutricionista para sospechar que la forma de alimentación desnaturalizada de la civilización en que vivimos tiene que tener un efecto importante en nuestra salud. Se estima que hoy en día se utilizan de 3.000 a 12.000 compuestos químicos y aditivos para alterar o mantener el color, el gusto, o la textura de la comida que ingerimos, así como para fines preservativos o de «fortificación» para restituir a lo que comemos los nutrientes que los procesos industriales le roban. Sin embargo, nos preocupamos más por lo que le ponemos a nuestros automóviles que por lo que le ponemos a nuestros cuerpos, y los médicos en general se empeñan en ignorar la importancia de la alimentación en el mantenimiento o pérdida de la salud.

¹²Cepaur y Fundación Dag Hammarskjöld: Desarrollo a Escala Humana, una opción para el futuro, Development Dialogue, 1986.

Las opciones

El paradigma emergente está destinado a tener reflejo, por definición, en todos los grandes campos del quehacer humano y en todos los ámbitos político-geográficos del planeta.

Sin embargo, tal reflejo tendrá que adaptarse a las necesidades o condiciones específicas de los distintos pueblos y regiones. Así, la situación del mundo en desarrollo requerirá de una atención especial al problema de la dependencia tan pronunciada que éste tiene de los grandes centros de poder del Norte, lo que a su vez implicará un mucho mejor aprovechamiento de los recursos propios del Sur para su autosustentación ¹³. El caso de las medicinas y la alimentación es muy ilustrativo de los grandes retos y posibilidades presentes en el mundo en desarrollo.

El caso de las medicinas . En materia de medicinas, ciertamente mucho puede hacerse a través de una mayor racionalización en la oferta de farmoquímicos, mediante el establecimiento de programas de medicamentos genéricos, esto es, programas que propendan a la disponibilidad de un conjunto de medicamentos básicos, que eviten la dispersión y drenaje de recursos que significa la adquisición de las miles de marcas superfluas lanzadas al mercado por las transnacionales farmacéuticas. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que con tan sólo unos 250 productos esenciales (compárese este número con las 50 mil marcas existentes en el mercado mundial) se podrían atender la gran mayoría de los problemas médico-sanitarios de cualquier país.

Sin embargo, en la medida en que la naturaleza farmoquímica de la producción de tales medicamentos genéricos sigue requiriendo de considerables insumos importados del mundo desarrollado, dependiendo del grado de producción nacional logrado por el país consumidor, los programas de medicamentos genéricos, desde el punto de vista económico, son sólo una solución parcial del problema de la dependencia en el consumo de medicinas. Por otro lado, existe otro recurso de acción para los países en desarrollo, de grandes posibilidades, pero hoy en día prácticamente inexplorado: la utilización de plantas medicinales o la fitoterapia.

Dos tercios de las especies vegetales del mundo se encuentran en los trópicos y, de éstas, se presume que unas quince mil especies pueden tener propiedades medicinales. Es irónico que en la actualidad importantes institutos de investigación del

¹³Para un pionero y bien documentado ensayo del paradigma en Venezuela, ver González, Francisco: Trujillo, el equilibrio fatalista, Fondo Editorial Portujillo, Caracas, 1986. Ver también Bhat, Keshava: Herbolario tropical. Una manera sencilla de vivir mejor, Editorial Texto, Caracas, 1986.

Norte realicen masivos esfuerzos de identificación de plantas medicinales del Sur, cuando nuestros países en general viven de espalda a tal recurso. Tal es el caso del Jardín Botánico de Nueva York, que bajo contrato del Instituto Nacional del Cáncer del gobierno de Estados Unidos, se ha propuesto la recolección anual de 1.500 especies de plantas en América Latina, en un programa de cinco años, con el fin de buscar curas para el cáncer¹⁴.

Algunas plantas del Sur ya son muy cotizadas en el mercado mundial, como es el caso de la zábila, muy demandada por la industria farmacéutica y de cosméticos. Actualmente, un kilo de pasta de zábila tiene un valor internacional equivalente a más de la mitad del precio de un barril de petróleo, y el principal exportador de este producto en el mundo es Sudáfrica, con 90 por ciento de la producción mundial, a pesar de producir una zábila de calidad inferior a la zábila de la latitud venezolana.

Se trataría, pues, de «redescubrir», a través de disciplinas como la etnobotánica, las propiedades curativas de plantas medicinales utilizadas por nuestros pueblos desde tiempos remotos y, a través de la fitofarmacología, producir industrialmente medicinas provenientes de insumos naturales autóctonos. El recurso a la fitoterapia sería por lo demás más consecuente con el nuevo paradigma planteado en el área de la salud; por los riesgos menores para el organismo que comporta el uso de este recurso en relación a los farmoquímicos, por su probada eficacia, y por el empleo más racional de recursos naturales propios. Es alentador observar que países del mundo en desarrollo como China, India, Brasil y México, le están dando creciente importancia al recurso de las plantas medicinales. El desarrollo de la fitofarmacología es particularmente importante en China, donde el consumo es masivo (unos 6.000 remedios son expendidos, resultado de la producción de 500 plantas de procesamiento) y donde existe una igualmente importante actividad exportadora (que tiene como destino unos ochenta países)¹⁵.

El caso de los alimentos. El problema alimentario se ha convertido fundamentalmente en un problema educativo y cualitativo (a pesar de que las explosiones inflacionarias puedan dar una importancia determinante a los precios de los alimentos en un momento dado). No sólo se requiere un consumidor más consciente y crítico de lo que come en términos de su adecuación a sus necesidades nutricionales, sino también de políticas de producción más acordes con los recursos disponibles. La naturaleza nos ofrece unas 80.000 especies vegetales comestibles; sin embargo, cul-

¹⁴Ver: «A Search in Nature for Antitumor Drugs», en: New York Times, 23 de diciembre de 1986.

¹⁵The Role of Traditional Medicine in Primary Health Care in China, Organización Mundial de la Salud, 1986.

tivamos intensamente apenas unas 150. Aún más, la mayoría de la población mundial se alimenta principalmente de unas 20 especies, entre las cuales se encuentran cereales como el trigo, el arroz, el maíz y el sorgo; tubérculos, como la papa y la yuca; y leguminosas, como el frijol y la soya¹⁶. Un ejemplo de un recurso alimentario desaprovechado en nuestros países es el amaranto, un grano más rico en proteínas que cualquier cereal, consumido tiempo atrás en forma extensa por las culturas aborígenes latinoamericanas, y desplazado de esa primacía pasada por los patrones consumistas de la importada sociedad industrial. Hoy en día su consumo tiende a ponerse en boga, irónicamente, a partir de los «descubrimientos» de nutricionistas norteamericanos.

No sólo desaprovechamos el consumo de valiosas especies vegetales, sino también el consumo de partes de los vegetales nutritivos. Así, en el caso del mismo amaranto, no sólo las semillas, sino también las hojas, consumidas en guisos o ensaladas, son valiosas en vitaminas y minerales (igual podría decirse de otras partes de los vegetales, tales como la cáscara y tallos, reservas de importantes nutrientes y fibras, aptas y provechosas para el consumo).

En definitiva, el campo de los alimentos ilustra también la necesidad y posibilidad de practicar otros patrones de consumo y de producción para garantizar a la población una alimentación más sana y autosostenida a través de verdaderas políticas agroalimentarias (y no sólo tecnicistas políticas agrícolas). Existen, incluso, posibilidades inéditas en este sentido en los mismos medios ciudadanos, a través de la agricultura urbana. Según una investigadora del Centro Internacional de Investigación sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo de París, a través de métodos de producción imaginativos, incluyendo huertos familiares y comunales, «hay posibilidades de utilizar el espacio urbano para producir en él hasta un 40 por ciento de las calorías y un 30 por ciento de las proteínas que necesitan sus habitantes, así como la mayor parte de las vitaminas y minerales básicos para la salud»¹⁷.

Conclusión

Los cambios planteados parecerán de una envergadura tal que quizás serán para muchos difíciles de imaginar o aceptar.

Sin embargo, como ha señalado un proponente de la nueva era:

¹⁶Súmar Kalinowski, Luis: «Nuevas alternativas alimentarias», Medio Ambiente, octubre-noviembre 1986, Lima, Perú.

¹⁷Silk, «Dana: Cosecha de alimentos y esperanzas», Trabajo en Progreso, Universidad de las Naciones Unidas, noviembre de 1986.

«...Durante nuestro reciente desarrollo como homo sapiens, particularmente durante el lapso de historia registrada que hemos tenido, hemos presenciado más de veinte civilizaciones importantes ascender y descender... Durante esas constantes vicisitudes, la humanidad ha experimentado salud y enfermedad, caos y estabilidad, guerra y paz, pobreza y prosperidad, felicidad e infelicidad, como si hubiésemos estado cabalgando en olas. Nuestra actual civilización y edad moderna no están exentas de esas fluctuaciones... Lo que estamos confrontando es la degeneración biológica, psicológica y espiritual de la humanidad, lo que puede conducirnos bien a la extinción gradual del homo sapiens, a través del aumento en el deterioro de nuestra condición física o espiritual, o bien a la extinción instantánea a través de la destrucción mundial resultante de la guerra nuclear... Necesitamos una autorrevolución para restablecer nuestra constitución biológica, psicológica y espiritual ¹⁸.

Y como lo ha señalado también un profundo estudioso de la historia de la humanidad:

«...en 1987 parecía que el predominio mundial que el Occidente había alcanzado iba a ser permanente. Aun en 1973 parecía que el predominio del mundo occidental no tenía precedentes en cuanto a su literal cobertura mundial, pero ahora se percibía que este predominio iba a ser tan transitorio como los pasados predominios con una cobertura menos que mundial de los mongoles, los árabes, los hunos, los romanos, los griegos, los persas y los asirios... El poder material del hombre ha aumentado hoy hasta el punto que podría convertir a la biosfera en inhabitable y, de hecho, va a producir este resultado suicida dentro de un período de tiempo previsible si la población humana del globo no toma una pronta y vigorosa acción concertada para contrarrestar la contaminación y expoliación infringidas en la biosfera por la ciega avaricia humana»¹⁹.

De modo que la historia nos muestra que es posible este cambio paradigmático de tanta envergadura que tenemos planteado; y, aún más, las amenazas sin precedentes que se ciernen sobre la supervivencia misma de la humanidad hacen imperativo dicho cambio.

La salud y la economía, integradas decisivamente por la variable ambiental, serán, como se ha sugerido en este trabajo, dos campos de importancia estratégica en la crucial transición en que nos encontramos. Pero, en definitiva, si entendemos a la salud en la acertada forma fundamental en que la concibe la Organización Mundial

¹⁸ Kushi, Michio: The Book of Macrobiotics, Japan Publications inc., 1977, Tokyo.

¹⁹ Toynbee, Arnold: Mankind and Mother Earth, Granada Publishing Limited, 1978, Londres.

de la Salud, esto es: «el bienestar físico, psicológico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad e invalidez», la salud debería adquirir una primacía ante la cual las otras ciencias, incluyendo a la economía, deben adaptarse, en aras del supremo objetivo del bienestar humano.

Referencias

- *Anónimo, NEW YORK TIMES-PRENSA. 23/12 - 1986;
- *Anónimo, THE ROLE OF TRADICIONAL MEDICINE IN PRIMARY HEALTH CARE IN CHINA. - Organización Mundial de la Salud. 1986;
- *Bhat, Keshava, HERBOLARIO TROPICAL. UNA MANERA SENCILLA DE VIVIR MEJOR. - Caracas, Venezuela, Editorial Texto. 1986;
- *Califano, Joseph, AMERICA'S HEALTH CARE REVOLUTION. - Nueva York, U.S.A., Random House. 1986; Historia, economía y algunas invisibilidades.
- *Cepaur; Fundación Dag Hammarskjold, DESARROLLO A ESCALA HUMANA, UNA OPCION PARA EL FUTURO. - Development Dialogue. 1986;
- *Ferguson, Tom, MEDICAL SELF-CARE. - Estados Unidos. 1987; Hacia una economía a escala humana.
- *González, Francisco, TRUJILLO, EL EQUILIBRIO FATALISTA. - Caracas, Venezuela, Fondo Editorial Portrujillo. 1986;
- *Illich, Iván, MEDICAL NEMESIS. THE EXPROPIATION OF HEALTH. - Nueva York, U.S.A., Random House Inc. 1976; A Search in Nature for Antitumor Drugs.
- *Kushi, Michio, THE BOOK OF MACROBIOTICS. - Tokyo, Japan, Japan Publications inc. 1977;
- *Maduro, Otto, REVISTA SIC. - Caracas, Venezuela; Self Care in the Information Age.
- *Max-Neef, Manfred, REVISTA COMUNIDAD. 41 - Santiago de Chile, Chile. 1984;
- *Max-Neef, Manfred, REVISTA COMUNIDAD. 43 - Santiago de Chile, Chile. 1984;
- *Mendelsohn, Robert, NATURAL HEALING THROUGH MACROBIOTICS. - Tokyo, Japan, Japan Inc. 1978; Hada una medicina autogestionaria.
- *PAUL.-Súmar-Kalinowski, Luis, MEDIO AMBIENTE. - Lima, Perú. 1986;
- *Silk, Dana, COSECHA DE ALIMENTOS Y ESPERANZAS. - Universidad de las Naciones Unidas. 1986;
- *Silk, Leonard, ECONOMICS IN PLAIN ENGLISH. - Nueva York, U.S.A., Simon Schuster Inc. 1986;
- *Toynbee, Arnold, MANKIND AND MOTHER EARTH. - Londres, Inglaterra, Granada Publishing Limited. 1978
- *Vegas-Fuente, Armando, LAS DROGAS: ¿UN PROBLEMA EDUCATIVO?. - Caracas, Venezuela, Editorial Kapeluz. 1986; Nuevas alternativas alimentarias.

*Ver Capra, Fritjof, THE TURNING POINT. - Nueva York, U.S.A., Bantam Books. 1983;