

## MEDICINA POPULAR Y SISTEMAS DE SALUD EN VENEZUELA

Jacqueline Clarac de Briceño\*

Podemos decir que un sistema de salud es una combinación de conocimientos, creencias, ideas, valores, símbolos, costumbres, roles, actitudes, ritos, normas, prácticas y técnicas alrededor del fenómeno enfermedad, que forman un sistema de relaciones, las cuales se confirman y refuerzan mutuamente. El conjunto de conocimientos y prácticas en relación con la salud se encuentra en estrecha relación entonces con el sistema de creencias, valores y prácticas sociales del grupo donde se da tal sistema de salud: ambos se confirman y refuerzan mutuamente y también pueden entrar en conflicto en un momento dado.

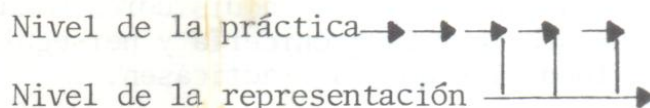
En todo sistema de salud se consiguen generalmente:

- a) Las representaciones simbólicas acerca de la salud y la enfermedad, acerca de los cuidados terapéuticos, acerca del cuerpo humano.
- b) Las prácticas terapéuticas en relación de correspondencia y, a veces, de oposición (en un sistema de transformación) con las primeras (es decir, con las representaciones simbólicas).

En relación de correspondencia con las representaciones: podemos tener esto como hipótesis, en relación a sociedades que durante mucho tiempo habrían desarrollado su propia dinámica cultural, sin interferencias de otras. Esto es posible, pero no demostrable en la realidad conocida hasta ahora por nosotros.

La situación probable más corriente (en la observación de los investigadores) es la situación en la cual por transformarse los grupos socioculturales en función de otros grupos socioculturales, las relaciones son de correspondencia al mismo tiempo y de oposición entre las prácticas y las representaciones, según el mayor o menor grado de compenetración cultural entre dos o más grupos.

Como las representaciones se encuentran a un nivel que resulta generalmente inconsciente en el grupo, mientras que las prácticas que se realizan implican necesariamente (por depender de la conducta para realizarse) un grado mayor de consciencia, estas últimas permiten una mayor facilidad a la observación y el aprendizaje. Podemos entonces inferir que, en un grupo determinado, las prácticas terapéuticas cambiarán con mucho mayor facilidad y rapidez que las representaciones. Y como los grupos humanos están permanentemente en contacto (a diferentes grados de intensidad) podemos inferir también que todo sistema de salud está en constantes transformaciones a nivel de la práctica médica, mientras que el nivel de las representaciones se mantiene incólume, por lo menos durante un tiempo mayor.



En los sistemas indígenas ameri-

\* Museo Arqueológico, Universidad de Los Andes - Mérida.

canos los conocimientos médicos se basaban y todavía se basan en creencias mágicas y religiosas, en los resultados prácticos de una experimentación médica empírica continua, en una relación estrecha con los fenómenos ecológicos, climáticos, meteorológicos del medioambiente, y en hechos de una vida cotidiana rica en interrelaciones humanas, con un alto contenido sociocultural.

Con la llegada de los españoles al llamado por ellos "Nuevo Mundo", las culturas indoamericanas vivieron un *ca*taclismo sociocultural, moral, religioso, económico, político, sanitario. En efecto, *la relación de dominación sociocultural* que establecieron los españoles incluía una dominación también sobre el binomio salud/enfermedad: No aceptaron que los médicos-sacerdotes -hechiceros indígenas siguieran utilizando sus ritos terapéuticos-mágico-religiosos, justamente por el contexto mágico-religioso de éstos, que los españoles se sentían en el *deber moral de destruir*, por su propia representación de exclusividad y monopolio religioso. Porque era más sensible el español al aspecto religioso de esos ritos terapéuticos y a su aspecto mágico que a su sentido terapéutico, hubo de su parte, frente al trinomio medicina-magia-religión de los indígenas una actitud de *desprecio* y de *temor*. Creía en efecto el español en la hechicería y sus efectos (no hay sino que leer todos los documentos de juicios a hechiceros (brujos) en los archivos de América como en los de Europa) y la temía. Además la perseguía por *convicción religiosa*. El Antiguo Testamento en la Biblia, y los Inquisidores mandaban suprimir la hechicería y perseguir a todos los que la practicasen.

Sin embargo, al mismo tiempo, el español no reparaba en acudir a ella cuando la necesitaba: Es así como utilizó a la hechicería de los africanos

en contra de los efectos de la hechicería indígena, por ejemplo, y a veces viceversa.

Con el advenimiento de la llamada "Independencia", la relación entre la medicina del hombre europeo y la del hombre autóctono de América (ambos presentes en el suelo americano) no varió: ambos sistemas siguieron siendo competitivos, a veces antagonicos, y recibieron ambos una influencia más o menos marcada del sistema africano importado por los esclavos al continente americano. Podemos decir que en la mayoría de los hogares venezolanos los tres sistemas médicos (el indígena, el europeo y el africano) se utilizaban paralelamente o mezclados, y todavía sucede así.

De modo que en Venezuela se articularon y siguen articulando varias representaciones de la enfermedad, procedentes de los distintos grupos étnicos que se han conjugado para constituir una nueva etnia todavía en formación en el país. Es así como es posible suponer que aquí se encontraron básicamente:

-Representaciones indígenas de varios grupos indígenas americanos respecto de la enfermedad,

-Representaciones del medio rural europeo, especialmente español y canario en los primeros siglos, luego portugués e italiano también.

-Representaciones de los grupos árabes que ocuparon tanto tiempo a España, y que nos llegaron a través de los españoles.

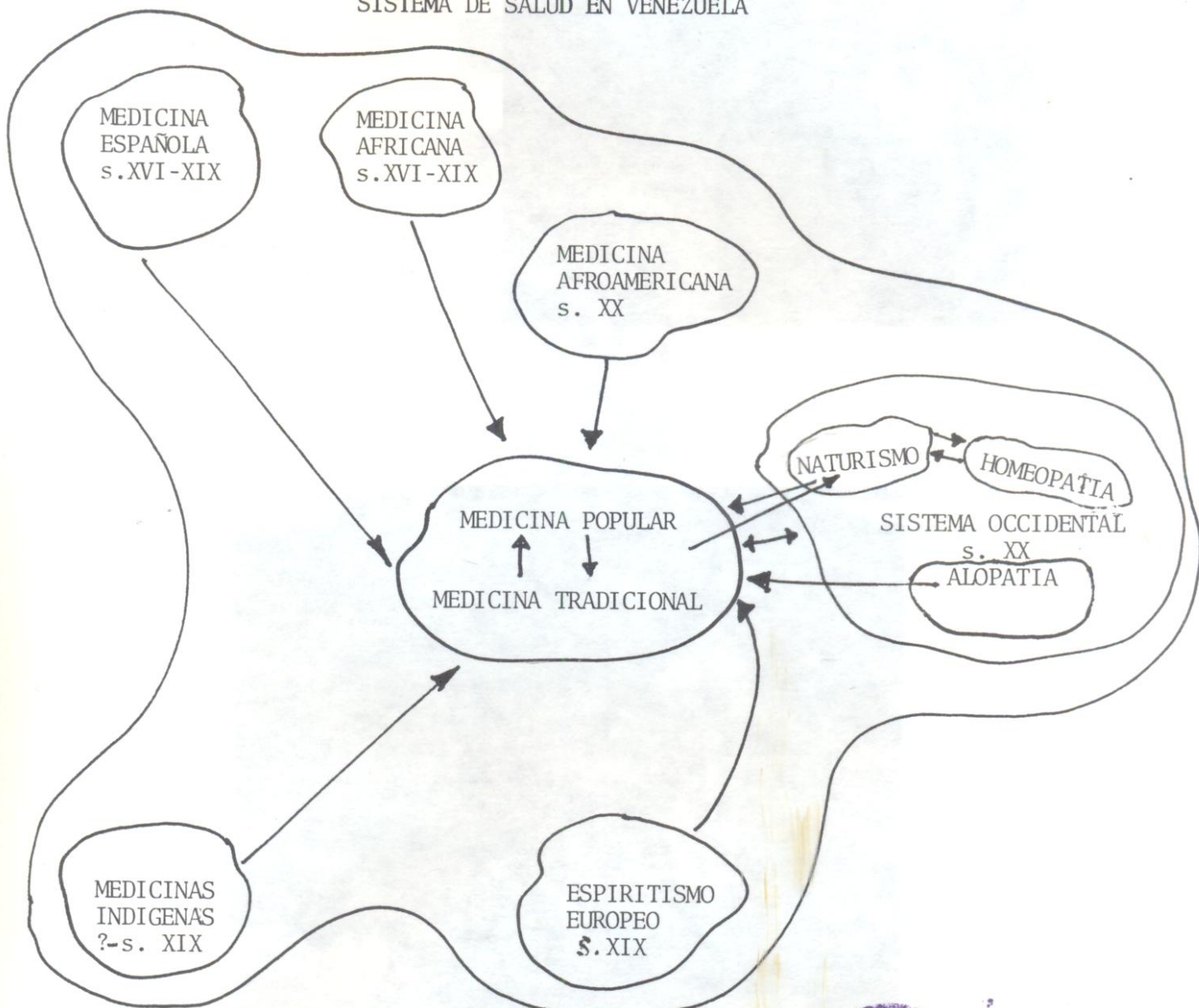
-Representaciones africanas, de varios grupos étnicos traídos a América.

-Representaciones de la medicina

científica occidental, que empezó a penetrar a partir del siglo XVIII pero que ha hecho el esfuerzo de extenderse a todo el país en el siglo XX; con las distintas representaciones de la enfermedad que ha tenido en el curso de su evolución del siglo XVIII hasta hoy.

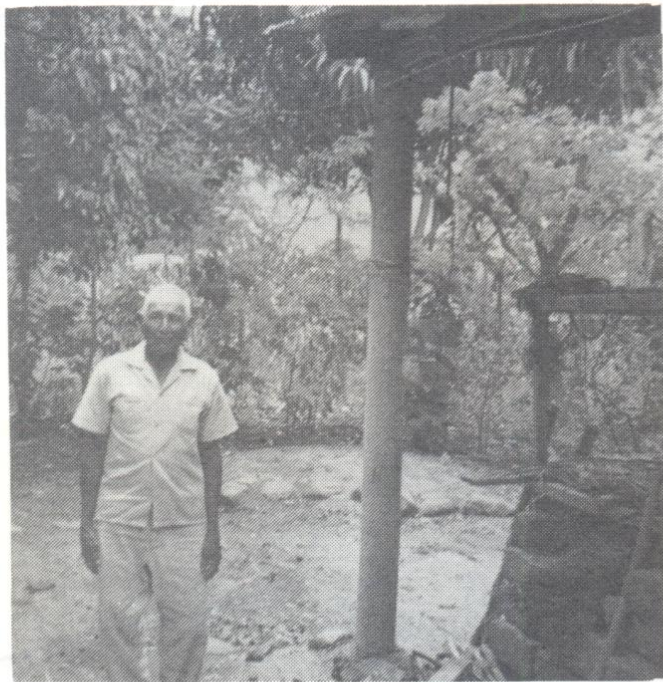
Ahora bien, en relación a mi propio trabajo de investigación, realizado en la Venezuela petrolera (y postpetrolera?) de finales del siglo XX, la realidad que he podido observar me ha permitido reconstruir el:

SISTEMA DE SALUD EN VENEZUELA



RECONSTRUIDO POR EL ANTROPOLOGO





Médico tradicional  
Lagunillas de Mérida



Médico popular  
Mérida (Río La Pedregosa)



De modo que tenemos:

A.- Una representación "tradicional" de la enfermedad y de la medicina, que se puede ubicar en cuanto a espacio físico en la zona rural principalmente, y es una re-estructuración de una representación indígena (o de varias representaciones indígenas) al entrar en contacto con las representaciones españolas acerca de lo mismo: es decir, con las representaciones populares de la enfermedad en la España de los siglos XVI, XVII, XVIII y XIX, y con ciertas representaciones africanas. Estas representaciones españolas de la enfermedad y de la medicina ya habían integrado anteriormente ciertas representaciones árabes durante la ocupación árabe de España.

*Esta representación "tradicional" de la enfermedad y de la medicina evoluciona en Venezuela, especialmente en el siglo XX, y se desarrolla bajo una variante urbana, la cual empieza a integrar todas las otras corrientes de representaciones que llegan a la ciudad, lo mismo de tipo "espiritista" europeo que "espiritista afroamericano", esotérico (representaciones recibidas de varias escuelas que se dicen "esotéricas", que conquistaron el país y que proceden de Europa y Asia) y, finalmente, integra a su manera la medicina científica alopática occidental.*

B.- Las representaciones de la enfermedad y de la medicina de la cultura occidental, representadas en Venezuela particularmente por la medicina alopática y en grado ínfimo (pero creciente) por las medicinas homeopática y naturista. Además penetra también en el país la medicina acupunturista oriental, aunque no ha llegado todavía a la medicina tradicional en transformación

en la ciudad, o medicina "popular".

En relación a la concepción popular urbana de la enfermedad, logré reconstruir la clasificación siguiente:

- 1.- Las "enfermedades del médico"
- 2.- Las "enfermedades postizas"
- 3.- Las "otras enfermedades" (o enfermedades "naturales").

1.- Las primeras, o "enfermedades del médico" comprenden todas las enfermedades nombradas y tratadas por el médico científico oficial, o médico formado en Facultad de Medicina, es decir: dentro del contexto de la medicina occidental alopática. En esas enfermedades tenemos: mal de Chagas, infarto, hepatitis, gastroenteritis, enteritis, taquicardia, gripes virales, todas las enfermedades debidas a "un virus"... etc.

El término "enfermedades del médico" desvela una realidad: son enfermedades producidas (a nivel de la representación) por el médico: En efecto, sin la medicina científica occidental no existen tales enfermedades. Empiezan a existir a partir del momento cuando llegan los médicos. Es decir, su existencia se debe a la difusión que hacen los médicos oficiales ("legales") de su terminología al diagnosticar a pacientes en medicaturas, dispensarios, ambulatorios y hospitales. En efecto, a nivel de las representaciones de los pacientes, no existe un fenómeno universal llamado "enfermedad", independiente del médico, y que puede recibir nombres distintos, según las representaciones:

TERMINOLOGIA  
científica



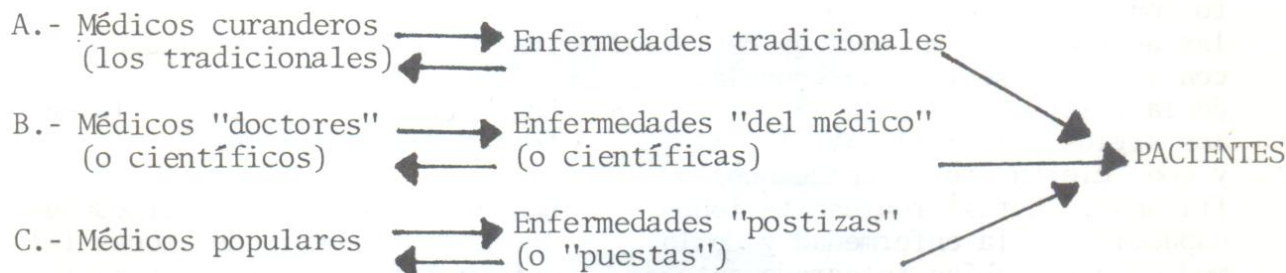
ENFERMEDAD



TERMINOLOGIA  
popular

*Esta es la representación del médico "científico" frente al pluralismo médico.*

*Esta no es la representación de sus pacientes frente al mismo fenómeno: Ellos conciben la enfermedad dependiendo del médico que trata:*



No hay relación necesaria entre A, B y C: Se trata de 3 mundos de la enfermedad, pudiendo el hombre enfermarse en uno de los tres, y por esto, según el mundo de la enfermedad en el cual se enferma, dependerá de un tipo de médico, el que corresponde a ese mundo.

Un grupo de enfermedades no tiene existencia entonces sino *porque* existe el médico que es capaz de reconocerlas, nombrarlas y tratarlas. De modo que podemos decir que, a nivel de la representación del paciente, *el médico produce la enfermedad*, y como hay varios tipos de médicos, que reconocen, nombran y tratan enfermedades de modo distinto, las enfermedades reconocidas (causa y sintomatología) nombradas (terminología) y tratadas (terapéutica) son distintas de un mundo médico al otro.

Sin embargo, los pacientes no tienen un nombre necesariamente para cada grupo de enfermedades (según el médico): Las enfermedades del grupo A (las que tratan los médicos tradicionales) no son nombradas en conjunto: Esto se debe, pienso, a que fueron las primeras en existir, y era un tiempo (antes

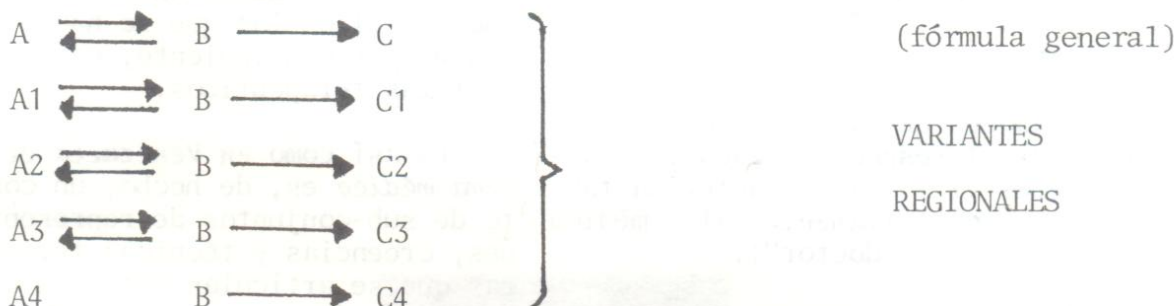
del siglo XX sobre todo) cuando no existían sino ellas, de modo que no hacía falta distinguir las de otros conjuntos de enfermedades.

En efecto, el orden de aparición de esos distintos grupos de enfermedades ha sido como sigue:

- 1.- Conjunto A (época anterior al surgimiento de hospitales)
- 2.- Conjunto B (cuando surgen hospitales y medicaturas)
- 3.- Conjunto C (como resultante necesaria del encuentro entre el conjunto A y el conjunto B) (es decir, es el conjunto mediador entre A y B).

Podemos decir que el *Conjunto A de enfermedades* tiene variantes regionales en Venezuela (de las cuales sólo conozco, por haberla estudiado en particular, la variante andina), mientras que los Conjuntos B y C son iguales en toda ciudad venezolana, las variantes introducidas en ellos siendo las que se refieren a la *conexión* entre el Conjunto A y el *Conj*

to B; es decir, según la región podemos tener:



B es invariante (Medicina oficial)

Las enfermedades del conjunto C pueden ser vistas entonces como generadas en la ciudad por el encuentro entre el conjunto A y el conjunto B. Son las enfermedades del cambio económico cultural, y se han venido diferenciando del conjunto A e inspirando del conjunto B sobre todo a partir de los años 70, es decir, cuando Venezuela se urbaniza a ultranza, por la riqueza petrolera debida a los enormes ingresos por el petróleo.

Las enfermedades "postizas" integran en efecto las enfermedades A (enfermedades tradicionales rurales) y las del grupo B (enfermedades "del médico", o "científicas"), pero en una reinterpretación dinámica, que no es una simple agregación de A y de B.

Ahora bien, la concepción del "médico productor de enfermedades" no es absurda, no es extraña al antropólogo, y no es específica de nuestra sociedad. El médico, en los sistemas socio-médicos (que son los sistemas más comunes en la humanidad) es a

la vez "el que cura" y "el que provoca enfermedades" (o que "manda" enfermedades). En efecto, como "conoce" la enfermedad, conoce su causa, y este conocimiento le da entonces poder para utilizarlo: puede provocar la causa y mandar así la enfermedad. Hay incluso enfermedades concebidas como siendo única y exclusivamente provocadas por el médico: es el caso en los Andes del "moján" o enfermedad del moján, o "Mojanazo", conocida por todos los andinos y temida por ellos, pues es la enfermedad provocada por el "moján", médico-hechicero de la tradición andina desde la época prehispánica: Sólo él la puede "mandar" (o "poner") y sólo él la puede curar, a menos que otro moján "más fuerte que él" se encargue de hacerlo. (Ya traté esto en mi obra *Dioses en Exilio*, Parte II, Cap. 2, y Parte IV, Cap. 2).

Se trata entonces de una transposición del médico tradicional (sobre todo cuando además es también hechicero, como es el caso del moján) al "doctor" (médico científico) y al mé

OBSERVACION: Debemos recordar que, cuando hablo del Conjunto A de enfermedades, me refiero a una concepción tradicional de la enfermedad que es ella misma ya una resultante de 3 ejes culturales principales, en los cuales el eje andino autóctono, en el caso de los Andes, parece haber sido el eje estructurante.

dico popular, en la mente del paciente. Y el *dualismo* que caracteriza *explícitamente* al médico tradicional, *moján* o *yerbatero*, así como caracteriza igualmente a los dioses autóctonos, iniciadores de los hombres en la medicina y creadores de las primeras enfermedades (ver al respecto Dioses en Exilio, Partes II y IV) caracteriza también, pero *implícitamente* al médico "científico" (el "doctor").

Podemos observar que esta representación del médico causante de enfermedad no está tan lejos de la representación científica actual del médico: Este receta medicamentos que, si bien curan una enfermedad determinada, pueden provocar otra.

Los sistemas médicos tradicionales, lo mismo que el sistema médico científico occidental, atraviesan fronteras, pasan de una sociedad a otra, de una cultura a otra. Es muy difícil -para no decir imposible- para un antropólogo, por lo menos actualmente, encontrar un sistema médico *tradicional* que sea la creación y propiedad de un solo grupo: de hecho, la situación es, en toda sociedad, que existe un pluralismo médico, mayor o menor según los grupos, donde se entrecruzan y entre-influencian modelos etiológicos y terapéuticos, aportes médicos de religiones importadas y/o sincréticas, etc., articulación en la cual juegan también un papel importante (y más importante cada día) las nociones y conductas sacadas de la medicina occidental.

Para detectar tal situación, no se debe trabajar entonces *sólo* sobre el discurso del médico, o de los médicos (los que sean), ya que ahí no siempre es perceptible la situación: cada médico es representante, en efecto, o de un sistema en particular, o de una selección e interpretación de varios sistemas. Es importante trabajar sobre el discurso de los pacientes también, ya

que es ahí donde se puede hacer más perceptible y aprehensible el pluralismo médico cuando existe, puesto que son ellos los que se hacen curar y que, por consiguiente, escogen los sistemas terapéuticos.

Es así como en Venezuela el sistema médico es, de hecho, un conjunto de sub-conjuntos de representaciones, creencias y técnicas terapéuticas que se articulan entre sí *sin cesar*; de modo que, al estudiar todos esos sub-conjuntos, se descubre una articulación *del momento*, porque las transformaciones son rápidas en nuestra época, por distintas razones: demográficas, migratorias, comunicaciones más fáciles y rápidas, etc.: hay una concentración de poblaciones de distintas procedencias pero que comparten una misma problemática sociocultural en un lugar determinado del país. Frente a esa problemática sociocultural tienen que encontrar soluciones individuales, pero éstas se insertan en soluciones grupales; por una razón histórico-económico-política también: la situación temporal de Venezuela dentro de la problemática mundial, y la situación interna del país en relación con ésta.

No tengo la *intención* de construir aquí una teoría antropológica de la medicina y de la enfermedad (aunque no se descarta que la pueda construir en un futuro), sino de *re-construir* el discurso que representa la enfermedad en Venezuela, a distintos niveles.

La dificultad de esta empresa consiste en la articulación de los datos obtenidos a través de una observación sistemática, constante y multiplicada de los métodos terapéuticos, de las actitudes, de las creencias, de las prácticas ritualísticas, dentro de un contexto socioeconómico

en plena transformación y, por consiguiente, en plena transformación cultural también (datos obtenidos a través del acercamiento etnológico, y tratados por el acercamiento antropológico).

Si distingo ambos acercamientos, es porque *son* distintos: el etnológico permite un acercamiento que aísla el objeto para observarlo concretamente (a partir de la realidad en la cual está inmerso) permitiendo luego su comparación analítica con otros objetos similares, o con variantes de ese mismo objeto; mientras que el acercamiento antropológico permite analizar el objeto dentro del conjunto de sus articulaciones con otros objetos (similares o distintos) es decir, dentro de la realidad sociocultural total del momento; se implica en este momento histórico, sin embargo, el pasado también de tal realidad, es decir, ésta se percibe como la resultante actual de un sinfín de transformaciones en el tiempo y en el espacio.

En las sociedades poliétnicas (y debemos convenir que éste es el caso de Venezuela), constituye a menudo un problema el encuentro de las medicinas tradicionales con la medicina científica de origen occidental. Este problema se transforma a veces en conflicto más o menos abierto, más o menos declarado: Este es también el caso de Venezuela, aunque aquí el conflicto no es sentido como tal por todos los sectores de la población: El es visto como conflicto sobre todo a partir de la representación de los médicos "científicos" acerca de "lo que debe ser", que ellos confrontan con "lo que es", confrontación que a menudo les causa reacciones emotivas. El conflicto es sentido también como tal por los "otros" terapéutas (médicos tradicionales y populares) en la medida que son perseguidos, encarcelados, multados, sus centros cerrados, provisional o definitivamente.

En cuanto a los pacientes, no se sienten realmente afectados, no participan en el conflicto, siguen consultando paralelamente a la medicina científica y a alguna o algunas medicinas populares o tradicionales; también a veces van al médico homeópata o al acupunturista, pero en estos últimos casos la cantidad de pacientes es mínima en relación a los de curanderos tradicionales o "populares". De modo que el *verdadero conflicto* reside entre la medicina científica y las medicinas tradicionales (que tienen varias tradiciones indígenas y/o africanas), incluyendo en éstas las medicinas tradicionales transformadas que son las que he llamado "populares".

Desde que en Venezuela se ha extendido la red hospitalaria (a través de hospitales, ambulatorios, dispensarios, medicaturas) la "medicina científica" ha irrumpido en la vida de los venezolanos, se ha hecho accesible a todos, *por lo menos teóricamente*.

En efecto, en la práctica muchos de esos centros no funcionan en absoluto, o funcional mal, o en parte solamente. No hay sino que leer la prensa diariamente al respecto, especialmente en lo que trata de los problemas que confrontan los hospitales: Falta de presupuesto según unos, presupuesto mal administrado, según otros, irresponsabilidad del personal médico y/o paramédico; robo de equipos, instrumentos, aparatos, medicamentos; falta de camas, de sábanas, de ropa especial, ni hablar de la falta de medicamentos, jeringas, etc. huelgas de médicos.....

No hay sino que ir a estudiar el funcionamiento de las medicaturas rurales: sólo son atendidas por enfermeras, o no las atiende nadie. Los médicos faltan, cuando hay médicos

no se interesan por el medio rural donde están y sueñan de regresar a la ciudad, o su esposa presiona para que regresen a la ciudad... cuando son responsables, no tienen experiencia suficiente, se sienten aislados, sin verdadero respaldo, no reciben los medicamentos que necesitan...

Con la co-existencia de los sistemas médicos en Venezuela, entonces, nos encontramos frente a un conjunto que, a través de sus distintos subconjuntos terapéuticos, ofrece todas las formas de respuestas médicas que esta sociedad pide, y permite así su coexistencia, a nivel de las representaciones de los pacientes en general, y a nivel de muchos terapeutas.

Se ha organizado en la práctica, e inconscientemente, a nivel de las representaciones colectivas, toda una distribución de los roles entre los distintos médicos. Los médicos populares y tradicionales tienen conciencia de esta distribución, lo mismo que todos los pacientes venezolanos (o casi todos); mientras que el médico oficial (el "científico", o "legal") ignora tal distribución de roles, a menos que él mismo sea también paciente de la medicina tradicional o de la popular, como sucede a veces, en cual caso compartirá la misma representación de la distribución de roles que los pacientes y que los "otros" terapeutas (los tradicionales o populares), y aceptará entonces el rol que le asigna la colectividad como "médico científico" ("el doctor" en lenguaje popular).

El espectro de los recursos terapéuticos -así como de las demandas explícitas de esos recursos por parte de la población- es mucho más amplio que lo que al respecto se imagina el "médico científico". Sus propios pacientes, menos excepciones, tienen de la enfermedad una representación mucho más global que la suya propia, representación

según la cual el médico ha de encargarse del enfermo en forma global y personalizada, y sin separarlo de su contexto social (al contrario, remitiéndolo a su contexto social), una representación en la cual hay todo un universo simbólico que el médico popular sabrá manejar con mayor habilidad que él.

#### ROLES COLECTIVAMENTE ASIGNADOS A LOS MEDICOS POR LA OPINION COLECTIVA

Los roles que generalmente asignan a los distintos médicos a) la opinión colectiva y b) los médicos tradicionales y populares, c) algunos de los médicos "científicos" son como sigue:

A.1 La medicina "científica" sirve para los casos de emergencia sobre todo, para tratar las enfermedades "agudas" (no las crónicas) cuando éstas son consideradas debidas a causas no espirituales, o para los accidentes. Dentro de las emergencias se incluyen los accidentes.

2 La medicina "científica" sirve además socialmente, en relación al trabajo: ofrece los certificados médicos necesarios: a) para obtener cierto tipo de trabajo; b) para obtener permisos más o menos largos para ausentarse del trabajo sin problema.

No se considera nunca que esa medicina puede llegar hasta atacar las causas profundas, o "verdaderas" de las enfermedades. Por esta razón, a nivel de la opinión colectiva, no es recomendable utilizar sólo la medicina "científica": se la puede utilizar, pero hay que completarla con "otra" medicina, la cual sí busca las causas "verdaderas" y las trata... Algunos médicos "científi-

cos" comparten este punto de vista. He aquí algunas respuestas comunes entre los jóvenes médicos, acerca de la pregunta "¿Qué es la Medicina?":

- a) Es el arte de *aliviar* las enfermedades.
- b) Son *técnicas* que se utilizan para *tratar* las enfermedades.
- c) Es eliminar o al menos aliviar el *dolor* de otras personas.

B.1 A la medicina "tradicional" se le atribuye el mismo rol que a la medicina "popular", aunque está en regresión ante ésta que procede en parte de ella. La medicina "tradicional" está en desventaja *actualmente*, en efecto, frente a la medicina popular, mientras tanto no utilice también farmacopeos y las técnicas llamadas "espiritistas". Veamos entonces el rol que ha tenido, y que sigue teniendo en la zona rural, que es el mismo atribuido a la medicina "popular", la cual se desarrolla en zona urbana:

2 La medicina popular, que se centra cada día más sobre el "espiritis-

mo", es decir, la posesión por "espíritus" y que reintegra la medicina tradicional, re-estructurándola en base a técnicas y representaciones "más modernas", es la medicina practicada por los *especialistas "del tratamiento de las causas profundas"* (o "verdaderas") de las enfermedades. Estos son, por consiguiente, en las representaciones de los venezolanos, más imprescindibles que los médicos "científicos" cuando se trata de curar los males (los que sean).

Por supuesto, cada médico "popular" le da libre curso a su *creatividad terapéutica* (en esto reside también su capacidad para atraer una clientela mayor) y recibe influencias diversas, que él re-interpretará. Esto crea dentro del sistema médico total *numerosas combinaciones* de representaciones y prácticas, muy dinámicas, las cuales producen a su turno nuevas innovaciones y combinaciones, con un *substrato social* muy complejo.

Podríamos resumir entonces los roles adscritos a cada tipo de médico así:

- |                                   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|
| 1) Medicina científica            | → | Para los síntomas exteriores y ciertas relaciones de trabajo.                             |
| 2) Medicina popular y tradicional | → | Para las causas "verdaderas", también llamadas "espirituales", de <i>todos</i> los males. |

#### BIBLIOGRAFIA

Ver del mismo autor: *La enfermedad como lenguaje en Venezuela* (en preparación).