

La Medicina Popular en Venezuela como Alternativa al Sistema de Salud de una Modernidad en Crisis

Malin Pino de Casanova (*)

Resumen

La sociedad venezolana ha tenido que enfrentar en los últimos años una crisis muy severa que ha colocado a más del 60% de la población en situación de pobreza y de "exclusión" social. El encarecimiento exponencial de la medicina privada y el deterioro de los servicios públicos de salud parecieran irreversibles excluyendo a un número cada vez mayor de venezolanos del sistema médico institucional, constituyéndose entonces la **medicina popular** en una alternativa - política, económica y simbólica - cada vez más generalizada frente a la crisis de nuestro sistema sanitario. Así, es desde esta perspectiva compleja, que nos proponemos reflexionar sobre la medicina popular en Venezuela como alternativa al sistema oficial de salud, dentro del marco general de la modernidad, cuyos valores y pilares

* Jurista especializada en sociología y filosofía. Profesora e investigadora en la Facultad de Ciencias Políticas y Jurídicas y en el Grupo de Investigaciones Socio-antropológicas de la Ciudad (GISAC). Universidad de los Andes. Telefax:(58)(74)403960.E-mail:malin@telcel.net.ve

fundamentales se “quiebran” actualmente.

Términos clave: modernidad, complejidad, alternativas, medicina occidental, medicina popular, medicina tradicional.

Abstract

POPULAR MEDICINE IN VENEZUELA AS AN OPTION TO THE DE-FUNCT PUBLIC HEALTH SYSTEM

During the past two decades Venezuelans have had to face a situation in which more than 60% of the population has become increasingly poor and lives at below subsistence levels. Private medicine is beyond their means and public health services are inadequate. An increasing number of people abandon the public health system. Alternative medicine is becoming a very common option in an era in which the essential pillars of social responsibility have tumbled.

Key words: modernity, complexity, alternatives, western medicine, popular medicine, traditional medicine.

“... la enfermedad, como todo lo que concierne al hombre, es un fenómeno que ha perdido el carácter netamente natural que presenta en los animales y las plantas, para adquirir un carácter netamente cultural, el cual incluye un rasgo misterioso y sagrado, debido a la estrecha relación que obligatoriamente guarda con la muerte, ese fenómeno misterioso e inevitable, a la vez tan familiar y tan extraño al hombre”

JACQUELINE CLARAC DE BRICEÑO

“LA ENFERMEDAD COMO LENGUAJE EN VENEZUELA”

“Lo político propiamente dicho surge, como es sabido, donde termina la omnipotencia del dogma, sea éste religioso o ideológico”

FERNANDO MIRES

“LA REVOLUCIÓN QUE NADIE SOÑÓ”

“Yo busco simplemente reencontrar el espacio del secreto (...) El secreto es un desafío al orden de la verdad y del saber (...) sin que ninguna clave de interpretación, ningún código venga a resolverlo”

JEAN BAUDRILLARD

“L'AUTRE PAR LUI-MÊME”

Introducción

Ocho de cada diez venezolanos recurren actualmente a lo que se ha dado en llamar medicina popular. Más del 40% de la población abandona los servicios de las clínicas privadas y sólo se dirige a los hospitales “cuando la salvación depende de un yeso o un bisturí”. El costo de los servicios y los medicamentos, 10.000 a 20.000 Bs. por consulta con recípe de remedios que cuesta el doble, excluye de hecho a un porcentaje cada vez mayor de venezolanos del sistema médico institucional, constituyéndose así la medicina popular en una alternativa cada vez más generalizada frente a la crisis y al colapso de nuestro sistema de salud oficial.

Para nosotros dicha situación puede explicarse desde una doble perspectiva: los elevadísimos costos que supone el acceso a la medicina privada y el estado de abandono casi total y de colapso del sistema de salud pública, por un lado, así como, de otra parte, el movimiento social generalizado que opera un desmontaje de la ciencia como dogma dando origen a un tipo de pensamiento y de práctica social que desacraliza el que prevalecía como modelo rector, lo cual nos remite al orden de lo simbólico en tanto que producción de significados y sentido. Orden que para nosotros es fundamental porque referirse sólo a las estructuras sanitarias institucionales, aún cuando se haga desde una óptica crítica, supone quedar todavía atrapado en la lógica del modelo médico occidental y del paradigma moderno, positivista y racionalista que lo sustenta y que lo nutre. Pero sabemos que otros sistemas, con otras representaciones y prácticas relativas a la enfermedad, a la salud, al cuerpo, a la vida y a la muerte existen a todo lo largo de nuestro territorio nacional, correspondiéndose esto con la multietnicidad y la complejidad que nos caracterizan. El sistema médico deja entonces de ser unívoco para devenir plural: al sistema científico occidental y racional (bio-médico) se yuxtapone el sistema socio-médico constituido por las vertientes de la medicina tradicional, la medicina popular urbana y las medicinas alternativas¹.

Así, desde esta doble perspectiva que proponemos nos encontramos con una articulación entre lo operativo (lo utilitario-lo económico) y la producción de sentido que hace del sistema socio-médico, particularmente de la medicina tradicional y popular, un espacio cuyo contrapeso frente al sistema médico occidental y al discurso científico oficial, que lo sostiene y que lo nutre, no podemos ignorar.

El sistema socio-médico conforma en consecuencia un novedoso espacio social constituido por “*múltiples actores que recorren dife-*

rentes direcciones, produciéndose colisiones y alineamientos que no se ajustan a ningún plan preconcebido"(MIRES, 1996:133), dando lugar a órdenes o desordenes nuevos, no decididos de antemano, que descosifican, desnaturalizan y desbiologizan el enfermo, la enfermedad, la salud, el cuerpo, la vida y la muerte, produciendo así otras significaciones y sentidos. Y, sobretodo, haciendo estos múltiples actores de su exclusión frente al sistema de salud oficial condición de inclusión en nuevos proyectos sociales y nuevas formas de vida individual y colectiva. Espacios donde se intenta arrancar al Estado la gestión solitaria de los cuerpos devolviendo a los propios actores su sentido y su destino, redotándolos de relaciones de pertenencia y de adhesión donde los vínculos de solidaridad y de integración constituyen elementos esenciales.

Se erige entonces el sistema socio-médico, y muy particularmente la medicina popular, como alternativa a una crisis profunda de la medicina institucional, crisis cuyas manifestaciones económicas, operativas, instrumentales, no son sino expresiones de procesos más profundos y complejos donde lo simbólico-cultural, en tanto que producción de significaciones y sentido, se talla un espacio indiscutible.

La solidaridad versus la soledad presente en las prácticas de la medicina popular va a contribuir a desestructurar el entramado simbólico de los paradigmas modernos donde se ancla, se inscribe y se nutre la medicina científica occidental con su sistema de representaciones y prácticas que, parafraseando a Jacques ATTALI, no es más que la organización colectiva de la gestión solitaria de los cuerpos².

El sistema socio-médico constituye entonces, y fundamentalmente, para nosotros una alternativa que al anclarse al terreno de lo simbólico-cultural nos remite a la esfera de la alteridad radical, de la otredad, de esa otra lógica que expresan esos otros sistemas médicos que aún cuando nos digan la anomalía, la incoherencia y la catástrofe, que aún cuando en ocasiones jueguen con la muerte y con ciertas reglas misteriosas, violentando la razón, nuestra razón occidental, también es

(1) En esto difiere nuestro análisis del llevado a cabo por Jacqueline CLARAC puesto que ella ubica las mismas dentro de la medicina científica. Nosotros pensamos que sería más justo ubicarlas dentro de sistema socio - médico pues aun cuando no se definen siempre en términos de estructuras mágico- religiosas, tienen dichas manifestaciones una concepción holística del hombre y una visión de la enfermedad y de la salud en términos de procesos socio - culturales, constituyendo lo biológico y lo "natural" expresiones de procesos más complejos.

(2) La frase original de ATTALI es "esta sociedad no es más que la organización colectiva de la destrucción solitaria del tiempo". (La parole et l'outil. PUF. Paris, 1975:9).

cierto que nos enfrentan a ciertos signos que pudiesen ser en definitiva aquellos del destino.

Es desde esta perspectiva integradora, operativa e instrumental; política, cultural y social; pero fundamentalmente simbólica, que nos proponemos reflexionar el sistema socio-médico en sus diferentes expresiones como alternativa a la crisis y al colapso del sistema médico oficial.

Perspectiva Teórico-Methodológica (o Dibujando un Mapa)

Fieles a la idea que ya hemos presentado en anteriores reflexiones, pensamos que la metodología se ancla a una visión del mundo, a un paradigma. Inscibimos entonces nuestras reflexiones dentro del movimiento social generalizado desacralizador del dogma científico racionalista y positivo, ubicándonos dentro de aquellas corrientes constructivistas pues estamos persuadidos que la realidad se construye entre personas y en cultura. O mejor aún, como hermosamente lo expresa Maturana “...la única trascendencia que podemos experimentar en nuestra soledad individual surge a partir de la realidad consensual que creamos juntos con los demás; esto es, en el amor de unos a otros” (Citado en Mires, 1996:176). En síntesis, que organizamos individual y colectivamente nuestra visión de la realidad, y en su interior nos relacionamos por medio de las palabras que hemos inventado para construirla (ibídem). Vamos a situarnos, en consecuencia, fuera de los marcos del positivismo racionalista y vamos a concebir los paradigmas como procesos constitutivos del saber, como supuestos para organizar la investigación. Desde esta perspectiva nos acercamos entonces a las visiones constructivistas y a los marcos conceptuales posmodernos lo cual nos hará insistir más en la generación que en la verificación de teoría, intentando analizar globalidades con sentido.

Ahora bien, situarnos fuera del racionalismo positivista no supone carecer de vías, no nos hace huérfanos de itinerario. Desde esta perspectiva, y junto con Edgar Morin, nos situamos dentro de una visión multidimensional “que se esfuerza en asimilar los logros de todas las disciplinas y de todos los métodos”. Tal vez porque nos anima el poder expresar “una corriente asfixiada por las corrientes técnico-sociológicas dominantes”, así como “poder representar el rol del elemento marginal, a la vez negativo (polémico) y positivo (reconstructor)” (Morin, 1989: 159). Nos percibimos dentro de una corriente

interpretativa que pretende mirar el acontecimiento de una manera tal que el propio observador esté dentro de lo observado. Lo objetivo y lo subjetivo desdibujan así sus contornos para que la actitud estrictamente "profesional" dé paso también a la percepción, a la intuición, a la simpatía (Morin, 1989).

En este orden de ideas, y siguiendo siempre las vías abiertas por Morin con su método complejo y multidimensional, hemos llevado un diario de anotaciones que expresa *"relaciones, memoraciones en cadena de hechos inconscientemente registrados"*. Hemos privilegiado *"adherencias subjetivas (impresiones, sentimientos) que ofrecen a la mirada exterior... materia que permite dilucidar...el problema clave en todo esfuerzo de objetivación: la pareja sujeto-objeto de la investigación misma"* (Morin, 1989:168).

La dinámica planteada nos ha hecho privilegiar las historias de vida como estrategia fundamental y la entrevista en profundidad y la observación participante como vías esenciales. En cuanto a los datos, hemos decidido procesarlos desde múltiples perspectivas: sin excluir en algunos casos la estadística, hemos utilizado la hermenéutica, la fenomenología y la filosofía del lenguaje. Creemos que este itinerario permite la emergencia de la personalidad, las necesidades esenciales y la concepción de vida del propio entrevistado. Para esto hemos recurrido bastante a la intuición más que a reglas demasiado rígidas, considerando que es *"la duración y no la técnica, la simpatía y no la habilidad"* lo que constituye el fundamento del éxito (Morin, 1989:169). Nos hemos propuesto comunicarnos dándole la palabra al entrevistado, una palabra libre, en lo posible, de inhibiciones y molestias. En este mismo orden de ideas nos hemos dejado interrogar, hemos instaurado el diálogo para que la entrevista, la palabra, nos lleve hacia *"ese continente inexplorado del mundo moderno: el OTRO"* (ibídem:170). Dentro de las perspectivas constructivistas y dialógicas hemos querido entonces interrogar los actos, las palabras y las cosas dentro de un "terreno" que para nosotros es esencialmente humano. Siguiendo de muy cerca el itinerario propuesto por Morin, hemos buscado *"la liberación de la energía psico-afectiva que provoca toda entrevista en profundidad, (...) traduciéndose esto en un flujo de comunicación donde lo imaginario y lo real están íntimamente confundidos. En efecto, el sujeto dirá al mismo tiempo aquello que él es, aquello que cree ser y aquello que quisiera ser"* (Morin, 1989:189).

Dentro de este orden de ideas nos hemos centrado fundamentalmente en el discurso de los pacientes, evocador de la diversidad de sus representaciones, recursos e itinerarios terapéuticos; expresivo

del pluralismo médico y de la diversidad cultural que nos definen. Este recurso metodológico nos ha mostrado el cruce, la yuxtaposición, la exclusión y la síntesis de los diferentes caminos terapéuticos, sus relaciones dinámicas y contradictorias y su materialización como encrucijada de conflictos sociales.

Hemos privilegiado la información generada en la vivencia del sujeto buscando relaciones entre las categorías que han ido emergiendo en un intento por descubrir la estructura del fenómeno, su red de relaciones, sus categorías (Hernández, 1996). Hemos trabajado la información buscando organizarla en conceptos, temas y categorías; buscando relaciones entre categorías distintas, buscando descubrir la estructura del fenómeno observado, intentando comprender globalidades con sentido, generando teoría y expresando en lenguaje porque *“la realidad es construida por el lenguaje..., estamos hechos de lenguaje, somos prácticas discursivas”* (Hernández, 1996:3).

En función de lo que hemos expuesto nos ha parecido congruente presentar nuestro pensamiento bajo una forma más cercana al ensayo que al trabajo “científico” propiamente dicho, aunque esto a veces luzca (a pesar del movimiento desacralizador y secularizador de la ciencia que en estos tiempos de “quiebre” paradigmático se viene operando) irreverente o heterodoxo. Corriendo el riesgo, y esto también debemos decirlo, de ver nuestras propuestas rechazadas por árbitros y evaluadores anclados sin remedio a viejos paradigmas. Hemos asumido entonces el riesgo de parecer a estas personas “disonantes” y “descoherentes”. Disonantes, porque con las teorías *“sucede lo mismo que con una composición musical que al escucharla por primera vez parece disonante. Si la escuchamos seguidamente nos acostumbramos a su disonancia, la que así se transforma en consonancia...”* (Mires, 1996:167). Descoherentes, en el sentido propuesto también por Mires, es decir, entendiendo que ello alude no a algo incoherente, sino a *“algo que simplemente no es coherente con otro algo”* (1996:174). Y desde esta perspectiva hay muchos pensadores “descoherentes”, comenzando por los propios físicos y biólogos como Capra, Briggs, Reeves, Maturana... Y dentro de la ciencia social bastaría citar a algunos como Mires y Morin, entre otros. Entonces, ¿por qué no “desbarrancarnos” nosotros también?...

Y para finalizar la presentación de esta perspectiva metodológica, debemos expresar que lo que aquí presentamos es apenas un momento de nuestra investigación. En efecto, nos he-

mos propuesto un trabajo más amplio que pretende mostrar las relaciones entre la medicina popular y el sistema oficial de salud, a la vez que las relaciones de ambos sistemas médicos con los textos legales venezolanos (Pino, 1996).

Finalmente, como en esta perspectiva metodológica se trata de dibujar un mapa que oriente nuestro recorrido y el del lector, hemos esbozado nuestro itinerario mirando a la medicina popular como alternativa cada vez más generalizada frente a la crisis y al colapso de nuestro sistema asistencial, y muy particularmente de nuestro sistema oficial de salud. Alternativa, para nosotros, desde una triple perspectiva:

ALTERNATIVA ECONOMICA pues con sus recursos e itinerarios terapéuticos asequibles a la gran mayoría de nuestros “desprovistos” y acorde con la multiétnicidad que nos caracteriza, va a hacerle frente a los elevadísimos costos de la medicina privada así como al abandono casi total del sistema de salud pública.

ALTERNATIVA POLITICA ya que ella conforma espacios sociales novedosos constituidos por múltiples actores que en su movimiento dinámico van dando lugar a órdenes o desórdenes nuevos, haciendo de su exclusión frente al sistema de salud oficial condición de inclusión en nuevos proyectos sociales y nuevas formas de vida individual y colectiva.

Y ALTERNATIVA SIMBOLICA ya que al inscribirse dentro del movimiento social generalizado que opera un desmontaje de la ciencia como dogma va a dar lugar a un tipo de práctica y de pensamiento desacralizadores de viejos paradigmas, remitiéndonos a la esfera de la alteridad radical; jugando en ocasiones con la muerte y con ciertas reglas misteriosas; hablándonos con sus representaciones, sus recursos y sus itinerarios terapéuticos de otras formas frente a la enfermedad, la salud, el cuerpo, la vida y la muerte misma.

Es entonces desde una perspectiva compleja e integradora donde se entran lo económico, lo político y lo simbólico, en tanto que producción de nuevas significaciones y sentidos, que nos proponemos en este artículo reflexionar el sistema médico popular en Venezuela como alternativa al sistema oficial de salud, dentro del marco general de la modernidad, cuyos valores y pilares fundamentales se “quebran” actualmente.

I. De la Exclusión de los Desprovistos (o por un puñado de bolívares menos)

“La industria de la medicina, al producir cuidados bajo una forma definitivamente mercantil, somete cada vez más la medicina a las leyes de la economía capitalista, definiendo así un (...) sistema de gestión y apropiación de los cuerpos (...). Cuanto más costosos son dichos cuidados, más debe organizarse un sistema de acceso a los mismos selectivo y rentable. He allí el efecto social más importante de (dicha) industria: jerarquizar la medicina, los enfermos y los médicos”

ANTOINETTE CHAUVENET

“MÉDECINE AU CHOIX, MÉDECINE DE CLASSES”

Escoger como eje de reflexión la enfermedad, la salud, los sistemas médicos, el cuerpo, la vida y la muerte tiene una explicación: las terapéuticas de una sociedad remiten a las búsquedas prácticas y reflexivas de la misma, conectándonos con la complejidad y permitiendo conocer *“las relaciones del orden social y de poder, las relaciones con los otros y las relaciones del individuo consigo mismo, incluyendo su propio cuerpo”* (AUGE citado en MENDEZ, 1996:9). Significa entonces plantear las condiciones para una reflexión compleja, al reinsertar dichos aspectos dentro de complejidades más vastas, constituidas de múltiples expresiones cuyos nexos y correspondencias no podemos ignorar. La enfermedad particularmente, como bien lo expresa J. CLARAC, constituye un espacio donde es factible para la cultura actuar, transmutándose así de hecho puramente biológico y natural en hecho complejo cargado de numerosas implicaciones sociales, imaginarias y simbólicas, engendrando en consecuencia una enorme creatividad cultural e implicando *“toda una red de relaciones sociales... es decir (toda) una organización social”* (1990:479).

En este orden de ideas, la crisis de nuestro sistema de salud institucional, y muy particularmente del sistema de salud pública, se nos presenta, en una primera aproximación, como una estructura sanitaria incapaz e insuficiente frente a las necesidades de salud de la población venezolana. En efecto, el hecho de que la demanda de los servicios de la medicina privada se haya reducido a nivel general en un 45% se explica fundamentalmente por problemas de costos. En el caso de la clase media se debe a los elevados costos de los centros

privados y a la ineficiencia de los públicos... De manera que esa multitud de venezolanos que gana menos de 180.000 Bs. (60% de la población, considerando un 38% que gana menos de 65.000Bs. y en líneas generales un 80% en situación de pobreza y un 60% en situación de pobreza crítica) *"hace tiempo dejó de ahorrar para el futuro o cancelar la cuenta de la clínica, y corre -embalada por la crisis- a comprar 300Bs. en ramas para aliviar la diabetes porque no puede invertir 5.500 Bs. quincenales en una cajita que encapsula las riendas para el azúcar"* (DAVIES. 1997:C-1).

Así, aún cuando la realidad nos presente a dichas categorías sociales como las más expuestas al riesgo patológico, y en consecuencia a una morbi-mortalidad más elevada, será paradójicamente para ellas que el acceso a los recursos sanitarios institucionales será prácticamente inexistente. Nuestro aparato sanitario pareciera entonces no reparar, compensar o corregir las desigualdades de exposición frente a la enfermedad, sino, por el contrario, reproducirlas creando además desigualdades nuevas. En trabajos anteriores nos hemos abocado a desarrollar estas ideas expresando particularmente que *"la estructura sanitaria venezolana (es) la materialización de un sistema de relaciones de fuerza, cuyo objetivo central lo constituyen los recursos de salud bajo la forma de cuidados sanitarios, de masa monetaria u otra. En este sistema:*

- la enfermedad (constituye) un factor de jerarquización social ya que ella golpea bien diferenciadamente a las distintas categorías de la población. Claro está, esta distribución desigual de la enfermedad y la enfermedad misma son el resultado y la síntesis de múltiples condiciones socio-económicas que se organizan en una estructura que desencadena y transforma los fenómenos biológicos.

- El aparato sanitario puesto en práctica para hacerle frente (a la enfermedad) es igualmente un elemento de jerarquización social por reproducir las desigualdades frente al riesgo patológico, agravarlas y crear otras nuevas, respondiendo a las necesidades de salud y otras de ciertos grupos sociales, en su mayoría distintos a los usuarios del sector salud, o apenas a una fracción muy limitada de dichos usuarios" (M. PINO, 1981:17 y 18).

La perspectiva planteada en párrafos anteriores permite constatar la exclusión de la gran mayoría de nuestra población del sistema de salud institucional, situación que planteará a dichos sectores la necesidad de búsquedas y alternativas. Evidentemente, *"el mal de Alzheimer les preocupará muy poco y probablemente jamás escucharán hablar de terapia génica, tal vez porque difícilmente alcancen una*

edad como para desarrollar la locura senil y sobretodo porque con seguridad sus dioses desaconsejarán terapias que en cualquier caso están muy lejos de sus posibilidades” (R. CHISLEANSCHI, 1997:84).

Esto nos remite al sistema socio-médico, muy particularmente a la medicina tradicional y popular, como alternativa a la problemática planteada ya que sus recursos e itinerarios terapéuticos representando costos menores significan asimismo posibilidades reales para aquellos sectores sin acceso a la medicina oficial.

Ahora bien, dentro del sistema socio-médico una de las vertientes más generalizadas es la medicina tradicional expresada en el comúnmente llamado “yerbaterismo” cuyos costos bajísimos (entre otras cosas) lo hacen accesible incluso a los sectores de recursos más precarios.

Si escuchamos a O. VALDES, brujo de Cartagena de Indias, sabremos *“que las matas funcionan por los mismos enfermos. Se les ve otro semblante. Y aquí no cobramos por los diagnósticos”, así que “un té de zarzaparrilla o sauco tragados para el colesterol o la tos son una lotería en la que los venezolanos están participando por necesidad y no por excéntricos”* (DAVIES. Idem.). A veces ni siquiera existe el chance de escoger ya que, como lo expresa L. J., enfermo cardíaco, *“entre no tomar nada (porque 15 días de pastillitas valen entre 4000 y 8500 Bs.) y fiarse de las promesas de un curandero, optamos por lo segundo”* (citado en. DAVIES, idem.). En términos reales, el alza de los precios de los medicamentos en Venezuela rozó el 5000% en el último lustro dejándolos fuera del alcance de gran parte de nuestra población.

Pero no sólo la alternativa de las hierbas es digna de atención. Quisiéramos hacer referencia a otras expresiones de la socio-medicina como la homeopatía dentro de la vertiente de la llamada medicina alternativa cuyos costos moderados, en la mayoría de los casos, la hacen igualmente asequible a los sectores de ingresos modestos. A tal efecto hemos querido darle la palabra a Magdalena, quien considera que el recurso a la medicina homeopática significa un ahorro fundamental al comparar el precio de los medicamentos homeopáticos con aquellos de la medicina convencional: *“hace como doce años vengo tratando a mis hijos con homeopatía. Apenas en dos ocasiones he tenido que recurrir a los antibióticos y me he quedado sorprendida de sus costos pues ya no tengo la costumbre. Hace un año, frente a una otitis de uno de mis hijos pude constatar que el tratamiento en base al antibiótico prescrito era del orden de los 15.000Bs. por 10 días. La homeopatía me resolvió el problema por 600Bs. aproxi-*

*madamente*³, con bastante eficacia y sin ningún efecto secundario”.

Es cierto asimismo, y hay que decirlo aquí, que ciertas vertientes de la medicina alternativa tienen costos elevadísimos, como lo testimonia Angela G. quien padece de trastornos endocrinos y se vio prescribir un tratamiento homeopático por un costo de 150.000Bs mensuales y *“finalmente ni siquiera fui al final del mismo porque era muy traumático. Consistía, entre otras cosas, en unas inyecciones sumamente dolorosas que me ‘alborotaban los males’. Prefiero caminar en la montaña y meditar como alternativas terapéuticas para enfrentar mis dolencias de ya tantos años”*.

En cuanto a otras manifestaciones del sistema socio-médico, organizadas fundamentalmente en estructuras mágico-religiosas, también en la mayoría de los casos representan recursos e itinerarios terapéuticos con costos más bajos, sin entrar por ahora a analizar su dimensión simbólica, cosa que haremos más adelante.

Por ejemplo, en el caso de la Clínica José Gregorio Hernández, clínica de intervenciones quirúrgicas espirituales, uno de los focos alrededor del cual gravitan las conversaciones de los pacientes es la *“queja, crítica y resentimiento hacia el funcionamiento de los hospitales públicos”*. *“Aquí se engloba la parte negativa o de rechazo de la gente con respecto a las instituciones médicas venezolanas, vale decir las del modelo médico legalizado (...) las instituciones y el Estado son percibidos en el extremo distante del aquí y el ahora. (...) las quejas tienen una remisión a una situación social, que hoy en día, muestra un deterioro y unas deficiencias extremas...”*. En estos lugares es frecuente escuchar: *“aquí, con 1000Bs. me atienden y logro recuperar mi salud...; en los hospitales uno se puede morir con o sin atención médica...; uno no sabe qué es peor si la enfermedad o ir a parar a un hospital...; en las clínicas privadas hoy día ninguna operación cuesta menos de 100.000Bs...”* *“A los males que cada quien sufre se agrega la desigualdad social y el desamparo institucional en el terreno de la salud.”* (MENDEZ, 1996:12-13).

Sin embargo, también dentro de estas manifestaciones socio-mágicas de carácter terapéutico algunas se han ido encareciendo, como es el caso de la santería dentro de la medicina popular urbana que se ha comercializado y sus sesiones son costosas consistiendo en la exigencia de hacerse un “trabajo especial” por sesión del orden de los 2000Bs.(del 96) (J. CLARAC. Ob.cit.:56).Igualmente hacemos

3 Un frasco de glóbulos homeopáticos cuesta Bs.500 actualmente.

referencia al ritual de la velación dentro del culto de María Lionza cuyo costo oscila entre 2400Bs. y 8000Bs. actuales (Idem:213).

Ahora bien, la crisis profunda de la medicina institucional, cuyos aspectos económicos, operativos e instrumentales hemos intentado evidenciar expresa procesos más profundos y complejos donde lo simbólico, lo cultural y lo social, fundamentalmente en tanto que producción de significaciones y sentido, se talla un espacio indiscutible en *“busca de la única trascendencia que podemos experimentar en nuestra soledad individual (...) a partir de una realidad consensual que creamos con los demás”*(MATURANA, citado en MIRES. Ob. cit.:176).

II.- Hacia la Construcción de Nuevos Espacios Sociales: De la Gestión Solitaria a la Gestión Solidaria de los Cuerpos

“No se puede delegar lo que está permanentemente sometido (...) a la imaginación inagotable de los actores sociales”

FERNANDO MIRES

“LA REVOLUCIÓN QUE NADIE SOÑÓ”

Nuevos espacios sociales

El sistema socio-médico, y muy particularmente sus vertientes de la medicina tradicional y popular, conforma un novedoso espacio social constituido por *“múltiples actores que recorren diferentes direcciones, produciéndose colisiones y alineamientos que no se ajustan a ningún plan preconcebido”* (MIRES, 1996:176), dando lugar a órdenes o desordenes nuevos no decididos de antemano, que descosifican, desnaturalizan y desbiologizan la realidad, produciendo nuevas formas de obrar y conocer. Y, sobretodo y fundamentalmente, haciendo estos múltiples actores de su exclusión frente al sistema de salud oficial condición de inclusión en nuevos proyectos sociales y nuevas formas de vida individual y colectiva. Proyectos que ya no se sitúan en un allá exponencial (que éste sea divino, histórico o científico poco importa) puesto que *“ya no somos actores de una realidad objetiva sino creadores de una realidad en la cual participamos”* (Idem.). Realidad que en el caso de estas formas de medicina alcanza a manifestarse en el ambiente relacional de la vida cotidiana estructurando un entramado de sentidos reconstruido justamente desde las experiencias de esta vida diaria cuyo fundamento es el sentido del aquí y el ahora. Espacio social que se politiza al intentar arrancar al Estado la

gestión de los cuerpos devolviendo a los propios actores su sentido y su destino, reestructurando relaciones de pertenencia y adhesión donde los vínculos de solidaridad y de integración constituyen elementos esenciales⁴. Tal vez *porque “las sociedades y sus grupos perduran por el sentimiento que generan de ellos mismos, y ese sentimiento nace del tiempo compartido (...). Pero esto no se puede desligar del espacio compartido, el espacio vivido en común, donde circulan las emociones, los afectos y los símbolos, que permite la identificación y donde se inscribe la memoria colectiva”* (ALZURU, 1997:85). En estos espacios *“cada quien se inventa distintos relatos para darle coherencia a su vida” y “reaparece el presentismo, el vivir el presente bajo las más diversas formas de agrupación (...) que ya no necesitan racionalizaciones ni legitimaciones políticas sino que se fundamentan en emociones y sentimientos compartidos”*(Idem.:92).

Dentro de este orden de ideas, el caso del terapeuta tradicional no nos pasa desapercibido. En efecto, su formación es fruto ciertamente de una inspiración, pero también, y esto nos interesa subrayar, de un largo aprendizaje que frecuentemente se da dentro del grupo familiar, lo que permite hablar de transmisión familiar del conocimiento, conocimiento que será al mismo tiempo condición de reconocimiento del grupo que se reconoce él mismo en la historia, emociones y sentimientos de sus antepasados.

La casa de Lina nos ilustra igualmente estos espacios donde se cruzan biografías personales, entramados sociales, sistemas diversos para interpretar el desorden biológico y el dolor, rituales terapéuticos articulados a estructuras mágicas, esperanzas, significaciones y sentidos diversos. Se trata de un lugar de pertenencia *donde “se es parte de una historia que no solo es la de uno sino también (la) de ‘gentes’ que por algunas razones están más cerca de uno que otras al compartir la misma o parte de la misma historia”* (MIRES, 1996:143). Historia que en el caso que nos ocupa es la historia del dolor. Siguiendo el relato de Mirta, paciente y ayudante de A., terapeuta popular, *“casa de Lina nos reunimos cuando A. está ‘listo’. El es el ‘canal’, tú sabes... En él viene ‘el Pae’, espíritu carnado, porque existen también los no carnados, que no han vivido nunca.... Yo fui primero como paciente y me curó un dolor de 7 años que 64 mé-*

4 Cf..Fernando Mires y su idea de lo politizable desarrollada en el capítulo “La revolución política de su libro **La Revolución que nadie soñó**, pp.114-119 y 143.

dicos no habían podido controlar. Desde entonces participo y ayudo como 'kumbala' y he vivido experiencias absolutamente extraordinarias (...). Por ejemplo, la curación de un dolor de testículos en un muchacho a quien, en palabras 'del Pae', le faltaba algo que su padre le había quitado...¿ Sabes qué era? ¡La sonrisa! Bueno, en la sesión comenzó a desaparecer el dolor(...). Todos nos solidarizamos con los sufrientes pues las sesiones son colectivas. Yo muchas veces llevo gente y nosotras, las 'kumbalas', podemos trabajar toda una noche con A. Se establecen relaciones entre los concurrentes que cuentan su historia, sus dolencias, sus frustraciones pero también sus esperanzas”.

Nos llama igualmente la atención, para ilustrar nuestras ideas, lo que ocurre en una clínica de intervenciones quirúrgicas espirituales donde *“el patio de la casa es lugar de encuentros (...). Constituye un espacio social (...) para la relación con el otro, para las relaciones grupales de identificación, de coherencia, de intercambio”.* Allí *“se hace evidente el sentido relacional (...), determinados males del cuerpo impulsan a cada quien en la búsqueda de una curación que depende más de las relaciones con ese otro (o esos otros) ...”.* (MENDEZ, 1997:10 y 12).

Conocimiento ordinario e interrupción simbólica del discurso de poder

Si la primera perspectiva presentada, que hemos denominado socio-económica, nos situó en el ámbito de lo operativo y de lo instrumental al considerar las expresiones del sistema socio-médico como alternativas económicas estrictamente, ahora nos situamos en la dimensión de lo político y de lo simbólico-cultural que traducido en nuevas formas de obrar y de pensar, harán de la multiplicidad de representaciones, recursos e itinerarios terapéuticos de dicho sistema socio-mágico un espacio cuyo contrapeso frente al discurso científico oficial no podemos ignorar. Así, de *“un lado (...)lo social, con su vitalidad, su desorden fundador, la sociedad sin cualidades formada por hombres y mujeres ordinarios; del otro el Estado, en cualquiera de sus modulaciones, su orden mortal y su razón unidimensional”* (P. ALZURU, 97:93).

Desde esta perspectiva debemos referirnos, como ilustración, a los rituales marialionceros que integran irreverentemente a sus prácticas y representaciones elementos esenciales del paradigma científico dominante, eso sí, desde su propia mirada y concepción vital. La incorporación de las “cortes doctoradas” es muy ilustrativa al respecto si consideramos que los doctores diplomados que las integran incorporan a sus rituales curativos “técnicas” de la medicina científica, curan-

do así no sólo con hierbas y oraciones sino integrando medicamentos de la farmacopea occidental. Dichas representaciones y prácticas constituyen espacios *"bajo el control y dirección de un intermediario (...) quien ejerce sus competencias con el apoyo de unas prácticas en las que se superponen contenidos, secuencias, palabras y objetos de la ciencia bio-médica con las terapéuticas de carácter popular, sin orden jerárquico, aceptando la diversidad (y con) capacidad para amalgamar propósitos: sociales, terapéuticos religiosos, profesionales, populares, espirituales, económicos, personales"* (MENDEZ, 1997:20).

Así, estamos persuadidos de que la crisis del sistema oficial de salud se inscribe dentro de un movimiento social generalizado que desacraliza la ciencia como dogma y desestructura los fundamentos básicos del positivismo autoritario rescatando y valorizando otro tipo de conocimiento que no es unívoco sino diverso, complejo y plural: se trata del conocimiento "ordinario", conocimiento que, en palabras de P. ALZURU es *"un saber espontáneo que no hace oposición entre naturaleza y espíritu, que entiende que en todo funcionamiento hay disfunciones, que la armonía comprende lo inarmónico, que la felicidad comprende el dolor y el bien y el mal, que lo humano viene del humus; y por saber todo esto , celebra lo trágico de la vida"* (1997:85).

Se trata de *"un discurso de varias voces"* (Idem.:89) que nos inscribe en la complejidad, obligándonos así a aprehender el orden y el desorden, la organización y la desorganización que existen. Esfuerzo de multidimensionalidad y de complejidad orientado a evitar toda unificación, reconociendo así *"la imposibilidad de eliminar la contradicción , la incertidumbre y lo irracional"* (MORIN , citado por CLARAC, 1990:27). Conocimiento que no se pretende el "único", ni el más válido, ni el legítimo, sino concurrente con otras formas de conocer y en consecuencia sin pretensiones de imponerse a los demás. En efecto, dentro del sistema socio-médico *"las entrevistas hechas a los médicos de centros oficiales (me) mostraron la poca importancia dada por ellos al curanderismo, al contrario del curandero, quien respeta al médico oficial y piensa que éste posee también un saber aunque restringido al alivio de los síntomas (no a su curación). (...) Es decir, que los curanderos tradicionales (rurales) o populares (urbanos) reconocen la eficacia del paradigma del médico científico, mientras que éste último no admite (...) que el curandero pueda tener siquiera un paradigma para conocer y tratar la enfermedad, ya que considera la medicina del por él llamado genéricamente 'brujo' como un conjunto de ideas o prácticas irracionales, incoherentes ..."* (CLARAC, idem.:495). Ese conocimiento ordinario, complejo y múltiple, nos sitúa dentro de lo trágico,

“esencialmente pagano que considera las múltiples direcciones, los ciclos de la existencia, lo imprevisible (...)” (ALZURU, Idem.:95).. Es así como en los centros marialionceros, por ejemplo, “los muertos, dioses y santos (...) conversan y ríen con los fieles, les aconsejan y recetan, preguntan por los familiares vivos que están ausentes, hacen chistes, aman y se ‘casan’ con los creyentes, bailan y pelean, entre sí y con los vivos, se burlan de estos y los regañan” (CLARAC, 90:155).

Lo “irracional” en estos otros registros deja de ser exhorcizable en nombre de la fe científica. El “mal” desaparece en tanto que principio moral y reaparece transformado en principio vital de desunión, constituyendo la extrañeza, lo difícil de conciliar, de comprender y de codificar. Constituyendo, en síntesis, el espacio del secreto y la posibilidad de mantener siempre abierta la alteridad de las formas.

III.- Otro Registro Simbólico (o Manteniendo Abierta la Alteridad de las Formas)

“Lo peor está en esta reconciliación de todas las formas antagónicas bajo el signo del consenso y de la buena convivencia. No hay que reconciliar nada. Hay que mantener abiertas la alteridad de las formas, la disparidad de los términos, hay que mantener abiertas las formas de lo irreductible”

JEAN BAUDRILLARD

“EL CRIMEN PERFECTO”

El sistema socio-médico constituye fundamentalmente para nosotros una alternativa que al anclarse al terreno de lo simbólico, al jugar con lo natural y lo cultural, con el bien y con el mal, con la vida y con la muerte, con lo racional y lo irracional, con lo misterioso y lo secreto, nos remite a la esfera de la alteridad radical, de la otredad, de esa otra lógica que expresan esos otros registros simbólicos que aún cuando nos digan la anomalía, la incoherencia y la catástrofe, que aún cuando jueguen con la muerte y con ciertas reglas misteriosas, violentando así nuestra razón, también es cierto que nos enfrentan a ciertos signos que pudiesen ser en definitiva aquellos del destino.

Desde esta perspectiva, suscribimos las orientaciones de la OMS en el sentido de reconocer y promover las prácticas y representaciones del sistema socio-médico ya que *“la medicina tradicional (constituye) una fina amalgama de práctica médica activa y experiencia an-*

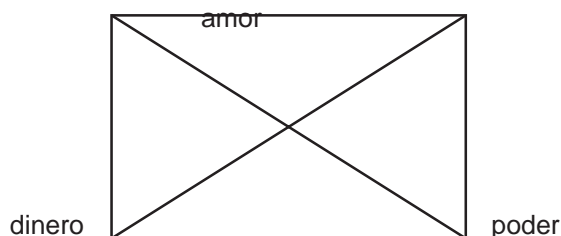
cestral. Puede considerarse también como el conjunto de prácticas, medidas, ingredientes y procedimientos de toda clase, sean o no materiales, que desde tiempo inmemorial han permitido al hombre protegerse contra la enfermedad, aliviar sus propios sufrimientos y curarse a sí mismo”, constituyendo “un sistema de asistencia sanitario emanado del pueblo y bien aceptado por éste” (...) garantizando “el respeto debido a la cultura y a las tradiciones de los pueblos” (OMS, 1978:8-14).

Y sin embargo estamos conscientes de lo que este universo socio-médico, organizado fundamentalmente en estructuras mágico-religiosas, representa en términos de alteridad radical frente al consenso, al principio universal de comprensión, al juego ordenado de las diferencias, a la racionalidad científica, moral, política, económica... pues aún cuando “las cosas parezcan orientarse hacia una comprensión y homogeneización universales, más se impone la irreductibilidad, el principio vital de desunión, (...) de extranjería, de seducción, (...) de antagonismo (...)” (BAUDRILLARD, 1990:145). Por lo tanto tememos su reconocimiento, y sobretodo su reglamentación pues tememos que al reconocer e institucionalizar este universo destruyamos la otredad que él significa. Tal vez porque pensamos que hay que mantener esos otros sistemas médicos en su extranjería, sin tratar de aprehenderlos en su diferencia ya que posiblemente “lo peor (sea) la comprensión... función sentimental e inútil ... El verdadero conocimiento es aquel de lo que jamás comprenderemos en el otro, de aquello que hace que él sea otro y no yo mismo y que en consecuencia no pueda ser separado de sí, ni alienado por nuestra mirada, ni instituido en su identidad o en su diferencia” (BAUDRILLARD, 1990:153). Se trataría entonces de preservar a esos espacios su seducción y su secreto, su desafío al orden de la verdad y del saber, porque es probable que sea allí donde el hombre reencuentre “sus humores, sus pasiones, su risa, su sexo, sus secreciones”, sus gérmenes, su dimensión humana... De no ser así tal vez apenas quede “el virus de la tristeza en un universo limpio y sofisticado mortalmente” (BAUDRILLARD, 1995:35).

Esos “otros” sistemas médicos son sencillamente OTROS. Ni iguales en derecho ni diferentes. Simplemente extraños. Regidos por sus propias reglas ineluctables, por otras formas para ordenar el juego. Allí están por ahora. Seductores, excesivos, vertiginosos... Manteniendo abierta la alteridad de las formas, la disparidad de los términos, las formas de lo irreductible.

Ya no se trata, como para la medicina occidental, de “reducir el mal a la enfermedad, la enfermedad al órgano afectado, el órgano a la señal de la afección y ésta a su medida”. Ya no se trata tampoco de

“corregir el síntoma para ocultar la afección, callar el órgano para simular la derrota de la enfermedad, velar la enfermedad para simular la salud” (. MACCACARO, 1978:87). Pasamos, en el sistema socio-médico, a otro registro simbólico donde salud y enfermedad, vida, cuerpo y muerte tienen significaciones distintas al interpretarse el desorden biológico dentro de otros sistemas (lógicos o ilógicos, poco importa) distintos al científico racional. La enfermedad, trascendiendo lo biológico englobará *“lo que perjudica al hombre y que por consiguiente constituye para él un ‘daño’ o infortunio y lo desequilibra de algún modo, trátase de problemas biológicos, psíquicos, económicos, políticos...”* (CLARAC. Idem.:98). Desde esta perspectiva la salud se identifica al “triángulo de la felicidad”.



Y dicho triángulo *“es sinónimo de ‘salud’ pues la salud... en este sistema interpretativo es ‘estar bien’, lo que se logra gracias a la suerte. Viceversa, ‘estar mal’ es no tener suerte, lo que significa ser infeliz en el amor, no tener dinero ni poder. Esto se manifiesta a través de síntomas físicos y mentales, pues el ser sin suerte es débil, víctima fácil para los ‘envidiosos’ y espíritus malos”* (Idem.: 499).

Nótese que el trabajo, eje articulador del paradigma moderno, en sus vertientes liberal o socialista, pasa en este registro simbólico a ocupar una posición irrelevante como lo muestra la farmacopea o “perfumería” de la medicina popular urbana donde descubrimos que mientras hay 1 producto para obtener trabajo hay 27 para la suerte, 20 para el poder y 19 para el amor (CLARAC, 1990:235). El trabajo, columna vertebral del industrialismo y del progreso, se desestructura en esta visión, eliminándose literalmente del triángulo de la salud. ¿Estaremos en presencia del *“hedonismo de lo cotidiano”*? (ALZURU, 1997).

La crisis para nosotros constituye entonces un fenómeno complejo el cual vemos más como la descomposición de un orden y, por lo tanto, como la condición misma para la aparición de ordenes o desordenes nuevos. Se inscribiría, como bien lo expresa MI-

RES(1996), dentro de una dinámica de “quiebre” social con expresiones en múltiples espacios: lo económico, lo político, lo simbólico, lo paradigmático...traduciéndose esto en nuevas significaciones y sentidos, nuevas prácticas, nuevos modos de obrar y conocer. El sistema socio-médico, expresado en la medicina tradicional, la medicina popular y la medicina alternativa, se anclaría perfectamente a este obrar y conocer del hombre ordinario, concurriendo, sin pretender excluirla, con la medicina científica occidental, como una “arbitrariedad” más.

Así, si *“el orden ontológico occidental va hacia una concepción del hombre solitario en un universo indiferente”*, estas otras formas de medicina, estos otros registros lógicos (o ilógicos) *“aceptando la vida y la muerte, el deseo de diferencia y de libertad, el conocimiento de la historia del mal... se abren a la invención de un mundo donde comerse al otro no será ya la única forma de vencer la soledad”*(ATTALI, 1975:16).

Bibliografía

- ACHARD, Pierre y otros (1980). **Discurso biológico y orden social**. México: Nueva Imagen.
- ALZURU, Pedro (1997).**Elogio del hombre ordinario. (Una indagación de la noción de sujeto en Michel Maffesoli)**. Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela (mimeografía).
- ATTALI, Jacques (1975). **La parole et l’outil**. Paris: PUF.
- ATTALI, Jacques (1979). **L’ordre cannibale**. Paris: Grasset.
- BASAGLIA, Franco y otros(1980). **La salud de los trabajadores**. México: Nueva Imagen.
- BAUDRILLARD, Jean(1996). **El crimen perfecto**. Barcelona.
- BAUDRILLARD, Jean(1992). **L’illusion de la fin**. Paris: Galilée.
- BAUDRILLARD, Jean(1990). **La transparence du mal**. Paris: Galilée.
- BAUDRILLARD, Jean (1987). **L’autre par lui-même**. Paris: Galilée.

- CLARAC DE BRICEÑO, Jacqueline(1991). **La enfermedad como lenguaje en Venezuela**. Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela.
- CHAUVENET, Antoinette (1978). **Médecines au choix, médecines de classes**. Paris: PUF.
- CHISLEANSCHI, Rodolfo(1996). *"El desafío sanitario en el tercer mundo"*. En **Muy especial**. Canarias.
- DAVIES, Vanessa (1997). *"Cuando el brujo se convierte en médico de cabecera"* .**El Nacional**. Caracas.
- LE MONDE. (1984). **La Santé dans le tiers monde**. Dossier présenté et établi par Claire Brisset. Paris. éditions La Découverte.
- MATURANA, Humberto(1982). *"Erkennen. Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit."*. **Ausgewahlte Arbeiten zur Biologischen Epistemologie**. Braunschweig-Wiesbaden.
- MENDEZ, María(1996). *"Cuando se escucha a la gente: una clínica para intervenciones quirúrgicas espirituales"*. **Fermentum. Revista venezolana de Sociología y Antropología**. Mérida, Venezuela: GISAC-ULA.No. 13.
- MIRES, Fernando(1996). **La revolución que nadie soñó. O la otra posmodernidad**. Caracas: Editorial Nueva Imagen.
- MORIN, Edgar(1984). **Sociologie**. Paris: Fayard.
- OMS. (1978). **Atención primaria de Salud**. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. Serie "Salud para todos", No. 1.
- OMS.(1978). *"Promoción y desarrollo de la medicina tradicional"*. **Informe de reunión. Serie de informes técnicos**. Ginebra.
- PINO, Malin.(1981). **Structure sanitaire vénézuélienne et dynamique de rapports sociaux**. Mémoire de Troisième Cycle. Paris: Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- PINO, Malin. (1996). **¿BIO-MEDICINA versus MEDICINA SOCIO-MEDICA? (Los textos legales venezolanos frente a la diversidad de sistemas médicos)**. Proyecto de investigación en curso. Consejo de desarrollo científico, humanístico y tecnológico (CDCHT). Universidad de los Andes:Mérida-Venezuela.

FERMENTUM. Números 16 y 17

I.- Tema Central: Los Movimientos Sociales. 1.- De los Movimientos Sociales Urbanos a la Cultura de Urgencia en la Metrópoli. **Magaly Sánchez R.** 2.- Vida violenta y vínculos sociales de urgencia bandas de barrios de Caracas y gangs en los ghettos americanos. **Yves Pedrazzini y Magaly Sánchez R** 3.- Banlieues francesas y ghettos negros americanos: de la amalgama a la comparación. **Loic J.D.Wacquant.** 4.- Los jóvenes no escuchan, viven. **Omar Rincón.** 5.- La socialización violenta de los/as menores trabajadores/as en Venezuela. **Carmen Teresa García.** 6.- Un recorrido necesario: la cuestión de los movimientos sociales urbanos en América Latina. **María Inés Hernández de Padrón.** 7.- Movimientos Sociales y Estado: dificultades y retos de la política educativa democrática (un estudio de caso). **Ligia Helena Hahn Lûchmann.** 8.- Actores sociales y gestión de la ciudad. **Pedro Pérez.**

II.- Explorando la ciudad. Movimientos Sociales y Crecimiento Urbano, en la segunda mitad del siglo XX, en la ciudad de Mérida, Venezuela. El caso de los Comités Pro-viviendas (1985-1995). **Oscar Aguilera.**