

# Discurso jurídico y desorden social: diversidad de representaciones, recursos e itinerarios terapéuticos frente a los textos legales venezolanos <sup>1</sup>

*Malin Pino de Casanova* \*

## Resumen:

Frente a la problemática de la enfermedad, de la curación, de la salud, de la vida y de la muerte el hombre piensa y reacciona de múltiples maneras conformando y estructurando en consecuencia universos simbólicos y recursos e itinerarios terapéuticos que se entraman en lo que hemos llamado el sistema médico nacional, resultado de un proceso histórico marcado por la multiétnicidad que nos caracteriza y que justifica y explica, al menos antropológicamente, la

<sup>1</sup> Este trabajo, constituye apenas el esbozo metodológico y el primer paso de una investigación más amplia, actualmente a punto de concluir, que hemos intitulado "El desafío de la alteridad: del discurso jurídico frente a la medicina popular en Venezuela como alternativa al sistema de salud de una modernidad en crisis", trabajo que próximamente será publicado.

\* Jurista con post-grado en Filosofía y Sociología. Profesora e investigadora en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas y en el Grupo de Investigaciones Socio-antropológicas de la Ciudad (GISAC). Universidad de los Andes. Mérida-Venezuela. Telefax: (58-74) 40 39 60. E-mail: mapinope @ciens.ula.ve.

diversidad de prácticas y creencias existentes en el país. Sin embargo, apenas una de las expresiones de esta diversidad, el sistema bio-médico, más reciente y afín a la especificidad cultural del occidente, logra imponerse y legitimarse, siendo la Ley del ejercicio de la medicina el instrumento legal que confiera dicha legitimación, excluyendo así las prácticas tradicionales y populares de la medicina existentes a lo largo de nuestro territorio. Nos proponemos entonces mostrar que dicha ley no responde a la complejidad social por cuanto la mayoría de actores sociales que protagonizan y dan vida a los diferentes sistemas médicos, mezclan y entrecruzan representaciones y prácticas inscritas en la diversidad de los sistemas existentes. Esto nos llevará a reflexionar sobre la posible necesidad de cambios esenciales en nuestra legislación. Sin embargo, y esto es un aspecto fundamental en nuestra reflexión, tememos la reglamentación de la diferencia que representan esos "otros" sistemas médicos que con sus representaciones y sus prácticas nos hablan de la alteridad de las formas aún cuando a veces nos digan, es cierto, la incoherencia, la anomalía e incluso la catástrofe violentando así probablemente la razón, nuestra razón occidental, pero remitiéndonos también al nivel de lo simbólico que es, probablemente, aquel del destino.

**Términos claves:** sistemas médicos, representaciones sociales, fenómenos jurídicos.

### **Abstract:**

Against the predicament about illness, healing, health on life and death, man thinks and reacts in different ways forming and structuring as consequence symbolic universes, resources and therapeutic itineraries that get into what we have called the national medical system, resulting in a historical progress highlighted by multiethnic that characterizes us that explains and justifies, at least anthropologically, practice diversity and existing beliefs in the within country. Nevertheless, only one of the expressions from this diversity, the bio-medical system, newer and in accordance with the specific western culture, gets to impose and legitimize itself, being the exercise of medicine the legal way to allows that legalization, excluding in this way, traditional and popular practices from existing medicine within our territory. Then we start showing that this law doesn't answer to the social complexity given that the majority of the social actors that hold the main rolls and give life to the different medical systems, mix and weave together registered representations and practices within the diversity of the existing systems. This takes us to think about the need of essential changes in our legislation. Nevertheless, and this is our reflection's fundamental side, we have the regulations from the differences that represent those "other" medical systems that with their representations and practices tell us about changes in shapes and the challenge of the irreducible even though sometimes they tell us, it's true, the incoherence, the anomaly, even the catastrophe maybe destroying this way reason, our western reason, but also remitting us to the symbolic level, which is probably the one on destiny.

**Key Words:** medical systems, social representations, juridical phenomena.

*" El verdadero conocimiento es aquel de lo que jamás comprenderemos en el otro, de aquello que en el otro 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 "*

Jean BAUDRILLARD  
*La Transparence du Mal*

## I. Presentación de las ideas centrales

Frente a la problemática de la enfermedad, el hombre piensa y reacciona de múltiples maneras, conformando y estructurando universos simbólicos e itinerarios y recursos terapéuticos que se organizan en lo que llamamos sistema médico nacional. Este sistema médico conformado por multitud de prácticas y creencias es el resultado de un proceso histórico y social marcado, determinado, definido y atravesado por la realidad de la pluriétnicidad. Es a partir de este concepto y de esta realidad que nuestro pensamiento se desarrolla, para sostener como primera idea central que dicha pluriétnicidad justifica y explica, al menos antropológicamente, la diversidad de sistemas médicos existentes en el país.

Ahora bien, ¿cómo es esta realidad social donde se expresan y desarrollan los distintos sistemas simbólicos representativos de la enfermedad con sus prácticas terapéuticas correspondientes? ¿Cuál es la dinámica socio-cultural que provoca este estado de cosas con sus correspondencias y sus contradicciones?

Leámos a CLARAC (1992:74-75) a este respecto:

*"Con la llegada de los españoles al llamado por ellos 'Nuevo Mundo', las culturas indoamericanas vivieron un cataclismo socio-cultural, moral, religioso, económico, político, sanitario. En efecto, la relación de dominación socio-cultural 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 terapéutico-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 temor. Creía en efecto el español en la hechicería y sus efectos (...) y la temía. Además, la perseguía por convicción religiosa (...) 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 antagónicos, 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".*

Ahora bien, de esa diversidad de prácticas médicas apenas una logra imponerse institucionalmente y legitimarse a través del discurso científico y legal. El sistema bio-médico, reciente y afín a la especificidad cultural del occidente es reconocido por el estado venezolano de manera exclusiva y oficial, revistiéndose de carácter legal en función de su racionalidad científica. A este respecto, *la Ley del ejercicio de la medicina será el texto que dé dicha legitimación a la práctica médica occidental, racional y científica, excluyendo las otras prácticas tradicionales y populares ampliamente expandidas a lo largo de nuestro territorio.*

Según CLARAC (1992:101-102) dicha situación podría ser explicada porque:

*"En el siglo XX la explotación y exportación del petróleo transforma a Venezuela, en pocas décadas, de país pobre en país rico e importante en el mercado mundial. El desarrollo paralelo -que viene del siglo anterior- de la concepción positiva del mundo, que lleva a los dirigentes del país a pensar en el desarrollo de Venezuela dentro de una perspectiva*

*occidentalizante únicamente (se ha visto como una necesidad urgente y como el único camino posible), tiene como consecuencia en el caso de la medicina que sea reconocido oficialmente sólo el sistema de salud occidental, es decir, la línea de la biomedicina científica, acompañada de toda su tecnología. Esta concepción de la medicina es ayudada en la práctica venezolana por los cuantiosos ingresos que recibe el país gracias a su petróleo, y lleva a una política educativa y sanitaria en concordancia con esa representación que no había sido gestada en Venezuela: se multiplican entonces las facultades de medicina, así como el personal médico y paramédico formado en facultades, se multiplican los hospitales, dispensarios y medicaturas así como las clínicas privadas. El Colegio de Médicos adquiere cada vez mayor poder político (y legislativo). Se dictan leyes en relación con la medicina: en 1982 sale la última ley del ejercicio de la medicina, la cual autoriza para el ejercicio de la medicina solamente a los 'Doctores en Ciencias Médicas' y a los 'Médicos Cirujanos' (...). Se excluye a toda persona o institución (...) que preste asistencia médica sin cumplir con las condiciones exigidas por la ley. Estos últimos se ven marginados en el título IV, cap. Y".*

Así en una sociedad multiétnica como la nuestra, el encuentro de las medicinas tradicionales y la medicina científica de origen occidental dará lugar a relaciones conflictivas. Dichos conflictos y contradicciones van a expresarse también en el *texto legal (la Ley del ejercicio de la medicina)*, el cual pareciera reducido e insuficiente al reconocer uno solo de los sistemas que conforman nuestra diversidad cultural. Nos proponemos en nuestra investigación dar cuenta de las razones que determinan y explican este estado de cosas. Estamos persuadidos de que el sistema bio-médico, reconocido y legitimado por el Estado como único válido porque es científico, pero insuficiente y fallo frente a la riqueza de representaciones mágico-religiosas, conlleva el no reconocimiento, la exclusión y la persecución de otros sistemas médicos. Pero esta insuficiencia no puede ser entendida únicamente en relación con estos últimos. Ella sería asimismo relativa a su propio funcionamiento y teniendo en cuenta aquellas necesidades que el sistema médico occidental debería en principio satisfacer. Sin embargo, este aspecto apenas lo señalamos por haberlo tratado ampliamente en anterior investigación (PINO, 1982).

Partiendo entonces de lo anteriormente expuesto sostenemos como segunda idea que nuestra Ley del ejercicio de la medicina es insuficiente frente a la riqueza de representaciones y de prácticas terapéuticas estructuradas en un sistema de representaciones sociales donde lo social, lo mágico y lo religioso, lo profano y lo sagrado se articulan en un "sorprendente esfuerzo de síntesis".

Nos proponemos, desde esta óptica, explicar las razones que determinan este estado de cosas.

¿Porqué la medicina occidental, y sólo ella, es considerada como válida?

¿Porqué el texto legal no recoge la diversidad cultural?

¿Será el derecho de expresión del "poder social predominante"?

¿O por el contrario, podría operar el derecho como agente de "cambio social"?

Y, si es así ¿debe cambiar la legislación existente en la materia?

¿Sobre qué bases?

Nos formulamos estas preguntas como punto de partida para ilustrar nuestra tercera idea que ahora adelantamos: *si el texto legal es incongruente con la riqueza y diversidad cultural el mismo sería congruente con equilibrios de poder y relaciones de fuerza a los cuales el derecho en sus diversas expresiones responde como expresión y síntesis.*

## II. Perspectiva teórico-metodológica

Acostumbrados a presentar nuestras reflexiones dentro de marcos teóricos precisos, acostumbrados a definir herramientas teóricas capaces de aproximarnos a las realidades para aprehenderlas y sistematizarlas y haciéndonos las investigaciones deudores de esta obligación, comenzaría diciendo junto con WHITE (1964:1) que si bien durante mucho tiempo proyecté grandes construcciones ahora pienso que "la realidad sólo puede alcanzarse mediante relámpagos súbitos".

Mejora aún, puesto que "los acontecimientos están allí, imprevisibles (...) todo lo que podemos es fijar un proyector... esperando que algunos acontecimientos se dejen aprehender. La teoría no puede ser sino eso: una trampa tendida con la esperanza de que la realidad sea lo suficientemente ingenua como para dejarse tomar"(BAUDRILLARD, 1990:115). De manera que me declaro, para abordar la problemática

escogida, sin grandes ambiciones: sin paradigmas cerrados y sin utopías me propongo reflexionar y analizar nuestros sistemas médicos, las diferentes representaciones y universos simbólicos que los conforman, los diferentes itinerarios y recorridos terapéuticos que los expresan, así como la expresión legal de dicha problemática, haciendo del propio pensamiento ocasión vital de mutación.

Partiendo de esta perspectiva, creemos que *"la realidad no existe independientemente de quien la conoce, sino que es en buena medida una construcción del sujeto"* (HERNÁNDEZ, 1996) y el conocimiento se construye entre-personas y en-cultura. De manera que vamos a situar nuestra investigación fuera de los marcos del positivismo concibiendo entonces los paradigmas no como instancias cerradas sino como supuestos que permiten organizar la investigación. Desde el punto de vista metodológico, estamos persuadidos de que las metodologías de investigación *"no son inocentes, sino que se anclan en un conjunto de supuestos en relación a la realidad, al conocimiento, al ser humano, es decir, en un paradigma"*. (HERNANDEZ, 1996:3). En consecuencia, partiendo de la complejidad de los paradigmas constructivistas acercamos nuestra perspectiva a las miradas posmodernas y a las propuestas del interaccionismo simbólico y del enfoque socio-cognitivo, insistiendo entonces más en la generación que en la verificación de teorías e intentando comprender *"globalidades con sentido"*.

*Así, nos proponemos tentativamente examinar una muestra donde más importante que la cantidad de personas sean los criterios que vayan emergiendo como significativos durante el proceso de investigación. Dicha muestra estará constituida inicialmente por informantes de la comunidad de la Loma de los Maitines en el sector de la Pedregosa así como por informantes de las urbanizaciones La Pedregosa, Las Ardillas y El Castor del mismo sector. Y digo inicialmente puesto que la recolección-análisis-interpretación de los datos desde nuestra óptica ocurren al mismo tiempo lo que significa que tomaremos decisiones sobre la marcha "en el sentido de si la información comienza a parecer redundante, en qué dirección debe moverse el muestreo hacia otra fase del fenómeno, hacia otros informantes... o si se cierra el proceso por momentos"* (HERNANDEZ, 1996:11). Desde esta perspectiva nos centraremos fundamentalmente en el discurso de los pacientes pues la diversidad de sus recursos e itinerarios terapéuticos nos remite a la diversidad cultural producto de la pluriétnicidad que creemos nos define. Discurso de los pacientes por ser allí donde se sintetiza el pluralismo médico. Intuimos por ahora que este recurso

metodológico podría mostrar 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. Igualmente analizaremos el discurso contenido en los textos legales, fundamentalmente a través de la Ley del Ejercicio de la Medicina y de algunos conflictos que a propósito del enfrentamiento entre actores de ambos sistemas médicos hayan ido a los tribunales de justicia. Esto porque pensamos, junto con Derrida y el deconstruccionismo, que *"la realidad equivale a lo que la ideología dominante dictamine que es real, natural o incluso 'divino', en consecuencia, resulta fundamental la de-construcción del discurso del poder, para ser des-ideologizado, des-cubierto; con ello el lenguaje pasa al centro de la escena."* (HERNANDEZ, 1996:4). Y desde esta óptica una de nuestras estrategias fundamentales estará constituida por las historias de vida por cuanto consideramos que en nuestra investigación confluyen la biografía (persona) y la historia (colectivo-cultura). Las técnicas que la harán posible serán la entrevista en profundidad, la observación participante y la recolección de testimonios, documentos y objetos. Los datos, tanto cuantitativos como cualitativos, serán procesados así: el primero probablemente por la vía estadística para ser incorporado como una de las tantas miradas; el segundo desde alguna de las siguientes perspectivas: fenomenológica, hermenéutica o desde la filosofía del lenguaje y el deconstruccionismo, de acuerdo a la naturaleza del propio dato. Esto porque creemos que *"la realidad es construida por el lenguaje..., por lo tanto el lenguaje no es instrumento de expresión de procesos internos, sino que estamos hechos de lenguaje, somos practicas discursivas"* (HERNANDEZ, 1996:14).

En consecuencia, el análisis del discurso será trabajado como estrategia y no como método con etapas pre-establecidas. En este orden de ideas nos proponemos de-velar el discurso encubierto por el discurso manifiesto, encubrimiento que ocurre con el concurso de la ideología, a partir de relaciones de poder

Así, privilegiaremos la información generada en la vivencia del sujeto y su transmisión oral, mediante la entrevista en profundidad y la observación no estructurada y participante para analizarla y sintetizarla buscando relaciones entre las categorías que vayan emergiendo en un intento por *"des-cubrir la estructura del fenómeno, su red de relaciones, sus categorías..."*

### III. Ilustración de las Ideas Centrales y esbozo de algunos objetivos

La pluriétnicidad nos permitirá comprender, explicar y justificar la existencia de una gran diversidad de sistemas médicos que por necesidad de sistematización presentamos en dos grandes grupos: el sistema bio-médico y el sistema socio-médico, ubicando dentro de este último aquellas representaciones y prácticas que conforman lo que hoy conocemos bajo el nombre de medicinas alternativas <sup>2</sup>.

Ahora bien, situarnos dentro del esquema de una diversidad de sistemas médicos nos lleva, primeramente, al estudio de las diferentes representaciones que los conforman, estructurando universos simbólicos muy variados. Igualmente, dicha perspectiva nos lleva al análisis de todas aquellas prácticas que acompañan las representaciones en cuestión.

*"Hundirnos en las representaciones nos obliga a aproximarnos a la forma cómo se articulan las diversas representaciones de la enfermedad, salidas ellas mismas de la diversidad de grupos étnicos que se sintetizan en el territorio nacional. Acercarnos al sistema médico supone así la aproximación al conjunto y a los subconjuntos de representaciones, de creencias y de técnicas terapéuticas que se articulan entre ellas" (CLARAC, 1992:98).*

Dichas representaciones y prácticas podemos estudiarlas a través del discurso de médicos y pacientes de ambos sistemas, sobre todo desde el ángulo de estos últimos pues la diversidad de sus recorridos y recursos terapéuticos nos remite a esa riqueza cultural, producto de la pluriétnicidad que nos define y ahora nos ocupa.

Habrá que trabajar, tal como lo plantea Clarac, el discurso de los pacientes ya que allí se sintetiza el pluralismo médico por ser ellos quienes se hacen curar y en consecuencia escogen sus itinerarios y recursos terapéuticos. Esta metodología nos mostrará

---

<sup>2</sup> En esto difiere nuestro análisis del llevado a cabo por CLARAC (1996), puesto que ella ubica las mismas dentro de la medicina científica racional. Nosotros pensamos que sería más justo ubicarlas dentro del sistema socio-médico, pues aún cuando no se definan en términos de estructuras mágico-religiosas, tienen dichas medicinas una concepción holística del hombre y una visión de la enfermedad en términos de procesos socio-culturales, constituyendo lo biológico el último estadio de procesos más complejos.

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 (PINO, 1982).

Teniendo en cuenta el discurso de los pacientes, la enfermedad podría trascender lo biológico para convertirse en un fenómeno *"que engloba 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, 1992:98).

Una vez mostrado nuestro proceso histórico-social definido por la pluriétnicidad; una vez presentados los diferentes sistemas médicos en acción, sus relaciones, conflictos y contradicciones, *nos abocaremos a mostrar por qué los mecanismos, uno solo de ellos, el sistema bio-médico occidental y racional, es legitimado y presentado como válido. En esta parte de nuestro trabajo trabajaríamos aquellas determinantes socio-históricas que explican dicha legitimación. En pocas palabras se trataría de los mecanismos de consolidación del modelo médico occidental.*

Nos referiremos igualmente en nuestro trabajo a la **Educación médica y a los textos legales** por constituir los mismos una magnífica ilustración del discurso que legitima la práctica expresada por el modelo médico occidental.

**La educación médica** porque vehicula la biologización y la desocialización de la problemática salud-enfermedad, consagradas ambas características en el modelo que nos ocupa. En efecto:

*"Los dos primeros años enseñan el naturalismo y deben convencer que el hombre es precisamente un objeto natural y no un sujeto social. Para conocerlo conviene comenzar por su cadáver que es la forma más extrema de su reducción a cosa, despojarlo de nombre, de rol, de historia.*

*"Los dos años siguientes enseñan el mecanicismo: la cosa inerte, aparatos descompuestos en órganos, se convierte en máquina móvil gastada, reparable. El estudiante aprende la técnica de la objetivación y la individualización de la máquina-paciente. En síntesis aprende su desocialización.*

*"Los dos últimos años son esencialmente diagnóstico-terapéutico, pero fundamentalmente reducción. Diagnosticar*

*significa reducir el mal a la enfermedad, la enfermedad al órgano afectado, el órgano a la señal de la afección y ésta a su medida.*

*"Curar quiere decir simétricamente 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).*

**Los textos legales** por constituir una aproximación simbólica, revestida de carácter técnico-administrativo, de la problemática en cuestión, entrañando políticas y programas donde la enfermedad es del dominio exclusivo del médico científico y de los especialistas que detentan ese saber.

Concretamente nos ocuparemos de la Ley del ejercicio de la medicina que legitima de manera contundente dicho Modelo médico occidental con sus representaciones y prácticas, conllevando asimismo *"la persecución organizada, de 'buena fe' (fe científica?) a fin de erradicar el error conceptual que significan..."* (CLARAC, 1992:65) los otros sistemas o modelos médicos.

El análisis de los textos legales, específicamente aquel de la Ley del ejercicio de la medicina, nos remitirá al terreno de lo jurídico. Instrumentos teóricos esenciales, buscados en la reflexión y el pensamiento socio-jurídicos nos serán de valiosa ayuda en este estadio de nuestra reflexión (Ver. MIAILLE, 1978; CARBONNIER, 1978; RECASENS, 1978).

Así, la visión y perspectiva socio-antropológica se enriquecerá con un análisis en términos socio-jurídicos. Lo jurídico entonces, mas allá de ser un conjunto de significaciones normativas, será considerado fundamentalmente desde nuestra perspectiva en sus dimensiones simbólicas como expresión del discurso del poder, reductor de la realidad a aquello que la ideología dominante dictamine que es real. En consecuencia será fundamental de-construir este discurso, des-ideologizarlo y des-cubrirlo. Para ello partiremos de lo jurídico como *"resultado de un complejo de factores sociales y (...) como hecho social (que) actúa como una fuerza configurante de las conductas, bien moldeándolas, bien interviniendo en ellas como auxiliar o palanca, o bien preocupando en cualquier otra manera al sujeto agente"* (RECASENS, 1978:582).

Adoptaremos entonces metodológicamente esta triple perspectiva: consideraremos lo jurídico, la Ley del ejercicio de la medicina particularmente, en su dimensión simbólica (discurso de

poder), como síntesis de diversos procesos sociales, al mismo tiempo que consideraremos su *"reversión social"* (RECASENS, 1978), es decir, sus efectos sobre la colectividad.

El derecho se nos presentará en consecuencia como *arbitraje a los conflictos sociales*: los diversos sistemas médicos que estructuran el sistema médico nacional se organizan configurando diversos subsistemas y sosteniendo entre ellos relaciones dinámicas y contradictorias. Dichas contradicciones y conflictos serán *"resueltos"*, formalmente al menos, a través del arbitraje legal que supone la Ley del ejercicio de la medicina.

Considera en efecto la óptica socio-jurídica multitud de intereses que los seres humanos desean satisfacer. Dichos intereses entran en competencia y/o conflicto, lo cual entraña dos procedimientos para zanjarlos: o la fuerza (muscular o armada) o la regulación objetiva que será obedecida por los protagonistas.

Las normas jurídicas positivas representan el segundo tipo de procedimiento y *la Ley del ejercicio de la medicina, fenómeno que nos ocupa, constituirá entonces la regla "objetiva" que se impondrá por igual a los diversos sistemas médicos en conflicto u oposición, así como a los actores sociales que dan vida a dichos sistemas.*

Ahora bien, si este arbitraje logra imponerse es porque el mismo posee la fuerza para hacerlo, no de un modo teórico *"sino de una manera práctica eficaz, es decir, de tal manera que la solución (propuesta) [en este caso la legitimación del sistema bio-médico] (...), sea cumplida forzosamente"*(RECASENS, 1978:584). El derecho impone así sus pautas de modo inexorable ya que *"las normas jurídicas son coercitivas, no admiten en principio libertad de dejarlas incumplidas (...), son impuestas, si fuese menester mediante la violencia física"*(RECASENS, 1978:584).

Dicho razonamiento nos permite manejar una nueva herramienta teórica: *La Ley del ejercicio de la medicina, en nuestro caso particular, constituiría un fenómeno jurídico de poder por emanar de la autoridad competente*(CARBONNIER, 1978). Es, en otras palabras, *"el hecho del príncipe"* y dispone de todos los mecanismos coercitivos hasta llegar a la sanción y la fuerza para asegurarse del cumplimiento de sus pautas.

Sin embargo, si bien es cierto que el derecho se concibe y se organiza para ser cumplido, no es menos cierto que sus normas se dirigen a ciertos actores sociales que pueden acatar o no el contenido de las mismas. Desde este punto de vista los sujetos de derecho tendrán frente a la norma, reacciones y comportamientos que

podrán expresarse en dos sentidos: sometimiento y acato a la norma o insumisión y desobediencia frente a la misma. De manera que a los fenómenos jurídicos de poder corresponderá igualmente su reverso: aquellos *fenómenos jurídicos bajo el poder*. En este orden de ideas y relacionando tales conceptos con el tema que nos ocupa, las actividades de todos los que conformamos con nuestras creencias, representaciones y prácticas, los diferentes sistemas médicos ya presentados constituirán fenómenos jurídicos bajo el poder y como tal estudiaremos dichas actitudes en este estadio de nuestra investigación.

Este recorrido metodológico nos parece interesante, por que si la Ley del ejercicio de la medicina excluye y sanciona las prácticas y representaciones organizadas y estructuradas dentro del sistema socio-médico, el comportamiento, fundamentalmente el de los pacientes, visto a través de sus diferentes recursos e itinerarios terapéuticos, nos revelará una rebeldía o insumisión frente a la norma establecida. Dichos recursos e itinerarios no serán entonces sólo vistos socio-antropológicamente sino también como fenómenos jurídicos (bajo el poder), es decir, desde la perspectiva socio-jurídica con las consecuencias que de ello se derivan.

Siguiendo dentro de tal perspectiva estamos persuadidos de que *“el sistema de derecho vigente en un determinado pueblo y en un cierto momento se apoya sobre un fenómeno de poder social. Debajo del sistema jurídico positivo hay, como cimiento de éste, un hecho de poder, una realidad social que en la resultante de sus fuerzas hizo nacer efectivamente ese sistema de derecho”*(RECASENS, 1978:591). En consecuencia, y volviendo a los conflictos de intereses, el derecho para zanjarlos *“necesita no solamente un criterio para resolver tales conflictos, sino que además necesita estar apoyado por el poder social que quiere ser más fuerte que todos los demás (...), por el poder político, o sea por el Estado”*(RECASENS, 1978:592).

El desconocimiento por parte de la Ley del ejercicio de la medicina de representaciones y universos simbólicos así, como de prácticas sociales bien precisas no es producto del azar. En efecto, *“una norma jurídica rige como vigente no por razón de su justicia intrínseca sino sólo cuando está apoyada por el poder social predominante”*. *“Lo que da justicia a una norma es su concordancia con ciertas pautas éticas pero lo que le da realidad de orden vigente, de norma imperante efectivamente es el hecho de que éste sostenido y apoyado por el poder social más fuerte”*(RECASENS, 1978:592).

En este orden de ideas no somos ni pretendemos ser "*voluntaristas*". Así, no intentamos, como corolario de nuestra reflexión, proponer cambios, decretarlos más bien, en función de nuestros deseos, nuestra voluntad o nuestras simpatías (subjetivas) por este o aquel sistema médico. Al contrario, el análisis socio-antropológico nos permite levantar el "*inventario*" de nuestra realidad social en cuanto a las representaciones, itinerarios y recursos terapéuticos en práctica a lo largo de nuestro territorio nacional. Si posteriormente centramos nuestro análisis en la expresión jurídica de nuestro Modelo médico, si somos críticos y severos frente a la misma, es porque ésta pareciera no adecuarse a la realidad en cuestión, definida por la multiétnicidad como hemos dicho anteriormente. La Ley del ejercicio de la medicina no respondería "*al sentir auténtico de la comunidad nacional*" puesto que la mayoría de los actores sociales que protagonizan y dan vida a los diferentes sistemas médicos combinan itinerarios y recursos terapéuticos inscritos dentro de la diversidad de los sistemas existentes.

En consecuencia, tras la inadecuación observada en la primera fase (expresión jurídica-diversidad cultural), y esto se revelaría tal vez luego del análisis socio-jurídico que aquí esbozamos, *aparecería una fundamental adecuación: aquella que relaciona la Ley del ejercicio de la medicina con el poder social predominante*, convirtiéndola en discurso del poder, discurso a des-cubrir y des-ideologizar. De allí la utilidad del camino metodológico propuesto.

Es dentro de esta dinámica que nos proponemos el análisis del texto legal en cuestión, abriendo caminos a nuevas reflexiones relativas, tal vez, a la necesidad de cambios fundamentales en nuestro orden normativo.

#### **IV. Algunas ideas para finalizar (o del reto de lo irreductible)**

Podría parecer, siguiendo nuestras reflexiones, que nos aventuramos a proponer modificaciones concretas en cuanto al texto legal que nos ocupa. Sin embargo, seremos muy prudentes a este respecto por cuanto dejamos, en primer término, dicha tarea a los juristas especializados en la materia, y, fundamentalmente, por cuanto nuestra visión y nuestra actitud han sido profundamente marcadas en la última década, y ya lo dije antes, por el acercamiento a las reflexiones filosóficas y teóricas que se inscriben dentro de una perspectiva crítica de la modernidad Y desde esta perspectiva

se impone nuestra reflexión a propósito de la *otredad o alteridad que representan todos aquellos sistemas médicos distintos al científico occidental*.

Pero afinemos mejor nuestras ideas: no quiere esto decir que de plano no nos interese una modificación de la legislación en vigor. Al respecto, suscribimos las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud en el sentido de promover las prácticas y representaciones que configuran el sistema médico tradicional y popular en lugar de excluirlas, perseguirlas y sancionarlas como es el caso de nuestros textos legales, fundamentalmente de la Ley del ejercicio de la medicina. En efecto, la medicina tradicional constituye para la OMS (1978:8) *"una fina amalgama de práctica médica activa y experiencia ancestral. 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"*. Y esta medicina tradicional tiene sus ventajas ya que *"constituye un sistema de asistencia sanitario emanado del pueblo y bien aceptado por éste (...). Puede contribuir -y de hecho contribuye- con la medicina científica y universal. Su reconocimiento, promoción y desarrollo garantizarán el respeto debido a la cultura y a las tradiciones de los pueblos "*, constituyendo según ellos, *"el medio más seguro de lograr en el año 2000 la cobertura total de la población del mundo mediante métodos de atención sanitaria aceptables, seguros y económicamente asequibles"*(OMS, 1978:14).

Así, para la OMS, el reconocimiento y promoción de otros sistemas médicos distintos al científico-occidental no constituiría un *"error conceptual"* ni sería tampoco anacrónico el reconocer manifestaciones que vienen de otras épocas enriquecidas a su vez con el desarrollo cultural. En efecto, de escucharlos con atención nos llegaría el eco de que *"toda medicina es moderna, independientemente del tiempo, el lugar y la cultura en que se practique, en la medida en que esté bien orientada hacia el logro del objetivo común que es la asistencia sanitaria"* y más aún: *"la medicina tradicional (...) ha sido parte integrante de la cultura humana"* y la cultura misma, *"de la que la medicina tradicional es parte integrante, no es algo estático ni inerte"*(OMS, 1978:14).

Dejamos pues a juristas y legisladores el compromiso derivado de estas reflexiones.

Sin embargo, y por eso nos reconocemos prudentes en cuanto a una reglamentación absoluta de este universo socio-

médico organizado fundamentalmente en estructuras socio-mágicas y simbólicas distintas a aquellas que definen la especificidad cultural del occidente, estamos conscientes de lo que este universo, ni reconocido ni reglamentado oficial e institucionalmente, representa en términos de alteridad y de otredad. Ya lo ha dicho CLARAC (1992), en parte, al afirmar que el mismo constituye un mecanismo de defensa de la población contra los traumatismos de la imposición cultural con los bruscos cambios que ésta conlleva. Pero no sólo eso. Estamos persuadidos de que la ley se funda sobre un consenso y de que constituye un principio universal de comprensión, el juego ordenado de las diferencias, la racionalidad, moral, política, económica. Y sin embargo, no creemos en *“la utopía universal de la comunicación pues aunque las cosas parezcan orientarse hacia una comprensión y homogeneización universales [y este es el caso de las leyes] más se impone la irreductibilidad, el principio vital de desunión”*(BAUDRILLARD, 1990:145). Principio que no es moral sino que significa *“desequilibrio y vértigo, principio de complejidad y de extranjeridad, principio de seducción..., de antagonismo...”* (BAUDRILLARD, 1990:112).

Así, temeríamos una reglamentación de *“la diferencia”*, de aquellos *“otros”* sistemas médicos que con sus representaciones y sus prácticas nos hablan aún de una alteridad perdida y, probablemente, de un destino.

Esos otros sistemas médicos tal vez nos dicen la incoherencia, la anomalía y hasta la catástrofe, tal vez juegan con la muerte y con ciertas *“reglas misteriosas”*... Pero ¿qué importa? Tal vez ellos violentan la razón, nuestra razón occidental, pero nos remiten también al nivel de lo simbólico que es en definitiva aquel del destino.

Temeríamos entonces una reglamentación que disperse *“fractalmente”* los símbolos de dichos sistemas de alteridad que aún constituyen nuestro espejo. Tal vez porque secretamente pensamos que hay que mantener al otro en su *“extranjeridad”*, sin tratar de aprehenderlo en su diferencia. Porque como dice Baudrillard *“lo peor es la comprensión... función sentimental e inútil. El verdadero conocimiento es aquel de lo que jamás comprenderemos en el otro, de aquello que en el otro 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).

¿Queríamos entonces esos *“otros”* sistemas médicos justamente OTROS? No iguales en derecho ni diferentes, simplemente *“extranjeros”*

(extraños). ¿Regidos por sus propias REGLAS ineluctables, “*porque las reglas, en contraposición a la leyes, no son conceptos, sino formas para ordenar el juego*”? ¿Los deseamos “*otros*” para que nos seduzcan, entendiendo por seducción “*el exceso del otro y de la alteridad, el vértigo de lo más diferente que lo diferente mismo*”? (BAUDRILLARD, 1990:146 y 153). He allí el reto de lo que entendemos por irreductible, el reto de la otredad y de la alteridad radical que representan esos “*otros*” discursos y esas “*otras*” prácticas relativas a la enfermedad, al cuerpo, a la curación, a la vida y a la muerte.

## Bibliografía

- BASAGLIA, F. y otros (1978). **La salud de los trabajadores**. México: Nueva Imágen.
- BAUDRILLARD, J. (1990). **La transparence du mal**. Paris: Galilée.
- \_\_\_\_\_ (1992). **L'illusion de la fin**. Paris: Galilée.
- CARBONNIER, J. (1978). **Sociologie Juridique**. Paris: Thémis.
- CLARAC DE BRICEÑO, J. (1992). **La enfermedad como lenguaje en Venezuela**. Mérida: Consejo de desarrollo científico, humanístico y tecnológico (CDCHT). Universidad de los Andes.
- HERNANDEZ, M. (1996). “**Algunos mal-entendidos de la investigación ‘cualitativa’ o ... de cómo el positivismo también puede ser cualitativo**”. Caracas: Universidad Simón Bolívar. Departamento de Ciencias y Tecnologías del Comportamiento. (Mimeo.).
- MACCACARO, G. (1978). “Clase y Salud”. En: **La salud de los trabajadores**. México: Nueva Imágen, 73-100.
- MIAILLE, M. (1978). **Une introduction critique au droit**. Paris: Maspéro.
- OMS (1978). “Promoción y desarrollo de la medicina tradicional”. En: **Informe de reunión. Serie de informes técnicos**. Ginebra.
- PINO, M. (1982). **Structure sanitaire vénézuélienne et dynamique de rapports sociaux**. Paris: Ecole des hautes études en sciences sociales (EHESS). Mémoire de DEA.
- RECASENS SICHES, L. (1978). **Tratado general de sociología jurídica**. México: Porrúa.
- WHITE, K. (1964). **En toute candeur**. Paris: Mercure de France.

**FERMENTUM. Números Seis y Siete: I.**— Tema Central. 1.— Actores sociales y consolidación democrática en América Latina: Estrategias, identidades y cultura cívica. *P. J. Krischke*. 2.— Género, familia y sociedad: La aproximación sociológica. *E. Bonilla C.* 3.— Educación y sociedad en América Latina: Algunos cambios conceptuales y políticos. *Juan Carlos Tedesco*. 4.— Empresarios ilegales y región: La gestación de clases dominantes locales. *A. Camacho G.* 5.— Cultura y sociedad: Homogeneización pluralidad cultural. Universalismos y particularismos. *N. García Canclini*. 6.— Población, salud y ambiente en el desarrollo latinoamericano. *R. Briceño León*. 7.— Los estudios laborales y sindicales en América Latina (1982-1992). *E. de la Garza T.* 8.— Los cambios tecnológicos y sus impactos. El largo camino hacia la construcción solidaria de oportunidades. *J. Sutz*. 9.— El desarrollo latinoamericano: Modelos alternativos, economía y ecología. *E. Lander*. 10.— Teoría, epistemología y poder en la sociología latinoamericana de los noventa. *Jorge Vergara E. y Enrique Gomáriz M.* 11.— Política social, desarrollo y democracia en América Latina. Las funciones del Estado. *E. Faletto*.

**FERMENTUM. Número Cinco: I.**— Tema Central. 1.— La educación en la crisis o crisis en la educación. Algunas aproximaciones y alternativas. *C. T. García, M. López, O. Aguilera y L. Pargas*. 2.— Dos líneas de modernización: Un esbozo histórico. *J. Puerta*. 3.— El neoliberalismo y la educación venezolana. *J. C. León Sanabria*. 4.— Descentralización de la educación en Falcón. *J. M. Trujillo*. 5.— Alternativas para la innovación académica. *O. Albornoz*. 6.— Oferta y demanda de educación pre-escolar en el estado Mérida. *E. Rivera de G. y Y. Contreras*. 7.— El modelo de educación bilingüe para el niño sordo. La experiencia en Mérida. *M. Anzola de L.* 8.— Los desafíos del presente y la formación de profesores. *A. Lizarraga B. y R. Colli Misset*. 9.— Reflexiones sobre la formación de Recursos Humanos de Informática en la Educación. *L.M. Costi S.* II.— *Explorando la ciudad: Sobrevivir en la crisis: Los menores trabajadores de la calle en la ciudad de Mérida (II)*. *C. T. García*. III. Reseñas: Libros. Eventos científicos. El testamento étnico 500 años después. *O. Jiménez*.