

REPRESENTACIONES EN SISTEMAS DE SALUD COEXISTENTES, CORDILLERA ANDINA.

Jacqueline Clarac de Briceño*

Este trabajo empezó realmente desde 1971, cuando di principio a mi investigación antropológica en la zona rural de la Cordillera de Mérida. Pero es sólo a partir de 1980 cuando empecé a trabajar sistemáticamente sobre el eje de la enfermedad, dentro del sistema de representaciones y prácticas simbólicas rurales, enfocando además las transformaciones de éstas en función del urbanismo emergente.

A partir del 82 extendí el estudio a toda la región andina (Estados Mérida, Táchira y Trujillo), revisando simultáneamente los archivos históricos de Mérida y Trujillo. No abundan aparentemente los documentos con información acerca de enfermedad y salud en dichos archivos; sin embargo, el material existente es suficiente como para permitir un análisis comparativo con los datos más recientes obtenidos en el trabajo antropológico y etnomédico.

Al trabajar sobre el fenómeno llamado "*enfermedad*", no lo consideré a través del enfoque médico sino que a través de sus *distintas representaciones según los sistemas de salud en presencia*. Estos últimos pueden re-agruparse en Venezuela en general y en la Cordillera de Los Andes en particular, en 2 grandes grupos, los cuales están enfrentados en la actualidad: el sistema "*sociomédico*", con sus numerosas variantes, pero en el cual la enfermedad es percibida y tratada como un fenómeno esencialmente "social" (sería más exacto decir "sociomágico") que se estructura dentro de un sistema de repre-

sentaciones mágico-religiosas. -Los sistemas de tipo "sociomédico" son los más corrientes en la humanidad, y aparentemente se han dado en todas las épocas, de modo que tienen en este sentido un carácter universal, a pesar de sus variantes locales- El segundo grupo lo constituye únicamente el *sistema biomédico* occidental, de carácter científico y ahora científico-tecnológico. Este sistema es reciente, surge como sistema de representaciones y prácticas médicas dentro de la cultura llamada "occidental". Tiene por consiguiente un carácter menos universal, aunque tiende hoy a extenderse más cada día a todas las sociedades, encontrando a veces fuertes resistencias (activas o pasivas) de parte de éstas.

En Venezuela este sistema biomédico penetra a partir del siglo XIX pero es en el siglo XX cuando se va a difundir realmente, primero en las ciudades, luego en la zona rural también, aunque con mayores dificultades. El Estado le da a este sistema reconocimiento oficial, al reconocerlo como único sistema de salud de carácter legal porque científico.

En relación al período colonial, hay que buscar los documentos sobre enfermedad en aquéllos que son clasificados como "Materia criminal" y "Juicios por brujería", siglos XVII a XIX, y clasificar el contenido, diferenciando dentro de tales juicios 1º los datos propiamente jurídicos, 2º los de carácter propiamente "criminal" (en el sentido español) datos que a su vez han de ser diferenciados en a) datos de carácter religio-

so, b) datos de carácter terapéutico, aunque ambos tipos son tratados en los documentos como uno solo. El crimen en estos casos es el de "brujería" aunque más tarde cambiará la representación del "crimen", sustituyendo la etiqueta de "brujería" por la de "vagos y maleantes". Sin embargo, cualquiera sea el nombre del crimen, estamos siempre frente al mismo contenido semántico.

La dificultad metodológica, en el estudio de tales documentos, reside en el hecho de que, bajo la etiqueta de "brujería" o la de "vagos y maleantes", están íntimamente mezclados en las informaciones de los testigos o de los acusados los datos religiosos y los datos propiamente terapéuticos. Sin embargo, esta dificultad surge solamente si se conserva en el análisis una representación biomédica de la enfermedad; pero, si se trabaja con el significado mucho más amplio dado a la enfermedad por la representación "sociomédica", la dificultad indicada desaparece.

En efecto, la "enfermedad", dentro de este último sistema de representaciones, es un fenómeno que engloba todo lo que perjudica al hombre y que, por consiguiente, constituye para él un "daño" y lo desequilibra de algún modo, trátase de problemas biológicos, psíquicos, económicos, políticos, influyéndose unos a otros, ya que pertenecen todos a una totalidad que es lo que la biomedicina científica propone llamar "el ser biopsicosocial" y enfatiza en la actualidad, pero sin que tenga repercusión en la práctica de los médicos formados en facultad, porque esta concepción no pertenece realmente al nivel de la representación de la enfermedad en el sistema biomédico, sino al nivel de una *práctica terapéu-*

tica ideal. Mientras que, en el *sistema sociomédico* -lo mismo en los terapeutas que en sus pacientes- esta *concepción holística del hombre* pertenece al nivel de la representación misma.

El *sistema sociomédico* se gesta en Venezuela y en la Cordillera en la época colonial, a partir de 3 variantes ya existentes anteriormente: la variante indígena (autóctona) local, la africana y la española. En efecto, a pesar de que esta última persigue a las otras dos prácticas médicas, lo hace a causa de la diferencia entre los medios utilizados y los fines buscados; pero, vista en la perspectiva antropológica de hoy, la representación española de entonces pertenece estructuralmente a un mismo sistema de representaciones que las otras variantes (la indígena y la africana).

Desde el punto de vista jurídico, el "crimen" se presenta en los juicios del modo siguiente: los españoles perciben a los acusados como "brujos charlatanes", aconsejados o posesionados por el demonio.

En la perspectiva indígena esos acusados son "médicos", porque el médico, en el sistema sociomédico, es también hechicero, brujo y, en los Andes, sacerdote. Tiene un carácter dual: Es bueno y malo, social y antisocial (permite mejorar las relaciones dentro del grupo al mismo tiempo que provoca conflictos intragrupales).

De modo que el mismo personaje, en la sociedad indígena o en los grupos africanos, reúne en sí las características del médico, del sacerdote y del brujo. Mientras que, en el sistema español, hay 3 personajes para estas 3 funciones:

(1)	(2)	(3)	
Representación indígena:	1 personaje:	[médico/sacerdote/brujo]	bueno
			malo
(1)	(2)		
Representación española:	3 personajes:	[médico]	= bueno
		[sacerdote]	= bueno
		[brujo]	= malo

Es decir que *el español se representaba también las 3 funciones pero, en la práctica social (y jurídica) perseguía en su propia sociedad únicamente la tercera* (la del brujo) por juzgarla dañina.

Para el indígena, como para el africano, el "brujo" es dañino, pero en su representación dualista del universo, lo malo y lo bueno, el bien y el mal son partes inseparables del Todo, de modo que el mal es indispensable para que exista el bien, y las 3 funciones que separa el español, él las une en el mismo personaje: Es el médico-sacerdote-hechicero (llamado "moján", o "mohan") durante la Colonia. El contexto cultural y la práctica social le proporcionan a ese indígena los *mecanismos de defensa* para protegerse o curarse de los malos sortilegios, es decir, de la parte mala de ese médico y como no concibe la enfermedad separada, como algo biológico, sino que la percibe a través de su concepción holística del hombre y del universo, ese médico es también sacerdote y tiene funciones mágico-religiosas. En cuanto a los mecanismos de defensa, se pueden resumir a través del término "Contras" de una gran riqueza semántica, para expresar una serie de conductas específicas, altamente normalizadas, que el indígena, como el campesino de hoy, respeta continuamente en su vida cotidiana.

En cuanto al *español*, el *único mecanismo de defensa* que posee contra el personaje dañino del brujo es su *enjuiamiento*. Pero el mismo hecho de enjuiciarlo, así como el contenido de tales juicios, conservado a través de los documentos de archivos, nos muestra que tenía una representación similar a la del indígena en cuanto a creencia en la capacidad de un individuo del grupo para causar mágicamente daños a otro u otros individuos del mismo grupo; es decir, creía en el poder mágico (llamado por él "demoníaco", a causa de la posición de la Iglesia frente a tales prácticas) de ese personaje. Ahora bien, en España el español castigaba al brujo y estimaba al sacerdote y al médico (médico curandero, conocedor de las plantas), aunque al mismo tiempo temía a ambos: El curandero medieval y, más tarde, el curandero rural, en toda Europa, fue siempre un personaje socialmente marginado, un personaje generalmente solitario, misterioso, a quien se acudía en caso de enfermedad pero a quien se temía porque no se sabía exactamente donde se paraba su poder ni se comprendía su conocimiento: Al conocer las plantas y las fórmulas secretas, adquiriría un poder desconocido de la mayoría, un poder respetado, pero temido por no entender cómo se gestaba. En cuanto al sacerdote, también era temido y respetado. Representaba no sólo el poder divino (perdonaba los pecados e indicaba la penitencia) sino el poder temporal de la Iglesia y del Esta

do.

En América, el español se encuentra frente a un personaje que reúne en sí las 3 funciones, de modo que lo percibe a través de una sola de ellas: La del brujo, por varias razones: Antes que todo, tenía el español un solo mecanismo de defensa, el juicio por brujería. Y el sacerdote indígena era para él un hombre demoníaco, porque su religión era percibida como demoníaca (en el caso de la Cordillera de Mérida esto se facilitaba: Los andinos hacían sacrificios humanos (según los primeros cronistas), sacrificios de niños, según mis propios datos, así como de animales: Venados, guacamayos y otros. De modo que no lo veía como "sacerdote" sino como "brujo".

La perspectiva de la Iglesia frente a otras religiones cambiará sólo a fines del siglo XX, de modo que este cambio es muy reciente.

En cuanto al médico indígena (o africano) el español no vacilaba en utilizarlo cuando lo necesitaba, aunque lo hacía a escondidas. En efecto, lo tenía que castigar también porque ese médico, por ser sacerdote y hechicero, acompañaba las prácticas terapéuticas con ritos religiosos (ofrendas y sacrificios a los dioses, expulsión de espíritus malos mediante ciertas técnicas como el "chupado" de la enfermedad y el "maraqueo", utilización de fórmulas mágicas en lengua indígena, etc.) los cuales perseguía la Inquisición. Sin embargo, el español practicaba lo mismo dentro de su propia religión: Hacía oraciones, "promesas", ofrendas a su Dios, a sus vírgenes, a sus santos, en caso de enfermedades, como de calamidades de cualquier índole, y tenía también el concepto del "sacrificio". Pe-

ro como su religión era para él "la única verdadera", estaba justificado a sus propios ojos; o, mejor dicho, no necesitaba justificación. Mientras que el indígena o el africano, por practicar otras religiones (concebidas como "falsas" por ese español) no tenía justificación. No podía comprender el español, como nosotros ahora, que su sistema de representaciones era esencialmente el mismo, aunque se diferenciara en la apariencia de las prácticas (los medios utilizados) y en ciertos fines: La meta final era la integración completa del indígena y el abandono por éste de todas sus costumbres y creencias.

Esta similitud en la representación de españoles e indios se puede detectar en ciertos juicios, como por ejemplo el realizado contra la india Ignacia Silveira Angel (1774) Mérida, muy esclarecedor al respecto. En ese juicio los españoles utilizaron a un "Negro libre, curandero de diferentes accidentes y originario de Ciudad de Guinea" no sólo como testigo contra la india acusada, sino para que pudiera deshacer también con su propia brujería (la cual se juzgó en este caso "buena") la brujería ("dañina") de Ignacia. Está bien claro en dicho juicio como los españoles estaban convencidos de la eficacia de las prácticas mágicas de ambos.

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 positivista del mundo, que lleva a los dirigentes del país a pensar 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 sólomente 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: Se multiplican 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 a la Medicina: En 1982 sale la última Ley del Ejercicio de la Medicina en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela, ley que autoriza para el ejercicio de la Medicina sólomente a los "Doctores en Ciencias Médicas" y los "Médicos Cirujanos" quienes deben, además de recibir su título en las Facultades de Medicina del país, registrar éste debidamente e inscribirse en el Colegio de Médicos así como en el Instituto de Previsión Social del Médico. Se prevén artículos especiales en relación a los médicos extranjeros, o formados en el extranjero, pero se excluye a toda persona o institución, aunque sea venezolana, "que presta asistencia médica sin cumplir con las condiciones exigidas por la Ley". Estos últimos se ven marginados y castigados en el Título IV, Cap. I: "De las infracciones y del ejercicio ilegal de la Medicina".

Ahora bien, ¿Cómo reacciona la población, concentrada hoy en las ciudades, pero de origen rural reciente, y acostumbrada a hacerse tratar dentro

del sistema sociomédico tradicional? .

La respuesta a esta pregunta se buscó a través de un estudio etnomédico sistemático, llevado a cabo en la región andina especialmente, a partir de 1982. Fue realizado a través de 46 centros de salud oficiales (legales) hasta ahora: 10 hospitales, 3 ambulatorios, 30 medicaturas rurales, 3 clínicas privadas, de los Edos. Mérida, Trujillo y Táchira, a nivel de médicos, enfermeras, pacientes y familiares de éstos. Y a través de 48 centros de salud ilegales, a nivel de sus médicos (curanderos "yerbateros", sacerdotisas, mediums, médicos "espirituales" y otros) y sus pacientes. Se utilizaron las entrevistas completamente abiertas, la observación sistemática y, en 12 centros ilegales, la observación semi-participante. Además, se hizo la revisión de los periódicos nacionales y locales (en la ciudad de Mérida) de 82 a 86; se observaron 5 crisis hospitalarias, entre las cuales la más grave, la de 1984 en Mérida.

Antes de resumir los resultados obtenidos en este trabajo, quiero incursionar primero un poco dentro del campo semántico de esta medicina popular (llamo así a la medicina de origen tradicional rural que tiene ahora una transformación en la ciudad) la cual se contrapone ahora a la medicina científica en la Cordillera de Los Andes como en toda Venezuela.

Todas las prácticas terapéuticas (y la humanidad siempre ha tenido este tipo de prácticas, probablemente desde que existe el hombre y que se enferma) dependen de la elucidación previa de la causa de la enfermedad y para esto privilegian un campo semántico entre los distintos campos semánticos dispo-

nibles no sólo a nivel humano en general sino dentro de esa sociedad, y así sucede en Venezuela y así sucede en la región andina. Es importante entonces descubrir cuál es el campo semántico seleccionado y privilegiado por cada grupo, y es revelador además descubrir por qué un grupo determinado privilegia ese campo justamente y no otro.

Al respecto, una de las diferencias que existen entre la biomedicina científica (occidental) y los sistemas sociomédicos en general (sistemas repartidos en toda la geografía de la tierra) es que, además de privilegiar el carácter biológico de la enfermedad la primera privilegia en su práctica médica la sintomatología, dejando la investigación de las causas a los investigadores especializados. Hay entonces los que investigan las causas del cáncer, los que investigan las causas de la diabetes, etc., dentro de un campo semántico en el cual, una vez que se descubre o cree descubrir la causa de una enfermedad, este descubrimiento "sirve para toda la humanidad", ya que se le da un carácter universal a tal descubrimiento como al medicamento que se indica en cada caso. De modo que, dentro de este campo semántico, existe una división del trabajo entre [el-que investiga-la causa-y encuentra el remedio] y [el-que-aplica-los-conocimientos adquiridos-por-el-primero-sin-poner-en-duda-su-veracidad]. El primero investiga para toda la humanidad (hace ciencia pura, o básica) y no tiene contactos sino con los enfermos que le sirven de cobayos. El segundo ejerce en individuos particulares, de grupos particulares, pero aplicándoles los conocimientos obtenidos por el primero, ya que son considerados por ambos como "universales" en la causa de la enfermedad y en su tratamiento.

Al contrario, en el caso de cualquiera de las variantes del sistema sociomédico, cada terapeuta reúne en su persona las características de los dos especialistas necesarios en el sistema biomédico occidental: Cada terapeuta es a la vez investigador y práctico clínico, descubre la causa de la enfermedad en cada uno de sus pacientes(aunque a partir de un código pre-establecido) y decide el tratamiento más adecuado en relación a cada uno de esos casos particulares. De modo que cada paciente sentirá que el mal del cual padece es *su mal en particular*, porque él es agredido particularmente por algún hacedor de mal. Y sentirá que el tratamiento que le es administrado está dirigido a su persona en particular.

Por supuesto, este tipo de terapeuta tiene un sistema referencial (tradicional) para establecer cada una de esas causas particulares; pero él extrae cada vez de ese marco referencial lo que le parece explicar mejor cada caso particular, y es como si descubriera cada vez una causa precisa a este caso concreto. Es decir que él reestructura cada vez, a partir de su marco referencial, los datos particulares (bio-psico-socio-económicos) de cada uno de sus pacientes.

Todos los terapeutas de un mismo sistema socioeconómico tienen entonces en común un mismo marco referencial, pero cada uno hace una re-interpretación libre y particular de dicho marco, reestructurando éste a partir de la personalidad de cada paciente y de sus síntomas (los cuales se refieren a su personalidad, al grupo referencial y a la personalidad del terapeuta). Hay por consiguiente un acto de recreación del marco referencial en cada diagnóstico, en cuanto a las causas y al tratamiento.

to que se recomienda. Y las operaciones diagnósticas, terapéuticas, preventivas, son coherentes unas con las otras, porque todas se estructuran a partir del mismo marco referencial, con una misma lógica. Su saber está fundado en categorías homogéneas y coherentes, aunque parezcan irracionales e incoherentes desde la perspectiva de otro sistema médico (aquí: desde la perspectiva de la medicina científica oficial y de su propio campo semántico).

Esta situación de por lo menos 2 campos semánticos en presencia en la Cordillera como en toda Venezuela (*) hace que, como el médico tradicional o popular (yerbatero, brujo, sacerdotisa médium, etc.), conoce solamente al médico científico *que ejerce*, nunca ha visto ni tiene noticia del investigador en biología o en fisiopatología, (ya que este último es más raro y está encerrado en un laboratorio que no se ve) y percibe al médico científico solamente a través del primero (el que ejerce). Ahora bien, ésta es la representación no sólo de los médicos curanderos y de gran parte de la población venezolana, sino de muchos estudiantes de Medicina y médicos graduados en Facultades de Medicina del país y que ejercen en los distintos centros de salud de la Cordillera.

El médico tradicional o popular piensa, lo mismo que la mayoría de los pacientes, que el médico "científico" (el "doctor") trata los *síntomas* de las enfermedades pero que "no cura las causas porque no las conoce". En cuanto a los médicos "científicos" entrevistados y observados en su práctica clí-

nica, un 10% de ellos piensan que atacan con su medicina las causas mismas de la enfermedad, un 30% se inhibe de contestar, muestra inseguridad, declara no saber realmente, y un 60% coincide con la representación que tiene el curandero acerca del médico científico: Trata síntomas, pero desconoce las causas "verdaderas" de la enfermedad, así que no puede "curar" sino "aliviar" las enfermedades. Esta representación del médico científico acerca de sí mismo y su función, hace que este mismo médico busque también, en caso de enfermarse, los servicios de un médico popular (generalmente, sacerdotisa o médium de M.L., o "médico espiritual") para "curar la verdadera causa de su mal".

NOTA: El porcentaje indicado aquí corresponde a las entrevistas que lograron hacerse *realmente*. En efecto, en relación a la muestra inicial que se había establecido (200 médicos jóvenes con no más de 10 años de servicio rurales y de centros urbanos) sólo se realizó el 70% por la razón siguiente: el 30% restante (60 médicos) rehusaron su colaboración en forma pasiva: No aceptaron la entrevista, pedían que se les dejara la planilla y que la iban a llenar en su tiempo libre. Al dejársela decían después "que se les había perdido; al traerles nuevamente la planilla, la volvían a "perder" o contestaban sistemáticamente que "no habían tenido tiempo de llenarla". Al respecto los médicos rurales mostraron más colaboración que los médicos hospitalarios urbanos.

Los médicos tradicionales rurales

(*) En la ciudad de Mérida, por ser ésta una ciudad universitaria, hay una buena parte de la población (sobre todo la población flotante de estudiantes y profesores) que proviene de distintos puntos del país.

(curanderos de todos tipos) son profesionales de las relaciones humanas dentro de su grupo, pero están perdiendo popularidad actualmente frente al médico del mismo tipo en la ciudad (sacerdotisas, mediums, médicos "espirituales" de distintas tradiciones). Este último, en efecto, tiene una gama mucho más diferenciada de pacientes: Mientras que el curandero rural ve sobre todo a campesinos como él, el curandero urbano atiende a personas de todas las clases sociales y oficios, e incluso de nacionalidades distintas (además de los venezolanos, sus pacientes son colombianos, ecuatorianos, peruanos, bolivianos, cubanos, trinitarios, canarios, portugueses, italianos, sirios, libaneses entre otros). Esto lo obliga a una mayor improvisación terapéutica, aunque siempre en base a su marco referencial. Esta improvisación no molesta a los pacientes, al contrario: Parece ser que, a mayor imaginación (diagnóstica y terapéutica) mayor éxito. Esta imaginación terapéutica se canaliza especialmente a través del marco referencial del culto de María Lionza, el cual permite una vasta gama de representaciones y prácticas simbólicas, su estructura permite una integración de elementos de todos tipos (entre los cuales están los terapéuticos occidentales, y la nomenclatura occidental para las enfermedades) en toda clase de combinaciones, y su estructura socio-religiosa está en estrecha relación con la estructura socio-económico-política del país.

Otro resultado de este trabajo es haber mostrado que el marco conceptual de la enfermedad se está reduciendo, al pasar por la zona rural a la zona urbana, a uno solo de sus antiguos componentes: la relación psico-socio-mágica entre un agresor y el agredido por el.

Esta relación provoca un conflicto de orden psico-socio-mágico, con efectos de orden biológico, psicológico, económico, político, y el curandero urbano (sobre todo el medium, la sacerdotisa y el médico "espiritual") es considerado más cada día como el especialista de este tipo de mal: El "mal postizo" o daño causado por la envidia. Así que para el paciente venezolano no existe ninguna contradicción entre la función del médico "científico" y la de este otro médico: El primero trata los síntomas biológicos, y así su acción viene a completar el trabajo realizado por el médico popular (el "otro" médico) sobre la "causa" del mal. Por compartir muchos jóvenes médicos "científicos" (los "doctores" en el lenguaje popular) esta misma representación de las funciones de uno y del otro, no les parece contradictorio el hecho de que, por una parte, sean ellos médicos de facultad y representantes de la medicina "científica" y, por otra, que reconozcan la importancia de la función del curandero y sean ellos mismos pacientes de éste.

La población andina y la población no andina (procedente de otras regiones de Venezuela o de otros países e inmigrada a los Andes, zona urbana) conserva entonces la antigua y tradicional representación sociomágica de la enfermedad, característica en todas partes del sistema sociomédico. Por esto esta población busca un tratamiento que sea: 1º) y prioritariamente mágico, a fin de atacar la causa sociomágica del infortunio (enfermedad u otro mal), 2º) físico. Ahora bien, el sistema médico oficial, es decir, el único sistema de salud legal porque el único legalizado en el país, aplica sólo el segundo tratamiento (el que, en la representación de la población, es secundario).

dario porque ataca los síntomas y sólo los síntomas biológicos (no ataca los síntomas de otro orden, sobre todo los de orden socioeconómico). De modo que sucede lo siguiente en la realidad de la práctica:

1) La población en general acude a ambos tipos de centros:

a) A los hospitales, clínicas y otros, porque representan la ciencia y la tecnología y que éstas son estimadas en un país que se urbaniza en gran escala, que "se quiere" científico-tecnológico y confunde el "querer ser" y el "ser". También acude a los "doctores" porque recetan remedios de farmacia, los cuales son también muy estimados por ser "modernos", y porque sirven para tratar los síntomas "físicos" (malestares) de las enfermedades.

b) A los centros ilegales, porque ahí se hacen curar "la verdadera causa de su mal", con repercusión favorable sobre su vida psíquica, económica, social (repercusión favorable por lo menos a nivel de la representación).

2) La población de pocos recursos económicos (campesinos, obreros, empleados, estudiantes, pequeños comerciantes, pequeños funcionarios), busca la medicina gratuita de los centros hospitalarios pero se frustra en su acercamiento al hospital. Después de intentos a menudo infructuosos y malos tratamientos -a veces de parte del personal médico, más a menudo del personal paramédico- acude preferentemente al sistema sociomédico (a pesar de que éste es más costoso para ellos pero es una solución económicamente intermedia entre la medicina gratuita de los hospitales y la muy costosa de las clínicas privadas) a través de algún centro

espiritista, de María Lionza, o de "médicos espirituales"; sobre todo que este tipo de centros le brinda *los dos tratamientos necesarios dentro de su representación, para que la cura sea completa*. Además, desde hace una década, todos esos médicos ilegales recetan también medicamentos de farmacia (lo que desespera al Colegio Médico pero favorece grandemente a farmacéutas y laboratorios); practican también operaciones quirúrgicas, aunque simbólicas pero juzgadas tan reales y eficaces por los pacientes como las realizadas en los hospitales y clínicas.

3) En épocas de huelgas (muy frecuentes del sistema asistencial de salud pública, la población permanece indiferente frente al conflicto y acude aún con mayor frecuencia a los centros ilegales, aunque la población económicamente fuerte sigue utilizando como de costumbre las clínicas privadas, al mismo tiempo que los centros ilegales (recibe también esta población el "doble tratamiento", el de los síntomas y el de "la causa verdadera").

Esta despreocupación de la población meridiana, por ejemplo, durante los largos conflictos hospitalarios sufridos por la ciudad de Mérida (particularmente en 1984) ha sorprendido y preocupado a muchos médicos de hospital y ambulatorios.

4) Los pacientes de los centros ilegales son de todas las clases sociales y profesiones. Sin embargo se presentan variantes al respecto de un centro a otro (algunos son más "selectos" que otros). En la ciudad universitaria de Mérida, los centros mágico-religiosos tienen una importante clientela de pacientes estudiantes (incluso de estudiantes de Medicina), sobre todo en períodos de exámenes.

5) Los hospitales, ambulatorios, dispen

sarios, medicaturas, presentan una serie de fallas, algunas graves, que a veces son reveladas por los periódicos y por ciertos médicos, sin que se remedie nunca la situación, de modo que las crisis vuelven periódicamente, sin afectar mayormente en apariencia a la población de pacientes.

6) El personal paramédico tiene poca consideración por los pacientes, (hay excepciones, pero sólo excepciones) y tiene en su gran mayoría una representación de la enfermedad y de la medicina que corresponde al sistema sociomédico y no al sistema biomédico para el cual está trabajando este personal. Este mismo personal, a pesar de las ventajas económicas reales que encuentra en los hospitales para los tratamientos de sus propias enfermedades, es paciente también de los centros de medicina popular (es decir: ilegales), y recomienda a menudo estos últimos a los pacientes del hospital.

¿Cómo reaccionan las autoridades sanitarias y jurídicas frente a la situación?

A.- Se aplica la ley pero suavemente, y de vez en cuando. Hay jueces, abogados, policías y políticos de todos los partidos que son pacientes de los centros mágico-religiosos, o no se atreven a hacer nada contra ellos, porque temen represalias mágicas.

B.- Los planificadores de salud en el país o se hacen la vista gorda, o ignoran los hechos, pues siguen planificando nuevos centros de salud, sin procurar corregir realmente los males inherentes a esos centros y sin preocupar-

se de la opinión colectiva. Cuando se dan cuenta de que la población frecuenta los centros ilegales de salud, piensan que es "por ignorancia". Si fuese por "ignorancia", ¿Cómo explicar la presencia de profesores universitarios, médicos y otros profesionales como pacientes en tales centros?.

C.- El Colegio Médico, de vez en cuando, pide una intervención del aparato jurídico, pero los golpes se dan al azar, y no siempre alcanzan a los médicos populares de mayor prestigio, es decir, los que tienen la mayor clientela, porque éstos a menudo gozan de una protección política de alto nivel. Además, la mayoría de los médicos científicos (los "doctores") tienen a su madre y otros familiares que creen en las virtudes de la medicina tradicional, rural o urbana.

D.- Algunos abogados y algunos médicos del Colegio Médico "ayudan" a ciertos médicos ilegales a "regularizar" sus centros, mediante un registro "legal" (y costoso) de los mismos, bajo denominaciones permitidas(*). Los médicos populares (ilegales) que tienen en su poder este tipo de documento creen firmemente en su validez. No les sirve en caso de allanamiento de su centro (acción para la cual, en general, han sido además prevenidos por las mismas personas encargadas de "aplicar la ley"), pero les sirve, en caso de encarcelamiento, para salir más rápido de la cárcel.

Podemos ver las enormes contradicciones que presenta nuestro sistema de salud, a nivel regional como nacional, y esto sucede porque el sistema com-

(*) Por ejemplo: "Centro de Estudios Esotéricos". Este término es legal, porque los "estudios esotéricos" tienen un lugar en la cultura occidental.

prende en realidad varios sistemas, con representaciones de la enfermedad y prácticas médicas muy diferentes, agravándose la contradicción porque el único sistema que recibe apoyo oficial del Estado es socavado por los que trabajan en él y que le deben apoyo en la práctica diaria, porque éstos tienen una representación de la enfermedad que corresponde más bien al sistema perseguido por la ley, el sistema sociomédico.

Esto sucede así porque la sociedad venezolana ha venido recibiendo, en las últimas décadas, grandes presiones para aceptar y vivir un cambio sociocultural radical, lo que sucede en la región andina como en el resto del país. Pero, si bien es relativamente fácil ordenar desde arriba (desde los altos centros de poder del país) cambios en las prácticas (y sin duda hay un cambio en la práctica sanitaria que es exigido desde arriba a toda la población), es imposible producir tal cambio tan radical, con tanta velocidad. Y como en las representaciones simbólicas son invisibles, es en el nivel de la práctica cotidiana donde se presentan y revelan las numerosas contradicciones que vuelven esta práctica tan compleja y aparentemente anómica.

La población se refugia en el sistema sociomédico, no sólo a causa de las deficiencias que presentan en la práctica clínica el sistema biomédico oficial, no sólo porque la sociomedicina está en correspondencia estrecha con su representación simbólica de la enfermedad, sino también porque constituye un mecanismo de defensa proporcionado espontáneamente por la cultura tradicional contra los traumatismos producidos por la situación de cambios violentos hacia otra cultura y hacia

otro tipo de sociedad.

La solución no se encuentra entonces en la producción de leyes obligantes pero imposibles de respetar, ni en la represión para su cumplimiento. Hay soluciones más racionales, pacíficas y efectivas. Incluso contamos con ciertas recomendaciones que nos provienen a veces de ciertas comisiones de la OMS al respecto, ya que Venezuela no es la única parte del mundo donde el sistema biomédico científico occidental se ve enfrentado hoy a variantes del sistema sociomédico. Un informe de 1978, emanado de esta Organización Mundial de la Salud, considera totalmente equivocada la actitud del personal profesional de salud cuando éste ve la medicina tradicional como "decadente" o "charlatana" y le resta importancia. Establece 3 razones que justifican la aceptación de esta medicina: 1) Ella constituye un sistema de asistencia sanitaria emanado del pueblo mismo y bien aceptado por éste; 2) Ella considera al hombre de manera holística, es decir, en su totalidad, y dentro de un espectro ecológico; 3) El factor operativo, que constituye la "razón de mayor peso" es: La colaboración de ambos tipos de medicina "sería el medio más seguro de lograr en el año 2.000 la cobertura total de la población mundial ante métodos de atención sanitaria aceptables y económicamente asequibles".

Se trataría entonces en Venezuela de reflexionar en forma interdisciplinaria sobre el asunto, sin apresurarse a tomar medidas "legales" pero que no pueden ser legitimadas por la población, no por mala voluntad, sino porque no corresponden a su representación del mundo. En efecto, mi trabajo me ha mostrado que la población, en la región estudiada, *está asimilando y a-*

ceptando 2 proposiciones del esquema médico científico:

1. (Lo moderno es lo científico)
2. (Lo científico es la medicina de los "doctores")

Se están asimilando estas dos proposiciones porque no *chocan directamente con el sistema de representaciones simbólicas; mientras que hay una tercera proposición que no ha sido asimilada y lo será muy difícilmente, porque choca abiertamente con el sistema de representaciones, es ésta:*

- 3.- (La medicina de los "doctores" es la única correcta, la única efectiva, la única legítima, la única legal").

BIBLIOGRAFIA

DOCUMENTOS:

- LEY DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA. Gaceta Oficial de la República de Venezuela, 1982.
- DECLARACION UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (Texto oficial español: Asamblea General de las Naciones Unidas, Paris, 10 de dic. 1948).
- INFORME DE REUNION DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: "Promoción y Desarrollo de la medicina tradicional", OMS, Serie de Informes Técnicos, 622, Ginebra, 1978.

OBRAS CONTEMPORANEAS:

1. Auguin, R. : Collaboration guérisseur-médecin", en Recherche, Pédagogie et culture, France 1976, Vol. 5, N° 25, pp. 17-22.
2. Attiso, M. A. "Approche scientifique rationnelle des médications traditionnelles des pays en voie de développement, en vue d'une phytothérapie renouvelée" (Rapport Confidentiel, OMS).

3. Bourguignon, A. : Fluctuations historiques de la notion de santé, en Revue d'Anthropologie médicale, 1er. N° 1978.
4. Id.: Religion, altered states of Consciousness and Social Change, Coloumbus: Ohio State Univ. Press, 1973.
5. Benoist, J. : "Médecines, malades et guérisseurs dans une société polyethnique", en Environnement africain, Sénégal 1975, vol. 1 N° 4, pp. 43-69.
6. Id: "Sur la contribution des sciences humaines à l'explication médicale ", en Anthropologie et Sociétés: La dynamique biosociale, 1981, vol. 5 N° 2.
7. Correa, Gustavo: "El espíritu del mal en Guatemala", en Nativism and Syncretism, Middle American Research Inst., Publ. N° 19, New Orleans: Tulane Univ. Press, pp. 41-103.
8. Clarac de Briceño, J.: "Una religión en formación en una sociedad petrolera", en Boletín Antropológico-ULA, Mérida, nov-dic. 1983, N° 4, pp. 28-35.
9. Id.: "Aproximación a una etnomedicina en la Cordillera de Mérida", en Bol. Antrop.-ULA, Mérida, enero-marzo 1984, N° 5, pp. 5-18.
- 110 Id. "Medicina Popular y sistemas de salud en Venezuela", en Bol. Antrop.-ULA, Mérida, enero-agosto 1985, N° 8.
11. Crapanzano V. y Garrison, V.: Case studies in Spirit Possession: a volume in Contemporary Religious Movements", A Wiley Interscience

Series-Irving, Zaret Sky, Wiley and Sons Inc. 1977.

12. Cipolla, Charles F. Demographic Evidence of Resistance to Changing Health Practices in South America, en Third World Medicine and Social Change, a Reader in Social Science and Medicine, Ed. by J. Morgan, Univ. Press of America, Boston, 1983, pp. 51-68.
13. Estrella, Eduardo: Medicina Aborigen, Edit. Epoca, Quito, 1977.
14. Foster, G.: "Diseases etiology in non-western medical systems", in American Anthropologist, 71/4, 1976, pp. 773-782.
15. Gabaldón, L.G.: "Public Acceptance of Law: Symbolic or Instrumental? IX Intern Congress on Criminology, S.2: Creation of Laws and their reception by society, Vienna, 25-30 sept. 1983.
16. Hand, W.D.: Magical Medicine: The Folkloric Component of Medicine in the Folk Belief, and Ritual of the Peoples of Europe and America, Berkeley, Univ. California Press, XXVII, 1982.
17. Kleinmann A.: Patients and healers in the Context of Culture, Univ. of California Press, Berkeley, 1980.
18. Laplantine, F.: "Ethnopsychiatrie et Ethnoscience", en Confrontation psychiatrique : Psychiatrie et cultures, N° 21, pp. 11-30, 1982.
19. Lavie, C.: "Le psychanalyste est-il sorcier?", en Nouvelle Revue de Psychanalyse, 1970, 1, 105-113.
20. Lévi-Stauss, C.: " Sorciers et psychanalyse", en Le Courrier de l'UNESCO, juillet-août 1956, 7-8.
21. Idem: "L'efficacité symbolique" (Cap.X de L'Anthropologie Structurale, Plon, Paris, 1961.
22. Mendoza, C.: "Concepto de los Aymaras sobre las enfermedades y sus causas, en Inst. Est. Aymaras, 1981, 8,2: 22-35.
23. Mathieu, N.C.: Paternité biologique, maternité sociale, A. Michel, Ed. Femmes, sexisme et sociétés, P.U.F., Paris, 1977.
24. Myerhorff, B.: "Shamanic equilibrium: Balance and Mediation in Known and Unknown Worlds", en American Folk Culture, W.D. Hand Berkerley, Univ. of California Press, 1976, pp.99-108.
25. Maloney C.: The evil eye, Columbia Univ. Press, N.Y., 1976.
26. Mitrani, P.: "Aspects de la recherche dans le domaine des sciences sociales et de la médecine", en L'Homme, juin 1982, XXII (2), 93-104.
27. Mischel W. y Mischel F.: "Psychological Aspects of Spirit Possession", en American Anthropologist, 60, 1120-1126, 1958.
28. Nicolas, J.: "Culpabilité, somatisation et catharsis au sein d'un culte de possession", en Psychopathologie africaine, 1970, 6,2.
29. Ortega, F.: "Etnomedicina en Ecuador: Investigación y Desarrollo", en Bull. d'Etnomédecine, N° 23, juin 1983, pp.5-24.

30. Perrin, M.: "Théories et pratiques médicales Guajiro", en Actes du XLII Congrès Intern. des Américanistes, Vol. VI, Paris.
31. Id.: "Un succès bien relatif: La médecine occidentale chez les Indiens Guajiro", en Social Sciences and Medicine, London, Pergamon Press, 1980.
32. Pollak-Eltz, A.: "Expresiones de religiosidad entre los negros de Yaracuy", en Anthropos I-82, Caracas.
33. Ruz, Mario: "Note sur la relation médecin-patient dans la situation interculturelle", en Bull. d Ethnomédecine, N° 13, mai 1982.
34. Robinson, Scott: "Toward an Understanding of Kofan Shamanism", en Latin American Studies Program Dissertation Series, Ithaca, N.Y. Cornell Univ., 1979.
35. Reichell-Dolmatoff, G.: The Shaman and Jaguar: A study of Narcotic drugs among the Indians of Colombia, Philadelphia: Temple Univ. Press, 1975.
36. Sindzingre N.Y. Zempleni A.: "Anthropologie de la maladie", en Bull. d' Ethnomédecine, N° 15, oct. 1982.
37. Taussig, M.: "Folk Healing and the Structure of Conquest in Southwest Colombia", en J. Lat. Am. Lore, 1980, 6,2; 217-78
38. Id.: Folk Healing and the Structure of Conquest in Southwest Colombia", en Journal of Latin American Lore, 6:2 (1980), 217-278.
39. Id.: "The Devil and Commodity Fetishism in South America, Chapel Hill: Univ. of North Carolina Press, 1980.
40. Williamns, Harvey: "Organization and Delivery of Health Care: A study of change in Nicaragua", en Third World Medicine and Social Change (A Reader in Social Science and Medicine), Ed. J. Morgan, Univ. Press of America, 1983, pp. 285-298.

ARCHIVO:

- ARCHIVO HISTORICO DE MERIDA, Sección Materia Criminal, Juicios por Idolatría, siglos XVII, XVIII y XIX.

PRENSA:

- Periódico FRONTERA (Mérida), Años 1980 a 1986.



RESUMEN: Análisis etnológico y antropológico-social de la información etnográfica y estadística recogida en la Cordillera Andina Venezolana de 1982 a 1985 en centros oficiales de salud así como en centros ilegales (mágico-religiosos). El campo semántico privilegiado por cada sistema médico no es comprendido por el otro, la representación de la enfermedad en el paciente del hospital y en el del centro mágico constituye un mecanismo cultural de defensa en la adaptación a una nueva situación sociocultural. El médico de facultad maneja a menudo dos concepciones de la enfermedad, sin percibir contradicción en ello. La actitud hacia el sistema diferente es más abierta en el curandero que el médico legal; sin embargo, sucede que a veces el segundo sea el paciente del primero, y vice-versa. El hospital atrae por ser imagen de modernidad, pero su poca eficacia real es reconocida por el universo de pacientes, lo que contribuye a la pasividad en períodos de huelga hospitalaria.

ABSTRACT: This article presents an ethnological and social anthropological analysis of the ethnographic and statistic information that was gathered in the Venezuelan Andes from 1982 to 1985, among the public health centers and the illegal (magic-religious) centers. The privileged semantic field of each medical system is not understood by the other one, the representation of sickness of the patient in the hospital and in the magic center is a cultural mechanism of defense as an effort of adaptation to the new social-cultural situation. The graduate doctor often handles two conceptions of medicine without being aware of it. The attitude towards the different system is more opened and tolerant in the "medicine man" than in the legal doctor; but sometimes it occurs that the second one is the patient of the first one and on the contrary. The hospital attracts the people because of its modernizing image, but its low efficiency is admitted by the total universe of patients what contributes to the collective passivity during periods of hospital strikes.

