

*Acerca de la salud y la enfermedad en Venezuela**

Pedrique, Luisa de**

Resumen

El siguiente artículo presenta una breve panorámica histórica de lo que ha sido la evolución en el sector salud desde la Colonia hasta la década de los ochenta. La autora expone algunos aspectos de los sistemas Sociomédicos de salud imperantes en Venezuela desde la época colonial y el surgimiento del sistema Biomédico de salud en los albores del siglo XX.

Palabras Claves: Salud y Enfermedad, sistemas sociomédicos, sistema biomédico, medicina preventiva y social, medicina curativa.

Abstract

The present article is a short historical view of the evolution of the health institutions from the colonial times up to the eightie's. The author presents some aspects of the social medical systems of health existing in Venezuela since the colonial centuries and the birth of the biomedical system of health in the first decades of the twentieth century.

Key Words: health and sickness, socialmedical systems of health, biomedical system of health, social medicine, alopathic medicine.

* Este artículo fue recibido en enero de 2007, en marzo de ese años dado para su evaluación y aprobado para su publicación en enero de 2008.

** Antropóloga (UCV), con Doctorado en Filología hispana (Universidad de Friburgo, Alemania) Profesora Titular, Jubilada, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes.

Venezuela es un país multiétnico y muticultural. Situado frente al Mar Caribe, posee amplias costas, selvas, montañas y llanos. La Colonización situó a los españoles y africanos, en distintos sitios de este vasto territorio, de acuerdo a factores como la geografía y la producción agrícola y minera. La población autóctona poblaba toda la región y fueron movilizados mediante los repartimientos y las encomiendas. Así, los andaluces prefirieron las costas y zonas cálidas, los castellanos y norteños en general, prefirieron las montañas. Los africanos por su condición de esclavos, los llevaron mayoritariamente a las grandes haciendas de café y cacao en el centro norte del país y a las minas del sur.

Espanoles, indígenas y africanos poseían sus particulares concepciones culturales sobre la salud y la enfermedad, el dolor y la muerte. Sin embargo, la esencia de estas concepciones tenían en común que se basaban en el empirismo y en la magia. Si bien, España era católica y había instalado oficinas de la Inquisición en su territorio para combatir la “herejía”, y a pesar de la derrota definitiva de los árabes y la expulsión de los judíos, la influencia de estos grupos, junto con las culturas de substrato que ya existían en la península, antes de la llegada de los árabes, había dejado sus profundas huellas en España y a pesar del catolicismo de los monarcas españoles, se seguía teniendo costumbres y creencias sincréticas. Sin embargo, la brujería era penada, las funciones de sacerdote, brujo y médico que en las sociedades indígenas americanas y entre los africanos todavía se conjugaba en un solo personaje, ya se habían separado en la España post-musulmana. Las órdenes monásticas católicas eran las dominantes en materia religiosa, las incipientes universidades europeas ya graduaban médicos y la “brujería” estaba prohibida aún cuando todavía se practicaba en secreto.

1. El Período Colonial

Los sistemas médicos de los tres grandes grupos étnico-culturales que se encontraron en América, se fueron amalgamando a lo largo del período colonial. Si bien los españoles eran los conquistadores y por tanto, el grupo dominante de la sociedad colonial, no pudieron evitar los contactos interculturales. Durante la Colonia, se persiguieron las creencias mágico-religiosas de los indígenas, los

médicos indios sufrieron castigos severos, los archivos coloniales nos han aportado muchos juicios a indígenas por “practicar brujería”, por “delincuentes” etc., cuando sólo estaban tratando de curar con “su medicina”. Generalmente, los juicios a indígenas se hacían aparte del de los españoles, africanos y mestizos, esto por el carácter de tutelaje que tenía la Corona sobre los aborígenes de América. En México, por ejemplo se creó el Juzgado General de Indios por Real Cédula de 1592 (Quezada; 110: 2000). Para los españoles, africanos y mestizos se había instalado en la Nueva España un Tribunal de la Inquisición en 1571 (Quezada; idem). Pero los delitos eran más o menos los mismos que los de los indios: utilización de prácticas mágico-religiosas prohibidas, profanación de imágenes religiosas católicas con fines mágicos, práctica ilegal de la medicina por no poseer el título de “facultativo” (título europeo para ejercer la medicina) y otros.

Estas medidas se aplicaban en todas las colonias hispanas, la diferencia es que en zonas más lejanas de los centros virreinales era más difícil el control. La Capitanía General de Venezuela por ser considerada una Colonia de menos estatus que los Virreinos, no fue controlada con tanta severidad.

Pero el “curanderismo” no se pudo evitar y hay testimonios donde se constata que para el siglo XVII, los curanderos, fueran indios, pardos, negros o blancos, gozaban de mucho prestigio entre la población y aún más si poseían conocimientos de los tres sistemas médicos. Quesada nos dice al respecto:

Para mí el curandero es el especialista que posee y manipula un cúmulo complejo de conocimientos indios, españoles y negros, dentro de un contexto cultural que corresponde a los grupos oprimidos. Él es consciente de ello y busca el reconocimiento social como especialista. Su comportamiento está reglamentado por la tradición y la colectividad. (Quezada; 27: 2000).

Y continúa la autora:

El curandero, individuo consciente de su papel social, busca su estabilidad para lograr el desempeño de su ocupación, por

esto, para sobrevivir, acumula los conocimientos de los otros grupos para dar mayor vigencia a su medicina... esto lo lleva a sustituir o incorporar, a las nuevas divinidades católicas para no entrar en contradicción con la ideología dominante. (Idem; 30).

Muchos estudiosos afirman que la función básica del curanderismo era la de mantener la cohesión social y la seguridad psicológica del grupo: Aguirre Beltrán citado por Quezada dice: "...esa seguridad se cimienta en un inestable equilibrio entre salud y muerte, fenómenos fuera del control humano... El curandero en consecuencia no sólo dispensa salud, sino que, además tiene la capacidad para provocar la enfermedad y la muerte" (Idem; 28).

Pero el curanderismo era también una "necesidad social" para la Corona Española, pues los curanderos atendían a las poblaciones india, africana y mestiza, donde no llegaban los pocos "facultativos" disponibles para las colonias. Las leyes que prohibían la "práctica ilegal" de la medicina tuvieron por tanto, que flexibilizarse, volviéndose "tolerantes" para los grupos no blancos.

España enviaba a sus colonias médicos preparados en las incipientes universidades europeas (Montpelier y Salerno por ejemplo) con títulos de "facultativo", pero estos nunca fueron suficientes en número, con lo cual tuvieron que tolerar y permitir que los sanadores indígenas, mestizos y españoles no autorizados por las instancias pertinentes, practicaran su oficio entre los pobladores. Por esto, afirma Quezada:

...la existencia del curandero es una necesidad social para el grupo en el poder. A los pacientes que recurren a él, les permite obtener y mantener la salud, integrándose a las nuevas prácticas impuestas por la Colonia, dando lugar a la persistencia y al sincretismo. (2000: 29).

El factor económico jugó también un importante papel: "Torquemada dice al referirse al médico indio, lo que vale para el curandero colonial en general:... 'los indios...sanaban con más brevedad a los necesitados que nuestros médicos y cirujanos, porque no sabían alargar la cura por más ni menos paga'" (Idem; 29).

Apoyando la afirmación del fraile dominico, los archivos americanos de la Inquisición presentan muchos casos: “Dominga, mulata loba, declara frente a los inquisidores que curaba enfermedades como otras mujeres de los barrios, por no tener la ‘gente pobre’ con que pagar a un facultativo” (Quezada; 30: idem).

Mientras la Corona Española prohibía “en el papel” la medicina india, los africanos no fueron tan perseguidos pues, en su condición de esclavos, eran considerados poco menos que animales, aunque mas de una vez, los españoles los presentaron como testigos contra médicos indígenas; y en muchas ocasiones, también a ellos les reprimieron sus creencias y prácticas curatorias. Hubo, así, autoridades que defendieron a los curanderos:

...Un alcalde afirmaba, convencido que cuando no había médico era necesario permitir que la gente recurriera a los servicios de los curanderos, ‘pues por torpes que fuesen tenían más experiencia e instrucción que los demás’ ... (Quezada; 28: 2000).

De esta manera los siglos coloniales conocieron sistemas sincréticos de salud, donde los saberes y prácticas médicos provenían de los indígenas, los españoles y los africanos, llegando a producir los sistemas “socio-médicos” (Clarac: 1992), que aún hoy persisten, si bien con las transformaciones y adaptaciones de los nuevos tiempos.

2. Siglos XIX y XX

El movimiento independentista del siglo XIX, separa las colonias de la Corona Española comenzando aquellas un desarrollo propio, sobretodo al terminar las guerras y al crearse las Repúblicas en toda la América Hispana. Durante el periodo de luchas y batallas, las concepciones y prácticas médicas permanecieron más o menos igual.

En el siglo XIX, Venezuela sufre dos guerras, la de la Independencia y la Guerra Federal. En materia de salud no es mucho lo que se avanza, a pesar de que en este siglo se estaban dando en Europa las grandes transformaciones epistemológicas de la salud y

enfermedad, gracias a los inventos y descubrimientos en el campo de las ciencias biológicas y médicas. Pero nada de esto llegaría con plenitud a América ni a Venezuela en particular, hasta entrado el siglo XX ya que la agitación e inestabilidad política y militar no lo permitió. De esta manera lo que impera en el siglo XIX son los sistemas sociomédicos de salud, junto con algunos médicos americanos graduados en España y Francia principalmente que vivían en las capitales y algunas ciudades de las nacientes repúblicas americanas.

El siglo XX recibe a un país sumido en la pobreza, con una población que casi no sobrepasaba el millón, la mayoría ancianos, mujeres y niños, diezmada por las enfermedades endémicas y epidemias y con una esperanza de vida de 45 años. Durante este tiempo prevalece la medicina tradicional, proveniente de la Colonia y que como ya hemos señalado, era una mezcla de los saberes y prácticas indígenas, europeos y africanos. Las bases de estos sistemas sociomédicos se fundamentaron en el empirismo y las creencias mágico-religiosas en torno a la enfermedad y la salud.

Las instituciones sanitarias provenientes de la época colonial, permanecen más o menos igual hasta la segunda década del siglo XX. Apenas en 1930 se crea el Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría, principalmente por presiones de la Octava Conferencia Sanitaria Panamericana, de 1927, que recomendaba la creación de ministerios de salud a todos aquellos gobiernos latinoamericanos que aún no los habían creado. Sin embargo, el dictador reinante Juan Vicente Gómez no hizo mucho por transformar las instituciones sanitarias del país, y tampoco hizo mayor cosa por las educativas. El avance en políticas sanitarias de los países latinoamericanos se debe en esta época, principalmente a los intereses políticos, militares y económicos derivados del interés norteamericano de expandir sus mercados comerciales al continente hispano. Esto se notó principalmente en países que fueron ocupados por EEUU en esa época: Cuba, Haití y República Dominicana o donde el país del norte tuvo intereses especiales como el Canal de Panamá y Venezuela, este último por su petróleo, materia indispensable para la expansión industrial.

Fundaciones como la Rockerfeller hicieron incursiones por los países caribeños, Venezuela incluída, para cooperar en campañas contra la malaria y la anquilostomiasis. Desde el punto de vista económico, Venezuela desde su creación como República en 1830, hasta aproximadamente 1920, es considerado un país agrícola, productor principalmente de café seguido de cacao. Dos acontecimientos marcan el cambio de la economía venezolana para esta fecha: la crisis del café en los mercados internacionales y el descubrimiento del primer pozo petrolero en Zumaque, Edo. Táchira. Con este último acontecimiento, comienza la transformación económica, social, política y cultural de Venezuela.

La muerte de Juan Vicente Gómez y la presidencia del Gr. Eleazar López Contreras, le abre las puertas a Venezuela a la modernidad. El país pasa a ser en materia económica, de agrícola monoexportador de café, a minero monoexportador de petróleo.

En materia de salud se comenzará una reforma total con la creación y modernización de las instituciones sanitarias. Un país cuya población se moría de tuberculosis, mal de chagas, raquitismo, malaria, enfermedades venéreas y otras infecciosas; donde los niños fallecían de diversas enteritis y parasitosis, necesitaba urgentemente un cambio radical de las políticas sanitarias. Un país donde la esperanza de vida para la década de los cuarenta seguía siendo de 45 años aproximadamente y la mortalidad entre adultos y niños la seguían produciendo las enfermedades infecciosas, verdaderas endemias que hacían estragos en el país, no podía llevar adelante una modernización si no se mejoraba radicalmente la calidad de vida de los venezolanos. De esto se encargarán por una parte, las fundaciones internacionales como la ya mencionada Rockefeller, que envía especialistas en salud para una evaluación de la situación sanitaria del país y por otra parte, las instituciones recién creadas que comienzan su tarea con estrategias de saneamiento terrestre y marítimo y prevención a través de campañas de vacunación, enseñanza de higiene (personal, uso de letrinas, calzado), cambios de tipo de vivienda, etc.

Pero la explotación del petróleo se reflejará pronto en la vida nacional. En lo socio-político la explotación del “oro negro” por parte

de los “trust” ingleses y norteamericanos, va a crear problemas de gobierno y administración totalmente desconocidos hasta entonces. El presupuesto nacional empieza a aumentar con celeridad, los consorcios extranjeros peleando por las concesiones petroleras, el abandono de los campos andinos por parte de los campesinos y los mismos terratenientes para emigrar, los primeros, hacia el Zulia en busca de mejores condiciones de vida y los segundos, hacia las zonas urbanas, para dedicarse a actividades de importación, comercio y finanzas. Surgen la clase obrera y la media, producto de las transformaciones económicas y sociales. La masa obrera que se encuentra en los campos petroleros va a conocer pronto los beneficios como el “pre-aviso”, la antigüedad, el reparto de utilidades, vacaciones, etc., logradas gracias a la sindicalización. Junto a esto la modernización del aparato de Estado que se va a reflejar en la creación de una serie de instituciones. Se fundan diversos ministerios, Trabajo, Comunicaciones, Agricultura y Cría; se crea el Instituto Pedagógico Nacional, el Consejo Venezolano del Niño, se promulga la Ley del Banco Central de Venezuela.

En materia de salud el Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría se separa y se crea en 1936 el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, junto con el Instituto Nacional de Higiene, y se erige el Hospital Antituberculoso de El Algodonal; se realizan además las primeras campañas contra la malaria y la tuberculosis. Es con la creación de estas instituciones que se inicia en el país acciones efectivas capaces de cambiar el cuadro de salud y enfermedad, apoyado gracias a la nueva dinámica económica vinculada directamente con el petróleo. Las condiciones de vida mejoran notablemente y llegan a un sector numéricamente más amplio de la población ya que se dedican mayores recursos financieros a los programas destinados al sector salud en todo el territorio nacional.

El MSAS comienza con una orientación integralista de lo preventivo y lo curativo, pero las realidades del país lo llevan primero a una labor de saneamiento del ambiente, la higiene y la medicina preventiva. La labor curativa plasmada en la creación de instituciones hospitalarias, comenzó en Venezuela con las petroleras en la década de los cuarenta, estos establecieron sus campos intentando cubrir

todas las necesidades de sus trabajadores. Crearon hospitales cuyos modelos fueron copiados años después por los estados, los municipios y algunos organismos de beneficencia del país.

Las primeras estrategias sanitarias se dirigieron a una lucha intensa contra el Paludismo y demás endemias rurales: la anquilostomiasis, tuberculosis, enfermedades venereas y lepra. Se invirtió en programas de Puericultura y formación de personal con peritos extranjeros que impartieron cursos; se enviaron igualmente médicos extranjeros para guiar programas específicos de lucha contra ciertas enfermedades. Muchos médicos venezolanos que habían abandonado el país, debido al cierre de la UCV en 1912, regresaron portando nuevos conocimientos en materia de salud.

A partir de 1938 comienzan a establecerse Unidades Sanitarias que daban atención preventiva e higiene y a extenderse las medicaturas rurales en todo el país. En 1945 se nacionalizan los hospitales y los servicios médicos curativos y se establece la Comisión Nacional Planificadora de Instituciones Médico-Asistenciales. En 1944 surge el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales como respuesta a una política obrera que refleja el crecimiento de esta capa de la sociedad venezolana.

En 1947 aparece por primera vez en la Constitución Nacional la consagración de la salud como un derecho de los venezolanos y la obligatoriedad por parte del Estado de establecer los servicios necesarios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

Para mediados del siglo XX las tasas de mortalidad general e infantil junto con la expectativa de vida del venezolano habían mejorado notablemente. La tasa de mortalidad general en 1936 pasa de 28 por mil a 9,6 por mil en 1955; la de mortalidad infantil en 1936 de 137,5 a 62,5 en 1955 y la expectativa de vida de 47 años en 1936 a 62,5 años en 1955. El Perfil Epidemiológico sufrió igualmente profundos cambios, las enfermedades infecciosas y transmisibles que ocuparon siempre los primeros lugares como causas de muerte en Venezuela, ceden sus puestos a las causas de muerte por accidentes y enfermedades degenerativas.

Paralelamente a la explotación petrolera, la década de los cincuenta comienza con un intento por industrializar el país a través de un proceso que se llamó Sustitución de Importaciones. La intención era crear una industria en Venezuela capaz de proveer productos básicos y redimensionar la economía de rentista a industrial. Ya en 1946 se creó la Corporación Venezolana de Fomento con una incipiente industrialización que se limitaba a la producción de cigarrillos, cerveza y textiles. El 1953 se crea la Siderúrgica y en 1956 la Petroquímica, ambos del Estado venezolano.

En 1960 se crea CORDIPLAN, organismo estatal que se encargará de formular los planes económicos y la política industrial. Este proceso de industrialización impactó al sector salud debido a algunas de sus características:

1. La concentración de los llamados “polos de desarrollo” en los estados Carabobo y Bolívar, produjo una movilización de población campesina hacia esos polos, en busca de mejores condiciones de vida. Recordemos que ya se había dado un primer movimiento migratorio de envergadura cuando los campesinos andinos abandonaron sus trabajos de peones para dirigirse al Edo. Zulia, buscando trabajo en las petroleras.

2. Pero la capacidad de absorción de la mano de obra en estas regiones fue deficiente. La razón principal fue el tipo de industria que se implantó en Venezuela, la de ensamblaje, que requería de poca mano de obra y en todo caso especializada.

3. La industria de ensamblaje dependía casi enteramente de una tecnología de punta importada, insumos igualmente importados, patentes de producción y capital extranjeros.

Una de las consecuencias de estas características es el surgimiento para la década de los sesenta, de las “barriadas marginales”, en las ciudades donde se concentraba la producción industrial y petrolera. Si bien estos flujos migratorios de población no encontraron lo que deseaban: puestos de trabajo en las empresas industriales y petroleras, no se devolvieron a sus regiones de origen, ya que, aunque deficientes, los servicios públicos eran mejores, prefiriendo quedarse y vivir en ranchos pero con escuelas, hospitales; viviendo de trabajos a destajo

o en el sector terciario de la economía, es decir, obreros no calificados y en el mejor de los casos como empleados públicos y privados.

Para la década de los cincuenta el giro de las políticas sanitarias se tornó hacia la medicina curativa. Se empezó a crear una extensa red hospitalaria, tanto pública como privada en las distintas ciudades del país. Entre los logros en esta materia se encuentra la creación de 64 institutos hospitalarios en el país, entre ellos : en 1953 el Hospital General de Barquisimeto, el mayor del país en aquel entonces; en 1954 se funda el Hospital Universitario de Caracas y en 1955 el de Porlamar.

Las campañas contra la malaria y el paludismo se mantuvieron, logrando la erradicación de estas endemias en casi todo el país.

Uno de los logros en materia de salud para finales de los cincuenta y principios de los sesenta fue el Programa de Medicina Simplificada diseñada para dar cobertura a la población rural dispersa y desasistida. Este programa consistió en brindar atención en problemas de salud simples pero frecuentes a través de los dispensarios rurales del SAS. Venía acompañado de programas de construcción de viviendas y acueductos rurales, repartos de tierra y suministros de créditos al sector campesino.

Las décadas de los sesenta y setenta marcaron un incremento en la asignación presupuestaria al Ministerio de Sanidad. En general se continuó haciendo énfasis en la medicina curativa y aunque los índices epidemiológicos de mortalidad y morbilidad, tanto infantil como de adultos, mejoró notablemente, ya para finales de los sesenta se dieron los primeros signos de deterioro tanto de los servicios públicos de salud como de los niveles de salud de la población venezolana, sobretodo la de los menores recursos.

Los problemas de salud no se estaban resolviendo, el énfasis en la medicina curativa había descuidado considerablemente la prevención y saneamiento a todos los niveles. Para la década de los setenta, y a pesar del boom petrolero que generó altos ingresos a la Nación, las enfermedades infectocontagiosas sufrieron un incremento en los sectores rurales y los sectores marginales urbanos. Enfermedades

ya desaparecidas como la tuberculosis y el paludismo aparecieron nuevamente en los perfiles epidemiológicos. Los problemas de salud más graves para esta época tenían que ver directamente con la persistencia de un cuadro de morbilidad asociado a las condiciones de vida de los más desposeídos y que tenía que ver principalmente con las carencias en materia de alimentación, saneamiento básico (alcantarillado, agua potable, vivienda salubre etc.), falta de buena atención médica oportuna, bajo nivel de información y educación en los aspectos de salud individual y colectiva (Cova; 1996).



Portal marialioncero dispuesto para rituales de curación en la montaña de Sorte (Yaracuy). Fotografía Francisco Franco (2000).

3. Conclusiones

En resumen podemos concluir que en el área de la salud los comienzos de las instituciones sanitarias estatales tuvieron como metas principales el saneamiento terrestre y acuático y la prevención de las enfermedades infectocontagiosas que constituían verdaderas endemias en el país. Esto afectaba tanto a la población infantil como a la adulta. Estas estrategias tuvieron éxito y esto se mantuvo hasta finales de los setenta.

Al entrar en la década de los cincuenta se empieza a crear una gran infraestructura sanitaria consistente en hospitales e instituciones como el IVSS tendientes a cubrir las necesidades de salud para todas los grupos sociales, en especial la emergente clase trabajadora y obrera que había surgido en el país.

En las décadas siguientes el énfasis en la medicina curativa continúa y trae como consecuencia un descuido en las estrategias y programas de prevención y saneamiento. Esto junto con un agotamiento de las políticas sanitarias, un crecimiento de la población bastante acelerado, el deterioro y la insuficiencia de los servicios de salud, trae como consecuencia una crisis que se manifiesta en plenitud a comienzos de los ochenta y que está además en estrecha relación con la crisis económica del país marcada con el llamado „viernes negro“ de 1983.

Con todo esto es bueno resaltar que los sistemas sociomédicos de salud en vez de disminuir, lo que han hecho es aumentar en número y variedad. Hoy es difícil que algún venezolano no se haya acercado alguna vez a un tipo de medicina „alternativa“ ya sea criolla o foránea. Las razones son diversas: las creencias culturales que persisten, las razones económicas, el tipo de relación médico-paciente entre otras.

Actualmente la situación de salud de la población venezolana sigue más o menos igual. Se están intentando nuevas estrategias y programas sanitarios, de vivienda, de alimentación y otros, pero aún es muy pronto para hablar de resultados. Seguimos con dos tipos de sistemas de Salud: el Biomédico y los Sociomédicos.

Bibliohemerografía

CLARAC de BRICEÑO, Jacqueline. 1992. *La Enfermedad como Lenguaje en Venezuela*. Consejo de Publicaciones Universidad de Los Andes, Mérida.

COVA, Claudia. 1996. *La Realidad Social de Venezuela*. Fundación Centro. Gumilla, Caracas.

POLLAK- ELTZ, Angelina. 1987. *La Medicina Popular en Venezuela*. Biblioteca de la Academia Nacional de la Historia, Caracas.

QUEZADA, Noemí. 2000. *Enfermedad y Maleficio*. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

SANABRIA, Antonio. 1999. *Compendio de Historia Universal de la Medicina y la Medicina Venezolana*. Ediciones de la Biblioteca, Universidad Central de Venezuela, Caracas.



Sala de emergencia en plena acción
Medicina moderna contemporánea