



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS JURIDICAS Y POLITICAS
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

***Res medica y Ars medica en Venezuela,
1830-1936.***
**Discurso científico e institucionalidad sanitaria en
el primer siglo de la República**

**Trabajo que se presenta a la consideración de las autoridades académicas
de la Ilustre Universidad Central de Venezuela como requisito para optar al título
de Doctor en Ciencias, Mención Ciencias Políticas.**

**Autor: MgS. Gustavo J. Villasmil-Prieto
Tutor: Profesor Dr. Fernando Falcón Veloz**

Caracas, Mayo 2012

“Tú, abuelo, me habías ordenado elegir y yo había elegido. Y ahora el crepúsculo humea sobre las colinas, las sombras se han alargado, el aire se ha llenado de muertos. La batalla cesa. ¿He triunfado? ¿Estoy vencido? Sólo sé una cosa: estoy cubierto de heridas y me sostengo de pie. Estoy cubierto de heridas, todas recibidas de frente. Hice lo que pude, abuelo, y como me lo habías ordenado, más de lo que pude, para no deshonrarte. Ahora que la batalla ha terminado, vengo a tu lado a fin de que esperemos juntos el Juicio Final”

Nikos Kazantzakis. *Carta al Greco*

A la memoria del profesor doctor Humberto E. Villasmil Faría (1929-2011).
Médico, académico, hombre de la sanidad pública, padre, abuelo.
Un venezolano de bien cuyo espíritu aguarda, en sereno descanso,
el Juicio de los Justos.

INDICE

Introducción.....	1
Capítulo I	
El problema de investigación: pertinencia historiográfica y metodología para su abordaje.....	14
Capítulo II	
El lenguaje de los médicos.....	44
Capítulo III	
<i>¿Qué se ha hecho hoy por mis vasallos? La Medicina venezolana del dieciocho.....</i>	67
Capítulo IV	
Patriotismo ilustrado y Medicina en la construcción de la “república decente”.....	90
Capítulo V	
La doble orfandad de la Medicina venezolana.....	106
Capítulo VI	
La nueva luz de los positivistas.....	127
Capítulo VII	
1936 en la epifanía sanitaria venezolana.....	147
Capítulo VIII	
Entre Escila y Caribdis: una referencia a la sanidad pública venezolana y el estado de nuestro tiempo.....	179

Capítulo IX

Fin de siglo: *Res medica* y *Ars medica* en Venezuela.....221

Cronología.....256

Conclusiones.....262

Bibliografía y fuentes consultadas.....285

INDICE DE TABLAS

Cuadro N°1.....273

Cuadro N°2.....274

INDICE DE ANEXOS

Lamina I	275
Lamina II	276
Lamina III.....	277
Lamina IV.....	278
Lamina V.....	279
Lamina VI.....	280
Lamina VII.....	281
Lamina VIII.....	282
Lamina IX.....	283
Lamina X.....	284

Introducción

Las presentes páginas no pretenden constituirse en una tentativa de confección de una nueva Historia de la Medicina en Venezuela que aspire competir, por ejemplo, con la monumental obra del doctor Ricardo Archila. Su aspiración, antes bien, es la de proveer de una ventana para asomarnos a una cuestión de carácter mucho más genérico y, por tanto, esencial. Me refiero a la de la historia de las corrientes de pensamiento que fueron vehículo de aquellas elaboraciones teóricas - la *res medica*- que dieron soporte, a su vez, al *ars medica* de nuestro tiempo.

En el sentido postulado por la *Ecole des Annales*, no es posible entender la historia sin entender antes el momento en el que se produjo. Una historiografía médica venezolana distinta, en tanto que eco en el tiempo de hechos acaecidos en un momento que se hace preciso entender desde su especificidad, resulta radicalmente lejana a la pretensión de hacer resonar en el hecho remoto los ecos del discurso de hoy. No se trata, por tanto, de postular aquí una suerte de historiografía utilitaria, una aproximación “hacia atrás” a hechos remotos a fin de dar cauce a las angustias actuales; se trata, siguiendo a Oakeshott, de “determinar el tipo de inteligibilidad que imparte al mundo” determinados hechos históricos a la luz de un proceso de más largo aliento al que nos asomamos desde las ventanas que tales hechos nos proporcionan (Oakeshott, 1958: 153).

Es por ello que precisamos optar por una actitud empírico-contemplativa – en el decir del mismo autor- que necesariamente se oponga a la de tipo normativo que tan propia resulta de las historiografías hijas de las Ilustraciones. Consiste la investigación que aquí se propone en el estudio de la transición del discurso médico-sanitario vigente en las postrimerías del período monárquico en Venezuela hasta el advenimiento de la República y la introducción, al menos formal, de un paradigma médico distinto, enraizado en el espíritu de las ilustraciones europeas tanto como el nuevo discurso político que la convocara. En tal cometido, ciertamente interesa precisar el hecho histórico – el suceder de la historia- pero no menos interesa también el

identificar el cauce discursivo por el que discurrió, es decir, ello supone un ejercicio necesario de historia del pensamiento, pero también de historia del discurso, de modo tal que nos permita “fijar las coordenadas” en las que se situaron los protagonistas de aquellos hechos en el tiempo que les tocó vivir.

La *res gestae* de la Medicina y el *ars medica* de ella derivada, también rompían, aunque no sin traumas, con la antigua tradición escolástica y galenista en la que había pervivido la Medicina occidental por casi veinte siglos e intentaban abrazar ahora otra distinta, la de raíz racionalista que surgía de la mano del espíritu de las Ilustraciones y que ya anunciaba la aurora de la más poderosa corriente de pensamiento médico occidental que viera luz desde la aparición de la *Humani corporis fabrica* de Andrea Vesalio en 1543. Me refiero a la de la Medicina Experimental inaugurada por Claude Bernard en su *Introducción al Estudio de la Medicina Experimental* de 1865.

Dos precisiones metodológicas son enteramente necesarias en este momento. La primera tiene que ver con lo que con acierto ha destacado Alfredo Romero a propósito de la propensión, incluso de notables pensadores – Hanna Arendt, Karl Popper y Albert O. Hirschman, entre otros-, al abordaje del estudio de la historia a partir de las consecuencias no intencionales tras los hechos (Romero, 2002: 1). Riesgosa apuesta esta si pensamos que, como ya se ha dicho, es inmenso el peligro que encarna el mirar la historia, como ya lo hemos afirmado, “hacia atrás”: peligro de proponer una historiografía instrumental al servicio de intereses del presente, cuando no de hacer del pasado una mera lectura del presente. La segunda de tales precisiones tiene que ver con el modo de aproximación que nos ha de acercar al hecho histórico objeto de estudio.

De allí que se proponga un enfoque que privilegie la intencionalidad de sus actores antes que las consecuencias de sus hechos, previniéndonos de cualquier tentación tendiente atribuirles a aquellos consecuencias no intencionales derivadas de sus acciones. Es por esa razón que, y suscribiendo al mismo autor, hemos de cuidarnos de no presumir intencionalidades no expresadas en los textos examinados. A tal efecto, hago mía la afirmación de

Collingwood según la cual, la *res gestae* de la historia se circunscribe a aquella acción humana de carácter reflexivo, es decir, obediente a un propósito deliberado con independencia de que sus consecuencias se ajusten o no a la intencionalidad inicial. Una aproximación al hecho histórico y a su inteligibilidad a partir del estudio de la jerga que compartieron los hombres de aquél tiempo.

En el primer capítulo habremos definir el problema objeto de nuestro estudio, acotándolo a dos ámbitos clave: el del pensamiento médico en sí, condensado en torno a la materia objeto de la ocupación y reflexión del médico, al que hemos denominado, en el sentido de Ewart, *res medica*. Le constituyen de suyo un lenguaje (*langue*) y, consecuentemente, un conjunto de jergas específicas (*paroles*) que le distinguen de otros quehaceres sociales y que a su vez le distancias de otras prácticas sanatorias— más bien, *practicaciones*, en el sentido de Moreno Olmedo— propias de sociedades previas o distintas de la occidental. Del estudio de la *res medica* se derivan y fundamentan aquellas prácticas concretas que nutren el quehacer médico socialmente reconocido. El *ars medica*, en tanto que expresión práctica de la *res medica* originaria, engloba no solo a las técnicas específicas alrededor del acto de sanación, sino que determina, en nuestro parecer, el marco institucional en el que dicha práctica se verifica.

A tal fin nos planteamos como objetivos generales de la presente investigación el de identificar las claves del discurso médico vigente en dos períodos bien definidos del proceso histórico-político venezolano (1830-1870 y 1870-1936), correspondientes a los por Diego B. Urbaneja llamados proyectos políticos “liberal” y “positivista”, respectivamente, y sus correspondientes expresiones en términos de los programas sanitarios característicos de tales períodos.

Más específicamente, la presente investigación tiene por objeto:

1. Describir la evolución de los paradigmas científicos vigentes en Venezuela durante su primer siglo de historia republicana, partiendo del de la llamada medicina ilustrada hasta el de raíz positivista.

2. Identificar las claves del discurso médico en los períodos históricos propuestos como función específica de los paradigmas científico-médicos a los que respondieron.
3. Documentar las expresiones institucionales sanitarias derivadas de tales discursos médicos.
4. Contrastar, en lo posible, el grado de materialización de tales expresiones institucionales en términos de programas sanitarios estables estructurados a partir de políticas públicas definidas.

En el primero de los capítulos procuramos abordar más extensivamente las premisas metodológicas que suscribimos a los fines de la discusión que aquí se ofrece, procurando justificar la particular “lectura” que de los documentos originales citados hemos hecho. El objeto concreto de estudio, como hemos dicho, se centra en los lenguajes y las jergas técnicas (*langues y paroles*, en el sentido saussuriano) que las comunidades médicas venezolanas se han dado en determinados momentos históricos y a la luz de la vigencia de ciertos paradigmas científicos. No nos anima en ello un interés específicamente lingüístico, en tanto que el problema del lenguaje nos convoca en tanto que un factor clave en la construcción social de una episteme. Es menester en ello ser en extremo prudentes, ya que al cometer un estudio de tal pretensión estaremos apropiándonos de lenguajes médicos que han dejado de ser nuestros.

El reto no es menor al aproximarnos a los lenguajes médicos más naturales para nosotros, ello en la medida en que el juicio crítico puede y suele verse mediatizado en la medida en que pretendemos emitir juicios sobre la episteme de la que participamos. Creemos firmemente en la necesidad de sostenernos en esta postura – posiblemente en extremo “aséptica”- en lo atinente al abordaje de la documentación original citada, ello en tanto que nuestra historiografía médica republicana se ha distinguido desde siempre por su marcado carácter apologético y abundoso en “prohombres” y fechas fundacionales, todo lo cual no ha sido precisamente contributivo a la causa superior de la comprensión del proceso histórico de formación de nuestra institucionalidad sanitaria.

Dada la necesaria referencia al proceso histórico venezolano, hemos debido apelar a periodizaciones de carácter historiográfico todas forzosamente arbitrarias. Ya Urbaneja nos advierte al respecto (Urbaneja, 2004:13). En nuestro caso, y siendo que nuestro objeto de estudio quedara ya definido en los dominios del lenguaje, apelaremos a tales periodizaciones en la medida en que nos resulten útiles a los fines de nuestro cometido y haciendo las salvedades en cada oportunidad en la que fuere indispensable a los fines del mantenimiento del curso debido de nuestra investigación.

Consecuencia de la reflexión recogida en el primero de los capítulos ofrecidos es la discusión planteada en el segundo, específicamente enfocada en la cuestión del lenguaje de los médicos, sus orígenes mitológicos y su progresiva incorporación al *logos* racional occidental a todo lo largo de veinticinco siglos de historia. Dicho enfoque procura poner en perspectiva dicho proceso de *logización* del pensamiento médico occidental con el desarrollo de las distintas formas políticas que Occidente ha conocido. La premisa básica tras el análisis que este capítulo ofrece e, sriba en el hecho plausible de que el discurso de sanación inherente a todo sistema médico socialmente validado ha de estar, necesariamente, soportado en la estructura de poder vigente en un momento dado.

Ningún sistema médico estable ha sido subversivo. En cada caso ha sido más o menos ostensible la adhesión final del poder a un particular credo médico. Presunción esta que no obvia las notables tensiones que entre discurso médico y poder se hayan suscitado – y aún se suscitan- a todo lo largo de la historia de Occidente, ello en tanto que ha sido precisamente tal proceso de *logización* el que dotase a la praxis médica de una historicidad que la inserta definitiva e indefectiblemente en el suceder histórico de cada tiempo y, por tanto, en su dinámica. En ello cabe destacar una notable diferencia respecto de las praxis médicas no occidentales, en las que la medicina como quehacer tendió siempre a ser supra (o extra) histórica, ello en tanto que sus referentes e instituciones, incluso aquellas más cercanas al poder, no estaban en modo alguno insertas en las dinámicas de éste y mucho menos en la de

sociedades desmedicalizadas en las que los procesos de salud y enfermedad se inscribieron en el contexto de *practicaciones* sociales no profesionales.

En este capítulo pasamos revista a los grandes sistemas médicos conocidos a los largo de la historia y cuyo legado ha sido de uno u otro modo incorporado a la construcción de la gran episteme médica occidental. Nos hemos de referir al de los médicos-magos de la antigüedad pre-clásica, al de los médicos-filósofos de Grecia, a de los médicos escolásticos del Medioevo, al de los médicos modernos posteriores al Renacimiento y al de los médicos experimentalistas de la contemporaneidad. Como se habrá de notar, no nos habremos de ocupar de otros sistemas médicos sin duda importantes –caso de los de las civilizaciones de la América pre-hispánica- pero de impactos muy marginales en la formación de la *res medica* que nos es propia

El tercer capítulo nos introduce de lleno en la medicina ilustrada del siglo dieciocho, en cuyo tronco se injertan los inicios de la medicina venezolana. Basados en las tesis de Archila, y consistentemente con la premisa antes señalada, no nos hemos de ocupar de aquellas otras que pudieran sostener su enraizamiento en una pretendida tradición médica precolombina de la que decididamente carecemos¹. En Iberoamérica en general, pero sobre todo en Venezuela, los saberes médicos precolombinos quedaron relegados muy tempranamente a la marginación y su influencia se mantuvo vigente solo en tanto que las mayorías no lograron acceder a la medicina occidental sino hasta el primer tercio del siglo veinte.

Distinto de lo observado en sociedades en las que los procesos de modernización y occidentalización no han ido necesariamente de la mano – caso México y los países andinos, en los que las prácticas médicas tradicionales mantienen una amplia vigencia social- en Venezuela, la medicalización de la sociedad ha operado de manera progresiva y sin mayores resistencias culturales, al punto de que las preferencias sociales en materia de

¹ Algunos planteamientos de reciente cuño en materia de formación y currículo médico en Venezuela sostienen lo contrario y se esfuerzan en proponer incluso programas de formación profesional en lo que denominan Medicina Tradicional. Véase: Programa de Formación de Médicos Integrales Comunitarios, Coordinación Académica, Misión Barrio Adentro, 2011

atención médica desde hace medio siglo se han orientado, sin género de dudas, hacia los servicios profesionalizados dispensados desde la institucionalidad sanitaria formal².

La instalación del paradigma médico moderno en Venezuela enfrentó, como en Europa, la resistencia de más de mil años de tradición galénica estructuralmente acuerpada en la medicina de los escoláticos. La gran historiografía médica venezolana sitúa sus orígenes allí, por lo que autorizadamente postulamos que es en la medicina de los modernos en la que se entronca desde su génesis la *res médica* venezolana. Es por ello que en este capítulo habremos de abordar el estudio de las tres instituciones esenciales que enmarcaron la producción, reproducción y aplicación del conocimiento médico en la Venezuela de los tiempos monárquicos: la Cátedra Prima de Medicina de la Universidad de Caracas, el Protomedicato, la Junta de la Vacuna y la Medicatura de Ciudad.

La primera década del ochocientos hispanoamericano fue la de la ruptura. Ruptura política con la Metrópoli que pretendió ser, además, ruptura espiritual. Más que trabarnos en hacer inútiles balances históricos sobre aquellos hechos – pretensión que en el fondo se reduce a hacer del pasado una lectura del presente- surge la necesidad de aproximarnos a ellos de un modo más parco, en un esfuerzo por recuperar ese sentido de la historia (el *weltanschauung* que propone Dilthey) a partir del cual –ahora si- aproximarnos a las complejas claves de nuestro presente.

En tal sentido, nuestro esfuerzo el capítulo cuarto se enfoca hacia el estudio específico de la institucionalidad sanitaria vigente al momento de la consolidación de la fundación de República y de las tentativas reformistas que le siguieron, específicamente la impulsada por Vargas que diera paso al decreto de constitución de la Facultad Médica de Caracas de 1827. Constataremos en ello una notable continuidad paradigmática con respecto a la

²A manera de ejemplo, cabe aquí destacar el hecho constatable de la extensión de la práctica de la atención profesional del parto en Venezuela, que para mediados de la década de los sesenta se situaba en proporciones superiores al 90%.

idea ilustrada traducida en la pervivencia de la institucionalidad sanitaria de la Monarquía a la que apenas se le sobrepusieran, con notable armonía, las nuevas de la República y cuya vigencia práctica habría de abarcar por lo menos la primera mitad del decimonono. Un aspecto a destacar aquí es el de la transmutación que operara en el *core* mismo del discurso médico ilustrado, que de ser una de las más altas expresiones del antiguo régimen pasa ahora a convertirse en un poderosa aliado de las nuevas elites republicanas. La figura de José María Vargas es clave en ello, lo mismo que el decidido apoyo político del que gozara toda vez consumada la Independencia.

Como veremos, la prolongada vigencia del paradigma médico ilustrado y sus instituciones en tiempos de la República no permanecería incontestada. La poderosa reacción de los vitalistas – el propio Vargas entre ellos- ya daba cuenta de un denso conjunto de cuestiones que el paradigma médico ilustrado no pudo aprehender. Expresión esta de aquello que bien advirtiera Kühn al referir que:

“Los paradigmas alcanzan su posición porque tiene más éxito que sus competidores a la hora de resolver unos cuantos problemas que el grupo de científicos practicantes considera urgentes” (Kühn: 1961/2007: 89).

El racionalismo médico pronto enfrentaría sus propias insuficiencias y en nada podía augurarse que su vigencia se extendería por más de un milenio como fuera el caso del galénico-aristotélico.

Las “rebeliones” anti-paradigmáticas –como la vitalista- tardaron poco más dos siglos en surgir. Tiempo durante el cual, la propia *praxis* médica diera cuenta de las debilidades de este ante los cotidianos desafíos planteados por la realidad concreta. Sólo el enorme peso de la evidencia en medicina, como veremos más adelante, saciaría la necesidad de nuevos asideros teóricos que la sola razón especulativa no podía por si misma proveer. La evidencia metódicamente documentada se convertía en la proveedora de las verdades que la nueva ciencia requería.

En el capítulo quinto disertamos en torno al naufragio del paradigma médico ilustrado ante la instalación de uno nuevo aportado por la llamada “filosofía positiva”. Naufragio que en Venezuela se expresara en dos “orfandades” que describimos a continuación: por una parte, en una orfandad paradigmática en sí misma, toda vez que los lenguajes y jergas médicas se vaciaban de contenido en tanto que sus marcos referenciales elementales quedaban progresivamente sin fundamentación; por la otra, en una orfandad política, toda vez que las grandes mentorías emanadas del poder que respaldaron a los médicos ilustrados devenidos en republicanos tras el fin de la guerra de Independencia se desvanecía a manos de una nueva elite para la que “lo ilustrado” era analogable a “lo mantuano” o “lo godo”.

Si la élite de los llamados “patriotas ilustrados” hizo posible la asimilación de la medicina ilustrada y sus instituciones a la idea republicana mediante actos de gobierno que fueron expresiones de una inequívoca voluntad política, la nueva elite “liberal” no tendría en ello un elemento de agenda relevante. Como veremos, la *res medica* venezolana, concluida la primera mitad del decimonono, daría cuenta de la marcada crisis del paradigma racionalista, manifestándose ello en la progresiva disolución y desprestigio de sus instituciones fundamentales y la emergencia, por contraposición, de nuevos referentes médicos desde la periferia –Cumaná, Maracaibo- sin mayor vinculación con la aquella institucionalidad central -caraqueña- en proceso de desmontaje y, por el contrario, aliada intelectual de las nuevas corrientes experimentalistas que copaban la escena europea de entonces.

El capítulo sexto nos introduce al estudio del proceso de instalación del paradigma científico-médico positivista en Venezuela en la segunda mitad del siglo diecinueve. Destaca en ello un aspecto similar al que marcará la vigencia de la llamada medicina ilustrada y que no es otro que el reencuentro del conocimiento – el médico- con el poder y su asimilación a este como un instrumento clave para su ejercicio. La “nueva luz de los positivistas”, como hemos titulado el mencionada capítulo, pretende poner de manifiesto la profunda y reiterada expresión del paradigma médico científico-positivista en los diseños institucionales sanitarios venezolanos y, más aún, en la mentalidad

médica venezolana misma. Expresión esta cuyas trazas podemos seguir hasta la contemporaneidad, en tanto que habría de ejercer un papel determinante en la idea sanitaria en Venezuela a partir de 1936, año de la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

La “Venezuela sanitaria” posterior a 1936 es estudiada a fondo en el capítulo séptimo. Nos hemos referido a ello como “epifanía” sanitaria en tanto que consideramos tal momento como clave en la universalización del paradigma científico-médico positivista, ya no en tanto que a la manera de una mera diseminación de ideas para consumo de una elite profesional, sino que a la de un conjunto de políticas sectoriales deliberadas y alineadas con un programa concreto expresión a su vez de un proyecto nacional de pretensiones históricas – aquel por Urbaneja llamado “programa positivista” (Urbaneja, 1992: 55).

Finalmente, en el capítulo octavo, pretendemos abordar a manera de colofón el problema surgido de la constatación de las falencias del paradigma científico-médico positivista, acaso una de las expresiones mejor logradas de la modernidad venezolana *vis-á-vis* las nuevas realidades sanitarias generadoras de cuestionamientos que dicho paradigma, contrariamente a lo postulado en el concepto original de Kühn, no logra aprehender. Nos habremos de referir a dos cuestiones específicas que hemos considerado críticas: la del cálculo económico inherente a toda política de dispensación de prestaciones médicas y al problema jurídico que plantean tales prestaciones replanteadas como derechos fundamentales en nuestra legislación.

En tales consideraciones hemos de valernos de los enfoques propios de la Teoría General de los Sistemas, tesis esta cuyos orígenes, si bien están en las ciencias biológicas, han trascendido dicho campo para acceder al conjunto de recursos metodológicos puestos al servicio de la ciencia política. Los modelos básicos de los sistemas cibernéticos de Von Bertalanfy adaptados al estudio de los sistemas políticos, entre otros por Easton, nos proveen de un poderoso instrumento de estudio de los sistemas sanitarios en el contexto más general de los sistemas políticos. Como procuraremos demostrarlo, la

satisfacción de las demandas sociales en materia de sanidad no operó, conforme al modelo berthalanfiano, como un “asa de retroalimentación negativa” sobre las demandas iniciales de la sociedad; por el contrario, potenciaría el incremento de tales demandas al extremo de la inviabilidad práctica de dichos sistemas sanitarios.

Dinámica impulsada, como procuraremos demostrarlo apelando a la evidencia empírica, por un reiterado “acto de fe” en la vieja promesa de los modernos y su *logos* médico. Las nuevas realidades sanitarias a las que nos referimos son esencialmente las de las enfermedades degenerativas y las asociadas a la senescencia, patologías que “no curan” y cuya administración en el tiempo da cuenta de un consumo de recursos que ponen en serio riesgo la viabilidad material de sistemas sanitarios fundados en modelos decimonónicos concebidos para el combate de la enfermedad aguda de causa infecciosa - la enfermedad que se salda sea con la curación o con la muerte en relativo poco tiempo- bajo los auspicios de una idea de modernidad que augurara casi con fe religiosa el triunfo de la medicina sobre las antiguas plagas y pandemias.

La evidencia empírica parece señalar que, lejos de cumplirse, la promesa de tal triunfo requiere de matizaciones en la medida en que los nuevos males no siempre resultan susceptibles de tratamiento, pero que en el vasto y complejo dominio de las expectativas sociales dan cuenta de una incesante demanda de recursos por definición escasos.

El ensayo que aquí se ofrece no pretende en modo alguno presentar una visión exhaustiva de la cuestión planteada; antes bien, aspira a plantearla, muy preliminarmente, ya no desde la perspectiva de las historiografías de viejo cuño, por lo general inscrita en el conjunto de carácter épico-romántico, sino desde una distinta que privilegie el enfoque sobre el discurso médico, su formación y su expresión político-institucional concreta llevada al límite de sus propios alcances, testigos como somos de un momento histórico en que la idea misma de modernidad está siendo cuestionada en todos los ámbitos del pensamiento. Tampoco pretende contribuir a un nuevo “manifiesto” a favor de

una reedición del antiguo debate sobre la *nemesis* médica en el sentido del pensador austríaco Iván Illich.

Se aspira, antes bien, a demostrar determinación que sobre las instituciones sanitarias y su formación han ejercido *res* y *ars medica* así como el papel principalísimo que en tal determinación han ejercido los lenguajes y jergas médicas propias de cada momento paradigmático en materia de pensamiento médico. En otras palabras, lo que se pretende ofrecer al lector es una ejercicio de demostración del vínculo entre lo epistémico y lo concreto en lo atinente a la manera occidental y moderna de entender lo médico. Reflexión esta que si bien parte de consideraciones universales, procurará en todo momento situarse en el marco del proceso histórico venezolano en tanto que foco principalísimo de nuestro interés.

Hay sí – dispensados seamos por ello, si fuere el caso- un ejercicio crítico de fondo en torno a la medicina occidental moderna tanto como *ethos* que como *praxis*. Son escasos los cuestionamientos que en tal sentido se hacen desde la medicina y, en general, desde el pensamiento sanitario, quizás por haber servido ambos cuan “mascarones de proa” de la idea de modernidad misma. Es imposible no ceder a tal impulso cuando se hace vida en su seno. Pero la medicina no puede continuar reclamando sitios públicos fuera del escrutinio social en estos tiempos. La promesa de la vida sin enfermedad, dolor y muerte parece más difusa de lo que los grandes teóricos de la medicina experimental en su día supusieron.

Los hechos documentados parecen apuntar –tercamente- en el sentido contrario, al punto de ser cada vez más constatable que el otrora inexpugnable paradigma científico-médico occidental y sus instituciones pudiera estar encontrando sus propios límites. No podíamos dejar de aproximarnos, aunque fuese a la manera de una reflexión exploratoria, al particular caso de la *res medica* venezolana contemporánea, al cual dedicamos el noveno y último capítulo. Podría argumentarse que con ello excedemos con mucho al período histórico que ofrecimos abordar. Precisamente por que nuestra desvencijada sanidad pública actual no es más que el saldo de los vestigios de aquella que

pensaran los positivistas de principios del siglo XX es que ubicamos en la crisis de aquél paradigma científico-médico las causas de tal decadencia. Creemos justificada así la inclusión de una reflexión final al respecto, a la manera de un colofón, que haga buena la célebre máxima de Croce según la cual, “toda historia es historia contemporánea”.

La reflexión que en las presentes líneas pretende sistematizarse, no habría sido posible fuera de un ambiente intelectual transdisciplinario. La gran tradición médica occidental ha dado luz a poderosos y sucesivos paradigmas cuya larga vigencia se comprende a partir de su fuerte raigambre epistémico. Difícil es y ha sido siempre, como veremos, promover reflexiones críticas a estos dentro de sus particulares confines. Es de agradecer entonces la generosa facilitación que a los fines de las presentes reflexiones un ambiente académico como el del Centro de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la Universidad Central de Venezuela brindara al autor. Quedo en deuda por siempre con el profesor doctor Fernando Falcón Veloz, quien asumió con decidido empeño la tutoría de este trabajo desde sus primeras etapas de desarrollo. Si algún mérito pudieran merecer las reflexiones que aquí se entregan habrá que fundamentarlo, sobre todo, en la fecundidad del otrora impensable diálogo entre un clínico y un soldado, reunidos bajo el amparo de los ambientes universitarios en el que lecturas, reflexiones y vivencias tan distintas pudieron, sin embargo, reconocerse mutuamente *vis-á-vis* una de las facetas más conmovedoras de nuestra historia contemporánea: la de la sanidad pública como factor principalísimo en la construcción del estado nacional venezolano moderno.

Caracas, 13 de mayo de 2012

Festividad de Nuestra Señora de Fátima

Capítulo I

Episteme y discurso en la fundamentación de la res medica venezolana

“En Venezuela, ha sido más fácil hacer la historia que escribirla”

Francisco Suniaga. *El pasajero de Truman*

La investigación aquí propuesta tiene por objeto describir la forma en la que el discurso médico dominante, en tanto que concreción de un determinado paradigma científico, se hizo corresponder con diseños institucionales más o menos específicos en el ámbito sanitario en dos períodos durante el proceso histórico de la Venezuela republicana: los por Diego B. Urbaneja llamados “programa político liberal” -1830-1870- y “programa político positivista” -1870-1936- (Urbaneja, 1995:13).

Suscribiendo la observación de Ruth Capriles, podemos afirmar que, en el caso venezolano, las distintas interpretaciones han pesado más que el examen de los hechos en el estudio del proceso histórico venezolano (Capriles, 2009). Hay un cierto riesgo implícito al hecho de sumergirnos en las aguas turbulentas de la abusada historiografía venezolana en un afán de llevar a cabo alguna suerte de raro ejercicio de hermenéutica que nos lleve, por fin, a concluir en las “causas” explicativas de los hechos bajo estudio. Al respecto diserta Castro Leiva:

“no es lícito ni honesto, a veces es simplemente una mentira institucionalizada, usar el pasado sin mirar la verdad de sus posibilidades para luego adoctrinarnos desde semejante abuso, asumiendo la obligación de postrarnos ante lo que nunca fue” (Castro Leiva, 1997).

Los campos de la medicina y demás disciplinas sanitarias no han sido la excepción. Con frecuencia solemos suscribir paradigmas historiográficos preconcebidos que terminan por imponer sobre los hechos y su memoria las múltiples interpretaciones producidas por sus estudiosos, todo lo cual supone un elevado riesgo de incurrir en lo que Skinner bien definiera como la mitología de la prolepsis (Vincent, 2007: 45).

La medicina en Venezuela no aparece, por tanto, como una historia subalterna, en el sentido gramsciano, a la que se sobrepuso otra distinta-llamémosla dominante- de raíz europea; muy por el contrario, y como se constata en la densa relación de Parra León a propósito de la disertaciones de grado presentadas ante la Universidad de Caracas entre 1788 y 1821, fue la nuestra desde siempre una medicina inscrita en *core* de la tradición ilustrada española. Señala el autor en su ensayo *Filosofía universitaria venezolana, 1788-1821*:

“Nunca fue, señores, instituto hermético ni foco de oscurantismo y retroceso la real y Pontificia Universidad de Caracas. En todo momento extendió sus airosas antenas espirituales para recibir, con mayor o menor actualidad, el mensaje intelectual de la cultura europea...” (Parra León, 1954:302).

De allí entonces que luzca plausible afirmar, por ejemplo, que la erección de la figura de José María Vargas, indisolublemente ligada a los orígenes del Estado nacional venezolano y la tradición médica republicana, probablemente haya operado, como en tantos otros casos en los que se ha impuesto la poderosa simbología del prócer, al modo de una pretendida gran piedra angular sobre la cual se emprendiera en su día la construcción de una institucionalidad médica distinta de aquella a cuyos orígenes estaba indisolublemente ligada: nos referimos, claro está, a la que fuera propia de la medicina ilustrada española.

El problema de la historia de la historiografía, sostiene Pocock, puede razonablemente circunscribirse, a los fines de su estudio, a la historia de los problemas derivados de la conciencia (*awareness*) que de su pasado se han planteado las sociedades políticas. En tal sentido, al menos dos distintas aproximaciones han sido propuestas. La primera y más antigua, entroncada con la gran tradición grecorromana, propone una historiografía narrativa a cargo de construir y a continuación, devolver a las sociedades políticas un relato inteligible de si mismas y de su pasado. Se construye así una historiografía de corte clásico, fecunda en prohombres y “momentos fundacionales” que operan al modo de grandes puntos de inflexión en el tiempo humano a partir de los cuales dichas sociedades habrán de distinguir entre su propio antes y su después.

La segunda de tales aproximaciones es hija de las ilustraciones, de sus revoluciones teóricas y sus “filosofías de la historia” y su fin último reside, mucho más allá de construir un relato inteligible del pasado común, en la provisión social de un discurso explicativo de este con ajuste a un determinado sistema teórico al cual el historiador suscribe de modo más o menos evidente (Pocock, J.G.A. *The origins of the study of the past: a comparative approach*. 1962/2009: 146).

La aproximación que aquí postulamos, distinta de las arriba señaladas, propone un abordaje del pasado y sus hechos a partir de estudio del discurso público de sus actores relevantes. El producto de una aproximación de tal índole no pretende proveer, por tanto, de una relación plausible de efemérides para el consumo de la sociedad política ni mucho menos de una particular teoría de la historia de la medicina y de las ciencias sanitarias en general afín a las elucubraciones de sus intelectuales; se trata, en cambio, de practicar, hasta donde fuera dable, una disección de la particular dinámica entre los discursos científico-médico y político de un determinado tiempo histórico, por un lado, y las jergas técnicas específicas de él derivadas, precursores todos de aquellos “actos de voluntad” (*acts of intention, acts of utterance*) que subyacen al proceso histórico que nos ocupa: el de la construcción de la institucionalidad sanitaria venezolana de los primeros cien años de la república (Pocock, J.G.A. *Verbalizing a political act: towards a politics of speech*. 1973:34).

La historiografía médica ofrece un rico campo de estudio a propósito de dichas cuestiones. La medicina es, antes que técnica, esencialmente un discurso, un λόγος (*logos*). Un discurso alrededor de la πάθος (*pathos*) – que no solo de la νόσος (*nosos*)- a partir del cual los antiguos jonios comenzaron a construir un sistema de jergas precursor de un accionar pretendidamente terapéutico – la llamada τεχνική Ιατρική (*tekné iatriké*) - de propiedad exclusiva de una clase profesional: la de los γιατρός μου (*iatros mou*), los médicos³. Como el político, el discurso médico es también producto de una construcción histórico-social. No se deriva de pretendidas

³ Es el psiquiatra soviético A.V. Snezhnevsky quien repone los términos *nosos* y *pathos* como denominaciones equivalentes al proceso de enfermedad en sí mismo – el *nosos*- y la propensión de base que le hace posible –el *pathos*-, trenzadas ambas en una intensa dinámica interactiva. La inequívoca adhesión del proponente a las prácticas abusivas de la Psiquiatría al servicio de la represión política en la antigua Unión Soviética quizás haya sido la causa del destierro del autor y de su particular teoría sobre la enfermedad mental del debate académico mundial.

verdades reveladas sino que es producto de un proceso que supone la participación en una cierta cosmovisión (*weltanschauung*, en el sentido de Dilthey) operando al modo de una *gestalt* básica o ἐπιστήμη (*episteme*) a partir de la cual el espíritu recrea permanentemente al mundo.

En nuestro caso, parece por tanto enteramente posible postular a una *gestalt médica* – la por William Ewart llamada *res medica*- a partir de la cual se hace posible la progresiva incorporación y superposición de nuevas jergas técnicas propias del oficio, el *ars medica* o “arte de curar”. Ewart, teórico de la Medicina de la escuela británica, define la *res medica* en los siguientes términos (Ewart, 1923:30):

“the history of Medicine, the language of Medicine and the physiology of speech, that distinctive attribute of man, are marked with our mark as our inalienable property”⁴

Proponemos en consecuencia un abordaje distinto a los hasta ahora citados, inserto en la corriente empírico-conservadora de la Escuela de Cambridge, desde el cual asumir al discurso sanitario como la elaboración social e histórica de aquellas asunciones que, inscritas en la tradición médica de Occidente en tanto que paradigma científico, se constituyen en necesarias antecesoras de los actos de voluntad sobre los que se habrá de fundar la acción política del Estado en el campo médico-sanitario.

Las instituciones políticas constituyen progresivamente sistemas de jergas cuan más específicas en la medida en que sus propias asunciones mutan bajo la presión de una dialéctica pensamiento-experiencia concreta. Se van construyendo así complejos lenguajes tecno-políticos (*langues*, en el sentido de Saussure), desde los que se derivan dichas jergas (*paroles*) y a partir de los que se han diseñado las grandes arquitecturas institucionales conocidas. De tal manera que una historiografía médico-sanitaria distinta a las ya conocidas nos propone una relectura de los procesos históricos, no ya desde la perspectiva de los grandes relatos – sea que se trate de sus hombres, sus hitos o sus instituciones- ni de una pretendida marcha más o menos lineal, bajo el impulso de ignotas “fuerzas históricas” y en pos

⁴ “La historia de la Medicina, el lenguaje de la Medicina y la fisiología del discurso –ese atributo distintivo del hombre- están marcados como de nuestra inalienable propiedad” (traducción nuestra).

de la realización de un cierto ideal o espíritu: bajo la perspectiva que aquí suscribimos, en cambio, abordaremos su estudio a partir de la sucesión-mutación de aquellas asunciones teóricas propias de sus actores más relevantes, de la tradición intelectual en la que se inscribieron y de los lenguajes y jergas a los que dieron origen, entendidos como elementos preformativos en la construcción de la institucionalidad médico-sanitaria venezolana en los dos periodos históricos aquí propuestos.

La cuestión aquí planteada nos convoca en tanto que, como procuramos demostrarlo, la construcción de la institucionalidad sanitaria pública venezolana en el primer siglo de la República está consustanciada con el proceso mismo de formación del Estado nacional venezolano. Proceso este que entendemos como resultado de las ejecutorias de actores armados de discursos capaces de derivar, perlocutivamente, en hechos relevantes, independiente de su intencionalidad inicial. Nos referimos así a la formación del estado como un proceso – desarrollo, evolución sucesiva de un fenómeno, en la acepción del Diccionario de la Real Academia Española en su edición de 2001 - y no como la resulta de un acto deliberado de “construcción” a partir de acciones de política prescriptiva – “es decir, de “recetas” más o menos estereotipadas- tendentes a hacer buenas ciertas premisas básicas tenidas de antemano como buenas⁵. No se trata, diría Otto Hintze, de un “mecanismo inerte” sino que de “fuerzas vivas y movimientos” en acción (Hintze, 1968:25).

Las tesis de Tilly están fuertemente ancladas en tales premisas, hecho cuan más natural tratándose, en su caso, de un destacado alumno del gran historiador alemán. Sin embargo, la acepción más socorrida de dichas tesis aluden antes bien a una idea del *state building* o construcción del estado inspirada en experiencias más recientes en las que dicho proceso ha sido, cuando no sustituido, marcadamente influido por iniciativas exógenas respecto del cuerpo político objeto de tal proceso.

⁵ La teoría del *state building* tiene en la obra de Charles Tilly a su más preclaro exponente. La “construcción del estado” es definida por Tilly en memorable ensayo de 1975 como el proceso por el cual una entidad político-territorial abstracta – *lo stato*, en el sentido maquiavélico- acumula y ejerce poder de coacción sobre quienes la habitan y asegura aquellas premisas básicas que permitan su viabilidad económica y material, al tiempo que da forma y soporte a mecanismos de resolución de conflictos entre los individuos – es decir, de instituciones- y crea un cuerpo de personas dedicadas a su administración – es decir, una burocracia (Tilly, 1975).

Nos referimos, a título de ejemplo, a los procesos de formación de los nuevos estados nacionales en Africa y el Medio Oriente tras la descolonización que cobrara vigor al cese de la guerra de 1939-1945. En no pocos casos, se trató de procesos marcadamente tutelados por potencias extranjeras o entidades multilaterales – típicamente, las Naciones Unidas, como los casos de Timor Oriental o la exYugoslavia- antes que originados en el seno de el juego entre fuerzas históricas a lo interno de cada uno de de esos países.

En el caso venezolano, la formación del Estado venezolano obedeció a un proceso claramente endógeno en el que eventualmente se insertarían iniciativas de origen foráneo. En el proceso de formación de la institucionalidad sanitaria venezolana quedan claras evidencias de ello. Como procuramos demostrarlo, los orígenes del mismo se confunden con los del Estado nacional venezolano mismo y, aún, con los de la instalación del Estado español en Venezuela a partir de 1498. Ciertamente que iniciativas como la de la V Conferencia Sanitaria Interamericana de 1881 y la de las misiones técnicas a cargo de la Fundación Rockefeller entre 1927 y 1930 marcaron hitos relevantes en dicho proceso. Pero se exageraría si se llegase a afirmar que a partir de tales iniciativas se fundarían las bases de nuestra sanidad pública.

La sanidad pública venezolana, mucho más que la resulta de unas determinadas acciones de carácter técnico, lo es de un proceso de formación que ha corrido a la par, como lo demostramos, del que fuera propio de la formación del Estado nacional venezolano. Proceso parsimonioso, en absoluto lineal, que de modo análogo al de la formación de una barrera de coral, apelando al símil que ofrecen los daneses Knudsen y Rothstein, discurre a merced de fuerzas y contenciones institucionales que apuntalan a las sociedades (Knudsen y Rothstein, 1994: 203). De tal manera que, lenta y progresivamente, se forma en Venezuela una cierta idea de sanidad pública a la sombra de los distintos discursos políticos que han dominado determinadas etapas en el proceso de formación del Estado nacional venezolano.

Dicho proceso discurriría en Iberoamérica de modo muy distinto al descrito por Tilly en Europa. Aquellos, señala Tilly, fueron el producto de guerras entre naciones enteramente distintas cuyos príncipes pulsaban entre sí con el fin de

extender y asegurar sus respectivos dominios territoriales. La guerra internacional fue, por tanto, un vehículo necesario en dicho proceso. “*War makes states and that states make wars*” (Tilly, 1975)⁶. La dinámica de la guerra que hace estados y de estados que hacen la guerra surge como el factor clave en la conformación de estados tenidos como “necesarios” en la complejidad cultural europea. En Iberoamérica es difícil, o cuando menos muy relativa la aplicación de tal criterio, en tanto que la cuestión territorial en nuestros países estaría de antemano saldada por las disposiciones regias que en su día dispusieron un cierto ordenamiento territorial en sus dominios ultramarinos. Ordenamiento que las nuevas repúblicas asumieron sin mayores objeciones – de allí entonces el principio del *Uti possidetis juris* que ha regido históricamente en nuestro medio en materia de delimitaciones y demarcación de fronteras⁷.

De allí que el danés Sorensen postule que en Iberoamérica podamos haber estado librando “guerras equivocadas”, en referencia a la larga contabilidad de conflagraciones civiles que han caracterizado nuestra historia decimonónica (Sorensen, 2001). No fueron, salvo las pocas y ya mencionadas excepciones, guerras internacionales, sino que guerras sociales cuyas banderas recogieron consignas en un amplio rango que iría desde lo puramente ideológico – liberalismo, federalismo- hasta lo cárnico – “godarria”, “pardaje-; en todo caso, el producto histórico de tal discurrir ha sido, en lo referente a las cuestiones que nos ocupan, la formación de burocracias especializadas en función de las necesidades propias de la nueva realidad política surgida tras el fin de las guerras de independencia.

Los personalismos médicos – apelando a la categoría propuesta por Graciela Soriano y que resulta mucho más precisa que la tan socorrida del “caudillismo”- ciertamente que tuvieron notable influencia en tanto que catalizadores de dicho proceso (Soriano de García-Pelayo, 1999:22). Las expresiones de sobreemisión de energía institucionalizadora fueron capaces de introducir pautas de orden en contextos caóticos, confiriéndole así una cierta gobernabilidad a un quehacer hasta

⁶ “La guerra hace a los estados y los estados hacen la guerra” (traducción nuestra).

⁷ No por ello dejamos de hacer referencia a casos como los de la Guerra de la Triple Alianza entre 1864 y 1870 contra Paraguay, la Guerra del Pacífico entre Perú y Chile de 1879 y 1883 y la del Chaco, entre Paraguay y Bolivia, de 1932 a 1935.

entonces fuera del alcance del estado⁸. Así las cosas, es posible postular que la formación del Estado nacional venezolano tuvo en la de la sanidad pública, como en la del ejército profesional, el fisco o las burocracias estatales, una expresión más del complejo proceso de *state building* – en el sentido original de Tilly- al que hemos venido refiriéndonos. Cada etapa en dicho discurrir habría de imprimirle a dicho proceso atributos distintos en función de las respectivas valoraciones que concitaría la cuestión sanitaria entre sus elites.

Los textos cuyo estudio aquí se acomete revisten interés historiográfico en tanto que han inyectado al habla términos, palabras y conceptos significantes, razón esta por la que han ejercido y ejercen sobre los hablantes un efecto en términos ilocutivos, en el sentido de Austin, al tiempo que estos han generado lectores perpetuadores de su contenido, es decir, han ejercido y ejercen también su efecto en términos perlocutivos. Media entre ambos una distancia en la cual opera el proceso histórico de la construcción de un lenguaje. La fuerza ilocucionaria que dota de marco a lo dicho hemos de buscarla, por tanto, en el estudio de aquello que el agente hacía al decir lo que dijo, lo cual supone elucidar el significado de lo dicho para *seguidamente* contextualizarlo (Palti, 2009).

Habremos dado así un repaso pormenorizado a las jergas médicas características del primer siglo republicano en Venezuela, no sin pasar de soslayo por aquellas propias de los tiempos históricos que le precedieron. En tal pretensión nos hemos servido esencialmente del estudio de textos desde una perspectiva que hemos considerado cercana a la del escepticismo. Pero creemos también pertinente admitir, en tanto que “documentos gráficos”, expresiones plásticas que, en nuestro criterio, bien podríamos reclamar para si similar jerarquía a la del texto escrito. Es justicia reconocer que entre loas primeras tentativas desde tal aproximación metodológica está la de García-Pelayo de 1969, en su estudio iconológico-político de la monumental obra de Ambrogio Lorenzetti que decora la sala del consistorio municipal de Siena. Las alegorías al *cattivo* y al *buon governo*, elaboradas mediante la técnica del fresco entre 1338 y 1340. Se constituyen, señala García-Pelayo, en

⁸ La idea de la “sobreeemisión de energía institucionalizadora” como expresión de voluntarismo político la tomamos de las disertaciones que sobre el fenómeno de los personalismos iberoamericanos le escucháramos riteradamente a la profesora Graciela Soriano de García-Pelayo en su seminario dedicado al tema en la Universidad Central de Venezuela.

una muestra de “pintura mural con fines didáctico-políticos” que se ponen al servicio de la necesidad de secularizar conceptos políticos complejos solo accesibles a las minorías cultas:

“...se trata de un ejemplo de primer orden de la función del arte como medio de concreción y comunicación de ideas difusas mantenidas por las minorías cultas del tiempo, muy principalmente en lo que respecta a la constitución política de las ciudades, a la secularización e intelectualización de la política, a la concepción iuscéntrica de ésta y a la idea de una *iuscitra mediatrix*” (García-Pelayo, M. *El buen y el mal gobierno. Las ideas y la intencionalidad política en un fresco de Ambrogio Lorenzetti*. 1968/1991:1229).

Notable y feliz resulta el esfuerzo del artista bajomedieval al plasmar en sus frescos pretendidas representaciones gráficas de conceptos abstractos -justicia, iuscentricidad- y hacerlos comprensibles para el público lego base de la ciudadanía en aquellas repúblicas italianas.

Bastante más recientemente ha sido Quentin Skinner quien reabre las posibilidades tras estudios de esta misma índole en su trabajo acerca de los mismos frescos que publicara apenas en 2002. La valoración presentada por Skinner es, a juicio del español Eloy García, presentador de la traducción castellana del mismo trabajo de 2009, distinta a la ofrecida por García-Pelayo, a la que califica de “interpretación clásica” en la que “la figura central se presenta como la encarnación del bien común en el sentido aristotélico-tomista” (García,2009:9). Más allá de cualquier válida polémica al respecto, es de reconocer que la aproximación a la cuestión que propone García-Pelayo es, cuando menos, plausible: Lorenzetti es, sobre todo, un pintor del *Trecento* italiano que asiste a la constitución de las primeras expresiones del Estado moderno fundadas sobre una idea abstracta –el iuscentrismo- que precisa ser explicada a la masa inculta a partir de las únicas categorías políticas disponibles, cuán eran las aristotélicas.

Pero no toca aquí tomar parte en un debate de tal naturaleza. Interesa antes bien introducir, en el sentido de Skinner tanto como en el García-Pelayo, una

justificación al carácter documental de ciertas expresiones plásticas que son en sí mismas vehículos de diseminación de teoría política. Al respecto señala Skinner:

“Aunque parezca evidente que esas pinturas no constituyen un texto de teoría política convencional, también lo es que, como puede constatarlo el observador ocasional, que su propósito primordial estaba sustancialmente encaminado a transmitir una serie de mensajes políticos” (Skinner, 2009: 52).

Es en tal sentido que hemos querido reivindicar, junto a la del texto documental, la valía de la obra pictórica de vocación divulgativa. Mucho más allá de su valor en tanto que expresión plástica – que, como en el caso de los frescos de Siena, es notable- nos hemos valido de tales expresiones en tanto que un testimonio gráfico de ideas y conceptos de diseminación compleja, ora por su carácter abstracto, ora por la incultura de sus destinatarios. El hombre es, al fin y al cabo, un animal simbólico.

La aproximación a la que nos hemos estado refiriendo se ha centrado en la plástica monumental al servicio de la arquitectura institucional. Con la prudencia del caso, se podría también proponer una aproximación análoga a la plástica dirigida a públicos restringidos, puesto que, como se verá, también en ella son ostensibles simbologías contentivas de mensajes de cierta abstracción mucho más allá de su primaria función decorativa. El hombre es, al fin y al cabo, un animal simbólico.

La aproximación a la que nos hemos estado refiriendo se ha centrado en la plástica monumental al servicio de la arquitectura institucional. Con la prudencia del caso, se podría también proponer una aproximación análoga a la plástica dirigida a públicos restringidos, puesto que, como procuraremos demostrarlo, también en ella son ostensibles simbologías contentivas de mensajes de cierta abstracción mucho más allá de su primaria función decorativa. Al respecto se refiere el español Vicente Carducho, el más importante tratadista de la pictórica barroca del Siglo de Oro, en cita que de su texto hace la también española Victoria Pineda:

“ a la Pintura solo le toca el declarar a todos el hecho sustancial, con la mayor claridad, reverencia, decencia y autoridad que le fuere posible, que (como queda dicho) es

hablar a cada uno en lenguaje de su tierra y de su tiempo, mas no se escusa, que el modo siempre sea con realce de gravedad y decoro, *para que venga a conseguir el fin católico y decente que se pretende, como lo hazen los Predicadores y los Escritores adornando y vistiendo el suceso de la historia con palabras graves y frases elegantes propias y conocidas, y con ejemplos graves*” (Pineda, 1996: 413, destacado nuestro).

A los fines del trabajo que nos ocupa estamos obligados a definir *ex ante* el ámbito de intelegibilidad del estudio propuesto, ámbito este que no es otro que el del discurso médico-sanitario venezolano propio del siglo histórico cuyo estudio acometemos (1830-1936) – el primero de la república en Venezuela-, de las jergas tecno-políticas que de él derivaran y de las expresiones institucionales a las que estas dieran origen. No nos habremos de ocupar con preferencia, por tanto, de figuras, efemérides o hitos historiográficos; nos ocuparemos, antes bien, de aquellos “actos de voluntad” que, sea en la voz o la pluma de sus autores, fueron capaces -perlocutivamente- de materializarse en términos institucionales mas o menos estables.

En la historiografía médica más clásica, la Medicina y sus instituciones más características aparecen como derivaciones generadas a partir de un mítico “momento fundacional”: el de la cesión por Prometeo a los hombres del fuego arrebatado a los dioses. Es Prometeo quien lega al centauro Quirón el arte de curar y este a Asklepios, (Ἀσκληπιός, llamado *Esculapio* por los romanos), hijo de Apolo y Corónide⁹. Narra Esquilo en *Prometeo encadenado*, en línea 476 de dicho texto:

“Si uno caía enfermo, no tenía ninguna defensa, alguna cosa que pudiera comer, untarse o beber, sino que por falta de medicina se iba exterminando, hasta que yo les mostré las mixturas de los remedios curativos con los que ahuyentaran toda dolencia”.

Asklepios, sumo sacerdote del templo de Apolo, instituye junto a sus acólitos, los llamados *asklepíades*, a la primera comunidad profesional dedicada a la provisión de cuidados médicos a los devotos enfermos en la Grecia clásica. Habría

⁹ Los límites entre lo histórico y lo mítico se difuminan en la figura de Asclepios, en quienes los antiguos griegos verían a la personificación del mítico Imhotep, médico, arquitecto y astrónomo egipcio al que se le atribuye, no obstante, la autoría del papiro de Edwin Smith, probablemente escrito en el 3000 aC en tiempos de la XVIIa dinastía.

de ser uno de ellos, quien desprendiéndose de toda sujeción respecto de la gran teodicea griega, creara la primera comunidad profesional médica laica. Se trata de Hipócrates de Cos, el primer gran codificador de la medicina entre los antiguos griegos. Si un Asklepios elevado a la divinidad opera como mediador entre lo revelado y lo fáctico, es en cambio un secularizado Hipócrates quien articula los diversos saberes médicos de su tiempo con la filosofía de los físicos jonios para dar origen a un sistema de jergas profesionales que habrían de servir de fundamento a la gran tradición médica que Occidente identifica a su más remoto origen.

La cuestión es marcadamente distinta para los médicos modernos. Surge a partir de ellos una nueva *episteme* médica de corte mecanicista la de la economía – cuerpo- humano concebido como una suerte de mecanismo de relojería y no ya como un recipiente pleno de “humores” en equilibrio, como postulaban los antiguos. Un nuevo paradigma médico se imponía a partir de entonces en Occidente, a más de dos mil años de vigencia de las teorías hipocráticas: el del cuerpo-máquina. La *fabrica* humana de Vesalio habrá de proveer en los sucesivos de un nuevo marco ordenador del discurso médico: es la relojería del cuerpo, la mecánica de sus bombas y reservorios, el ajuste supremo entre la función y el diseño de su anatomía.

Pero el nuevo paradigma vesaliano de la máquina humana habrá de expandir aún más su fuerza y vigencia con el experimentalismo propio de los pensadores médicos del positivismo. La nueva Medicina Experimental afina el conocimiento entorno a la operación de la máquina humana en los nuevos términos propuestos por los desarrollos de la Fisiología y la Bioquímica, siendo capaz de dilucidarlos aún en sus detalles más íntimos. Es el conocimiento médico surgido de laboratorios de experimentación, en los que la nueva mentalidad médica apela al armamentario metodológico y conceptual provisto por las ciencias básicas – la nueva Física Cuántica, entre muchas otras- que en el futuro cercano habrían de interponer entre el médico y el enfermo un elemento nuevo: la máquina, el instrumento que diagnostica.

Se supera así el acto médico originario llevado a cabo a la cabecera del enfermo (la κλινική o *clínica*) para introducir a Occidente en una nueva forma de expresión institucional sanitaria: la de la medicina como ramo de industria

(Millenson, 2000). A más de dos mil años del *Corpus hippocraticum* y a mil de instituida la dictadura galénica, la Medicina occidental se aprestaba a experimentar una nueva “edad de oro” a partir de las recientes aportaciones provenientes de la investigación científica¹⁰.

Episteme y discurso en la fundamentación de la *res medica* venezolana

No siempre ha quedado explícita la conexión entre pensamiento (*res*) y práctica (*ars*) médica. Fuera del campo histórico-médico, es John Greville Agard Pocock quien, apelando a la teoría saussuriana del lenguaje, propone al lenguaje como paradigma y como anclaje concreto entre este y una práctica específica al dar origen a una jerga diferenciada y socialmente consensuada por una determinada comunidad (Pocock, *ibidem*. 1973:46). El lenguaje científico da concreción a una estructura paradigmática de pensamiento, la que es a su vez una construcción histórica (Kühn, *op.cit.*:353)¹¹.

La cuestión epistemológica en la historia de la ciencia es anterior a la paradigmática. Suscribiendo a Moreno Olmedo, resulta esencial afirmar que la *episteme* no se piensa; se piensa desde ella (Moreno Olmedo, 2005:53). Es Michael Foucault quien en *Las palabras y las cosas* (1978) propone dicho término definiéndolo como aquel conjunto de reglas generales o presuposiciones inconscientemente asumidas a partir de las cuales es posible sostener el discurso general de la cultura en un tiempo histórico determinado, durante el cual ha de sufrir transformaciones (Foucault, 1978/1989: 7).

El paradigma científico sobre el cual se sustentara el discurso de la medicina moderna está inserto en una la nueva episteme, por Moreno llamada “episteme

¹⁰ Galeno de Pérgamo (130-200 dC) más conocido como Galeno, es el referente médico más importante de la latinidad y médico de emperadores (Marco Aurelio y Cómodo). Compilador, comentarista y divulgador de los textos hipocráticos a partir de su formación en el campo de la filosofía aristotélica, sus desarrollos teóricos dominaron la medicina europea a lo largo de más de mil años en lo que la historiografía médica llama “la Dictadura de Galeno”.

¹¹La cuestión de los paradigmas científicos ha sido extensamente tratada entre otros por Thomas Kühn en su bien conocida obra *La estructura de las revoluciones científicas*: “Considero que son logros científicos universalmente aceptados que durante algún tiempo suministra modelos de problemas y soluciones a una comunidad de profesionales”.

burguesa” (Moreno Olmedo, 2005: 149). La medicina monacal de raigambre galénico-aristotélica no generó un discurso médico esencialmente distinto al de los Antiguos, si bien tuvo el mérito de preservarlo tras la disolución política e institucional de Roma.

Es en el marco referencial de un nuevo paradigma científico, al que Kühn identifica con la invalidación del modelo geocéntrico propuesto por los astrónomos ptolemáicos tras la demostración del modelo heliocéntrico de Copérnico, que opera dicha revolución científica. Revolución esta que habría de desmontar el acervo clásico acopiado en todos los campos del conocimiento, el médico entre los primeros. La obra central de Vesalio, la *Humani corporis fabrica*, publicada en el mismo año que *De revolutionibus orbium coelestium* de Nicolás Copérnico, elabora en consecuencia un nuevo lenguaje científico que dará origen a toda una profusión de jergas profesionales específicas las que a su vez dejarían su impronta en los espacios institucionales que la medicina progresivamente iría fundando hasta alcanzar su primera gran etapa de brillo durante las ilustraciones (Ver Lámina I).

En el caso que nos ocupa, proponemos a la formación progresiva de una jerga médica específica en conexión con el paradigma científico entonces vigente como proceso crítico previo al diseño y posterior materialización de la arquitectura institucional sanitaria característica de los períodos históricos que en el presente trabajo se han de estudiar. La traducción de tales jergas en ciertas estructuras institucionales es factor clave para comprender por qué saberes médicos de notable nivel, como el egipcio o el sumerio, por ejemplo, no dieron origen a sistemas médicos perdurables. Para las primeras civilizaciones de la cuenca del Mediterráneo, lo médico se reduce a una *practicación* social carente de *episteme* propia y, por tanto, de método y de doctrina (Moreno Olmedo, 2005: 69)¹² ¹³. En síntesis, es claro que, en la perspectiva más clásica, Grecia provee a la historiografía médica occidental de dos de sus fundamentos más perdurables: el del mito fundacional y el del prohombre fundador.

¹² Por *practicación* entendemos, en el sentido en que lo propone el pensador hispano-venezolano Alejandro Moreno Olmedo, a “el ejercicio mismo de practicar el vivir que ejerce una comunidad humana en un tiempo histórico determinado, que puede ser de muy larga duración y del que participa espontáneamente cada uno de sus miembros”.

¹³ Esta característica de las primeras civilizaciones del Mediterráneo no es exclusiva del quehacer médico; véase así como los sumerios, por ejemplo, legislaron, pero no crearon Derecho.

Las corrientes de pensamiento propias del historicismo romántico han ejercido, sin embargo, la más determinante influencia en la (re)construcción historiográfica del discurso médico-sanitario venezolano, seguramente por el hecho constatable de estar ambas ligadas, en sí mismas, a los orígenes de nuestro Estado nacional y al de las historiografías que le sucedieron casi de manera inmediata. Las mismas supusieron un esfuerzo racionalizador de la naciente historia republicana *a posteriori* de la fundación de los nuevos estados y en el que, siguiendo a Pocock, es posible afirmar que la teoría ciertamente fue previa a la narrativa (Pocock, J.G.A. *Working on ideas on time*.1971: 29). Hay en ellas una necesidad casi explícita de romper con la tradición ilustrada española de la que es hija para entonces justificar la naciente historia republicana en tanto que la realización de un ideal, de un fin superior.

Surgen –en el sentido de Collingwood- esas grandes “esfinges” médicas nacionales con cuya sombra se disponen los nuevos historiadores a cubrir la tradición heredada de la medicina monárquicas y sus instituciones emblemáticas – el Protomedicato y la Cátedra Prima de Medicina- erigiendo una nueva tradición tan de prisa como el proceso político ulterior a 1830 lo permitiera¹⁴ . Veamos lo que a propósito de Vargas expresara en el Panteón Nacional el historiador de la medicina venezolana Blas Bruni Celli el 24 de agosto de 1960, en ocasión de décimo quinto aniversario de la fundación de la Federación Médica Venezolana:

”¡Cenizas del sabio!. Continúad vuestra simbólica vigilia en este Panteón de los Inmortales. Con las generaciones sucesivas a la nuestra continuaréis el diálogo, seguramente será más tranquilo, se despojará del dramatismo y la República tendrá como cauce la inmanente vigencia de vuestro pensamiento”

Para Pocock, todo discurso es preformativo respecto de la acción en tanto que ha de generar efectos – sea que se trate de efectos deliberados o no- más allá de los accionantes. Las jergas institucionales, como la médica, encarnan aquello que la institucionalidad dice y quiere decir, sin que por ello se deba suponer que por ello

¹⁴ Señala Collingwood: “Man’s world is infested by sphinxes: demons beings of mixed and monstrous nature which ask him riddles and eat him if he cannot answer them” (“el mundo del hombre está infestado de esfinges: demonios de diversa y monstruosa naturaleza que le interrogan con acertijos, amenazándolo con devorarlo de no responder”). Ver: Collingwood, R.G (1942). *The New Leviathan*. Oxford: Clarendon Press, p. 97.

ejerza un control pleno sobre las consecuencias de lo dicho (Pocock, *op.cit.* 1971: 42). Las instituciones políticas construyen progresivamente un sistema de jergas cuan más específicas en la medida en que sus propias asunciones mutan bajo la presión de una particular dialéctica pensamiento-experiencia. Se van construyendo así complejos lenguajes tecno-políticos desde los que se derivan dichas jergas y a partir de los que se diseñan las grandes arquitecturas institucionales conocidas:

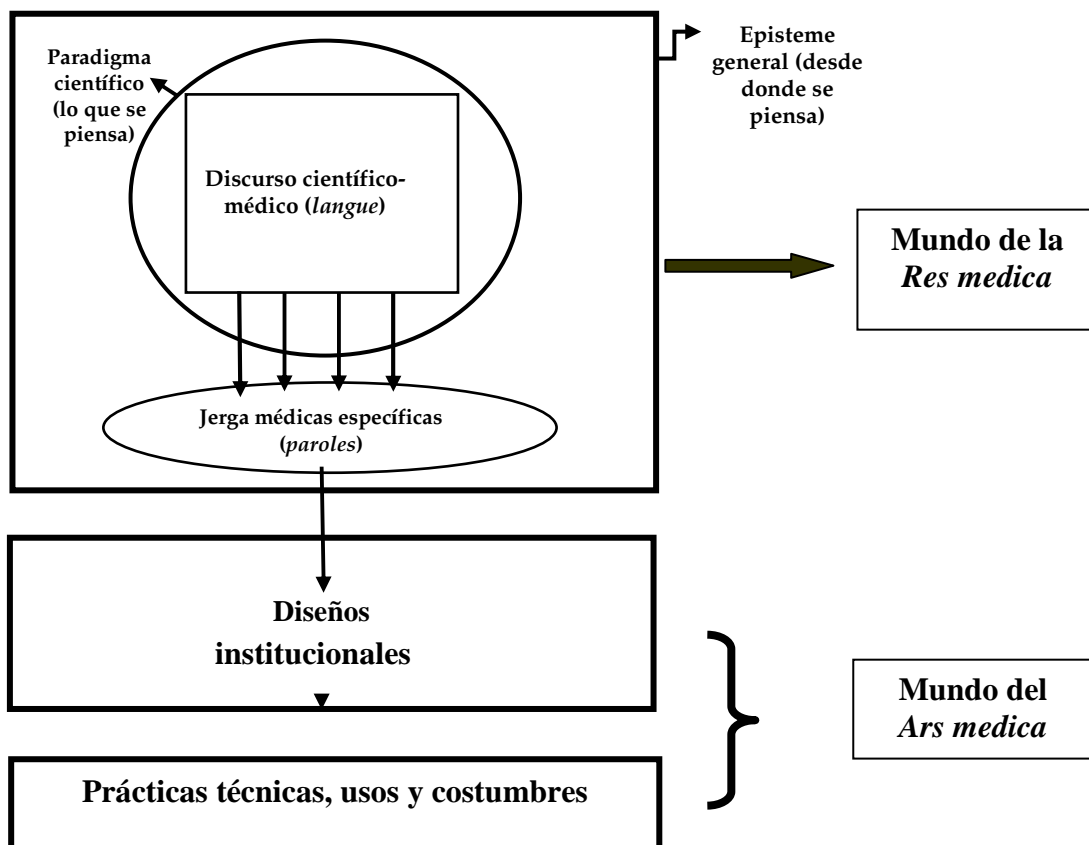


Fig.1. Episteme general, discurso científico y jergas técnica en la constitución de la *res* y el *ars* medica.

Nuestra tarea ha de consistir, por lo tanto, en el estudio de las mentalidades en tanto que forjadoras de aquellos lenguajes que median entre las mentaciones de los actores históricos y sus actos de habla, ya no desde la perspectiva superficial del *événement* sobre la que advertía Francois Simiand, sino de la del *longue durée*. Al definir tal perspectiva metodológica no desdecimos apriorísticamente de aquellas aportaciones provenientes de enfoques historiográficos distintos, incluso de aquellos de cuya fundamentación hemos sido críticos y de las que, al fin y al cabo y como

bien lo señala Pocock, de todos ellos somos en cierta medida tributarios. Solo procuramos prevenir el influjo de falsas hermenéuticas que, imponiéndonos una lectura “hacia atrás” (*backwards*) del pasado, hagan del ejercicio historiográfico una suerte de “acto de necromancia”, como lo advierte Oakeshott.

Al abordar la cuestión historiográfica desde la perspectiva del lenguaje hacemos nuestra también la del escepticismo empirista propia de sus mentores teóricos. En tal sentido, señala Oakeshott en su renuncia *a priori* a la búsqueda de “orígenes” en los procesos históricos:

“The historian is disposed to decline the search of ‘the origins’, not because the expression ‘origins’ is ambiguous...but because to inquire into ‘origins’ is to read the past backwards and assimilate it to subsequent or present events”¹⁵ (Oakeshott, M. *The activity of being an historian*.1958/1991: 175).

La lectura retrospectiva del pasado en las sociedades políticas, advierte Oakeshott, supone imponer sobre aquellos hechos una estructura teleológica. Corresponde entonces al historiador la tarea de dar inicio a un proceso de traducción del pasado, procurando comprenderlo del modo como no pudo ni podía haber sido comprendido en su tiempo y reexpresándolo desde el lenguaje práctico que inicialmente le arrojara, al lenguaje propio del historiador contemporáneo (Oakeshott, 1958: 180). En el mismo sentido, la investigación aquí propuesta no pretende hacer “extriccaciones” del pasado con la finalidad de construir renovadas narrativas o de repetir las ya conocidas, así como tampoco hará suya la estéril tarea de escrutar en los hechos históricos pretendidas claves de una supuesta larga marcha en pos de la materialización de un cierto destino (Spengler, 1962/1989: 76)¹⁶.

Acaso sea posible encontrar algunos paralelismos entre el planteamiento metodológico de base aquí propuesto y la teoría de la semántica histórica de

¹⁵ “El historiador está dispuesto a declinar en la búsqueda de los ‘orígenes’, no porque este sea un término ambiguo...sino porque inquirir en tales orígenes sería leer el pasado ‘hacia atrás’, asimilándolo a eventos subsecuentes o presentes” (traducción nuestra).

¹⁶ La idea de destino como principio de causalidad en la historia es claramente spengleriana y expresa, según el pensador alemán, “una certeza interior indescriptible”. Véase: Spengler, 1962/1989: 76

Reinhart Kosselleck en su exégesis de los textos a partir del reconocimiento de aquellos “giros hermenéuticos” a partir de los cuales se replantean los significados de un mismo término (Kosselleck, 1993: 65 y succs.). Así por ejemplo, el término “salud pública” tuvo un significado muy distinto en la pluma de Carlos IV que en la de los relatores de la Convención francesa de 1792.

De allí entonces que cobre inmenso valor a los fines del trabajo aquí propuesto el procurar liberar a los conceptos de su contexto situacional para poder así aislarlos en su mayor pureza semántica, de modo que los procesos históricos así abordados abandonen el dominio de las llamadas “historias sociales” y se reexaminan a la luz de la metodología propia de la historia conceptual, en el sentido de Kosselleck (Kosselleck, 1993:110)¹⁷.

Avanzar en tal sentido en el campo de la historiografía médica y sanitaria en general no es irrelevante. Sistemáticamente abordada en su estudio desde la perspectiva épico-romántica, han terminado por ser lo que Kosselleck bien llama “contenidos extralingüísticos” los validadores de una historiografía “a la medida” de intereses más o menos circunstanciales (Kosselleck, 1993: 113)¹⁸.

Los “momentos conceptuales” en el proceso de formación de la *res medica* venezolana

El llamado “momento conceptual”, en tanto que categoría hermenéutica, aparece por primera vez propuesto por Pocock en *The Machiavellian Moment. Florentine political thought and the Atlantic republican tradition* de 1975 y es retomado por el español Gonzalo Capellán de Miguel en su ensayo *Momentos conceptuales. Una nueva herramienta para el estudio de la semántica histórica* de 2011, donde se le define como:

¹⁷ “...un método especializado para la crítica de las fuentes que atiende al uso de los términos relevantes social o políticamente y que analiza especialmente las expresiones centrales que tienen un contenido social o político”.

¹⁸ Al respecto cabe citar al pensador alemán: “Así pues, el principio diacrónico constituye a la historia conceptual como área propia de investigación, que por reflexión sobre los conceptos y su transformación tiene que prescindir metódicamente de los *contenidos extra-lingüísticos* que son el ámbito propio de las historias sociales”.

“...un constructo intelectual que, mediante el realce unilateral de algunos rasgos a partir de las preocupaciones y preguntas del investigador y el contraste de nuestro conocimiento teórico sobre el mundo con el material empírico, nos ayuda a entender un fenómeno de la cultura como “individuo histórico” (Capellán de Miguel, 2011: 114).

Deriva el término de dos nociones de fuerte raíz epistémica en el pensamiento occidental. Por una parte, de la noción de concepto. En la lógica aristotélica, la noción de los “modos del ser” se erige como factor clave en la definición de aquello que puede ser pensado en aquellos términos específicos que aportan los predicamentos o categorías. El *logos* occidental tiene en la noción de concepto a una de sus bases analíticas más esenciales. Como lo hemos dicho, el concepto *define*, es decir, acota al objeto pensado dentro de unos confines que le hacen aprehensible por el pensamiento lógico. Para la razón griega, lo que “no es” no puede ni tan siquiera ser pensado. El concepto pretende abstraer del objeto su esencia para hacerla asumible por el pensamiento¹⁹.

Pero el concepto es, sobre todo, el producto de una construcción social. La enfermedad como fenómeno vital ha sido reconocida por todas las sociedades humanas desde siempre. El concepto “enfermedad”, sin embargo, no ha sido ni uniforme ni ha permanecido inamovible, sino que ha sido en si mismo objeto de una intensa metamorfosis semántica producto a su vez de la dinámica histórica. Para los antiguos, la enfermedad es un estado del alma; para los modernos, una disfunción orgánica. Y es que el concepto de enfermedad se mueve en el tiempo merced del *momentum* que le imprime cada circunstancia histórica.

Deriva este último término de la Física newtoniana, según la cual este es el producto de la masa de un cuerpo material por la velocidad que lleva²⁰. Es el *momentum* newtoniano expresión de la fuerza que se transmite al objeto en una cierta unidad de tiempo; es así el *momentum* la expresión del movimiento que experimenta el cuerpo tras recibir un impulso determinado en el tiempo que le rescata de la inercia y le pone en movimiento. Capellán de Miguel reúne ambos

¹⁹ Al respecto véase: Marías, J (1970) *Historia de la filosofía*. Editorial Castilla, Madrid, 1970, p.413.

²⁰ En Física clásica se define al *momentum* (p) como el producto entre la masa de un cuerpo(m) y la velocidad (v) que la fuerza aplicada sobre él le confiere, es decir, $p = m \cdot v$. La analogía de la acepción newtoniana de dicho concepto y su derivación en categoría histórico- resulta bastante plausible.

conceptos y nos ofrece su original constructo – el “momento conceptual”- como una manera de caracterizar la otrora inamovible noción aristotélica de concepto, dotándole de un “contorno tanto temporal como semántico” (Capellán de Miguel, 2011:123).

Un determinado concepto, pues, se mueve obedeciendo a un momento que le impulsa en un determinado sentido a lo largo de un determinado tiempo. Capellán de Miguel plantea así su noción de “momento conceptual X del concepto Xa” (Capellán de Miguel, 2011:115). Se entiende así que a un tiempo t_a distinto de otro t_b habrá de corresponder un momento conceptual Xa del concepto X que sería a su vez distinto al momento conceptual Xb del mismo concepto en un tiempo t_b . Es el caso, por ejemplo, del concepto “salud pública”, que en la Francia de los tiempos de la Convención en 1792 – aquel terrible Año II de la Revolución- devino en la base de un fino mecanismo de represión política pero que poco más de una década antes, en la España de los borbones, supuso un conjunto de acciones de carácter médico-sanitario promovidas desde el Estado. La noción de sanidad del Terror Rojo suponía la aniquilación física de aquella parte del cuerpo social considerada disfuncional, en tanto que en la tradición ilustrada española adquiriría la forma de acciones de carácter médico paternalmente dispensadas por la Corona a la generalidad de sus súbditos.

El “momento conceptual” se constituye así, según nuestro autor, en una “fase determinada en el desplazamiento de las significaciones de un concepto” (Capellán de Miguel, 2011:120). El concepto, así entendido, se desprende de la rigidez primera de su noción fundadora y adquiere para sí una dinámica propia en el tiempo. Dinámica esta que es semántica y que está social e históricamente determinada.

La Escuela de Cambridge también exploraría el carácter dinámico de los conceptos en el tiempo. Pocock, en su estudio sobre la *virtus* en Maquiavelo, deslinda dicho concepto de la socorrida traducción castellana del término en tanto que categoría moral. En Maquiavelo, *virtus* y virtud, en el sentido que a dicho término confiere la Teología Moral católica, no son en absoluto términos equivalentes. La *virtus* maquiavélica, la que es propia del hombre de Estado y que en el mundo feudo-aristocrático está ordenada a lo trascendente, es para los modernos inmanente y práctica. Tal punto de inflexión marca, en el proceso de

formación del concepto de virtud, un punto de inflexión a partir del cual dicho concepto cobra un significado distinto, es decir, que vive un momento conceptual distinto al que le precediera.

El “momento maquiavélico” pocockiano se nos presenta como una lucha (struggle) entre el significado conferido a un concepto en función de una determinada semántica y el que este adquiere progresivamente *vis-a-vis* la realidad (Pocock, J.G.A.. *The Machiavellian moment. Florentine Political Thought and the Atlantic Republican Tradition*. 1975: viii). Diserta Pocock en tal sentido a propósito de sus estudios sobre el republicanismo italiano del *Quattrocento*:

“their struggle with this problem is presented as historically real, though as one selected of the complex historical reality of their thought; and their “moment” is defined as that in which they confronted the problem grown crucial” (Pocock, *ibidem*. 1975: viii)²¹

Entendemos el carácter de acuciante al que se refiere nuestro autor en tanto que la necesidad de generar un nuevo reencuadre (*reframe*) – en el sentido de los gestálticos- que confiera a un término hasta entonces en boga – república, ciudadano, virtud, en la disertación maquiavélica- un significado enteramente distinto al hasta entonces aceptado y cuya necesidad se impone a partir de la confrontación de tal significado con la realidad objetiva.

Creemos posible, desde tal perspectiva, proponer una suerte de “momento vesaliano” similar a aquel “maquiavélico” postulado por Pocock a partir del cual la noción de lo patológico se desprende de toda fundamentación mística y pasa a ser tenida como fenómeno material cognoscible a partir del pensamiento lógico. El “momento vesaliano” supuso un punto de inflexión entre la escolástica galénico-aristotélica y la modernidad médica, separando así dos “momentos conceptuales” en el sentido al que ya nos hemos referido. Así, entre Galeno y los modernos se inserta Vesalio, cuyas teorías imponen un nuevo significado a los lenguajes y jergas médicas hasta entonces vigentes. Lo propio podríamos postular tras la irrupción de

²¹ “...su lucha [la de los florentinos] con tal problema [el de la república], se presenta como un problema históricamente real...y su “momento” como tal se define como aquel en el que dicho problema es confrontado en tanto que cuestión acuciante” (traducción nuestra).

la Medicina Experimental doscientos años después, marcando así un nuevo punto de inflexión respecto del pensamiento médico racionalista: es, llamémoslo así, el “momento bernardiano”. Como la de Vesalio ante el galeno-aristotelismo, la de Claude Bernard –eminentemente positivista- entrañaría también un quiebre epistémico, esta vez frente al racionalismo:

Momento conceptual vigente	Forma política Vigente	Punto de inflexión teórico	Expresiones discursivas
Galénico-aristotelismo	El feudo aristocrático	La <i>fabrica</i> humana de Vesalio	El organicismo médico (el órgano como sede de toda enfermedad) La enfermedad como
Racionalismo	El estado nacional moderno El estado liberal y sus derivaciones	La Medicina Experimental de Claude Bernard	disfunción de la homeostasis fisiológica
Positivismo		?	?

Tabla 1. Puntos de inflexión y momentos conceptuales en el proceso de formación del *logos* médico de Occidente.

Insertos como estamos en la episteme positivista y participantes del paradigma en ella fundado, no resulta identificable un punto de inflexión teórico en el *logos* médico del que somos tributarios. Una vez más ha de quedarnos clara aquella definición que Moreno-Olmedo hace de episteme en tanto que “plataforma” desde la cual se piensa pero que en si misma no es pensada (Moreno Olmedo, 1993). Así, no nos está dado pensar la episteme desde la cual, justamente, pensamos. Sólo desde paradigmas externos al de la Medicina ha de ser posible generar el impulso intelectual que permita repensar al *logos* médico: Vesalio fue posible en el contexto de la revolución científica del copernicanismo así como Claude Bernard solo pudo surgir tras el impulso retador que sobre la Medicina racionalista ejercieran las ciencias naturales y exactas.

Retos y desafíos que también se ciernen sobre el vigente paradigma médico positivista pero sin que por ello podamos identificar puntos de inflexión y discursos médicos distintivos capaces de pervivir en el tiempo. Nada hoy así lo augura, pero tampoco lo descarta a futuro. Surgen por doquier, por ejemplo, nuevas jergas pretendidamente médicas de fundamentación comúnmente orientalista y hemos

visto surgir radicales críticas al discurso médico positivista lo mismo desde la Sociología como incluso desde la misma Medicina (Ilich, 1975; Pino de Casanova, 2002). El discurso médico positivista está siendo retado, pero no por ello podemos dejar de admitir que su vigencia teórica permanece hasta ahora incontestable. Quizás esté lejana la vista a un “momento conceptual” médico distinto al que hemos estado viviendo desde mediados del siglo diecinueve. Pero no menos cierto es que, en un sentido absolutamente parangonable al propuesto por Pocock en su idea acerca del “momento maquiavélico”, presentimos su avenimiento. Así parecen preludiarlo las crisis de los grandes sistemas sanitarios y el cuestionamiento social a su oferta. Como procuraremos demostrarlo, el prometido mundo sin enfermedad ni muerte está aún lejos de ser.

La periodización propuesta: algunas precisiones necesarias

La periodización aquí propuesta se basa en mucho en la originalmente postulada por Diego Bautista Urbaneja en *Política y petróleo en la Venezuela del siglo XX* (Urbaneja, 1992: 317), sin bien nos permitimos introducir alguna matización en los términos expuestos por Mirna Alcibíades en *La heroica aventura de construir una república. Familia-nación en el ochocientos venezolano, 1830-1865* (Alcibíades, 2004).

Propone Urbaneja al período comprendido entre 1830 y 1890 como el de la vigencia del llamado proyecto liberal venezolano. Aunque ralentizado a partir de 1870 con el ascenso del guzmancismo, dicho proyecto hizo suyo el cometido de fundar a Venezuela como un Estado liberal de derecho al estilo de las democracias europeas de entonces, dotado de un texto constitucional, separación de poderes y totalmente secularizado; proceso este que adquiere características más radicales a partir de 1848 y sobre todo, de 1863, con el triunfo de las armas federales. Las elites políticas surgidas inmediatamente después de 1830 entendieron dicho espíritu en tanto que “filosofía para la construcción de la república”, en contraste con la “destrucción, que fuera la obra de los libertadores” (Alcibíades, 2004: 55).

Al respecto, veamos lo expresado por José María Vargas en su discurso del 3 de febrero de 1833 ante la Sociedad Económica de Amigos del País:

“Ya es tiempo de que el gobierno, aprovechándose de las bendiciones de la paz y a la sombra del orden, despliegue todo su poder en regenerar de hecho esta tierra desgraciada. Ya es tiempo de ir formando los semilleros de las generaciones venideras y cambiando con la eficacia de las buenas leyes los hábitos inveterados de ociosidad por los de una industria honesta y productiva” (J.M Vargas, en: *Pensamiento Conservador del Siglo XIX*, 1992: 227).

En tanto que expresión del programa político del paecismo, el exhorto de Vargas define claramente la nueva visión de país en la que se ha de entender el esfuerzo de construcción liberal republicana en los primeros años tras la secesión de la Nueva Granada: se trataba de dejar atrás los años de la república en guerra – la de los ciudadanos soldados- para dar paso a la construcción de una nueva república de ciudadanos productores. Una “república comercial” moderna en oposición a la “república clásica” que fuera la que se levantara en armas contra la Monarquía Católica.

El proyecto republicano en Venezuela no fue siempre, al contrario de lo argüido por Urbaneja, de carácter liberal. La llamada “primera república” entre 1811 y 1814, la más antigua en toda Iberoamérica, bien puede analogarse con la república clásica griega. La escasa materialización del orden político propuesto en su constitución que habría de lograr dará buena cuenta de su virtual disolución en 1814 ante el avance de Boves, de modo tal que al menos hasta 1819, con la Constitución de Angostura, es difícil referirse a la existencia de un orden republicano en Venezuela. De haberlo, sería el de la “república en armas”.

El discurso médico de los tiempos monárquicos se continuó sin sobresaltos durante la vigencia de la “patria boba”, con plena vigencia de sus instituciones emblemáticas, sus sistemas normativos, sus usos y sus prácticas, todo ello dentro del paradigma ilustrado español. La medicina de la “república en armas” careció de instituciones propias más allá de la del “cirujano de los ejércitos”. Se trató esencialmente de médicos y cirujanos de formación universitaria que se adhirieron a la causa republicana y que en su momento acompañaron a los movimientos de sus

tropas (Fortique, 1989: 17-25 y 127-131)²². Ello no permite suponer, sin embargo, que existiese una estructura formal de sanidad militar, la cual surgiría muy posteriormente.

La Constitución de Angostura impuso una forma republicana que podríamos calificar de “mixta”. Dicho ensayo exhibiría características propias de una república liberal – separación formal de poderes, texto constitucional, etc- que coexisten con otras propias de la república clásica – el senado hereditario- que todavía habría de tener expresiones tan radicales como la de la presidencia vitalicia establecida en la Constitución de Bolivia. A ella se enfrenta, a partir de 1830, la república de la sociedad comercial de los por Elena Plaza llamados “patriotas ilustrados”: antiguos mantuanos opuestos ahora al proyecto grancolombiano a quienes adherían incluso viejos realistas e indiferentes a la causa de la Independencia (Plaza, 2002).

La república de la sociedad comercial era ilustrada en lo político, pero orientada al mercado en lo económico. Su discurso sanitario, por tanto, siguió adherido al ilustrado español, con la sola excepción de la sustitución del antiguo Protomedicato por las Facultad Médica de Caracas y por la imposición de Vargas como rector de la nueva universidad republicana.

La reacción liberal viene de la mano de los Monagas a partir de 1840. Como hemos dicho, se funden en lo “liberal” lo mismo banderas ideológicas que discursos atávicos, acrisolados ahora en una común posición “antigoda” cuya expresión más radical verá luz en 1859, con el estallido de la llamada Guerra Federal. Corresponde este a un período de notable desgaste de la vieja institucionalidad ilustrada – la sanitaria incluida- cuya reversión solo veremos a partir de 1863 con el Antonio Guzmán Blanco y su versión positivista de aquel liberalismo primigenio, muy influido

²² La crónica de José Rafael Fortique sobre los médicos de la Independencia da cuenta de cuatro de ellos firmantes del acta de Independencia: Francisco Isnardi, turinés de origen, de larga trayectoria como conspirador antimonárquico en Venezuela y que muere en presidio en Ceuta; Juan Angel Alamo, barquisimetano educado bajo el auspicio de la familia Bolívar; José Luis Cabrera, canario de origen y Manuel Palacio Fajardo, barinés de activa labor como diplomático en tiempos de la guerra. Destacan también figuras médicas activamente partícipes en los teatros de operaciones militares, como fuera el caso de Felipe Tamariz, segundo Protomédico y activo militante en la causa republicana. Finalmente, es necesario destacar la numerosa presencia de médicos británicos formados en las prestigiosas escuelas de Edimburgo y del Trinity Collage de Dublín, quienes tuvieron destacada actuación en la Campaña del Sur.

por el español, cuyas primeras consignas introdujese en Venezuela su padre, Antonio Leocadio Guzmán, apenas finalizada la guerra de Independencia.

El espíritu liberal de entonces asumió lo sanitario como expresión de una fenomenología propia de la esfera privada de los individuos, cuando no un campo propicio para el ejercicio de la caridad en tanto que virtud cristiana, si bien a partir de 1850 se identifican algunas iniciativas en pro de la higiene pública y de la formación médica por parte de algunas legislaturas provinciales. Hay en la política de los patriotas ilustrados una cierta continuidad respecto de aquella de la Monarquía Católica. Como procuraremos demostrarlo, las nuevas elites republicanas, lo mismo que las monárquicas, se involucraron intensamente en lo sanitario. La idea del “estado que cura”, contraria al espíritu entrañado en aquello que Oakeshott llamare “la política del escepticismo”, parece entonces de data anterior a la república misma (Oakeshott, 1998: 59).

La dimensión económica no cobraba aún la primacía que habría de alcanzar sobre la política en la medida en que el desarrollo de la sociedad de mercado así lo demandase. La progresiva imposición de modos sociales de corte urbano orientados al consumo de bienes manufacturados por sobre aquellos que en su día fueran propios de la sociedad agraria y que trajeran consigo los ecos de la revolución industrial europea, habrían de contribuir decisivamente en el cambio de los términos de la ecuación política venezolana²³. En lo sucesivo, se habrá de insertar en nuestra cultura política una idea propia del pensamiento positivista: la idea del progreso.

Con la locomotora a vapor, las incipientes redes eléctricas de fines del diecinueve venezolano y la introducción de nuevas técnicas constructivas que dejaban atrás al barro de los bahareques, llegaron nuevas corrientes de pensamiento médico proponentes de nuevas tecnologías así como nuevos espacios físicos desde los que un nuevo paradigma médico se nos proponía. Clareaban las luces que anunciaban al gran siglo del positivismo venezolano, coronado por un nuevo proyecto político basado no tanto en las bondades del credo liberal como en

²³ En tal sentido diserta Urbaneja: “Mas nunca se pensará que la realización de un orden social próspero dependa de la existencia de un estado liberal de derecho”. Véase: Urbaneja, 2004: 87.

las verdades emanadas de la ciencia experimental que ahora hacían cuerpo con la teoría política clamando por la vigencia de una “Constitución efectiva” encarnada en el ejercicio personalista del poder.

Así las cosas, para los depositarios del discurso médico-sanitario de aquel tiempo, el fenómeno la enfermedad se ofrecía ante todo como una expresión del mundo de la *physis* susceptible de ser abordado como cualquier otro, a partir de los postulados de la nueva ciencia experimental que en el campo médico viese luz con las aportaciones de Claude Bernard.

Pertinencia politológica de la investigación propuesta

Sostenemos que la cuestión aquí planteada es relevante a los fines de la comprensión de una las claves fundamentales sobre las que se construyera el moderno Estado venezolano: la irrupción de la acción de las burocracias públicas en la gestión de la cuestión sanitaria en tanto que problema de Estado. El siglo veinte venezolano principia bajo le égida de Juan Vicente Gómez. En el sentido de la referida tesis de Urbaneja, postulamos al período comprendido entre 1908 y 1945 como el correspondiente al programa positivista, sustentando en los regímenes de la denominada hegemonía andina.

Ambos programas albergarán subprogramas específicos – apelando al término propuesto por el propio Urbaneja- entre ellos los tocantes a la cuestión sanitaria y cada uno a partir de sus particulares visiones. Visiones todas enraizadas en un determinado discurso médico inscrito a su vez en un determinado paradigma científico y traducido en unos determinados diseños institucionales sanitarios cuya trascendencia se proyectaría hasta nuestros días. Nos referimos, claro está, a la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1936.

Junto a las cuestiones relativas a la agricultura y la cría, las políticas fiscal y comercial, las infraestructuras, la instrucción pública y la política migratoria, lo sanitario aparece entonces y por primera vez entre las prioridades del Estado en cuanto al desarrollo de políticas públicas, tal y como se recoge en el texto del

llamado Programa de Febrero de 1936²⁴. En la dinámica en virtud de la cual “el pasado se convierte en presente”, como postula Pocock, subyace el fondo del problema de estudio aquí planteado y su naturaleza en cuanto tal es esencialmente lingüística (Pocock, *op.cit.* 1973:34).

Así las cosas, es plausible suponer que la tradición médica occidental se ha transformado en realidades institucionales materiales solo en la medida en que sus adherentes, convertidos ahora en actores políticos, han construido y conjugado jergas científico-técnicas tales que, legitimadas e institucionalizadas por comunidades profesionales específicas – médicos, etc- han encontrado su respectiva traducción en términos de determinados diseños institucionales: de allí que a cada momento histórico dentro de la gran tradición médica occidental haya correspondido una determinada institucionalidad sanitaria.

En todo ello, Venezuela no solo no ha sido la excepción, sino que, por el contrario, posiblemente su particular caso reúna características propias de experiencia modélica. Hay en ello, digámoslo desde ya, una clara preocupación *vis-á-vis* la actual coyuntura sanitaria venezolana, caracterizada por la emergencia enérgica de expectativas en torno a la Medicina que el derecho positivo ha transformado en mandatos a partir de demandas justiciables. Todo lo cual impone sobre la otrora mítica acción del sanador, gravosos pesos institucionales al modo de aquellos contenidos en el Código de Hammurabí²⁵.

Suscribiendo el célebre *dictum* croceano, creemos que toda historia sanitaria es, sobre todo, historia contemporánea. La actual crisis del Estado de bienestar en

²⁴ En tal sentido afirma Viso: “la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social significa la incorporación de la salud pública o colectiva como responsabilidad del Estado aunque hasta la constitución de 1947 no estén establecidos...los derechos sociales de los venezolanos. Sin embargo, entre 1936 y 1945 se construye y desarrolla desde el estado una intensa y eficaz política en relación a la conservación, restitución y promoción de la salud” (Viso, 1999: 135).

²⁵ Con data *circa* 1760 BC, el Código de Hammurabí constituye una de las piezas de carácter normativo más antiguas que se conozcan. En ella, los legisladores mesopotámicos establecían penas corporales –incluso la muerte- al médico que errase en sus diagnósticos o tratamientos prescritos. El debate político y social alrededor de la penalización del yerro médico ha llegado al extremo de que, en EE UU, en algunas especialidades como la Cirugía y la Obstetricia los médicos deben encarar en promedio al menos una demanda judicial bajo alegato del malpraxis cada seis años. Las sociedades presionan ya no por medios médicos, sino por resultados. La paradoja del llamado “*bussiness of suing*” en ese país contrasta con el hecho documentado de que la sobrevida por cáncer y enfermedad cardíaca se hayan incrementado entre el 70 y el 66%, respectivamente, desde 1950. El fenómeno es ampliamente comentado en la obra de Atul Gawande. *Better. A surgeon’s notes on performance*, de 2007.

Estados Unidos y Europa que previsiblemente se exprese en Iberoamérica más temprano que tarde bien justifica una seria reflexión al respecto.

El método de investigación propuesto

El objetivo general de la investigación aquí propuesta es caracterizar las claves del discurso médico vigente en dos períodos bien definidos del proceso histórico-político venezolano (1830-1870 y 1870-1936), correspondientes a los llamados proyectos políticos liberal y positivista, respectivamente, en su expresión específica en términos de los programas sanitarios característicos de tales períodos. A tal fin, nos proponemos específicamente:

1. Describir la evolución de los paradigmas científicos vigentes en Venezuela durante su primer siglo de historia republicana, partiendo del de la llamada medicina ilustrada hasta el de raíz positivista.
2. Identificar las claves del discurso médico en los períodos históricos propuestos como función específica de los paradigmas científico-médicos a los que respondieron.
3. Documentar las expresiones institucionales sanitarias derivadas de tales discursos médicos.
4. Contrastar el grado de materialización de tales expresiones institucionales en términos de programas sanitarios estables estructurados a partir de políticas públicas definidas.

Los mismos han de ser contrastados con evidencias objetivas en cuanto a su expresión en términos del programa sanitario derivado del cada uno de los programas políticos aquí considerados. Dichas fuentes están constituidas, en principio, por tres grandes grupos de fuentes documentales, a saber:

- a. las de carácter general
- b. las de carácter profesional
- c. legislaciones, resoluciones internacionales vinculantes para República y otros documentos oficiales contentivos de actos de gobierno.

En el primer grupo se cuentan revistas y periódicos dirigidos al público general que dieron cabida a colaboraciones de médicos prácticos y académicos que con variable rigurosidad acometieron el estudio de determinadas cuestiones en un ámbitos tan diversos como los de la clínica y la epidemiología. En el segundo grupo se reúnen a aquellas fuentes constituidas por publicaciones de carácter profesional, las cuales aparecen en Venezuela a partir del guzmancismo, en tanto que el tercero compila aquellos documentos emanados de órganos de gobierno con competencia en materia sanitaria, legislaciones nacionales o subnacionales – leyes, ordenanzas, etc –y resoluciones internacionales suscritas por la República – caso de las recomendaciones emanadas de la Conferencia Sanitaria Panamericana de 1923.

Especial atención ha de merecernos el estudio de los mensajes presidenciales al órgano legislativo, ello en la medida que permitan reconocer claves en cuanto a política sanitaria de Estado en su dialéctica con el paradigma científico-médico en su día vigente.

En presente trabajo se propone en lo posible confrontar los contenidos programáticos así fundamentados con la evidencia práctica contenida en los presupuestos públicos durante los periodos en estudio, ello como una modalidad plausible de objetivación del discurso en términos de unas políticas públicas concretas, advirtiendo que el gasto sectorial sanitario aparece expresado solo en las leyes de presupuesto a partir de la de 1931. La apelación a las expresiones presupuestarias contentivas de tales políticas se constituye en una razonable fuente de validación del grado de su materialización. Por lo menos desde 1931, es posible identificar y dar seguimiento a la aplicación del gasto público específicamente dirigido a la cuestión sanitaria. El estudio propuesto se propone contrastar el discurso sanitario expresado en una determinada política sectorial con la asignación relativa de recursos fiscales aplicados a tal fin.

Por último, procuraremos a un tipo de fuente distinta de las documentales constituida por aquellas expresiones pláticas – sea que se traten de obras destinadas al disfrute privado o público- se distinguen por su intencionalidad política en tanto que portadoras de claves conceptuales abstractas que encontraron en la

plástica su particular vehículo de diseminación, tal y como lo destacan Manuel García-Pelayo y Quentin Skinner en sus ya referido ensayos.

Capítulo II

El lenguaje de los médicos

“La importancia del uso correcto del idioma radica no solamente en la capacidad para transmitir en buenos términos el trabajo efectuado, sino el hecho de que es con el idioma con lo que efectuamos la mayor parte de nuestro pensamiento”

W.I.B Beveridge. *El arte de la investigación científica*

En el sentido ya señalado de Kosselleck, es posible postular que la historia del discurso médico occidental no es otra que la de su *logización* a partir del mito. En todos los tiempos históricos y sociedades, los ejercitantes del papel social de sanador procuraron, de modo más o menos consciente, construir un cuerpo de saberes dotados de alguna sistematización práctica y siempre en perfecta conjunción con sus respectivos sistemas de ideas y de creencias (Ortega y Gasset, 1941/1997:19)²⁶. Suscribiendo la tesis del historiador de la Medicina hispano-colombiano Antonio Martínez Zulaica, proponemos abordar la cuestión aquí planteada a partir del estudio de cinco paradigmas sucesivos – aunque no sin notables superposiciones entre ellos- a lo largo de la historia de la Medicina occidental, a saber: la Medicina de los médicos-magos de la antigüedad pre-clásica, la de los médicos-filósofos de Grecia, la de los médicos escolásticos del medioevo, la de los médicos racionalistas de los principios de la modernidad y finalmente, la

²⁶ Adoptamos aquí la idea orteguiana de creencia como ese “estado de fe” en el que se soporta la opinión colectiva, esa “creencia pública” que puede o no coincidir con la individual, sin que por ello adolezca de vigencia social.

medicina de los médicos científicos que tan característica resulta del tiempo actual (Martínez-Zulaica, 1972: 20).

En cada uno de tales momentos paradigmáticos, la práctica médica se constituyó a la vez en factor de sustento y en factor sustentado por las formas políticas características de cada tiempo, dotándose de un ámbito discursivo y de un marco institucional perfectamente definible en cada caso, todo ello en una compleja dialéctica a la que procuraremos aproximarnos de manera comprensiva.

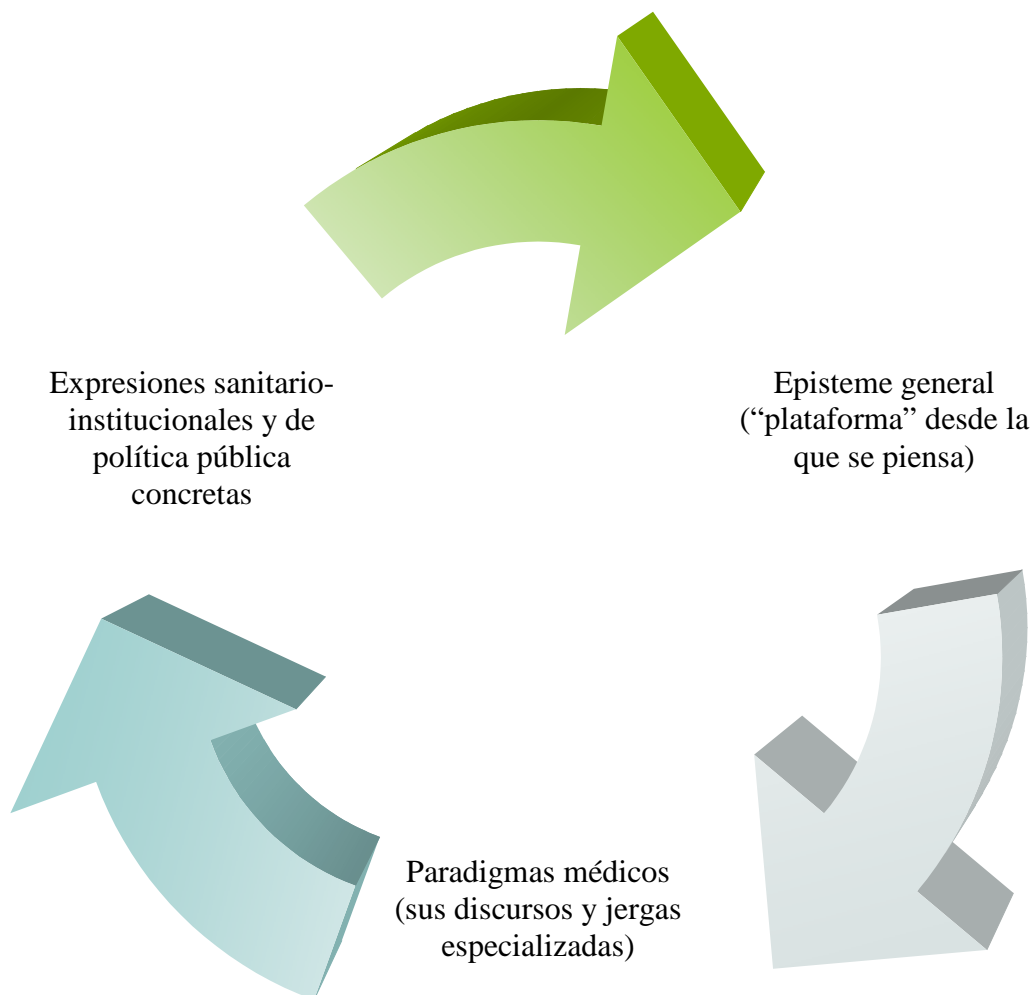


Fig. 2. Episteme general, paradigma científico-médico e institucionalidad sanitaria. Relacionamiento dialéctico.

1. Los médicos-magos de la antigüedad pre-clásica

Corresponde a la forma adoptada por el discurso médico en el mundo antiguo. Desde el punto de vista discursivo, la medicina de los médicos-magos se inscribe en la teodicea de aquellas grandes civilizaciones. En la episteme de los antiguos, la enfermedad aparece como un sortilegio, el enfermo como un paria y el sanador como el exorcisador acreditado por su condición de oficiante de algún culto de remotísimas raíces. El discurso de enfermedad se funde con el religioso. No hay conciencia de la enfermedad en tanto que fenómeno físico ni de la terapéutica como técnica. La enfermedad es, sobre todo, un estado del espíritu y su conocimiento y cura materia de reserva de las clases sacerdotales.

Las formas políticas que enmarcaron aquella *praxis* médica fueron las características del mundo antiguo: el *imperio mundi* y la ciudad-templo. Son las civilizaciones del territorio entre el Eufrates y el Tigris y la del valle del Nilo. Sus dominios eran el único mundo conocido y cognoscible para aquellos hombres y su *imago* la representación vívida del mismo, sin semejanza alguna con el Estado moderno. En el *imperio mundi*, señala García Pelayo, el poder no es otro que el de la hierofanía en tanto que “revelación de una fuerza santa y sobrenatural” (García-Pelayo, M. *Las formas políticas del Antiguo Oriente*. 1969/1991:1248). La ocupación del espacio opera desde un único centro de poder que no mantiene relaciones regulares con el exterior y que no reconoce a ninguna otra comunidad política distinta a sí misma, constituyéndose –señala García-Pelayo, en una sociedad en la que “la religión, la política y la economía estaban indisolublemente unidas” (García-Pelayo, *ibidem*: 1250).

Consistentemente con ello, la práctica médica en aquellas civilizaciones no era sino expresión de un saber único supeditado a una *ordenatio* trascendente. Siendo así, la enfermedad aparece como una suerte de desviación del curso vital respecto a una ruta señalada por una cierta idea de destino. En la Mesopotamia, señala el tratadista venezolano Zúñiga Cisneros, la Medicina es al tiempo empírica y religiosa, una teurgia en la que demonios y astros rigen el curso de la enfermedad y

presiden las funciones fisiológicas. Son *Ea*, *Marduk* y *Ninuria* sus deidades señeras. En ellas, la enfermedad opera al modo de un castigo (Zúñiga Cisneros, 1978:62).

Para los mesopotámicos, el centro de la vida está en la víscera hepática. Se tiene al hígado como el órgano rector de la vida y a su exámen –la *hepatoscopia*– como el procedimiento central de toda la práctica médica. El sacerdote-médico de los sumerios, el llamado *assipo*, no entiende a la enfermedad como efecto de unas determinados mecanismos merced de unos ciertas causas, ni a los síntomas como su expresión subjetiva ni a la terapéutica como mecanismo accionante contra ella; para él, la enfermedad es la materialización de una fuerza maligna, los síntomas eventos accidentales y la terapéutica un accionar inherente a la fe. El papel social del sanador recaía sobre el *assipo*, miembro a su vez de la clase sacerdotal y no de una comunidad profesional; por lo tanto, su accionar estaba inscrito en una *practicación* relativamente asistémica situada en un contexto alejado de la vida civil

²⁷.

El antiguo Egipto alcanzaría un notable desarrollo en cuanto a técnicas médicas y quirúrgicas a partir del 2000 AC, con el Reino Nuevo y al erección de la XVIII Dinastía. El Egipto monoteísta tiene en *Immhotep* (Amenofis), médico y arquitecto, a la figura central de su teurgia médica²⁸. Para los egipcios, distinto de los mesopotámicos, es el corazón el centro de la vida. Sin embargo, los médicos de ambas civilizaciones no comprendieron a la economía humana en términos de una determinada división anatómica. Durante la XVIIIa Dinastía ya había en Egipto un importante desarrollo de destrezas médicas y quirúrgicas, como se demuestra en los textos médicos recogidos en los papiros de Nahum (1889) – toda una compilación de técnicas en Obstetricia y Ginecología- de Smith (1862) – en Cirugía- y sobre todo, el de Ebers, del mismo año – en Patología Médica y Terapéutica.

²⁷ La documentación de las prácticas médicas asirias y caldeas son escasas y se recogen en apenas spoco más de seiscientas piezas de las más de doce mil que componen la llamada biblioteca de Assurbanipal. En el campo de la historiografía médica se ha querido tener en el Código de Hammurabí una expresión de legislación normadora de la práctica médica sumeria, lo que apenas si puede sostenerse en lo atinente a ciertas prácticas quirúrgicas para entonces tenidas al margen de la Medicina sacerdotal. No por ellos se trató de una normativa de importancia menor, ya que llegaba a detallar de manera bastante prolija aspectos tan finos como la fijación de honorarios por tipo de procedimiento y clase social del paciente, etc. Vease: García-Pelayo, *ibidem*. 1287 y succs.

²⁸ Es posible que la figura griega análoga al dios-médico encarnado en Asklepios se corresponda con una adaptación helénica de la de Immhotep.

Sin embargo, se trataba de disertaciones a propósito de relaciones no inscritas a una racionalidad discernible y en las que destacaba sobre todo una concepción mágico-religiosa del fenómeno de la enfermedad. La Medicina de los antiguos egipcios era, pues, esencialmente teúrgica y su práctica, lejos de estar confiada a una clase profesional, recaía sobre sacerdotes. No por ello dejaba de ser apreciable el cúmulo de saberes de aplicación médico-quirúrgica efectiva compilados por los egipcios (*i.e* la trepanación craneal, la exodoncia), como que aún Homero lo relatara el verso 230 del canto IV de *Odisea*:

“La nacida de Zeus guardaba estos sabios remedios; se los dio Polidamna, la esposa de Ton, el de Egipto, el país donde el suelo fecundo produce más drogas cuyas mezclas sin fin son mortales las unas, las otras saludables; más allí todos los hombres allí son expertos como nadie en el arte de curar porque traen de Peán [el dios Apolo] su linaje” (Homero, 900 aC/2005: 149).

La medicina de los antiguos y sus médicos-magos no debe entenderse en absoluto como una expresión de Medicina *folk* en el sentido de Parsons. No se trata de una expresión “costumbrista” sino de una efusión espiritual que reafirma la propia existencia de aquellos hombres en el único mundo que les era conocido. De tal manera que se pudiera postular como criterio definitorio de una civilización, el de haber construido un sistema de saberes médicos más o menos estable, dotado de una codificación técnica más o menos específica y encomendado a un grupo social determinado.

En una necesariamente apretada síntesis a propósito de la Medicina de los antiguos, hemos de decir que la misma, en tanto que práctica relativamente poco consciente de sí, no generó discursos perdurables aunque, ciertamente, fue fecunda en la aportación de técnicas posteriormente sistematizadas por el *logos* griego. Así por ejemplo, señala Zúñiga Cisneros, los egipcios nunca nombraron de manera específica a las entidades patológicas que trataban. Solo las describían a efectos de sus propias codificaciones ideográficas (jeroglifos). Pero si su fecundidad técnica fue notable, no lo sería menos en lo atinente a la generación de poderosas

simbologías médicas cuya penetración se extenderá a través de los tiempos, incluso hasta nuestros días (Zúñiga Cisneros, 1978: 90)²⁹.

Los médicos-filósofos de Grecia

La ciudad-estado es la forma política característica de la Grecia clásica y su representación teórica más clara es la contenida en la ideal republica platónica, a la que el pensador ateniense dota de todo un esquema de organización del estado representado en la *polis* y en el que la Medicina, en tanto que práctica consciente, sistematizada y, sobre todo, secular, es invocada de modo expreso en el libro tercero de la *Republica*:

“Pero en un Estado donde reinan el desorden y las enfermedades no tardarán en hacerse necesarios los tribunales y los hospitales. Y la jurisprudencia y la medicina se verán bien pronto honradas, cuando un gran número de ciudadanos bien nacidos las cultiven con ardor” (Platón, 395 aC/2005: 106).

El papel social específico del sanador ha estado presente en todas las grandes civilizaciones y su praxis ha devenido en no pocos casos en técnicas incluso hoy en día esencialmente en uso, solo en la Grecia clásica alcanzó el carácter de “fuerza cultural de primer orden en la vida del pueblo griego” (Jaeger, 1957/1995:783). Incluso en la modernidad, la Medicina no habría de recuperar nunca más aquel sitio que ocupare en los tiempos clásicos, ello pese al notable avance que significara la incorporación a su discurso del nuevo conocimiento aportado por las ciencias naturales y exactas.

Si bien la Medicina como praxis reunió desde sus orígenes las aportaciones provenientes culturas anteriores a la clásica – Egipto y Sumeria sobre todo- incorporadas al quehacer profesional médico de manera más o menos consensuada y sistemática, la cimentación de lo médico en tanto que un pensamiento específico surgido por “fecunda colisión” (Jaeger, 1957/1995:784) de tal praxis con la filosofía de los pitagóricos, tras lo cual adquiere “plena conciencia metodológica de sí

²⁹ Destaca Zúñiga Cisneros la expresión gráfica “Rx”, de uso frecuente en las prescripciones o “recetas” médicas, como una reminiscencia ancestral del llamado “Ojo de Horus” de los antiguos egipcios.

misma”. La posición de la medicina en aquél tiempo trasciende a la de un mero oficio para adquirir otra de orden superior, junto a la gimnasia, la matemática, la gramática y la poesía, disciplinas esenciales de la *paideia* (véase Lámina II).

Sin tener a menos la influencia de los llamados materialistas jonios y su particular filosofía de la naturaleza (la explicación “natural” de la enfermedad como fenómeno ontológico), la nueva conciencia metodológica médica es sobre todo una aportación dórica, con su centro más importante en la Isla de Cos, donde vivió y enseñó Hipócrates (Jaeger, 1957/1995: 785). Es Hipócrates quien hace de la Medicina una praxis consciente de sí misma y metódica y los médicos griegos los primeros en crear un sistema teórico base de todo un movimiento científico de influencia perdurable que diera a la vida y sus procesos un “giro técnico” y creara profesiones especializadas basadas en postulados espirituales y éticos propios.

El médico pasa a ser para los griegos una especie de demiurgo, un creador de realidades mundanas. Ya no es tan solo un operario de la técnica o arte de curar (*tekhné iatriké* o *ars medica*). Creador de una ciencia específica, de una *ordenatio* orientada a la preservación de la vida. Hasta entonces, el *ars medica* derivó de una *practicación* consuetudinaria eminentemente empírica; en lo sucesivo, habrá de derivar en un cuerpo de conocimiento ordenado a partir de una metódica consciente de sí misma. Tal es la por William Ewart llamada *res medica*³⁰. En tanto que en posesión de una *res* propia y bien diferenciada de los discursos hierofánicos, la medicina de los médicos-filósofos de la Grecia clásica se habría de distinguir de aquella que fuera propia de las civilizaciones del Mediterráneo y de Sumeria en tanto que creadora de un *logos* a partir del cual habrían de ser diferenciados, caracterizados y nominados aquellos procesos mórbidos observados en la práctica, si bien la terapéutica a aplicar frecuentemente coincidiera con la de los antiguos.

³⁰ Conviene aquí ampliar la cita anterior del helenista alemán Werner Jaeger quien señala que “los médicos egipcios no adolecían ciertamente de falta de especialización, muy acentuada entre ellos, ni de falta de empirismo. La solución al enigma no puede ser más sencilla: estriba pura y simplemente en que aquellos hombres no abrazan el punto de vista filosófico ante la naturaleza en conjunto que abrazan los jonios...pero fueron los médicos griegos, disciplinados por el pensamiento normado de sus precursores filosóficos, los primeros que fueron capaces de crear un sistema teórico que pudiese servir de base de sustentación a un movimiento científico...la tendencia progresiva a dar a la vida un giro técnico y a la creación de profesiones especiales que requieren una especialización basada en altos postulados espirituales y éticos acequibles solo a un mínimo reducido de personas ...surge así el *ars medica*, como lo llamaron los griegos (Jaeger, op.cit:786 y sucesivas)

La medicina de los escolásticos

Señala García-Pelayo como “la corona constituye un paso decisivo en el proceso de objetivación y abstracción del orden político que desembocaría finalmente en el concepto de estado” (García-Pelayo, M. *Del mito a la razón en la historia del pensamiento político*.1968/1991:1071). El señorío feudal es el núcleo y base político-territorial de aquel orden. Es la corona la que confiere sentido de unidad a las ciudades y territorios enfeudados, frecuentemente disímiles entre sí, ya no a través de un vínculo basado en la lealtad personal –al modo de los reinos germanos del bajomedioevo - sino que en uno distinto, de carácter jurídico-público. Destaca en ese mismo sentido el autor como al carácter simbólico de la corona en tanto que referente de la transpersonalización y la legitimización del orden político medioeval, le continúa el de la corona como concepto jurídico orientado a la creación de un orden configurado a su vez por la *ratio* escolástica.

La episteme de los escolásticos es trascendente y tiene en el pensamiento categórico-analógico a su instrumento por excelencia (Scruton, 1983: 21)³¹. El *mundo-de-vida* feudo-aristocrático emerge contra un mundo inasible y caótico surgido tras la caída de Roma. Hay en el hombre medioeval una necesidad urgente de seguridad y de certidumbre. El señor feudal ha de proporcionar la primera a lo interno de sus ciudades amuralladas, en tanto que es a la Iglesia a quien corresponde aportar la segunda. La razón escolástica supone una *ordenatio* en la que el mundo “se ordena a” lo trascendente – a Dios- apelando para ello a su unicidad. Surge así una nueva episteme, que no por nutrirse de la tradición aristotélica, señala con acierto Moreno Olmedo, es griega.

El hombre del medioevo es el hijo de aquel “proletariado externo” que pugnara por vencer las fronteras del Imperio atraído por sus valores, sus usos y sus

³¹ La gran aportación que intentara hacer el tomismo bien puede resumirse en una: la descripción de la relación entre Dios y el hombre apoyada tan solo en la argumentación lógica y sin apelación alguna a los dogmas de la fe.

costumbres (Toynbee, 1975: 229)³². El germano y el visigodo romanizados no son por ello semejantes al aqueo o al latino de los tiempos antiguos, si bien se adhieren a una cultura reconocida como superior a la propia. Se observa en el feudo aristocrático, en tanto que forma política, una notable analogía con los conceptos de la anatomía galénica; es la que propone en su organización, al modo de la anatomía humana, al príncipe como “cabeza” en tanto que sus súbditos y vasallos sus “miembros”. Ello está en lo mismo en Aristóteles que en la anatomía de Galeno. Destaca Marsilio de Padua como:

“la ciudad y sus partes guardan analogía con el animal y sus miembros perfectamente formados por la naturaleza, como aparece en Aristóteles...y Galeno en su libro que llamó *De la zoogonía*” (Marsilio de Padua, 1324/1989: 76)³³.

El siglo XIII, con el surgimiento de la nueva episteme burguesa, hará de la corona feudo-aristocrática un sujeto ideal de derecho y lealtades, señala García-Pelayo, que propende a superar a la sociedad cristocéntrica a favor de otra iuscéntrica (García-Pelayo, 1968/1991. *ibidem*: 1050).

Señala Zúñiga Cisneros que la medicina medioeval tuvo al menos dos fuentes teóricas por excelencia, a saber: la propia de la herencia clásica, y la de los autores latinos decadentes junto a la constituida por producciones profanas de interés netamente práctico, generalmente a cargo de clérigos (Zúñiga Cisneros, 1978: 339). Entre los teóricos clásicos figuran esencialmente los textos hipocráticos y sobre todo los galénicos. La *Dictadura* de Galeno entenderá su influencia hasta el Renacimiento y aún más allá, encontrándola todavía vigente en la práctica profesional médica del dieciocho. Galeno es un destacado cirujano y anatomista. Seguidor de las tesis hipocráticas, es meritorio de originalidad en tanto que organizador y adecuación de la doctrina hipocrática a los avances generados a partir del desarrollo del

³² Entre los rasgos distintivos del proletariado externo, Arnold Toynbee destaca su carácter de “bárbaros de la frontera” que “piden prestada” y aprovechan la cultura de sus vecinos civilizados, a la que admiran y adhieren.

³³ De Marsilio de Padua no suele destacarse, al lado de la de pensador político, su condición de médico formado en la Universidad de Padua, sabiéndose que ejerció la profesión en el seno de la sociedad güelfa. Posteriormente habría de desertar al partido gibelino. Véase: Martínez Gómez, L. Estudio preliminar a *El defensor de la paz*, Ed. Tecnos, Madrid, p. XVII y succs.

conocimiento anatómico, hecho que fue posible tras la generalización de las disecciones anatómicas³⁴.

Es a partir de tal conjunción que Galeno teoriza a propósito de la práctica médica de su tiempo. Así, a su bien conocida *Hygieina* –escrita en griego *koné* y traducida al latín como *De sanitate tenda-* y sobre todo en su *Ars medica*, Galeno resistemiza toda la práctica clínica de su tiempo, ordenandola según principios más allá de las tesis humorales de Hipócrates, pero en ningún caso abandonándolas del todo. Las escuelas de pensamiento médico del medioevo – Ravena, Padua, Salerno y Montpellier- recogieron y preservaron el acervo galénico y lo vertieron en textos divulgativos de notable alcance. Es el caso del ya mencionado *Regimen Sanitatis Salernitanum*, editado en los primeros años del siglo trece y cuya autoría algunos estudiosos atribuyen al valenciano Vilanova (Siegerist, 1981: 44)³⁵.

El *Regimen* de Salerno, distinto de la *Hygieina* de Galeno, no está dirigido exclusivamente a las comunidades médicas; ni siquiera a las ya para entonces inexistentes elites sociales para las que fueran escritas –el antiguo patriciado romano- y a cuyos cuidados se consagrara su autor. Como se ha dicho, la episteme escolástica, si bien se sirve del pensamiento categórico aristotélico, dista mucho de la que fuera propia de los griegos. Si para los antiguos la enfermedad era expresión de un fenómeno de la *physis* capaz de alterar el ideal equilibrio entre los humores del cuerpo, para los escolásticos no. La mentalidad escolástica entendía a la enfermedad como el sobrevenimiento de un mal cuyo remedio estaba en la acción de la providencia divina.

El emperador Graciano, refiere Siegerist, sostenía que el cristiano no necesitaba vivir de acuerdo con las indicaciones de los higienistas, puesto que *quia sanis omnia sana sunt*: “para quien es sano, todas las cosas son saludables” (Siegerist, 1991: 55). Así entonces, la enfermedad es producto de la transgresión de normas superiores que más que en el conocimiento médico tendrían su principal acicate en la observancia de una vida reglada y simple (véase Lámina III).

³⁴ Probablemente haya sido Mundino de Bolonia (1270-1326) el primer gran anatomista posterior a Galeno. Su *Anatomía corporis humani* de 1316 está considerada como el primer texto sistemático en su tipo, destacandose el hecho de que sus observaciones provienen de la disección pública en tiempos en los que dicha práctica no contaba con la venia eclesial, la que eventualmente obtendría.

³⁵ Esta discutible autoría algunos la atribuyen a Juan de Milano (*Joannes Midelanensis*).

Consistentemente con la nueva ética cristiana, el *Regimen* salernitano supuso un intento normativo de uso general ya no destinado a una elite aristocrática sino que a la generalidad de las masas carentes de una estructura estatal sólida que le protegiese.

Pero más allá de ser un mero manual de uso del vulgo, el *Regimen* delineaba una cierta tipología de conducta higiénica deseable en la que pretendía ser, al modo de la Isla de Cos en la que habitara y ejerciera Hipócrates, una nueva e ideal *civitas hippocratica* en la que las antiguas “reglas de oro” de la buena vida fuesen de observancia universal³⁶.

Se hace necesario aquí deslindar de la extendida convicción según la cual la ciencia escolástica – si aceptamos llamarla así- supuso una suerte de cancelación en el proceso de formación del *logos* médico occidental, un tiempo de adhesión ciega y acrítica a la tradición clásica por parte de sociedades transitando un tiempo en el que el gran referente político y cultural –Roma- había desaparecido, dejando la espiritualmente huérfana. El bajomedioevo, muy por el contrario, supuso un tiempo de intensa trasculturización en términos del proceso de *logización* de la Medicina en el que otra gran tradición médica, la musulmana, jugaría un papel principalísimo.

Es cuestionable la manera en la que la historiografía occidental ha entendido la transmisión del legado médico clásico a su propio acervo. Se ha asumido que dicha transmisión operó de modo más o menos automático y por obra de los cultores monacales. Destaca el argentino Elia como los manuscritos médicos tanto griegos como latinos depositados en la gran biblioteca de Alejandría terminaron destruidos tras los saqueos del 391 AC lo mismo que los que se encontraban en Roma, reducidos a las llamas por los visigodos entre 410 y 476 AC. Finalmente, durante el asedio de Justiniano I El Grande al reino de los ostrogodos durante las campañas trazada por la política de la *Recuperatio imperii* a mediados del siglo VI, se perdieron los manuscritos preservados en Atenas (Elia, 2007).

³⁶ A ello se agregan los textos de autores propiamente latinos – Plinio el Viejo y su *Naturalis Historia*, entre los principales- cuya obra se diferencia de los fuentes originales griegas de las que los textos galénicos son esencialmente variaciones.

Hay un notable esfuerzo de compilación y catalogación llevado a cabo por los médicos árabes durante los más de setecientos años que entre 650 y 1450 realizarían salvando de la destrucción grandes textos médicos clásicos. Elia identifica en la traducción al árabe de la obra de Discórides y de allí al griego, al hito clave en la integración de la episteme médica clásica en el pensamiento escolástico. La *Materia médica* de Discórides fue sobre todo un tratado de Farmacología que recopila la antiquísima herbolaria de las antiguas civilizaciones del Mediterráneo. La traducción de la obra de Discórides desde el árabe se realiza en Bagdad hacia el siglo IX, en los tiempos del gran califato abbasí y llega a Occidente a través de las embajadas del emperador Constatino VII ante la corte de Abd- ad Rahmán III en Córdoba, hacia 949. Los médicos bizantinos acceden así a las traducciones al griego de los textos de Discórides que los médicos árabes grecoparlantes habían conocido antes en su propia lengua (véase Lámina IV). La diseminación de tales textos a partir de la acción de los monjes copistas, quienes los vertieron al latín vulgar (Elia, 2007: 50-62).

La mentalidad medioeval es fundamental en la formación de la *res medica* iberoamericana. La *ordenatio* escolástica hacia lo trascendente impuso al conocimiento un papel distinto al que tendría a partir de las ilustraciones. No se trató de conocimiento de menor monta o jerarquía, sino de conocimiento orientado más allá del mundo de lo material, de lo fáctico. En 1973, los patólogos estadounidenses King y Meehan documentan la realización de la primera autopsia en Santo Domingo el 19 de julio de 1533. La lleva a un tal Juan (*Johannes*) Camacho, cirujano, sobre los cadáveres de dos gemelas siamesas femeninas fallecidas a escasos días de su nacimiento. Una cuestión teológica se planteaba en torno a la unicidad de alma de aquellos cuerpos o, por el contrario, de la presencia de entidades espirituales distintas en cada uno de ellos (King y Meehan, 1973: 514-544). Las técnicas de disección anatómica ya estaban sistematizadas en los textos de Mondino de Luzzi, llamado de Bologna, en 1316³⁷.

³⁷ Mondino de Luzzi (1270-1326), el más grande anatomista del bajomedioevo italiano. Su obra *Anathomia corporis humani*, de 1316 reintroduce la disección de cadáveres que fuera esencial a la antigua escuela de Alejandría y que decayese por imposición eclesial a partir del siglo II.

Lo destacable a los fines de nuestro problema de estudio es la función que el conocimiento tiene en el mundo medioeval español que llega a América con la Conquista, que recurre a él no tanto para resolver problemas prácticos sino relativos al mundo trascendente. El saber estaba alineado a los poderes fácticos, el eclesiástico entre ellos. El cuestionamiento vendría de la mano de las ilustraciones y su cultura en torno a lo práctico a la que ya hemos hecho mención.

Finalmente, es de destacar que con frecuencia aparecieron escritos anónimos en lengua vernácula, contentivos de fórmulas empíricas destinadas al tratamiento de afecciones internas así como de las heridas, sin ninguna pretensión de sistematización o de asentamiento de doctrina; sin embargo, destacan especialmente las contribuciones institucionalizantes de pensadores católicos quienes, ajenos al quehacer médico y carentes de formación en él, generaron elementos de doctrina y “recetarios” de origen frecuentemente monástico, orientados al las necesidades de practicantes no siempre profesionales que se diferenciaron de otras prácticas profanas propias de aquel tiempo³⁸.

La Medicina de los modernos

La idea de *lo stato* en Maquiavelo en el *quattrocento* italiano puede ser retrospectivamente conectada con la del *defensor pacis* de Marsilio de siglo trece y por lo tanto referida al complejo proceso de despersonalización del poder hasta su transformación progresiva, como lo señalara García-Pelayo, en el concepto iuscéntrico que subyace a la corona como institución política. El racionalismo hizo del derecho natural su expresión jurídica por excelencia por sobre las antiguas fuentes del derecho consuetudinario; una opción que pone de manifiesto la ciega fe que se ponía ahora en la razón como proveedora de verdades. Occidente asistía así a la génesis del estado moderno (Bayona-Aznar, 2006: 11-34)³⁹.

³⁸ Notable es el caso de Isidoro de Sevilla, obispo hispalense. Considerado por Zúñiga Cisneros entre los últimos representantes de la Patrística, la historiografía médica occidental le tiene entre uno de los más relevantes hacedores de doctrina pese a ser ajeno a la profesión, ubicando a la medicina a la par de la Filosofía pues es por esta última que “se curan las almas y por la medicina, los cuerpos”. Ver: Zúñiga Cisneros, *op.cit.* 434.

³⁹ De acuerdo con el estudio comparativo de Bayona Aznar, tanto en Marsilio de Padua como en Maquiavelo, aparece la idea de que, en sí mismo, “el Estado no tiene una finalidad moral, sino sólo

En Hobbes, acota Heller, se propone una noción de estado ya no como tan característico fuera del mundo-de vida feudo-aristocrático – es decir, desde lo trascendente- sino que desde lo inmanente, por lo que es de esperar que este se proponga acciones específicas que supongan a su vez a su vez la materialización de una cierta voluntad política (Heller: 1934/1998:38). Sitúa García-Pelayo en Federico III de Suabia al precursor de la materialización de tal idea. Como se señalara antes en el argumento de Kantorowicz, es el surgimiento de las nuevas burocracias en posesión de determinadas competencias técnicas sobre las que se ha de edificar en nuevo edificio institucional del estado nacional europeo. Administraciones tan específicas como las de los tributos, la guerra, el comercio o las cuestiones relativas al ordenamiento urbano son delegadas en un funcionariado *ad hoc* inserto a su vez en una estructura vertical sujeta al poder real (García-Pelayo, M. *Federico II de Suabia y el nacimiento del estado moderno*. 1959/2004: 54).

Como hemos dicho al comentar las observaciones de Marsilio de Padua, abundan las analogías con las jergas de la anatomía de Galeno: el rey como “cabeza” del reino y la sede de su corte como “capital”, los “órganos” del Estado como sus miembros efectores y la autoridad eclesial como su “corazón”.

La modernidad política es también hija de la razón. Es la misma línea en la que inscriben la astronomía galileana, las filosofías de Bacon y de Descartes y la Medicina de Vesalio. Suscribimos la tesis según la cual, sus orígenes se remontan hacia el siglo trece, en el tardomedioevo, en el que el surgimiento de un nuevo tipo de hombre, el hombre burgués, supuso el ocaso de la hegemonía social basada en el origen y la tierra. En nuevo hombre burgués, como hemos dicho, es ante todo un espíritu orientado a lo concreto. Su relación con el mundo es material e inmediata y dista mucho de los fines trascendentes que dominaron la mentalidad del hombre del bajomedioevo. Su vida transcurre en los barrios de la ciudad extramuros, lejos de las cortes y de los púlpitos, pues es allí donde se tranza y se comercia.

política; y que el príncipe o gobernante tiene la tarea de garantizar su funcionamiento sirviéndose de la fuerza coactiva”. Véase: Bayona Aznar, B, *op.cit.* p. 11-34.

El burgués pesa, mide, cuenta. Es la génesis de la *catalaxia* u “orden global superior a toda forma intencionada de organización”, en el que “los hombres, persiguiendo sus intereses, ya sea de un modo completamente egoísta o completamente altruista, favorecen los fines de muchos otros individuos que permanecerán en gran parte desconocidos” (Hayek, 1976/1985: 313)⁴⁰.

Al impulso del influjo ejercido por el nuevo hombre burgués se gesta una nueva episteme producto a su vez de una nueva *ordenatio*: ya no ha de ser la del mundo “ordenado a” lo trascendente, sino que a la razón. El mundo escolástico dejaba de existir, dando paso al mundo moderno – el del *modus hiodernus*- opuesto a aquel otro enraizado en la tradición y el dogma. El nuevo hombre burgués podía ser un mercader, pero también un artesano, un barbero sangrador o, quizás, hasta un médico de formación más o menos rigurosa. Las corporaciones universitarias están aún en ciernes y solo hacen vida académica las escuelas profesionales – de leyes, como la de Bolonia o de medicina, como las mencionadas de Montpellier, Padua, Ravena y Salerno- así como las escuelas monacales dedicadas a los estudios filosóficos y teológicos.

El médico tardomedieval frecuentemente no se adscribe a los grupos sociales propios de aquella sociedad estamental -*bellatores, laboratores, oratores* (García-Pelayo, M. *La constitución estamental*.1949/1991: 2204). Su riqueza no reside en sus posesiones sino en sus particulares competencias técnicas. No debe entenderse tal proceso al modo de una ruptura radical, puesto que persisten en el pensamiento médico nociones ancladas no solo en el galenismo, sino, más aún, en concepciones propias de la medicina pre-clásica⁴¹. Solo que su práctica se nutre ahora de fuentes distintas a las de la tradición galénico-aristotélica.

⁴⁰ El concepto hayekiano de *catalaxia* podría parangonarse al de “orden espontáneo” acuñado por el mismo autor y alude a la gestación de una forma de arreglo social cuyo origen no reside en la introducción de un orden deliberado sino que en la resultante de innumerables contratos entre privados con objetivos distintos. El concepto está en el centro de las teorizaciones de la escuela austriaca de Economía.

⁴¹ La idea de la *influenza astrorum* , invocada por los *assipos* mesopotámicos como causa subyacente a los estados gripales, habrá de seguir vigente aún en los albores de la modernidad médica e incluso hasta nuestros días, siendo que la denominación común de “influenza” con la que se designan a los cuadros catarrales propios de la infecciones virales de las vías aéreas superiores, forma parte del *verbatimim* médico contemporáneo.

La obra de Andrea Vesalio representa al nuevo espíritu de la Medicina que supera a Galeno y expone sus falencias no a partir de un ejercicio de elucubración especulativa sino que desde la demostración anatómica directa. En él, la tradición cede al peso de la razón. Su pensamiento abandona la especulación y se orienta a lo positivo (ver Lámina V).

En Vesalio no se argumenta tanto como se demuestra. La mentalidad del médico tardomedieval va trascendiendo así a la casi milenaria regla galénica en medio de una reacción del pensamiento occidental cuyas expresiones iban mucho más allá del campo médico. Como en la Astronomía de Copérnico, el orden escolástico es retado. Otro tanto ocurre en el campo de la Lógica formal tras la reacción de los pensadores nominalistas – de Ockham a la cabeza- cuyas “navajas” cortan a cercén la plétora de categorías lógicas consideradas inútiles en tanto que carentes de sentido material concreto. Como se ha dicho, el hombre tardomedieval se decanta por lo que ve. Es la fuerza de la *evidencia*.

La idea vesaliana de la *fabrica* humana supone la irrupción en Medicina del pensamiento analítico. A la síntesis integradora del galeno-aristotelismo se le opone ahora un discurso que desintegra a la economía humana en partes interactuantes dotadas de una dinámica particular susceptible de ser estudiada como objeto singular, ello al modo de una gran máquina, de un fino mecanismo de relojería. Vesalio no es por ello el precursor de la nueva medicina tanto como su primer gran sistematizador después de Galeno. Pese a que siempre habrá de considerarse a si mismo un fiel galenista, su obra abrió la puerta a un nuevo paradigma -y con ello, quizás, a una nueva “dictadura” de pensamiento médico- cuya fuerza alcanza a nuestros días.

En la idea de la *fabrica* humana se funda la nueva concepción mecanicista de la Medicina que integrara en su *core* aquellas aportaciones principalísimas como las Harvey y Servet, que tan poca luz vieran en tiempos de intolerancia religiosa. Reza su sentencia condenatoria por parte de los calvinistas ginebrinos:

“Contra Miguel Servet del Reino de Aragón, en España: Porque su libro llama a la Trinidad demonio y monstruo de tres cabezas; porque contraría a las Escrituras decir

que Jesús Cristo es un hijo de David; y por decir que el bautismo de los pequeños infantes es una obra de la brujería, y por muchos otros puntos y artículos y execrables blasfemias con las que el libro está así dirigido contra Dios y la sagrada doctrina evangélica, para seducir y defraudar a los pobres ignorantes. Por estas y otras razones te condenamos, M. Servet, a que te aten y lleven al lugar de Champel, que allí te sujeten a una estaca y te quemen vivo, junto a tu libro manuscrito e impreso, hasta que tu cuerpo quede reducido a cenizas, y así termines tus días para que quedes como ejemplo para otros que quieran cometer lo mismo”⁴² (En: Barón: 1985: 37).

El paradigma médico inaugurado por Vesalio supuso el triunfo de la razón y sus ofertas concretas por sobre la tradición y sus promesas postreras. A partir de entonces, la Medicina occidental ya nunca más declinará su recién adquirida voluntad redencionista, no ya de las almas, sino que de los cuerpos. Cuerpos enfermos no en razón de males derivados de los pecados del espíritu, sino que de efectos cuyas causas han de encontrarse en el medio físico circundante. La enfermedad dejaba de ser una experiencia espiritual afectando lo corporal para pasar a ser, por el contrario, una experiencia corporal afectando al espíritu (Ver Lámina VI, sección anexos). En lo sucesivo, cada enfermedad tendrá su sede en uno o más los órganos que integran la *fabrica* humana, en principio susceptibles de ser objeto de un diagnóstico así como de una terapéutica más o menos específica, al punto de hacerlos, eventualmente, reemplazables (Startzl,1992:7)⁴³.

Con los mecanicistas, el paradigma humoral de los clásicos – al que correspondía una idea de salud basada en el equilibrio entre tales humores: sangre,

⁴² Contribuciones fundamentales están en las obras del inglés William Harvey (1578 –1657) médico real de Jaime I de Inglaterra formado en la Universidad de Padua. Le corresponde el haber descrito la circulación arterial sistémica (el llamado “circuito mayor”) por efecto del bombeo cardíaco, de todo lo cual da cuenta en su obra central *De motu cordis* (1628). Igual mérito toca a Miguel Servet (1511-1553), español formado en la universidad de París, quien mucho antes describiera la circulación pulmonar (el llamado “circuito menor”). La notable descripción del aragonés no se publica en un texto médico sino en una obra de carácter teológico, materia esta en la que Servet fue un notable exponente y polemista.

⁴³ La referencia obviamente alude a la actual tecnología del trasplante de órganos, disponible en la generalidad de los países desarrollados, El trasplante de órganos y tejidos, en tanto que reemplazo de “piezas” enfermas por otras sanas, representa la consagración del paradigma vesaliano. Una idea que no dejaría de llamar la atención de los hombres de aquella primera modernidad médica, en la evocación del milagro de los hermanos Cosme y Damián, a quienes la tradición católica y la greco-ortodoxa atribuyen el milagro de la realización del primero de los trasplantes ortotópico a los que se refiere la historiografía médica occidental. Especulaciones aparte, es de destacar que la idea según la cual era dable tomar un órgano sano de cadáver y sustituirlo por el enfermo de un vivo estaba presente en aquellas mentalidades tanto como hoy en la idea del hombre *puzzle* (“rompecabezas”).

linfa, flema, bilis negra y bilis amarilla - se abandona a favor de la del cuerpo como máquina. Los lenguajes médicos propenderían a especializarse progresivamente restringiéndose a cada órgano, su estructura, sus funciones, su particular nosografía y su terapéutica. Ello supuso una inflexión sin retorno en la construcción del discurso médico de occidente que se profundizará en la medida en que las nuevas aportaciones provenientes de los desarrollos en las ciencias naturales y en la investigación experimental en Medicina desvelen progresivamente los más inusitados detalles inherentes al funcionamiento de cada órgano integrante de la máquina humana⁴⁴.

Las ilustraciones encarnaron el más serio de los esfuerzos del hombre occidental desde los tiempos de la antigüedad Clásica por poner a la razón en la rectoría de su vida: “llegará el momento en que el sol brillará sólo sobre hombres libres que no tengan otro amo que su razón”, diría Condorcet. El desarrollo de la ciencia –para entonces “filosofía natural”- se enfilaba a hacer de ella “la más poderosa fuerza de la cultura” (Outram, 2009: 121), ocupando el sitio principalísimo que hasta ahora se reservara a la Teología.

La nueva medicina vesaliana habría de contribuir con el nuevo curso del conocimiento al menos en dos sentidos: por un lado, en tanto que hizo suya la visión de un nuevo tipo de hombre cuyo interés estaría proyectado más al mundo de lo concreto que al de lo trascendente, en tanto que por el otro contribuyera, tal y como lo señala Outram, a ir “reemplazando lentamente a la religión como trauma cultural dominante...inculcando como valor cultural la idea de que el conocimiento era secular, que se ocupaba del mundo tal y como es y que era a ese mundo al cual convenía dirigir la curiosidad de los seres humano” (Outram, 2009: 138).

La medicina de los positivistas

Las ilustraciones supusieron también la irrupción del historicismo en el discurso político, de manera que toda historia desde la Revolución Francesa hasta

⁴⁴ Una reivindicación postrera del paradigma humoral de los antiguos puede reconocerse en la teoría de la homeostasis de Walter B. Cannon (1871-1945) a partir de su postulación del concepto del “medio interno” como *milieu* en el que se verifica la vida celular y cuya alteración se constituye en la base de todo proceso mórbido.

ahora, habrá de ser, esencialmente, historia política. La teoría del Estado no permanece libre de las influencias propias de tal hecho, a cuya luz también toda teoría del Estado se torna hasta cierto punto metafísica. Constructos y fundamentos suprapositivos copan los dominios de la ciencia política de entonces, plenándose su léxico de lo que Heller llamara “vagos conceptos” elevados ahora a verdaderas categorías analíticas (Heller, 1934/1998: 40)⁴⁵. En el criterio del teórico alemán, el Estado, como organización expresiva de un orden deliberado, se ha desprendido de su “carácter estático y se convierte en un fragmento de la historia que está aconteciendo” y su estudio por parte de la ciencia política debe acometerse en tanto que es, como cualquier otra, una “ciencia de la realidad” y ya no una “ciencia del espíritu” (Heller, 1934/1998: 63, 70,77).

A todo ello reacciona Kelsen con su idea del Estado en tanto que un “orden normativo ideal”. En Kelsen, siguiendo el argumento de Heller, el Estado no tiene otro ser como no sea “su devenir a través de actos de decisión política constantemente renovados” (Heller, 1934/1998: 84). El Estado no será más un espectador de la realidad o un ordenador de la misma a partir de acciones más o menos inmateriales como la generación de leyes y normas: se está imponiendo, mucho más allá de ello, la noción de un Estado que interviene de manera directa y material en el complejo juego de variables que operan en la vida de los cuerpos políticos.

Así, los siglos diecinueve y veinte serán testigos de más profundos y complejos ensayos de ingeniería social que Occidente conociera, todos ellos basados en grandes sociologizaciones de la teoría política en sus ofertas de redención – sea de la nación, de la raza o de la clase- a partir de la acción del Estado. La influencia de la llamada “filosofía positiva” sería intensa en Iberoamérica, cuya elites intelectuales vieron en ella la llave epistemológica necesaria en la construcción del nuevo discurso – republicano, liberal y definitivamente deslindado de la herencia ilustrada española- que sus jóvenes repúblicas requerían.

⁴⁵ Se refiere aquí Heller al de “pueblo”, inefable constructo constituido en una constante de casi toda la teoría política elaborada a partir de la Revolución Francesa. Podría decirse lo mismo de muchos otros, incluso de cuño muy anterior, igualmente socorridos por la ciencia política de fines del dieciocho y el diecinueve, como los de “patria”, “raza” y “clase”.

El saber médico y sus depositarios con frecuencia habrán de servir como factores clave en su promoción y su sustentación lo mismo en el campo teórico como en el político. El positivismo promueve una idea del Estado que ha de operar como variable contingente en la consecución de unos fines deliberadamente establecidos tenidos como deseables, todo ello en la promesa – en el fondo una renovación de aquella que en su día hicieron los racionalistas- de que el mañana habría de ser necesariamente mejor que el hoy merced de determinadas intervenciones de carácter tecno-político que, desde el Estado, materializarían el orden ideal de los positivistas: el del progreso. El pensamiento positivista no casualmente vino de la mano de intelectuales de formación académica en ciencias naturales y frecuentemente en Medicina (ver Lámina VII).

La apelación comteana a la “filosofía positiva” suponía en realidad una apelación a la verdad experimentalmente demostrada por sobre cualquier tipo de especulación, por sistemática que esta fuere. Nada en la razón es cierto si el experimento controlado no lo demuestra. La razón es para los positivistas una proveedora de sistemas de hipótesis a descartar o aceptar previa prueba y a partir de la evidencia experimentalmente derivada. No es, por tanto, proveedora de verdades *a priori*, como lo fuera para los racionalistas puros de un siglo y medio antes. En tal sentido, el positivismo encarna una ruptura radical con la lógica deductiva de los racionalista, proponiendo en vez una lógica inductiva según la cual, las verdades universales solo podrán ser derivadas a partir de experiencias concretas desde las cuales postular teoremas basados a su vez en sistemas de hipótesis cuya validez emana de aquellos que ha sido experimentalmente demostrado. Es la sistematización ulterior de teoremas así derivados la que permitirá postular leyes de pretendida validez universal capaces, ahora sí, de predecir el comportamiento de un determinado conjunto de variables distintivas de un fenómeno bajo ciertas circunstancias.

El intenso desarrollo alcanzado por las ciencias naturales durante el dieciocho no tardaría en impactar sobre el pensamiento médico ya inevitablemente influido por la mentalidad racionalista. El médico a partir de Vesalio está formado en la demostración de los hechos como fuente superior de evidencia; el médico de mentalidad positivista, a su vez, la tendrá, más allá de la demostración razonada y

razonable de los vesalianos, en la experimentación. Una nueva verdad surge así, verdad esta que no es derivada ni muchísimo menos revelada: es la verdad experimentalmente validada y que desde tal fuerza aspira ahora en constituirse en ley universal.

Es Claude Bernard el más preclaro exponente de la nueva corriente médica positivista⁴⁶. En su Introducción al estudio de la Medicina Experimental deslinda y niega cualquier vinculación con el racionalismo cartesiano⁴⁷. Si el racionalismo vesaliano encarnado en la *fabrica* humana sirvió de paradigma por excelencia a la manera occidental de organizar el conocimiento médico y de sistematizarlo en sus aplicaciones más sensibles – desde la higiene pública hasta cirugía y la terapéutica médica- es la “ciencia positiva” la que hace lo propio en la era de la nueva Medicina Experimental. Ello supuso la entronización de la experiencia controlada en el laboratorio como fuente única de toda verdad médica.

Todo el discurso médico post-bernardiano se centrará en la enfermedad como probabilidad matemáticamente estimable e intervenible a partir de unas determinadas tecnologías, sea que se trate de la aplicación de sustancias químicas específicamente sintetizadas a determinados fines - drogas terapéuticas- de medios físicos – radiaciones ionizantes- o incluso de elementos vivos – virus y bacterias de virulencia atenuada para su uso como vacunas-⁴⁸.

Toda la modernidad médica y su discurso está fundada en la línea de pensamiento que une a racionalistas y positivistas a todo lo largo de dos siglos –de mediados del dieciocho a mediados del veinte- en los que la síntesis entre continuidades y rupturas del pensamiento cartesiano traído a la Medicina por Vesalio

⁴⁶Bernard, Claude (1813-1878), fisiólogo y médico francés. Es el más importante exponente de la llamada Medicina Experimental, corriente de pensamiento por excelencia del paradigma médico positivista.

⁴⁷ El francés Barral, amigo y biógrafo de Bernard, sostuvo que los aciertos experimentales del gran fisiólogo se debían a “la meditación y aplicación de las cuatro reglas del *Discours sur la Méthode*”; sin embargo, uno de sus más importantes traductores al castellano, el fisiólogo mexicano José Joaquín Izquierdo niega que haya continuidad de uno y otro pensamiento en el largo proceso de ruptura con la milenaria tradición galénico-aristotélica que es en sí misma la modernidad médica occidental (Izquierdo, 88).

⁴⁸ La idea de la enfermedad como probabilidad está en William Osler (1849-1919), en uno de cuyos célebres aforismos señala que “la medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad”. Véase: Stacy, R y B. Waxman (1965) *Computers in biomedical research*, vol. I Academic Press, New York-London, p. 320

y el positivista venido de la mano de Bernard hicieron posible la superación de la larga supremacía de la antigua medicina escolástica. Una trayectoria que, lejos de haber sido lineal, supuso resolver complejas intersecciones en el desarrollo del nuevo discurso en las que la antigua tradición idealista se asomaba ante las esperables insuficiencias del mismo.

Como se ha dicho, el paradigma racionalista vesaliano –referido antes como *mecanicista*- entra en precoz crisis tras la reacción crítica de teóricos de la talla de Bichat y Hunter. Es la reacción de los llamados *vitalistas*. Desplazada la antigua teoría humoral de los antiguos, a la que la tradición escolástica procurara larga vida por más de mil años, el nuevo marco referencial proporcionado por el paradigma de la *fabrica* humana no surgía en principio con al necesaria fuerza para sustituirlo. Estamos ante una verdadera crisis de paradigma (Kühn, 1961/2007:165)⁴⁹.

El vitalismo en Medicina surge como una reacción desde el desbancado pensamiento idealista ante las insuficiencias de un nuevo postulado paradigmático – el del *mecanicismo*- todavía incapaz de contener todas las respuestas a las que sus propulsores aspiraban. En tal sentido, el vitalismo supuso un notable esfuerzo intelectual por conciliar las verdades metafísicas propias del pensamiento idealista con las verdades fácticas demostradas por la fisiología y la anatomía modernas. En ausencia de una “verdad última” experimentalmente demostrada tras los fenómenos biológicos sometidos a estudio, se postularía la existencia de una suerte de “principio vital” inherente a los procesos vivos y en ausencia del cual no era posible explicarlos.

Sin embargo, una vez más la verdad experimentalmente forjada en los laboratorios se habría de encargar de proveer de los argumentos de los que el mecanicismo carecía. En 1852, el químico alemán Wöhler logra la síntesis de urea, un compuesto orgánico por excelencia, *in vitro*, es decir, fuera de un sistema vivo⁵⁰.

⁴⁹ Las crisis paradigmáticas – esa “conciencia común de que algo ha ido mal”, como diría Kühn,- son el motor de la ciencia.

⁵⁰ Wöhler, Frederich (1800-1882), notable químico alemán a quien se atribuye la síntesis en laboratorio de la urea, un típico subproducto del metabolismo de las proteínas, a partir del cianato amónico. Ello habría de significar el definitivo abatimiento, por la vía de la evidencia experimental, de toda la teoría vitalista hasta entonces en boga en los campos de la Biología, la Química y la Medicina y entre cuyos mentores había estado su maestro en Göttinga, el gran Jons Jakob Berzelius. El

La “verdad de laboratorio” demostró, contrario a lo argumentado por los vitalistas, que tal síntesis era posible, como posible sería la de todos los compuestos constitutivos de la economía humana.

La Medicina Experimental, en tanto que paradigma de inequívoca raíz positivista, habría de guiar en lo sucesivo la construcción del nuevo discurso médico occidental desde mediados del diecinueve hasta nuestros días. La nueva medicina de laboratorio habría de completar la escisión de la unidad del ser – el espíritu y el cuerpo, la *psiké* y el *soma* de los antiguos- que tan característica fuera de la tradición médica galénico-aristotélica.

Los grandes sistemas sanitarios que habrían de fundarse en la primera postguerra y ya desde antes, bajo la influencia de la idea bismarckiana de la seguridad social bajo la égida de los nuevos estados liberales europeos, serán expresiones en sí mismos de una manera de entender y practicar la Medicina ajena a de las prácticas monásticas que sobrevivieron a la propia modernidad. Pero más allá de ello, la Medicina Experimental daría origen a un nuevo lenguaje médico. La vida y sus fenómenos se habrían de reexpresar en términos bioquímicos y, mucho más allá, cuánticos, como en el caso de la denominada Nanomedicina⁵¹.

En los sucesivos, el único discurso de sanación social y políticamente aceptable será aquel que se fraguara en los laboratorios de investigación científica, templos de la nueva “filosofía positiva”. Occidente conocerá, por obra de las nuevas ingenierías sociales de la contemporaneidad, la acción del Estado, “científicamente fundada” en materia sanitaria, puesto que habrá surgido, por fin, lo que bien podríamos llamar el “Estado médico” o el “Estado que cura”.

vitalismo supuso, a su vez, el último intento del pensamiento idealista por conciliar con el abrumador avance de la nueva episteme experimental.

⁵¹ *Nanomedicina* se define “as the application of nanotechnology in view of making a medical diagnosis or treating or preventing diseases. It exploits the improved and often novel physical, chemical and biological properties of materials at nanometre scale”. UK Royal Society and Royal Academy of Engineering, 2004.

Forma política predominante	Paradigma médico operante	Sistema de jergas característico	Expresiones sanitario-institucionales concretas
El imperio-mundi y la ciudad-templo	La medicina de los hierofantes*	Ninguno	Ninguna
La ciudad-estado	La medicina como <i>logos</i>	Las primeras nosologías (sistemas de clasificación de enfermedades)	La <i>civitas hippocratica</i> (Isla de Cos)
El feudo aristocrático	La medicina como tradición	La medicina galénica	Los regimenes sanitarios (Salerno)
El estado nacional moderno	La medicina mecanicista (la <i>fabrica</i> humana)	La medicina vesaliana	La acción sanitaria del estado (la <i>Meditzinische politzey</i>)
El estado liberal de derecho	La medicina experimental	La medicina “basada en la evidencia”.	El estado médico

*Hierofate: antiguo sacerdote de los cultos sagrados

Tabla No. 2. Paradigmas médicos y formas políticas. Sus derivaciones lingüísticas e institucionales.

Fuente: Gustavo J. Villasmil Prieto

Capítulo III

¿Qué se ha hecho hoy por mis vasallos? La Medicina venezolana del dieciocho

“El hombre de 1800 siente que el triunfo de la ciencia está asegurado”

Jean Sarrailh. *La ilustración española.*

La primera década del ochocientos hispanoamericano fue la de la ruptura. Ruptura política con la Metrópoli que pretendió ser, además, ruptura espiritual. Una ruptura que, como se verá, coincidirá no obstante con notables continuidades en no pocos quehaceres de aquel tiempo, el médico-sanitario incluido. Más que trabarnos en hacer inútiles balances históricos sobre aquellos hechos – pretensión que en el fondo se reduce a hacer del pasado una lectura del presente- surge la necesidad de abordarlos de un modo más parco, en un esfuerzo por recuperar ese sentido de la historia –su *logos*- a partir del cual, quizás, intentar aproximarnos a las complejas claves de nuestro presente.

Como se ha dicho, carecimos de una gran tradición médica prehispánica que reivindicar, caso muy distinto del resto de los países andinos y mesoamericanos⁵² (Archila, 1956:3). La *res gestae* de la Medicina venezolana y el quehacer que de ella derivaría –occidentales ambos en su origen- también proponían romper, aunque no sin traumas, con la antigua tradición escolástica y galenista en la que había pervivido la Medicina occidental por casi veinte siglos, intentando abrazar ahora otra distinta, de raíz racionalista, que surgía de la mano del espíritu de las Ilustraciones y que ya anunciaba la aurora de la más poderosa corriente de pensamiento médico occidental que viera luz desde la aparición de la *Humani corporis fabrica* de Andrea Vesalio en 1543. Nos referimos a la Medicina Experimental inaugurada por Claude Bernard en su *Introducción al Estudio de la Medicina Experimental* de 1864.

La irrupción de la nueva episteme supuso la gradual sustitución del pensamiento antiguo- trascendental y dogmático- por el moderno –práctico y empirista- en un largo proceso que en su día dará origen a hitos como los del Renacimiento y las ilustraciones. La razón hacía al hombre una atractiva promesa: la de que toda pregunta tendría una respuesta, fundamento de una nueva *ordenatio* que no pretendía sacarle del mundo tanto como sumergirle aún más en él. Al mundo hasta entonces regido por lo trascendente, se oponía ahora otro distinto regido por la razón. Si algún quehacer hizo suya esa promesa fue el médico. El nuevo paradigma vesaliano, en buena medida aún vigente en nuestros días, así lo demuestra. La

⁵² Suscribimos aquí la tesis del venezolano Archila, quien sostiene que “no podemos asegurar que existiera, paralelamente, una higiene tradicional a semejanza, por ejemplo, de los mayas o de cualquier otro grupo de los indios americanos”.

epifanía del pensamiento vesaliano en Medicina no fue sino la irrupción del racionalismo renacentista en el núcleo duro del otrora inexpugnable campo del conocimiento médico categórico que tan propio fuera de la teoría galénico-aristotélica, al tiempo que las “grandes verdades” de las que se asumía portador el galenismo estaban siendo desafiadas por la rotundidad de hechos como la gran pandemia de peste bubónica de 1357 (Cartwright, 1972: 29)⁵³.

La *res medica* venezolana en el contexto de la ilustración española

Con la entrada en vigencia de un nuevo discurso médico-sanitario, menos atento a la tradición galenista que a la evidencia fáctica aportada por la disección de cadáveres y alguna poca y precaria experimentación científica, el inmenso edificio de la medicina clásica comenzará a ser desmontado de modo ininterrumpido en lo sucesivo. Así como al Viejo Régimen habrían de oponerse las nuevas fuerzas desatadas por el pensamiento ilustrado, lo propio habrá de ocurrir en el campo médico e institucional sanitario.

Si la medicina bajomedieval tuvo en los sabios salernitanos y en su *Regimen* a sus demiurgos, las ilustraciones del siglo dieciocho los tendrían en las nacientes universidades, cuyas escuelas médicas estarían llamadas a proveer de un pensamiento distinto del que se derivarían, consecuentemente, una praxis e institucionalidad distintas a las hasta entonces conocidas ⁵⁴.

El paradigma médico vesaliano está en la génesis de la medicina ilustrada. Para Vesalio, la fisiología del cuerpo humano se sustenta en la interacción mecánica entre las distintas partes que le constituye, al modo de una compleja relojería muy distinta del equilibrio humoral propuesto por los antiguos. En Vesalio, cada función fisiológica tiene su asiento material en unos determinados órganos, sedes por excelencia de toda enfermedad. La expresión institucional de aquella nueva *res*

⁵³ La referencia es a la pandemia de peste bubónica (la llamada “peste negra”) de 1357, ampliamente referenciada en la citada obra de FF Cartwright.

⁵⁴ Nos referimos aquí al ya referido *Regimen Sanitatis Salernitanum* o Regla Sanitaria Salernitana, el más importante texto de divulgación médica del medioevo producido por la escuela médica de Salerno hacia los siglos XII y XIII. Su vigencia en materia de higiene pública se extendió hasta el s.XIX, con sucesivas aportaciones por autores modernos entre los que destacara el valenciano Arnaldo de Villanova.

medica surgida a partir de una episteme distinta y nutrida ya no por la fuerza de la tradición sino que de la evidencia, si bien pudo ser relativamente homogénea para el pensamiento médico de la Europa ilustrada y sus versiones americanas, dejaría de serlo durante el siglo liberal.

En todo caso, lo destacable a los efectos de las cuestiones aquí planteadas es que la moderna tradición médica venezolana coincide en sus orígenes, lo mismo que la europea, con la crisis misma del paradigma médico galénico-aristotélico, al tiempo que también participa de la tempranas críticas a que debió encarar el mecanicismo vesaliano. Crisis que surge a la luz de las insuficiencias de tales teorías ante la contundencia del hecho clínico, pero que tampoco podía encontrar salidas tomando el camino de regreso al antiguo paradigma de la Medicina escolástica.

El discurso vitalista sería el llamado a aportar la ansiada tabla de salvación requerida por una ciencia médica necesitada de un ajuste ante las debilidades de un paradigma de apenas un par de siglos de vigencia enfrentado al inmenso poder de aquel otro que se mantuviera incólume por más de veinte. Fundado en las aportaciones teóricas del biólogo y médico alemán de Johannes Müller, el vitalismo en Biología y Medicina postulaba la especificidad de los fenómenos físico-químicos que son fundamentos de la vida y la consecuente imposibilidad de su verificación fuera de los organismos bióticos en tanto para ello se hace indispensable la participación de un cierto “principio vital” inexistente en el medio inanimado. Una línea divisoria se oponía así entre los sistemas vivos y los no vivos, desafiando al reduccionismo vitalista: el de la vida como sumatoria de procesos biológicos agregados y bajo coordinación común- en el marco de una concepción “antológicamente simple, pasiva y fácilmente cuantificable” de esta (Prigogine y Stengers, 1994: 116).

Para el vitalismo, el estatuto ontológico de las entidades vivas no pertenece al mundo de la *physis*. En Müller, los mecanismos íntimos que sostienen la vida son la expresión última de una *vis essentialis* que “crea todas las partes esenciales de los seres vivos y genera en ellos aquella combinación de elementos, el resultado de la cual es la capacidad de moverse y sentir” (Müller, citado por Hall, 1969: 261). La

llamada “fuerza vital” de los vitalistas aspiraría a contarse en el elenco de aquellas otras fuerzas naturales para entonces apenas descubiertas – la gravedad, el magnetismo y la electricidad- como causa última tras los fenómenos biológicos (Escarpa Sánchez -Garnica 1992: 7).

No hay razones para pensar que tan intenso debate de ideas no estuviere tomando cuerpo lo mismo en la universidad europea que en la caraqueña. Es Felipe Tamariz quien declara la ruptura entre la moderna Medicina de su tiempo y la tradición galénico-aristotélica⁵⁵. En el curso universitario de 1796, no duda Tamariz en definir a la Medicina como una ciencia “puramente experimental” distinta de la episteme aristotélica⁵⁶. Notable fue el arraigo de las teorías mecanicistas en la clase médica de la Venezuela monárquica. Al respecto diserta Parra León:

“Predicase que la voz resulta del movimiento de las cuerdas de la glotis; halló acogida la tesis, *probablemente cartesianas*, de que considerados los sabores en el cuerpo que los causa, provienen del movimiento, flujos y otras afecciones mecánicas de las partículas; se hizo consistir el olor en efluvios de tenues corpúsculos sulfurosos y salinos que se desprenden de la materia olorosa e impresionan los nervios de la membrana nasal; diéronse al tacto por sujeto próximo las fibras nerviosas que componen la piel y están dispersas por todo el cuerpo; y del sonido se dijo que tienen por órgano los nervios de la lámina espiral y que, propagándose sucesivamente, nace en el movimiento de las partículas del cuerpo y del aire o medio transmisor” (Parra León, 1954: 365-6, destacado nuestro).

Pero cabe sobre todo destacar lo ya expresado por Vargas en la lección inaugural de la Facultad Médica de Caracas del 21 de julio de 1827:

“...cuando en vez de una lectura cansada cuanto inútil, [el estudiante] vea, toque y se habitúe a manosear los órganos humanos que son asiento de las enfermedades que van a ocupar su atención....en una palabra, cuando marche por la senda trazada por

⁵⁵ Felipe Tamariz, segundo Protomédico de Caracas. Sucedió en el cargo a Lorenzo Campins y Ballester. Adherente a la causa independentista, murió en la los hechos acaecidos en Barcelona en 1814, durante la llamada Guerra a Muerte.

⁵⁶ En 2001, el profesor Blas Bruni Celli publicaría, bajo los auspicios de la Facultad de Medicina, un interesante opúsculo titulado *Physiología Prima Medicinae*, de autor desconocido y datado en 1796. Dicho texto parece corresponder al cuaderno de apuntes de un estudiante de Medicina de la época recuperado de entre los papeles de los archivos de la Academia Nacional de la Historia. Escrito originalmente en latín, debemos el trabajo editorial al propio profesor Bruni Celli.

Haller, Hunter, Bichat, Blumenbach y Magendie...”(A. Perera, en: Historia de la Medicina Venezolana, 1951:132-133)

Nótese en ello el intenso atractivo que el nuevo experimentalismo ejercía sobre las élites médicas caraqueñas de entonces, la fuerza teórica de la reacción vitalismo – su tenaz espectro, diría Du Bois- se hacía sentir en las aulas universitarias en los textos de aquellos mismos teóricos europeos cuyas argumentaciones circulaban en los medios académicos europeos: el gran cirujano y anatomista escocés Hunter, los franceses Bichat y Magendie, el alemán Blumenbach, entre otros, ya entonces referentes principalísimos de la Medicina europea (González Recio, 1992).

¿Qué se ha hecho hoy por mis vasallos?: monarquía, ilustración y medicina en la Venezuela del dieciocho

La forma política más característica de las ilustraciones fue el por Roscher y Koser llamado Despotismo Ilustrado. Ya para el dieciocho, las monarquías absolutas habían desarrollado aparatos estatales de notable eficacia en el manejo de la cuestión sanitaria. Los pretendidos órdenes universales ya habían sido efectivamente contenidos por organizadores de la talla de Federico II de Suabia, creadores de un orden en el que el *potestas* se oponía al *autorictas*. Es lo que, a propósito de las Constituciones de Melfi, Kantorowicz llamara “el acta de nacimiento de la burocracia moderna” (García- Pelayo, 1959/2004: 12). En dicho espíritu podríamos autorizadamente incluir a las nuevas burocracias sanitarias de entonces. No casualmente, es en la Lombardía cedida por España a Austria tras la Guerra de Sucesión que surge la primera política sanitaria moderna de la que se tenga documentación.

Es la *Medizinische politzey* del austríaco Johan Frank. La “policía médica” de Frank, de fundamentación eminentemente ilustrada, se constituyó en el referente teórico necesario en el diseño y creación de una institucionalidad sanitaria dotada de burocracia y métodos propios consistente con el despliegue organizador que fuera característico al “cameralismo” (*kameralwissenschaft*), versión teutona del Despotismo Ilustrado (Sigerist, 1981:98).

Proceso sorprendentemente similar tuvo objeto en el singular campo de la Ilustración española. Si bien el pensamiento médico hispano de entonces se recogió de manera más difusa en publicaciones no siempre especializadas y a pesar del relativo subdesarrollo de sus escuelas médicas, al menos hasta su definitivo control por médicos de formación francesa invitados a ocupar sus cátedras por iniciativa regia, la monarquía absoluta española bien pronto generaría expresiones institucionales en el campo sanitario de impacto tan notable como inmediato. Surge así, entre otras, la institución del *Protomedicato*, con funciones rectoras lo mismo en la materia sanitaria como en la diseminación y validación de conocimiento médico vigente⁵⁷.

El pensamiento ilustrado vió la luz en España no tanto en sus universidades como en corporaciones civiles independientes como las Sociedades de Amigos del País, diseminadas ya por casi toda la Península para las últimas dos décadas del dieciocho y organizadas al modo de la primera de ellas, la de las Provincias Vascongadas, promoviendo todas una nueva cultura, la “cultura de lo práctico”. Al respecto diserta Melchor Gaspar de Jovellanos en su *Oración sobre la necesidad de unir el estudio de la literatura al de las ciencias* pronunciada en ocasión de la inauguración de los cursos del nuevo Instituto de Gijón en 1797:

“No por cierto; las ciencias serán siempre a mis ojos el primero, el más digno objeto de vuestra educación; ellas solas pueden comunicaros el precioso tesoro de verdades que nos ha transmitido la antigüedad, disponer vuestros ánimos a adquirir otras nuevas y aumentar más y más este rico depósito; ellas solas pueden poner término a tantas inútiles disputas y a tantas absurdas opiniones; y ellas, en fin, disipando la tenebrosa atmósfera de errores que gira sobre la tierra, pueden difundir algún día aquella plenitud de luces y conocimientos que realza la nobleza de la humana especie” (Jovellanos [en línea] 1797/2011).

Tiempo después, entre 1748 y 1787, proliferaron los Colegios de Cirugía (Cádiz, 1748; Barcelona, 1760 y Madrid, 1787). En este último dictaría cátedra de

⁵⁷ *¿Qué se ha hecho hoy por mis vasallos?*. Se atribuye a Carlos IV la práctica diaria de inquirir a su primer ministro, Manuel Godoy, respecto del avance de las políticas regias lo mismo en la Península como en el resto del imperio. Véase: Príncipe de la Paz. Memorias (2 vols). Biblioteca de Autores Españoles, Madrid, 1956.

Anatomía y Cirugía Antoni Gimbernat, acaso el más notable morfólogo hispano hasta Santiago Ramón y Cajal en el siglo veinte (Sarraihi, 1957: 456- 457).

Larga fue la vigencia de la escolástica en las bases conceptuales de la praxis médica occidental. Enraizado en las traducciones latinas del *Corpus Hipocraticum* de Claudio Galeno, el pensamiento médico occidental categórico, sin base experimental alguna, se impuso sobre la producción, reproducción y aplicación del conocimiento médico en tiempos anteriores a los del paradigma racionalista de las Ilustraciones. La historiografía médica con frecuencia se refiere a tal época como la “dictadura” de Galeno. Sin embargo, “el hombre de 1800” –sostiene Sarraihi- “siente que el triunfo de la Ciencia está asegurado” (Sarraihi, 1957: 472).

La organización y generación práctica de la Medicina en la Venezuela de los tiempos monárquicos, lo mismo que en la Península, se alineaban de manera consistente con aquél pensamiento, no siendo escasa la literatura de cuño hispano que viera luz en una época en la que ni social ni académicamente la Medicina gozaba de los niveles de prestigio y aceptación que solo habría de alcanzar en los tiempos modernos. Abundaron en aquellos catálogos obras a cargo de clérigos sin estudios médicos formales pero, también numerosas obras de origen inglés y francés que de alguna manera procuraban recoger algunos de los adelantos que en las ciencias básicas –física y química- ya entraban en boga en Europa.

Como lo señala el español Aznar García “los sistemas patológicos todavía estuvieron influidos por la patología humoral, si bien se hicieron toda clase de tentativas propias del espíritu de la época por salir de esta concepción” (Aznar García, 1958).

El pensamiento categórico propio del aristotelismo tomista ya venía siendo retado desde las cátedras de la universidad caraqueña tras la incorporación a la docencia del clérigo caraqueño, él mismo un *blanco de orilla*, Baltasar de los Reyes Marrero (1752-1809). Marrero, doctor en teología por la Universidad de Caracas, introduce la lectura de los textos de tan diversos y para entonces novedosos como la *Philosophiae naturalis Principia Mathematica* de Isaac Newton (1687) hasta *De revolutionibus orbium coelestium* de Nicolás Copérnico (1543). La difusión de este

último texto supone uno de los más notables desafíos al verticalismo teórico-filosófico ejercido por el poder eclesiástico; al fin y al cabo, es la idea del antiguo modelo geocéntrico propuesto en la antigüedad por Ptolomeo según el cual, son la Tierra y el hombre puesto por Dios sobre ella, el centro del Orbe.

El sistema llamado heliocéntrico propuesto por la teoría copernicana, ponía al astro solar como centro del Universo, con nuestro planeta y sus habitantes a su alrededor como tantos otros cuerpos celestes. La idea de una “revolución” celeste en la que un astro que gravita en torno al Sol describe una órbita matemáticamente calculable supuso al mismo tiempo la conmoción de algunos de las premisas teóricas más incontrovertibles del pensamiento escolástico. Supuso, ciertamente, una verdadera revolución teórica en el seno del pensamiento occidental cuyos ecos también habrían de resonar en los predios de la universidad caraqueña.

Tal devenir no habría de fluir libre de dificultades, pues notable fue también la fallida tentativa de los académicos franciscanos en 1755 por introducir en las aulas los textos de Johan Duns Scotto. La literatura que por entonces circula de manera más o menos abierta en las aulas de la Universidad de Caracas merece algunas consideraciones útiles a los fines de una aproximación a los temas de debate y reflexión en la academia de aquel tiempo. Duns Scotto encabeza la reacción de la orden franciscana al severo dominio ejercido por sus pares dominicos, ortodoxos del aristotelismo-tomismo, lo mismo en el seno de la Iglesia como en sus instituciones más influidas, ciertamente la universidad entre ellas. Censurados por el Santo Oficio desde fines del siglo catorce, Scotto y Ockham han de encabezar la reacción nominalista ante la larga supremacía del pensamiento tomista de inspiración esencialmente aristotélica.

Está en el núcleo fundamental de la reflexión de Scotto, pero sobre todo, de la de William de Ockham, la crítica radical a uno de los pilares fundamentales del edificio conceptual aristotélico-tomista: el principio de individuación, aquel según el cual, todos los entes comparten una misma esencia, quedando las diferencias notables entre estos reducidas a la condición de meros accidentes. El conocimiento, por tanto, se reduce a un ejercicio de continua elucubración en procura de una aproximación cada vez mayor a dicha esencia.

Pensadores posteriores como Pierre Gassendi (1592-1655), fueron también conocidos por los académicos caraqueños de aquel tiempo, entre los que destaca el propio Tamariz, a la sazón titular de la Cátedra Prima de Medicina. Gassendi desafía, como los defenestrados nominalistas del siglo catorce, la supremacía aristotélica que supedita los métodos experimentales a los apriorísticos. Un apriorismo que apela a multiplicidad de categorías, base “de las eternas disputas de nombres y ridiculeces con que se ha hecho despreciable al peripato” como lo críticamente señalara Marrero y que tan característico fuera de la academia de aquél tiempo, encarna la crítica radical de una reacción filosófica que rechaza la sustitución de la realidad por aquellas fórmulas de pensamiento que pretendían contenerla. Marrero sería encauzado en 1789 ante en Consejo de Indias acusado de propagar “...máximas y doctrinas contrarias a las que el Rey tiene mandadas, de mal vasallo, sedicioso y rebelde...” (Leal, 1981: 61). Acusaciones estas que eventualmente pondrían fin a su carrera docente universitaria.

Pierre Jean George Cabanis aparece, junto con Jean Baptiste Say y Destutt de Tracy como el más destacado referente de la llamada Ideología francesa de fines del dieciocho. La ideología francesa no siempre bien acabado esfuerzo por construir, señala la española Sánchez-Mejía en su estudio sobre la obra de los citados autores, una “teoría de las teorías, una metodología científica que pueda dar cuenta del comportamiento humano a partir de sus múltiples dimensiones, capacidades y necesidades” (Sánchez-Mejía, 2004: XII). La así llamada ideología, en tanto que “ciencia de las ideas”, como la define Destutt de Tracy, se habría de perfilar como un poderoso instrumento a favor de la realización de los ideales de la Revolución Francesa tras la “embriaguez de democracia” que, en palabras de Cabanis, caracterizase al período inaugurado por la Convención de 1792 bajo control jacobino. La llamada reacción thermidoriana de 1795 supuso un movimiento “hacia la derecha” de la revolución que habría de poner fin al radicalismo del Terror Rojo y que se continuaría con el Directorio y finalmente, tras el golpe del 18 Brumario, con el Consulado bajo la égida de Napoleón Bonaparte.

Reunidos alrededor del *Institut de France*, fundado en 1795, los por Napoleón despectivamente llamados “ideólogos” adhieren al bonapartismo en tanto que

promesa de materialización histórica de los ideales de la revolución ante los dramas que habían rodeado su etapa más reciente, siendo un factor clave en la redacción de la fallida constitución del Año III y, sobre todo, en la del Año VIII⁵⁸. El ideologismo encarna la reacción de los ilustrados frente a las tesis rousseauianas que postulan un ideal estado de naturaleza del que el hombre se redime por la acción exógena de las formas políticas, sentido este que subyace en el voluntarismo que tan propio resulta del pensamiento ilustrado francés; el hombre, antes bien, ensaya y propone opciones de organización social susceptibles de adaptarse a la aspirada satisfacción de sus necesidades⁵⁹. Se identifican así claves de pensamiento analogables a las del pensamiento utilitarista británico entre cuyos referentes contamos, entre otros, a Jeremy Bentham.

Cabanis postula la primacía de las necesidades físicas del hombre como propulsoras de su accionar concreto y cuya satisfacción se procura a través de la vida en sociedad. Señala Cabanis:

“Todos nuestros conocimientos, y en particular nuestros conocimientos prácticos, son producto de la observación, de la experiencia y de los razonamientos directos que extraemos de una y otra. Con estos materiales se construye todo el edificio de las verdades rigurosas a las que se puede llegar en ciertas ramas de la teoría, y el de las probabilidades, mayores o menores, que en las artes comunes y en la vida cotidiana en general, bastan para orientar y dirigir nuestra decisiones” (Cabanis y Destutt de Tracy, 1795/2004: 6)

Distinta de toda la teoría política de fundamentación ilustrada y racional vertida hasta entonces, los ideólogos oponen otra de inspiración empírica. Así, el por Cabanis llamado “arte social” ha producido dos creaciones clave en las formas políticas propias de los tiempos modernos: tales son la división de poderes y el sistema representativo. La llamada “ideología” se perfilaría así como una suerte de

⁵⁸ Creado el 25 de octubre de 1795, el Institut de France agrupa a las cinco antiguas academias francesas, cuya creación fue anterior a la Revolución. Reestructurado en 1832 durante el breve reinado de Louis Phillipe, es entonces cuando adquiere su aún vigente organización.

⁵⁹ En la idea rousseauiana del “buen salvaje” y su redención a partir de la restitución al mundo amable de la mítica Edad de Oro se funda esencialmente la concepción “galicana” – francesa-de libertad, que tiene en el Estado al factor llamado a su materialización. En ello difiere radicalmente de su versión “anglicana”-británica- que la funda, antes bien, en el ejercicio de la libertad individual. Véase: Hayek, FA, 1959/1991: 74.

matriz de pensamiento de inequívoca fundamentación liberal – en su sentido “francés”- que sin las ataduras y desviaciones exorbitantes que tan características fueran del jacobinismo, se impuso la misión de hacer buena la promesa de modernidad que trajese consigo la Revolución Francesa y que el bonapartismo buscara materializar⁶⁰.

Médico de formación, Cabanis desvela en su discurso político claves de pensamiento absolutamente consustanciadas con el paradigma científico vigente para la época lo mismo que con los lenguajes médicos que de él derivaron. Sostienen sus tesis la inmanencia de ciertas “fuerzas secretas” de accionar indefectible en el mundo, más allá de la acción social colectiva en contrario. De la acción de tales fuerzas y de las relativas posibilidades de la acción social organizada sobre su curso continúa disertando el pensador francés en su *Rapport du physique et du moral de l’homme* de 1805:

“Un force secrète, toujours agissante, tend, sans relâche, á rendre cet ordre general et plus complet. Cette vérite résulte également de l’existence de l’état social, de son perfectionnement progressif, de sa stabilité, malgré des institutions si souvent contraríes a son veritable but” (Cabanis [en línea], 1805)⁶¹.

Entre las muchas fuerzas ignotas a las que se refiere Cabanis está la de la enfermedad. En Cabanis, la enfermedad general incide en la función cerebral, sede orgánica – en el contexto vesaliano de la *machine vivante* del que el pensador participa plenamente- de la transformación de las sensaciones percibidas en pensamientos y, finalmente, en acciones. Más allá de consideraciones estrictamente atinentes a los conceptos médicos y biológicos contenidos en las tesis cabanisianas, destacan en ellas dos rasgos característicos del pensamiento “ideológico”. Ya hemos hecho mención de una de ellos, el representado por las “fuerzas secretas” de la naturaleza operando por sobre las surgidas de la voluntad natural. Se alían a ellas las fuerzas de la necesidad, a las que también nos hemos referido.

⁶⁰ “Hasta aquí llega el drama de la Revolución; ahora hemos de comenzar a escribir su historia”. El *dictum* se atribuye a Napoleón Bonaparte en ocasión del golpe del 18 Brumario del Año VIII (9 de noviembre de 1799).

⁶¹ “Una fuerza secreta, siempre actuante, tiende, sin descanso, a hacer valer su orden más general y completo. Esta verdad resulta igualmente de la existencia del estado social, de su perfeccionamiento progresivo, de su estabilidad, a pesar de sus instituciones si continuaren contrarias a su plausible fin” (traducción nuestra).

Ambas fuerzas, finalmente referidas a lo biológico, habrán de ser encauzadas de modo tal que pueda materializarse el ideal de libertad justificativo de la insurgencia revolucionaria contra el Antiguo Régimen. La “ideología” de Cabanis y Tracy de Testutt se perfilaba así, a efectos del thermidorismo y el posterior bonapartismo, como lo que en su día fuera el pensamiento rousseauiano al jacobinismo.

Que al más destacado “ideologista” de Francia le encontremos citado y apelado en la era de los “patriotas ilustrados” venezolanos cobra sentido en tanto que era misión de éstos la construcción de una república en el sentido moderno por ante la concepción republicana clásica que le precediera. Las reformas estatutarias de 1827 que harían posible a la universidad republicana en Venezuela se apalancarían en el “ideologismo” como base epistémica para la divulgación del conocimiento ilustrado. Un curso común de “Metafísica e Ideología” serviría de iniciación a los nuevos universitarios previo a su derivación hacia estudios más específicos (Leal, 1981: 132).

La influencia ejercida por una ilustración borbónica empeñada en dar cuenta de una “segunda Conquista” americana estaba sido de algún modo permisiva con tales tendencias. No de otro modo puede entenderse la inusitada indulgencia con la que tales discursos circulan por los corredores de la Universidad de Caracas (Lynch, 2008: 32)⁶². La difusión de la nueva ciencia ilustrada trajo a América a exponentes de primer orden incluso en el ámbito europeo. Así por ejemplo, figuras como José Celestino Mutis – clérigo, botánico y médico gaditano que se estableciera en Santa Fe de Bogotá hacia 1767, desde donde hace importantes contribuciones a la Botánica médica con sus trabajos acerca de la quinina (Sarrailh, 1957: 445). Está Mutis al mismo nivel de científicos naturalistas como Humboldt y Linneo, para entonces figuras de primer orden en la ciencia ilustrada europea. La política de Carlos Tercero en materia de investigación científica es clara: la ciencia habría de

⁶² Al respecto señala Lynch: “La literatura que circulaba en Hispanoamérica, con relativa libertad, no significaba que quien poseía un libro aceptaba sus ideas, a menudo los lectores americanos querían estar informados de lo que sucedía en el mundo, aunque el gobierno español intentaba impedir que llegaran las noticias y la propaganda, este impedimento fue vulnerado por una invasión de literatura en España y América” (Lynch, 2008: 32)

ser un quehacer expresamente protegido por la monarquía ilustrada de los borbones (Sarraihl, 1957: 450).

De allí entonces que propongamos que la *res gestae* de la Medicina venezolana haya sido esencialmente ilustrada y que sus sostenes fundamentales residieron en las cuatro instituciones médico-sanitarias emblemáticas de aquel tiempo: la Cátedra Prima de Medicina, el Protomedicato, la Medicatura de Ciudad y las juntas de la Vacuna y de Sanidad.

La Cátedra Prima de Medicina

La educación médica formal y la práctica reglamentada de las profesiones sanitarias no casualmente surgen al unísono como expresión de aquel nuevo espíritu ilustrado promovido –o tolerado, según se vea- por los borbones. Está operando una reacción contra el conservadurismo escolástico de la que participan incluso connotados referentes médicos que adhieren a la causa monárquica. En tal sentido, escribe José Domingo Díaz en texto de su autoría aparecido en el *Semanario de Caracas*:

“Pero el Redactor no puede dejar de recordar particularmente el estado de imperfección del estudio de la ciencia delicada de curar al hombre. No hay para ello más que una clase en que una sola hora por día se dan lecciones teóricas, y las que por cuatro años forman el tiempo prescrito por la Constitución. Sin demostración anatómica, sin rudimentos de cirugía, sin lecciones de botánica, sin nociones de química, sin una clase de clínica”⁶³

La Cátedra Prima de Medicina de la Universidad de Caracas se crea en octubre de 1763 por gestiones de Lorenzo Campins y Ballester. Para entonces, un género de pensamiento crítico al aristotelismo tomista ya tomaba vida en la universidad caraqueña, en la que la literatura ilustrada circulaba de manera más o

⁶³ *Semanario de Caracas*, No. XXX. Sección Estadística. Le mencionada sección tuvo como redactor al médico José Domingo Díaz. Véase la introducción de Pedro José Muñoz a la edición facsimilar del *Semanario de Caracas*, BANHV, Caracas, 1959.

menos abierta (Leal, 1981:60)⁶⁴. Caracciolo Parra León documentaría la presencia del pensamiento ilustrado en aquella aún universidad caraqueña bajo el régimen pontificio, conviviendo en intenso y tolerante debate con la escolástica (Parra León, 1954: 347). La regla eclesiástica no sería óbice para que la literatura científica de nuevo cuño que circulaba en Europa hiciera lo propio en Caracas sin más demora que la impuesta por las limitadas comunicaciones de entonces⁶⁵.

Lo mismo se desprende de la revisión de las tesis de grado de bachiller, licenciado y doctor en Medicina, cuyas temáticas dan cuenta de una notable superación del discurso galénico-aristotélico y la asunción de uno muy distinto de raíz claramente ilustrada (Parra León, 1957: 346-47)⁶⁶. Asistimos aquí a la irrupción de la lógica y método vesaliano en la producción y transmisión del conocimiento médico. Pese a la notable ausencia de evidencia basada en la práctica de la disección anatómica y –mucho menos- de la experimentación, la nueva jerga médica que se glosa en la universidad caraqueña ha prescindido de la apelación a los “equilibrios humorales” de los teóricos escolásticos para abrazar otra en la que destacan ya términos tales como los de “función” (en el sentido de la Fisiología), “molécula” (en el sentido de la Química) u “órgano” (en el sentido de la Anatomía).

Si bien fue intensa la influencia de un pensamiento hipocrático clásico que se extendiera más de dos milenios después al amparo de los antiguos textos latinos y griegos que celosamente conservaran los médicos exegetas de los dominios árabes en España hasta 1492, el espíritu racionalista en Medicina que alcanza su epifanía

⁶⁴ A este respecto diserta Idelfonso Leal: “Hasta las últimas décadas del siglo XVIII, la dirección general de la Facultad de Filosofía fue la escolástica, pero poco a poco la llamada “filosofía nueva” se fue infiltrando en las aulas y, como consecuencia, frente al silogismo prosperó el método experimental, frente al criterio de autoridad de los Santos Padres se levantó la voz de la experiencia y la razón. Y ya triunfante la nueva ideología, hizo crisis el estudio y valor de las ciencias metafísicas”.

⁶⁵ Hace referencia Parra León al hecho notable de que la teoría evolucionista del francés Lamarck, publicada en Europa en 1802, fuera ya conocida en los predios de la universidad caraqueña tan temprano como en 1803. Véase: Parra León, op.cit. p. 446.

⁶⁶ En la relación de tales trabajos que nos ofrece Parra León, destacan, entre muchos otros, títulos tales como *Humana mens in parte medullari cerebri suas videtur intellectuales funciones exercere*, del graduando Manuel Matamoros y la tesis del graduando José María Vargas titulada *Impresiones externae ad cerebrum usque transmittuntur, non motum fibrarum, nec per spiritus animales, sed per fluidum nerveum in toto systemate nervoso dispersum*, centrada en torno a la fisiología del sistema nervioso. En el primer caso se aprecia una notable comprensión de los fundamentos anatómicos de la fisiología normal, en tanto que el segundo supone la inserción de la academia venezolana de entonces en uno de los grandes debates de la Biología de todos los tiempos, solo superado tras las aportaciones de Darwin y Mendel, ambos en la segunda mitad del siglo XIX, y de Watson y Crick, en la segunda mitad del siglo XX.

con los *médicos físicos* del Renacimiento. De tal espíritu participa también el establecimiento médico caraqueño de la época. Ya para fines del setecientos, los estudiosos de la Medicina conocen no solo el *Curso completo de Anatomía del Cuerpo Humano* de Bonells y Lacaba publicado en 1796 y cuya vigencia se extenderá hasta el advenimiento de la *Anatomía* de Vargas, sino que se conocía también la obra de académicos británicos, como las *Lectures on the Materia Medica* del escocés William Cullen⁶⁷, expresión de uno de los esfuerzos intelectuales más consistentes de época en procura de la superación del legado hipocrático⁶⁸.

Es Felipe Tamariz, quien fuera catedrático de Medicina y el segundo de los protomédicos caraqueños amén de introductor de los textos de Cullen en la docencia universitaria de la época. Tamariz, médico formado en la Universidad de Caracas, es conocedor de Gassendi y por tanto severo crítico del método aristotélico-tomista, única línea de pensamiento admitida en las constituciones universitarias de 1721 pero ciertamente no la única. En su discurso, la Medicina era equiparable más a una ciencia experimental que a una episteme aristotélica. Era merced, por tanto, el auxilio de las ciencias fundamentales – las nacientes Física y Química- así como de la metodología experimental propia del empirismo.

Se manifiesta así en nuestra academia la expresión de un conocimiento de fundamentación práctica en abierta tensión con el de fundamentación especulativa. Puesto en términos del Gaspar Melchor de Jovellanos: al “espíritu escolástico”, se le oponía ahora el “espíritu geométrico” (Sarraihl, 1957: 178). Es el caso entonces reconocer que durante la vigencia del Protomedicato y bastante antes de la creación de la Facultad Médica, la circulación de literatura médica en Caracas podía compararse en calidad a la Península, no echándose en falta ni autores ni puntos de vista radicalmente opuestos a la tradición escolástica.

El Protomedicato

⁶⁷ Cullen, William (1710-1790). Uno de los médicos y tratadistas británicos más importantes del siglo XVIII. La moderna nosografía debe al escocés Cullen los primeros estudios conocidos sobre la diabetes insípida, trastorno del metabolismo del sodio corporal de origen hipotalámico.

⁶⁸ El tratado de Bonelles y Lacava se contaba entre los más importantes de la anatomía quirúrgica europea de entonces. Allí escribió, entre otros, el valenciano Antoni Gimbernat, considerado el más grande morfológico hispano hasta de Ramón y Cajal en el siglo XX.

El Protomedicato es la segunda de las instituciones sanitarias características del orden monárquico en Venezuela. Sus orígenes podrían trazarse hasta los tiempos de la Antigüedad romana, sin embargo, es en la España de Alfonso III de Aragón, en pleno siglo XIII, cuando toma la forma que habría de caracterizarla, lo mismo en la Península como en los dominios españoles de ultramar, como la institución normativa por excelencia en todo lo referente al ejercicio de las profesiones sanitarias – médicos, comadronas, boticarios y barberos sangradores- así como al órgano de gobierno y administración de asuntos conexos como la regencia de hospicios para enfermos, la disposición de basuras, etc. Ningún otro estado europeo disponía para entonces de instrumento similar.

Habiendo sido instituido en la Nueva España en 1527 y en Lima en 1537, no es sino hasta 1777 –año de creación de la Capitanía General- cuando habría de serlo en Venezuela, tras el Real Despacho suscrito en Aranjuez por Carlos III el 22 de mayo de 1777 en el que por vez primera se apela a un término hasta la fecha desconocido para la jerga médica venezolana: el de “salud pública”:

“...reconociéndose se que el objeto de la pretensión del Dr. Campins es que se establezca un Tribunal que vele sobre los Profesores de Medicina y Cirugía, reprimiendo y castigando a los que sin serlo hacen uso de estas facultades metiéndose a curanderos en perjuicio de la *salud publica*, la humanidad, y más quando por esta cauza conspiran las Leyes de estos y esos mis Reynos a que se establezcan protomedicatos que examinen a los que hayan de ejercer la Medicina, prohibiendo el uso y aplicación a los que no se sujeten a examen y obtengan títulos formales...”(destacado nuestro)⁶⁹

Los intentos por promover la institución del Protomedicato en Venezuela datan, por lo menos, de 1775 y se deben al impulso impreso desde la Cátedra Prima de Medicina de la Universidad de Caracas por su titular, Lorenzo Campins y Ballester. Ya desde los tiempos de Felipe IV era patente la voluntad regia en cuanto

⁶⁹ Nótese que la acepción que dota al término la ilustración española en 1777 difiere radicalmente del que la que le diera la francesa en 1792: “salud pública” en la Francia de los tiempos de la Convención era sinónimo de represión política. En la España ilustrada de los borbones era, en cambio, sinónimo de acción sanitaria de contenido médico. Véase el Real Despacho mediante el cual se crea el Protomedicato de Caracas en 1777, Archivo General de Indias, Audiencia de Caracas, Legajo No. 317, en Archila, R., 1961, pp.555-556 del Apéndice Documental.

a la integración de las cátedras universitarias de Medicina con la institución del Protomedicato como expresión de una política tendiente a fortalecer la formalización de una actividad médica frecuentemente asociada a prácticas intrusistas propias de curanderos. El saber formal, arraigado en las cátedras universitarias, era opuesto así al saber *folk*; la práctica reglamentada y sujeta a normas obligatorias se contraponía al ejercicio intrusista y espontáneo.

La iniciativa de Campins y Ballester a favor de la creación del Protomedicato se saldó con un impulso institucionalizador solo comparable con el que en 1827 habría de proponer José María Vargas – él mismo producto de aquel tiempo- en el nuevo contexto republicano.

Las Junta de la Vacuna de 1804 y las juntas de sanidad

En términos de política de Estado, probablemente haya sido la Junta de la Vacuna la expresión más preclara de la medicina ilustrada venezolana. La Expedición Filantrópica de Francisco Xavier Balmis de 1804, auspiciada por la Corona con el fin de diseminar la vacunación antivariólica según la para entonces novísima técnica del inglés Edward Jenner por los dominios hispanos de América y las Filipinas, habría de formar parte de una nueva presencia metropolitana en sus posesiones ultramarinas en la que el argumento técnico cobrara creciente relevancia aún por sobre el militar, el estamental o el teológico⁷⁰. No es ya la gracia regia o la divina las que se vierten sobre los reinos allende el Gran Océano, sino la de la ciencia.

⁷⁰ Las ilustraciones marcan el inicio de la primacía del conocimiento útil. El racionalismo cartesiano devino en el resurgir de las ciencias naturales y sus derivaciones tecnológicas. La técnica vaccinal de Edgard Jenner no es sino eso: tecnología práctica derivada de la observación razonada de un hecho concreto. La diseminación masiva de dicha técnica es merito, sin embargo, de la Ilustración española. En 1802, muy poco antes de que zarpara del puerto de La Coruña la Expedición Filantrópica de la Vacuna ordenada por Carlos IV, la cáustica prensa inglesa publicaba la caricatura titulada *The Cow-Pox-or-the Woderfull Effects of the New Inoculation* de James Gillray (fig.5). En la gráfica se aprecian quiméricas figuras humanoides de cuyos cuerpos vemos aflorar las monstruosas formas que la opinión pública de la época atribuía a efectos de la vacunación, todo lo cual contrasta con el marcado entusiasmo que esta concitó en la opinión pública española, lo mismo en la Península que en los territorios ultramarinos. Oposición esta basada en argumentos sobre todo de tipo religioso. La denuncia de la “peligrosa y pecaminosa práctica de la inoculación”, como calificara el clérigo conservador inglés Edgard Massey hacia 1772, da cuenta de la asunción socialmente compartida de la enfermedad como castigo divino al que era mandado no oponerse.

Es “el inestimable don de la vacuna”, a propósito del cual señala la *Gazeta de Madrid* de martes 14 de octubre de 1806:

“El domingo 7 de septiembre próximo pasado tuvo la honra de besar la mano al Rey Nuestro Señor el Dr. Francisco Xavier de Balmis, cirujano honorario de la Real Cámara, que acaba de dar la vuelta al mundo con el único objeto de llevar a los de otras diversas naciones el inestimable don de la vacuna” (*Gazeta de Madrid*, 1806 [en línea]).

La Junta de la Vacuna de 1804 constituyó la primera expresión de una política pública sanitaria específica en Venezuela y su fundamentación teórica fue eminentemente ilustrada. Su modelo de organización y gestión, diseñado por el propio Balmis durante su estada en Caracas y que habría de ser replicado profusamente en todo el imperio español, suponía la creación de redes adecuadamente supervisadas por la Junta Central, la que a su vez se sometía a los lineamientos de política sanitaria propuestos desde la metrópoli. Al respecto, diserta Balmis en el documento fundacional de la junta caraqueña fechado el 15 de abril de 1804:

“...una de las obligaciones principales de la Junta será la de tener socios corresponsales en todos los puntos de esta Capitanía General...”(cit. en Archila, R., 1956: 81).

La extensión a todo el imperio español de ultramar de los beneficios de la novedosa técnica vaccinal de Jenner se constituyó en una de las prioridades regias de un Carlos III al frente de la inmensa tarea de revitalizar la agotada presencia metropolitana en dominios expuestos, entre otros, a las influencias de los procesos revolucionarios norteamericano y francés⁷¹. Refiere el chileno Jacsik en su biografía de Andrés Bello, citando a Archila, que el número de vacunados en las primeras

⁷¹ En el pedestal de la estatua ecuestre de Carlos III, cuya autoría corresponde a Juan Pascual de Mena y que se exhibe en la Puerta del Sol en Madrid, puede leerse, entre otros muchos hitos de su reinado: “*Patrocinio del estudio de las ciencias, la medicina, la ingeniería y la artes, favoreciendo la creación de instituciones culturales y de las Sociedades Económicas de Amigos del País....Promovió las expediciones científicas a América y Australia...Impulsó la modernización y embellecimiento de las poblaciones peninsulares y americanas mediante el trazado de paseos y alamedas, el establecimiento de alcantarillado y alumbrado público, la imposición de medidas higiénicas y de limpieza de las ciudades*”.

cincuenta y de localidades recorridas por los expedicionarios entre 1804 y 1807 pasó de 25.000 a 104.700 y de 51 a 107, respectivamente (Jacsik, 2007:50)⁷². Notable desempeño este, siendo que la población estimada en toda la Capitanía General de Venezuela para 1784, de acuerdo con el censo del Obispo Martí, apenas alcanzaba las 333.532 almas (Archila, 1962: 220).

El “juntismo” sanitario parece correr paralelamente al “juntismo” político que tras los sucesos acaecidos en la Península a partir de 1808 con motivo de la invasión napoleónica y la defenestración de los borbones, viviera un inusitado auge en tanto que reducto último de las fuerzas resistentes al francés y aún leales a la Corona. Expresión última de un esfuerzo de las élites de entonces por garantizar un mínimo de gobernabilidad ante el derrumbe de la estatidad española. La nueva forma de gobierno sanitario, de notable autonomía y poder, toma cuerpo a través de tales estructuras y se fortalece en Venezuela a partir de 1817 con la creación de la Junta Superior de Sanidad por el Gobernador y Capitán General Juan Bautista Pardo.

Es de destacar como dicha junta se instaura sólo tras la caída de la II República como consecuencia de derrota de Urica y como expresión de un remozado espíritu absolutista en un Fernando VII apartado ahora del espíritu liberal de la Constitución de Cádiz que jurase en la Isla de León en 1812⁷³.

La medicatura de ciudad

Se crea en Caracas, al modo de las ciudades peninsulares, en 1802 y su primer titular fue el doctor José Domingo Díaz, fundador junto a Miguel José Sanz del *Semanario de Caracas* y a quien veremos involucrados en las actividades de la Junta de la Vacuna que se crearía apenas dos años después. La creación de la Medicatura de Ciudad en tanto que institución sanitaria fue expresión de un acto de gobierno dictado por el Gobernador y Capitán General Manuel Guevara de

⁷² Bello sirvió como secretario ejecutivo de la Junta al mismo tiempo que José Domingo Díaz, este último a cargo de los asuntos estrictamente médicos del plan. De la estrecha vinculación de Bello con la Junta y su actuación da cuenta su bien conocida *Oda a la Vacuna* de 1804.

⁷³ Dichas juntas, conformadas por todo el Imperio, estarían llamadas, aunque sin éxito, a sustituir a la vetusta institución del Protomedicato, que en Venezuela perviviera hasta su definitiva abolición por la República en 1827.

Vasconcelos, en principio sin la anuencia del Cabildo de Caracas (Archila, 1956: 27)⁷⁴. Sobre el “médico de ciudad”, destaca Mario Briceño Iragorry, “más que de simple beneficencia, sus funciones estaban encuadradas en una realidad sanitarista que se acerca a la moderna concepción integral de la Medicina” (Briceño Iragorry, 1952).

Para 1808, la estructura de la Medicatura de Ciudad ya se habría sofisticado al punto de contemplar la división territorial de Caracas en zonas a ser servidas a título exclusivo por un facultativo a expensas del Cabildo, cuyo voto, ahora favorable, estableció que “...se dividiese la ciudad en quatro cuarteles: que a cada uno se le señalase un medico a satisfacción de este Ilustre Ayuntamiento”.

De la Medicina Ilustrada a la medicina del periodo republicano. Continuidad y ruptura

El 25 de junio del año de 1827, apenas uno después de la sanción de los estatutos republicanos de la Universidad de Caracas, Simón Bolívar suscribe el decreto de creación de la Facultad Médica de Caracas. El 21 de julio de ese mismo año, en la histórica capilla de Santa Rosa, se reúne por vez primera la nueva corporación médica, entre cuyas atribuciones estaba la de examinar y conferir títulos a aspirantes a médicos, sangradores, boticarios y parteras, vigilar el ejercicio de dichas profesiones así como la regencia de los establecimientos de farmacia y, especialmente, proponer a las juntas de sanidad las medidas y reglamentaciones sanitarias tenidas como convenientes a la luz del nuevo conocimiento médico ilustrado (véase Lámina VIII, sección Anexos).

La creación de la nueva Facultad suponía, en términos institucionales, la superación del antiguo estamento profesional encarnado en el Protomedicato. Sin embargo, no pocos elementos de continuidad, en términos tanto lingüísticos como epistémicos, permanecerían incontestablemente firmes en los dominios de la nueva etapa republicana de la Medicina venezolana. Al respecto, destaca Parra León la

⁷⁴ Contrasta en la génesis de esta institución sanitaria como en tantas otras, la voluntad política de las autoridades regias en frecuente contradicción con la representación del estamento criollo típicamente reunida en torno al Cabildo, todo lo cual parece reafirmar el definitivo sello ilustrado y borbónico que las distinguiera.

“Continuidad, pues, y sumamente estrecha, entre autores filosóficos de la Universidad colonial y los de la Universidad republicana; ninguna dislocación, ninguna introducción violenta y repentina...” (Parra León, 1957: 391).

Se refiere al historiador venezolano a la vigencia tanto de los *pensa* de la antigua Cátedra Prima en las aulas de la nueva Facultad Médica como de la bibliografía corriente para entonces. Pero la continuidad paradigmática a la que nos referimos tuvo expresiones organizacionales concretas, a juzgar por la normativa que en su día emitiera la nueva Facultad Médica de Caracas a fin de incorporar a su seno a los médicos y cirujanos titulados por el antiguo Protomedicato:

Caracas, Septiembre 26 de 1834

Para Secretaría de Estado en el Despacho de Interior y Justicia

Estando la Facultad autorizado por el estatuto que la rige, para añadir, modificar, ó suprimir algunos de los artículos de él, bajo las formas y restricciones del mismo estatuto; ha tomado en consideración la proposición de incorporar en su seno los cirujanos, que pertenecían al antiguo protomedicato, hecha por uno de sus miembros y suficientemente apoyada, en 23 de Enero último; la cual fué informada en junta de ministros de 30 del mismo, discutida y unánimemente aprobada por primera y segunda vez, en juntas generales de Julio y Agosto últimos; y habiendo sido confirmada con la misma unanimidad en la general del primero del corriente, conforme al artículo 46 de su reglamento en los mismos términos que se propuso, á saber, “propongo á la Facultad Médica de Caracas tome en consideración la conveniencia de incorporar al seno de este cuerpo á los cirujanos del antiguo protomedicato que quieran y expresen por escrito el deseo de esta incorporación, sujetándose á los estatutos de la Facultad, como miembros ordinarios”. Se acuerdo oficiar á Uds. para que por la gaceta del gobierno se sirva hacer que llegue á noticia de los que quieran hacer uso de dicho acuerdo.

Dios guarde á Uds.

Dr. Jose Joaquin Hernandez⁷⁵

⁷⁵ El citado texto da cuenta del primer acto administrativo conocido que emitiera la Facultad Médica de Caracas con el objeto de revalidar títulos otorgados por la fenecida corporación monárquica con la sola condición de que sus beneficiarios se acogiesen de modo expreso a los reglamentos de dicha

Fue notable la sincronía en la implantación de políticas sanitarias acordes a las modalidades del momento que la monarquía española ensayara lo mismo en la Península que en sus dominios de ultramar. Esta “segunda conquista” de América, en el sentido ya señalado por Lynch, entendía que no eran ya las huestes indígenas ni las amenazas de las naves corsarias o abanderadas por príncipes europeos rivales de España las únicas fuerzas opuestas a su presencia en tan vastas regiones; a ellas se unieron eventualmente, al menos desde el siglo dieciséis, las epidemias de tisis (tuberculosis), lúes (sífilis) y viruela que se declaraban en las nuevas ciudades americanas⁷⁶.

De la notable fecundidad institucional de la Medicina dan cuenta, además de los órganos de gobierno sanitario ya mencionados, la profusión de degredos (casas de enfermos) bajo administración secularizada –un total de veinticinco en la Provincia de Venezuela- a los que las legislaciones locales dotaron, entre otras, de fuentes de financiación exclusivas no sujetas al control eclesiástico (Archila, 1962: 536)⁷⁷. Dichas organizaciones y sus respectivas redes habrían de sobrevivir precariamente a la República; merced de la guerra y del desmantelamiento institucional de la monarquía en Venezuela, las antiguas instituciones ilustradas habrían de desaparecer para dar paso a otras nuevas a todo lo largo de un proceso que se habrá de extender hasta el siglo veinte, si bien tuvo importantes reimpulsos durante el guzmancismo y en los primeros años del gomecismo. Largo proceso este en el que, como se demostrará, no fue infrecuente la apelación a fórmulas organizacionales y a políticas sanitarias de inequívoca raíz ilustrada.

Facultad. Véase: Archivo General de la Nación (de aquí en adelante, AGN), Secretaría de Interior y Justicia (todas las citas son tomadas de esta sección del AGN), Tomo XCVIII, Exp. 54, f. 348, 1834.

⁷⁶ Al respecto, diserta el historiador venezolano de la Medicina Ambrosio Perera: “Desgraciadamente fue mucha la incuria que en el ramo de la Medicina tuvieron en Venezuela las autoridades españolas y tanto mas nos extraña esta cuanto que sabemos que otras ramas de la ciencia fueron vistas con especial cuidado por las entidades oficiales y que es hoy un hecho innegable que España, apenas veía en un territorio americano materia propicia para moldear la cultura, *“empezaba a trasplantar allí todos los conocimientos que en su propia tierra metropolitana atesoraba con nivel no inferior al de los demás países europeos”* Véase: Perera, A (1951) op.cit. p.35.

⁷⁷ El dato destaca la documentación de normativas municipales (ordenanzas) que reservan a los mismos los tributos provenientes de actividades económicas específicas como la venta de especies alcohólicas (guarapos) o actividades lúdicas (peleas de gallos).

Parece plausible, por tanto, postular la plena inserción de la Medicina venezolana del dieciocho en las corrientes del pensamiento médico ilustrado europeo y español de entonces y sin más brechas que aquellas naturalmente atribuibles al contexto tecnológico del momento, valga decir, el impuesto por las modalidades de comunicación ultramarina, la ausencia de imprentas, etc. La Medicina académica en torno a la Universidad de Caracas bebió de las mismas fuentes documentales que sus pares españolas, participando de similares paradigmas y discursos.

Por otra parte, destaca sobremanera la vocación sanitaria del Estado monárquico al hacer suyas iniciativas de notable envergadura en la materia. Un hecho que contrasta con el escepticismo que al respecto exhibieron las otras grandes potencias ultramarinas europeas – la Gran Bretaña y Holanda- que solo más tardíamente incorporarían las prácticas médicas instauradas en principio por el Estado español. El avenimiento de la República no supuso la suspensión abrupta de tal hecho, por lo que puede afirmarse que el nuevo discurso médico vigente a partir de 1830 –valga decir, el vargasiano- es, como veremos a continuación, tributario directo de aquel que se forjara bajo el influjo de la denostada ilustración española de fines del dieciocho.

Capítulo IV

Patriotismo ilustrado y medicina en la construcción de la república comercial moderna

“¿Qué buscábamos? ¿Una patria? La tenemos ya”

José Antonio Páez, Valencia, 1 de agosto, 1830

Para 1830, tras la secesión de Colombia, las elites políticas venezolanas que habían hecho la Independencia compartían un proyecto histórico común. Tal era,

señala Urbaneja, el de la construcción de una república liberal (Urbaneja, 2004: 15). Conviene desde ya definir una acepción operativa para uno de los términos más manidos en la historiografía política venezolana, de tal modo que, a los fines del presente ensayo, hemos de entender por Estado liberal a aquella forma política diametralmente opuesta a la que encarnara la monarquía absoluta de la que Venezuela apenas se desprendía una década antes tras tres siglos de genuina adhesión a sus instituciones. El nuevo Estado liberal en Venezuela supuso la adopción de la forma republicana de gobierno representada en una Constitución escrita llamada a poner límites al Estado, de un régimen de separación formal de poderes y de una legitimidad en cuanto a origen fundada en el sufragio y no en la fuerza de la tradición y de las armas.

Hasta aquí suscribimos las tesis de Urbaneja y su particular periodización – por arbitraria que sea, tal y como el mismo autor lo sentencia- en la necesaria exploración que nos cabe hacer de la mentalidad de los hombres de aquella época. Parece claro que en ellos tenía especial preminencia la construcción de una república distinta a aquella que hasta hacía pocos años fuera una república en armas. Se aspira ahora a construir una república orientada no a la guerra sino que a la procura de una cierta prosperidad material que justifique y resarza el terrible costo material y humano de la contienda⁷⁸. Se ha propuesto una denominación para aquél proyecto: de la república comercial o moderna, en el sentido de Siéyes, que tan marcado contraste supondría respecto de la versión rousseauniana de república clásica (Blanco, 2009: 134).

Mirna Alcibíades nos propone otro: la república asociada a una cierta idea de lo “decente”, es decir, a la forja de valores sociales centrados en el trabajo, la familia y el decoro personal (Alcibíades, 2004: 31). Tal concepción parece muy consistente con cierta idea de “moral goda”, católica y conservadora, de la que participan, entre otros, ideólogos de la talla de Fermín Toro. Se pueden comprender ambos conceptos en tanto que esfuerzos deliberados de las elites de entonces en pro de la construcción de una entidad política “ordenada a” la consecución de aquellos medios

⁷⁸ En tal sentido diserta Vargas ante en Congreso Constituyente de 1830 reunido en Valencia: “¿Y es posible que en vez de afianzar las bendiciones de la paz, hayamos de lanzar el mejor de los pueblos al medio de los incentivos, de las violentas tentaciones de la guerra?”.

materiales que hiciera posible la vida de sus ciudadanos con ajuste a un cuerpo de valores definitivamente anclados en una visión moderna del mundo y dentro de los estándares tenidos como deseables para la época.

Se trataba, en fin, de construir una república situada ante los nuevos escenarios que propone la paz lograda tras veinte años de guerra emancipadora lo mismo que ante las expectativas razonablemente levantadas por los actores que asumieron su costo. Hay una búsqueda deliberada del sosiego social, de una recomposición mínima de la escena venezolana. Surgen alianzas entre grupos hasta ahora encontrados, siendo notable la incorporación a tal empresa de referentes políticos que durante los años de la guerra habían permanecido, sino indiferentes o convenientemente distantes de drama bélico, eventualmente alineados con la causa monárquica. La república en Venezuela había sido declarada en lo formal y fundada en lo político: quedaba ahora por delante la inmensa tarea de construirla en términos fácticos⁷⁹.

Contra las miasmas, el aseo

En el sentido señalado por Belin Vazquez, la formación del Estado-Nación en Venezuela “es correlativa con las prácticas ciudadanas y educativas que interactúan como mediaciones del poder para configurar los cuerpos sociales con específicos propósitos” (Vázquez, 2007: 1). Ciertamente, tal era la misión que tenía ante sí aquel nuevo patriciado republicano en el que ha encarnando ahora el espíritu del lo que Elena Plaza bien llama el “patriotismo ilustrado” (Plaza, 2006:8). En tal sentido, la idea de conciliar “el cuerpo con el alma”, como lo señala Alcibíades, se constituye en una tarea más entroncada en la inmensa empresa de construcción de una república más allá de la razón jurídica (Alcibíades, 2004:83).

La necesidad de “luces” en el afán de dicha construcción está presente en el centro de las preocupaciones de aquella elite situada ante los despojos del país tras

⁷⁹ Al respecto señala Alcibíades: “Debo indicar que no se abjuró de la razón ni se renunció a tener una Constitución y unas leyes a la medida de las expectativas. Pero sí se arraigó el convencimiento de que echar a andar una república era una empresa que trascendía el gesto de consignarla en el papel” (Alcibíades, 2004:30).

veinte años de guerra. Tan tarde como en 1858 lo advierte Fermín Toro a propósito del debate parlamentario entre federalismo y centralismo en los albores de la guerra de 1859- 1863:

“Todos los niños mueren por incuria, por negligencia, por abandono en Venezuela, en que tanto se necesita el aumento de la población. En los Estados se duplica la población, si no me engaño, en veinticinco años; en Inglaterra acaso en treinta; en Francia, cuarenta. En Venezuela no se duplica en medio siglo...El Nuevo Mundo parecería el Viejo al contemplarlo lleno de ruinas. Los pueblos no crecen; la parte más bella de Venezuela, los valles de Aragua...no hay más que ver los pueblos: tienen todos aspecto de milenarios...Los hombres no tienen inteligencia suficiente para guiarse a sí mismos, para ilustrarse, progresar, conocer sus derechos e intereses” (Toro, F., 1858/1979: 59-68)⁸⁰.

Son tiempos de profusión de legislaciones y actos administrativos de contenido sanitario, frecuentemente emanados de legislaturas subnacionales y gobernaciones de provincia e incluso de órganos del poder nacional (típicamente la Secretaría de Interior) cuyos precarios medios impedían la plena gobernabilidad de aquel todavía pretendido sistema sanitario. En todo caso, es de advertir en ellos una atención más o menos sistemática a asuntos sanitarios tan diversos como el control de mataderos, de puertos, de degredos para variolosos y aún por la disponibilidad de profesionales de la medicina para el servicio en las provincias⁸¹.

Incluso destacan verdaderos ejercicios de prospectiva epidemiológica ante el conocimiento de brotes de enfermedades infectocontagiosas lo mismo en el conjunto de las provincias del interior venezolano como en puertos extranjeros. Lo sanitario está presente en el quehacer de aquel Estado aún en ciernes.

⁸⁰ La preocupación de Toro por las cuestiones atinentes a la realidad social marca su discurso político lo mismo que buena parte de su obra literaria. Así por ejemplo, hay en su novela *Los mártires* (1842) una decidida crítica al capitalismo manchesteriano y sus derivas sociales a la que nos vemos tentados a referir su persistente posición a favor de los sectores socialmente depauperados en la que se intuye una cierta convicción en cuanto al papel de las élites venezolanas como ductoras de un cuerpo social débil, todo ello enmarcado en una cierta concepción ético-religiosa del accionar público que encontramos asimilable al “paradigma agustínico” de la política que nos propone García-Pelayo.

⁸¹ Destacan en tal sentido las ordenanzas sanitarias dictadas por la Diputación Provincial de Portuguesa, en 1852, creando la “medicatura de ciudad”, las circulares emitidas por la Secretaría del Interior a los gobernadores de provincia instruyéndoles en cuanto al manejo de brotes epidémicos (1851), la institución de cuarentenas sanitarias en los puertos (1852) e incluso la recomendación expresa de determinados tratamientos médicos contra afecciones como el cólera o el sarampión (1852).

En el mismo sentido se mueve la acción sanitaria en el resto del mundo occidental y ello no sin expresiones de comprobada eficacia. No parece distinta la aproximación a lo sanitario exhibida por las elites médicas venezolanas de aquel entonces respecto a lo propugnado por los grandes referentes médicos europeos. Así por ejemplo, en la Inglaterra de principios de la revolución industrial, los pensadores sanitarios manifestaron desde siempre su clara priorización de lo medioambiental como causa efectiva de la enfermedad, siendo notable el abatimiento de grandes endemias urbanas – principalmente de la tuberculosis- logrado a partir de acciones no de carácter médico, sino que dirigidas al saneamiento del entorno humano (Mc Keown, 1982: 111)⁸².

Pueden encontrarse numerosa evidencia de similar persuasión al respecto entre nuestro medio. Al respecto, es de destacar lo que publicara el caraqueño *Diario de la Tarde* el 8 de junio de 1846, en cita que hace Alcibíades (Alcibíades, 2004: 132):

“Llamamos seriamente la atención de la autoridad pública sobre el estado insalubre de la población.....El tifus sigue progresando - ¿Seguirá el sueño profundo de la autoridad? ¿No se hará nada a favor de un pueblo aflijido?”.

Se trataba en lo sucesivo de introducir usos, costumbres y modos de vida consistentes con la nueva condición de ciudadanía que estaba siendo otorgada al otrora súbdito. El súbdito es masa informe. Más allá de él se sitúa la masa marginal de indios y negros esclavos; los primeros, aún sujetos a las antiguas leyes de Indias que les protegían, en tanto que los segundos reducidos aún más a la condición de bien transable, sin más valor que el del género que sus brazos pudieran producir. El

⁸² El notable epidemiólogo inglés contemporáneo Thomas McKeown sitúa lo medioambiental en el centro de toda estrategia tendente al control de las enfermedades infectocontagiosas, lo cual resulta consistente con toda la teoría al respecto generada en las islas británicas, señalando que “la salud depende primariamente del control de las influencias ambientales, incluyendo las que el individuo elabora para sí con su conducta”. Conclusión esta vastamente ratificada en la evidencia empírica, siendo que Inglaterra y Gales vieron reducidas su tasa de mortalidad por tuberculosis de cuatro mil por millón de habitantes en 1838 a la mitad en 1880 y a la cuarta parte a fines de los años cuarenta del siglo pasado, es decir, antes que la identificación del *Mycobacterium tuberculosis* como agente causal de dicha enfermedad por el alemán Robert Koch en 1880 y bastante más con respecto a la síntesis química de la estreptomycin, primera droga de la que se dispuso para el tratamiento de dicho mal.

ciudadano que se aspira surja es, por el contrario, sostén y fundamento de la nueva república. En tanto que tal, se hace preciso formarlo, lo que supone introducirlo a un modo de vida distinto al que fuera propio de su antigua condición servil.

La base discursiva- valga decir, paradigmática- de la práctica médica en aquellos primeros años de la república en Venezuela no era distinta a la que predominara en los tiempos monárquicos, es decir, a las que fueran propias de la Ilustración española. Sus instituciones fueron esencialmente las mismas: la medicatura de ciudad, las juntas de sanidad y de la vacuna. Una peculiaridad propia de la experiencia de las jóvenes repúblicas hispanoamericanas. En tal sentido, fue la profusión de textos-guía para el uso del ciudadano común en los que se difundía, de modo sencillo e incluso ameno, los lineamientos vitales de la nueva moral republicana así considerados por las elites rectoras del aquel proceso.

Fueron los llamados “catecismos” republicanos⁸³. En ellos se recogió parte del *ethos* sanitario de la nueva república, en el que el autocuidado y la observancia de normas mínimas de higiene privada y pública. eran tenidas como una expresión en sí misma de virtud⁸⁴. Reza así el *Manual del Colombiano*, de 1825:

Capítulo IX. De la limpieza o aseo

⁸³ El *Manual de Carreño*, de 1852, constituyó uno de los fenómenos editoriales más notables del mundo de habla hispana en su tiempo. Hombre ligado a la política conservadora, Carreño lo concibe como una suerte de guía práctica de vida para las masas, promoviendo desde su profuso cuerpo de normas una cierta idea del ciudadano “políticamente correcto” necesario en la construcción de una sociedad distinta. Lo relativo a la higiene personal y pública tiene en esta obra una especial preeminencia y su argumentación está claramente entroncada con la idea ilustrada de las contaminaciones y enrarecimientos del aire como causa de la enfermedad y en el aseo como su mejor profilaxia. Así por ejemplo, en su capítulo segundo señala que: “*El aseo contribuye poderosamente a la conservación de la salud, porque mantiene siempre en estado de pureza el aire que respiramos, y porque despojamos a nuestro cutis de toda parte extraña que embarace la transpiración, favorece la evaporación de los malos humores, causa y fomento de un gran número de nuestra enfermedades*”.

⁸⁴ En la tradición republicana romana, la máxima ciceroniana según la cual “*Salus populi suprema lex est*” aplicaba no solo a las amenazas de tipo político o militar al colectivo, sino que se el invocaba también en lo atinente a las bondades de la acción pública en materia de higiene y calidad ambiental. De allí la intensa labor de construcción de acueductos y baños públicos llevada a cabo por la presencia romana en sus provincias de las que abundan importantes vestigios. Más allá de la acción pública, refiriéndonos al ámbito de la vida privada, la valoración social del aseo personal y el autocuidado formó parte integral de la cultura del romano común. De ello encontramos referencias incluso en su literatura. “*In aqua sanitas et in vino veritas*”, rezaba un verso de Plinio el Viejo: “en el agua está la salud y en el vino, la verdad”.

P. ¿Por qué poner la limpieza en la clase y número de las virtudes?

R. Por ser una de las más importantes en cuanto influye poderosamente sobre la salud del cuerpo y su conservación.

P. Luego, ¿el desaseo será un verdadero vicio?

R. Si, lo es, y tan verdadero como el de la embriaguez y la ociosidad, de que procede en mucha parte. El desaseo o suciedad es la causa secundaria, y a veces, primaria, de una multitud de incomodidades y aún de enfermedades peligrosas... Por eso los antiguos legisladores recomendaron tanto la limpieza que mandaba a expeler de la sociedad y aún castigaban con pena corporal a los que se dejaba contaminar de aquellas enfermedades que vienen de la suciedad".⁸⁵

La medicina ilustrada y sus teóricos encontraron ante sí limitaciones institucionales heredadas de la antigua tradición y a menudo atizadas por la estructura estamental de una sociedad en la que la pertenencia a uno de ellos trazaba indefectiblemente el destino del hombre desde su nacimiento y hasta su muerte. Los médicos formados eran escasos y la base institucional de su ejercicio precaria y esencialmente anclada en los vestigios de la medicina monástica cuando no reducida al ámbito de una aún incipiente forma de ejercicio liberal generalmente solo accesible a los estamentos superiores de la sociedad. Por otro lado, y como se ha dicho, la deriva del racionalismo médico mecanicista, en tanto que paradigma médico vigente, favorecía una reinterpretación de la enfermedad como efecto de causas ambientales más o menos discernibles a las que agregadamente se les denominara miasmas.

De tal manera que para los tratadistas médicos de la época que habrían de influir decisivamente en la construcción del discurso sanitario en boga al menos durante la primera mitad del diecinueve iberoamericano, como el cubano Marcos Sánchez Rubio, señalarían que:

“no hay duda de que del fermento pútrido han de emanar fluidos de naturaleza pútrida y estos, comunicándose por las vías ya mencionadas [las vías digestivas, el tracto

⁸⁵ El *Manual del Colombiano, o explicación de la ley natural* (1825), ha sido equivocadamente atribuido a Tomas Lander, por lo que figura en la compilación de sus escritos recogida en la colección *Pensamiento Político Venezolano*, de 1961, a cargo de la Presidencia de la República bajo la dirección de Ramón J. Velásquez, en el tomo correspondiente a la doctrina liberal, p. 76 y sucs.

respiratorio, etc]...deben proporcionarnos sus cualidades deletéreas que percibimos en las calenturas pútridas...” (Sánchez Rubio, M., 1814: 255-256).

El pensamiento médico ilustrado de la época procuró incidir en tal realidad apelando a su diseminación entre el gran público, a su popularización. Se trató de un gran esfuerzo de política sanitaria alternativa acicateado por los dos factores críticos a invocar en una iniciativa de su tipo: las elites médicas y el poder político. La “medicina doméstica” que propugna el escocés William Buchan no constituye un discurso huérfano respecto de las grandes corrientes y centros de pensamiento médico en la Europa de entonces, sino que, por el contrario, está profundamente anclada en su seno.

La *Domestic Medicine* de Buchan, editada en 1785, está lejos de ser un manual de remedios caseros más parangonables con las prácticas *folk* que con el discurso médico vigente; muy por el contrario, constituía una prolija guía para la acción desde el ámbito personal y doméstico, notablemente atendida a los estándares médicos de la época y claramente limitadora de las acciones legas respecto de aquellas que debían permanecer en reserva de los médicos profesionales. Buchan diserta no desde la objetable condición del lego sino que desde la del reconocido académico que era⁸⁶.

El segundo acicate del que tal política dispusiera no fue otro que el del poder mismo. En la España de la ilustración borbónica, no es otro que el conde de Floridablanca, quien fomenta la primera traducción castellana de la obra de Buchan hacia 1785⁸⁷. En ella queda expresa la participación del pensamiento médico ilustrado de la teoría miasmática, como se constata en la explicación causal que el autor confiere a las llamadas “calenturas pútridas”:

⁸⁶ Buchan, William, castellanizado a Guillermo (1729-1805). Médico y tratadista escocés. Su célebre *Domestic Medicine: or, a treatise on the prevention and cure of diseases by regimen and simple medicines* de 1769 fue un manual de medicina práctica para uso del público lego y que posiblemente constituya una de las publicaciones médicas más difundidas y de mayor impacto en la historia moderna tratándose de un texto de carácter divulgativo en principio no dirigido al lector profesional. Solo posteriormente se le incorporaría un apéndice para uso profesional.

⁸⁷ Floridablanca, José Moñino y Redondo, conde de (1727-1808) Junto a Pedro Pablo Abarca de Bolea, conde de Aranda, figura principalísima de la Ilustración española durante las reformas borbónicas de fines del dieciocho.

“Nace del ayre viciado por el conjunto de muchas personas en un paraje estrecho sin ventilación...La constitución de un ayre encerrado en tiempo muy llovisoso, o de nieblas, también ocasiona fiebres pútridas...” (Buchan, W., 1818: 151).

Similares posturas observan referentes de la talla de Thomas Sydeham⁸⁸ en Inglaterra y Louis-René Villermé⁸⁹ y Philibert Guybert⁹⁰ en Francia, todos radicalmente convencidos del poder patógeno de las putrideces ambientales y sus fuentes de origen, las de orden social incluídas.

La creación de la institucionalidad sanitaria republicana

Lo sanitario debía, por tanto, trascender el reducido ámbito de la situación clínica y permear la vida de las gentes aún en sus expresiones más elementales, desde el aseo personal hasta las maneras en la mesa. La salud se constituía, como en la antigüedad clásica, en una virtud cívica, quedando definido su papel en la construcción de la república. Consistentemente con el espíritu liberal de la época, lo sanitario se situaba en el dominio de lo personal. Numerosos manuales, cartillas y publicaciones en la prensa secular dan cuenta de un esfuerzo nacional más allá del naciente Estado por popularizar lo sanitario como fase previa a su incorporación a la cultura cívica. No era esta corriente ajena a lo que ocurría en Europa, en los que la llamada Medicina Social ya tomaba cuerpo lo mismo como praxis que como disciplina científica.

El esfuerzo institucionalizador de los patriotas ilustrados en el campo sanitario fue notable. Tan temprano como en 1832 ya se disponía de legislaciones con las que se pretendió normar en tal materia, ciertamente que a partir de premisas y

⁸⁸ Sydeham, Thomas (1624-1689). Eminente clínico británico, llamado “el Hipócrates inglés”. Célebres son sus descripciones de los desórdenes coreiformes posteriormente atribuidos a la infección estreptocócica.

⁸⁹ Villermé, Louis René (1782-1863). Médico y economista francés, considerado uno de los fundadores de la Medicina Social y la Ocupacional.

⁹⁰ Guybert, Phillipe (1549-1633). Médico y tratadista francés, pionero en la producción de textos médicos divulgativos dirigidos al público general. Para Guybert, el carácter elitescos de la atención médica en su época justificaba poner al alcance del público lego aquel conocimiento específico que le permitiera un mejor autocuidado, con lo que lograría una notable independencia respecto de los cerrados círculos de la profesión médica de entonces. Su obra fundamental, *Le Médecin charitable* de 1623, reeditada numerosas veces durante el siglo diecisiete, marcó un importante hito contra los privilegios de las clases profesionales – la médica y la farmacéutica- a favor de las masas social y médicamente deprivadas.

estructuras idénticas a las heredadas de los tiempos monárquicos. De tal modo, la Ley Orgánica de Provincias dictada el doce de octubre de 1830 dispondría la creación de una Junta Superior de Sanidad, de pretendido alcance nacional, a la que se adscribirían todas aquellas de carácter provincial cuya formación estaba igualmente dispuesta. El 19 de abril de 1831 dicha junta se instala en Caracas, según consta en comunicación dirigida por sus autoridades al Secretario de Estado del Interior el 26 de enero de 1832:

“La Junta Superior de Sanidad que establece el artículo 83 de la Ley Orgánica de Provincias fue instalada en esta capital el día 19 de abril de 1831 y también lo fueron las de los cantones de Cumarebo y San Luis, faltando la de otros por inconvenientes que han tenido” (AGN, T.XLIX, Exp 4, ff. 13-61, 1832).

A las naturales dificultades impuestas por la geografía es necesario añadir otras dos: la escasez de recursos financieros así como la de facultativos. En el primer caso, las diputaciones provinciales no dudaron en proveer a sus órganos ejecutivos de las más amplias facultades en lo atinente al gobierno sanitario, de modo que las grandes funciones atinentes a planificación, control de la gestión y ejercicio de la autoridad en los establecimientos y dependencias a ellas adscritos observasen una inequívoca sujeción a la autoridad con competencia sanitaria, con lo cual quedaba definitivamente cancelada toda forma de organización sanitaria sujeta a mandato eclesial.

La idea ilustrada está presente en la institucionalidad sanitaria de entonces. Se dispone en el articulado referido al tema en la referida Ley Orgánica de Provincias de 1830 en su Capítulo VI, artículo 83, que

“en la capital de cada provincia se formará una junta de sanidad compuesta del gobernador, del obispo, o su vicario general, y donde no lo haya, del cura párroco, del procurador municipal, de dos munícipes o vecinos elegidos por el concejo municipal y del facultativo o facultativos que nombre la junta...” (*Cuerpo de leyes, decretos y resoluciones sancionados por los Congresos de Venezuela en los años 1830, 1831, 1832 y 1833*, 1833: 83).

Aún del aspecto económico-financiero de la sanidad se habría de ocupar la legislación de entonces. Rentas de origen tan diverso como las derivadas de algunos tributos específicos como los impuestos a especies alcohólicas (*guarapos*) o de tasas por derecho de anclaje de naves en el puerto de La Guaira, de cuya aplicación a tal fin ya tenemos noticias desde los tiempos monárquicos. En su articulado, dicha ordenanza reserva al Gobernador de la Provincia aspectos de política sanitaria tan diversos como la designación de los médicos, cirujanos y capellanes al servicio de los establecimientos sanitarios provinciales, la supervisión directa de éstos en cuanto a su desempeño y aún el control personalísimo de todo lo atinente a la procura de alimentos y medicamentos necesarios para el funcionamiento de estos⁹¹.

El segundo tipo de dificultad que hubieron de enfrentar las elites sanitarias de entonces estaba en la limitación en cuanto al número de facultativos médicos disponibles para el servicio en los distintos cantones y provincias. La novísima Facultad Médica de Caracas ya ejerce un control pleno sobre la emisión de títulos profesionales y el desempeño de sus titulares, pero aún no es capaz de proveer de médicos a la totalidad de las provincias que los demandan⁹². Las provincias se dirigen a la Secretaría de Estado del Interior y a la Facultad Médica en solicitud de graduados, más escasos en algunas respecto de otras, que, como la de Mérida, eran sede de centros de estudios médicos:

“Sobre la falta de facultativos para instalar las juntas de sanidad, debo informar al Gobierno Supremo que no habiendo esta []...las juntas de sanidad [se instalaron] en los términos que dispone la ley, están establecidas en todos los cantones de esta provincia” (AGN, T. XXXV, Exp.35, ff. 326-354, 1831).

En muchas otras, no obstante, la dificultad en tal sentido será mayor, al depender de designaciones hechas desde Caracas. En tal sentido destacan los requerimientos hechos por la Secretaría de Estado del Interior a la Dirección de la

⁹¹ Artículo 5, ordenanza del 9 de diciembre de 1831.

⁹² En resolución del 12 de mayo de 1838, la Facultad Médica de Caracas establece las formalidades académicas exigibles a todo médico, cirujano o boticario a los fines de su ingreso al ejercicio profesional.

Facultad Médica de Caracas en solicitud de los listados de graduados en Medicina a fin de procurar su mejor distribución territorial.

En síntesis, podemos identificar durante el período entre 1830 y 1845 y aún más allá, una expresión de una “sobreamisión de energía institucionalizadora” – Soriano de García Pelayo *dixit*- en favor de la reconstrucción de una organización especializada mínima acorde con la nueva idea republicana de Estado, algunas de cuyas claves más relevantes en materia sanitaria a destacar están en aquellos elementos tanto de continuidad respecto de la tradición monárquica heredada como de clara ruptura con esta. Continuidad expresada en la preeminencia que aún jugarían instituciones sanitarias típicas de la ilustración española, con la excepción del antiguo Protomedicato ahora sustituido en sus competencias por la Facultad Médica.

Como se ha dicho, las juntas sanitarias y de la vacuna, lo mismo que las medicaturas de ciudad creadas por los ayuntamientos a fines del dieciocho, continúan plenamente vigentes⁹³. Fuera de ellas, no existe ningún otro órgano de gobierno sanitario de alcance nacional, siendo notable el esfuerzo que desde diputaciones provinciales y cabildos se hace para ajustar en lo posible al Estado a las tareas derivadas del nuevo credo patriótico ilustrado. Expresión de ello lo sería, no casualmente tratándose aquella de una “república de comerciantes”, la sanidad portuaria. Abundaron las legislaciones y normas de rango sublegal destinadas a regularizar con arreglo a un criterio sanitario moderno la actividad generada por el movimiento portuario de mercancías y personas.

No fueron infrecuentes la alusiones a las noticias que sobre brotes epidémicos en Europa llegaban a Venezuela y generaban respuestas sanitarias más o menos orgánicas con el fin de prevenir su expansión en el ámbito de su territorio.

El impetu institucionalizador que alrededor de la Medicina trajese consigo la República tuvo su expresión más clara en el rectorado de Vargas. La Medicina

⁹³ La Junta Superior de Sanidad de Venezuela se crea en 1817. Las juntas subalternas por provincias se habrían de crear muy posteriormente, destacando el caso de la de Barcelona que data de 1829 y la de Acarigua, de 1852.

venezolana, ilustrada en su origen, no exhibía una *liason* tan vinculante respecto de la tradición escolástica como sí la Filosofía, la Teología o el Derecho, a cuyas fuentes se remitieron hasta el fin los mentores del recién fenecido antiguo régimen. La Medicina venezolana renacía bajo la égida vargasiana con el impulso de un incesante viajero por las grandes escuelas médicas europeas, alumno de referentes de la talla de Barclay en Escocia y el mismo un notable investigador en los campos de la Botánica médica en la apacible Puerto Rico, posesión ultramarina española alejada de toda contienda y cuyo status como tal se mantendría invariable durante casi todo el siglo diecinueve. Vargas y su discurso médico están intactos y sin deudas teóricas con un pasado del que todos abominan.

A todo ello debe sumarse el inmenso poder de las voluntades institucionalizadas que le respaldaron: el propio Bolívar primero y, después de 1830, Páez. En julio de 1827, Bolívar decreta la creación de la Facultad de Medicina de Caracas a la usanza de sus pares europeas, todas organizadas a partir del modelo de la universidad napoleónica. En ellas se disecan cadáveres en demostraciones anatómicas rigurosas y libres de las restricciones del Santo Oficio. Circulan en sus aulas los textos de los grandes autores europeos para entonces en boga. Libertades y ventajas estas de las que no gozaron los estudiosos en el resto de las facultades.

La tradición médica venezolana nació, por tanto, republicana. Adoptar su credo y sus formas no supuso mayores costos para sus estudiosos, cuyos nuevos flujos técnicos y conceptuales derivaban de fuentes muy distintas a las tradicionales. El costo de la ruptura con el *status quo* de la monarquía se les hacía tolerable. Situación muy distinta a los estudiosos del Derecho, al fin y al cabo una disciplina esencial en la sustentación de aquella (a Roscio lo publicarían en Filadelfia solo años después), o de la Filosofía, ello pese a las notables iniciativas intelectuales de las que da cuenta la relación de textos y autores introducidos desde fines del dieciocho en las distintas cátedras de la Universidad de Caracas.

Las expresiones institucionales de la nueva sanidad republicana en Venezuela permanecieron, no obstante todo ello, notablemente asidas a las creaciones del pasado monárquico, incluso con frecuencia sin llegar a equipararsele

del todo. La republica no produjo iniciativas de política sanitaria de la envergadura y complejidad técnica de la Expedición Filantrópica de la Vacuna de 1804 como tampoco arquitecturas institucionales distintas a las ya mencionadas de la medicatura de ciudad y las juntas sanitarias y de la vacuna. La Facultad Médica, si bien tuvo atribuciones regulatorias especialmente en lo relativo al control y vigilancia del ejercicio de las profesiones médicas y relacionadas (barberos sangradores, comadronas, etc), no se planteó a la manera de un órgano sanitario rector intérprete y efector de una política que, como las mencionadas, encarnasen una voluntad de Estado.

A lo sumo, órgano consultor del Estado en las materia de su competencia; suprema instancia académica de la nueva Medicina de los tiempos republicanos y propulsora de un nuevo discurso sanitario a la medida de las demandas del recién estrenado patriotismo ilustrado, la Facultad Médica de Caracas quedó desde sus orígenes inserta en el *core* duro de un republicanismo propositivo que requería de un republicano de perfil preciso: alfabeto, laborioso y sano. Hasta casi dos siglos después, sobre todo tras las contribuciones que a su cuerpo de ideas hicieron los aportes del químico alemán Justus Von Liebig al extremo de que al menos hasta mediados del diecinueve, casi toda la acción sanitaria en los estados europeos – desde el control de aguas y alimentos, el control sanitario de puertos, la disposición de deyecciones y hasta la organización de camposantos- habría de privilegiar tales conceptos incluso por sobre la acción médica directa⁹⁴. Se trataba entonces de limpiar los ambientes en los que se desenvolvía la vida concreta, demedicalizando lo sanitario y dando acceso a ello al gran público lego a partir de inusitadas formas de diseminación de sus contenidos técnicos, fuera la prensa secular o la edición de manuales para el uso del común.

El mecanicismo, como teoría reduccionista de la vida- ocupa la escena de la episteme médica venezolana de principios del diecinueve. Sin embargo, las derivas vitalistas y su “tenaz espectro” no estarían del todo ausentes en ese tiempo. Muy

⁹⁴ Von Liebig, Justus (1803-1873). Químico alemán. Postuló la teoría de la fermentación de la sangre como causa última de los procesos mórbidos hoy demostradamente atribuibles a la acción de agentes patógenos específicos. Sus teorizaciones vinieron al refuerzo de la base científica del miasmatismo y fundamentó políticas sanitarias que privilegiaron al saneamiento ambiental –control de aguas, cementerios, de la disposición de desechos y de fuentes de alimentos- por sobre la atención médica.

pronto, y como consecuencia del desarrollo de las ciencias naturales y exactas, la propia experiencia habría de poner de manifiesto que “algo no iba bien” – Kühn *dixit*– en los dominios del paradigma vesaliano. Por descubrirse como estaban las grandes verdades de las rutas metabólicas y de los más íntimos procesos de la fisiología humana, al pensamiento médico de entonces le resultaría fácil apelar a la idea de un *deus ex machina* bajo cuyo gobierno todos los nanoprocesos y mecanismos que sostienen el funcionamiento de la *fabrica* humana pudieran integrarse de modo que la complejidad del fenómeno vital pudiera ser explicada.

Es la llamada “inteligencia infinita” de Schwann a la que los vitalistas dejan todo aquello que los nuevos sistemas de conocimiento aún no explican⁹⁵. El médico de los primeros años de la república no prescinde en absoluto de la idea de Dios como “causa última” tras todos los fenómenos que observa. Y lo hace sin que ello exprese incómodas contradicciones. Se podía ser liberal en lo político y profundamente conservador en lo teológico-religioso. Especie esta de bipolaridad de espíritu que se expresa en referentes fundamentales de la medicina de aquel tiempo como Vargas, quien a propósito del célebre debate en torno a la edición de *La Serpiente de Moisés* expresa que:

“La libertad de pensamiento y la de creencia son correlativas....La libertad de imprenta y la tolerancia civil y política, son, pues, hermanas y bien identificadas” (Vargas, J.M. En: Fernández Heres, R., [en línea] 2000).

De la por Fortoul llamada “oligarquía conservadora”, que inaugurase la primera experiencia republicana tras la secesión de Colombia es posible afirmar, contrariamente a la tesis de Alcibíades, no solo exhibió una manifiesta conciencia sanitaria, sino que procuró su materialización en términos de la creación de una cierta institucionalidad de diseño bastante acorde con las de su tipo en Europa. Ello supuso un esfuerzo en lo político solo posible entonces a partir de un ejercicio personalista del poder que el paecismo encarnó. “¿*Qué buscábamos?*”, inquiría Páez en su alocución del 1 de agosto de 1830 en Valencia, aún reciente el drama de

⁹⁵ Schwan, Théodor (1810-1882) Médico, morfólogo y embriólogo alemán, figura principalísima de la investigación biomédica del decimonono europeo. Sin bien uno de los padres de la moderna teoría celular, le fue siempre característica su adhesión al credo vitalista en su condición de católico practicante.

la secesión venezolana del proyecto grancolombiano. “¿Una patria? .La tenemos ya”.

Quedaba pendiente entonces el esfuerzo titánico de construirla a pesar de las notorias dificultades heredadas de la guerra. República sin repúblicas; producción y comercio sin mayor base material, paz social aún precaria. No obstante todo ello, el paecismo hizo suya la tarea de construcción de la república desde la perspectiva de lo que Oakeshott llama “la política de la fe”, por oposición a la “política del escepticismo” (Oakeshott, 1998:50). El patriciado venezolano, aquellos patriotas ilustrados de 1830 empeñados en un proyecto político de carácter liberal, eran poseedores de una cierta idea de destino en cuanto a su papel de conductores de una sociedad desestructurada e intrínsecamente débil.

Lo mismo desde sus catecismos políticos como de sus manuales de conducta personal y cívica emana la vocación ductora propia de quienes entienden que no habrá república sin que antes se profundice el ejercicio de una cierta virtud. De allí el enorme esfuerzo invertido en materias como la educativa, por ejemplo. Ello sirvió de vehículo a la introducción de una idea de lo sanitario desmedicalizada a un grado suficiente como para pretender penetrar en el sistema de valores de las masas depauperadas.

No parece propia de aquella elite la idea de una “política del escepticismo” al modo en que la propone el teórico británico. Los patricios venezolanos de los tiempos del paecismo –los mismos que acompañaron políticas de mercado tan ancladas en el *laissez faire, laissez passer* como la que encarnara la ley del 10 de abril de 1834 llamada “de espera y quita”- son los mismos que promueven activa y conscientemente el reestablecimiento de las viejas instituciones sanitarias de la ilustración española en tanto que ven en ellas la pertinencia requerida a los fines del nuevo proyecto republicano necesitado de acciones específicas desde el Estado en múltiples materias, la sanitaria entre ellas.

La república ha de ser forjada de modo activo y consciente. Son ellos, al fin y al cabo, hijos intelectuales de la ilustración dieciochesca y a su paradigma médico se remitieron sin más. José María Vargas, acaso el referente republicano civil al que

con más frecuencia se apela al evocar el espíritu de aquel tiempo, fue producto de la ilustración médica española y de su discurso, tanto como lo fuera, por ejemplo, José Domingo Díaz, el polémico médico caraqueño quizás más conocido por su adhesión a la causa del Rey que por sus notables contribuciones a las acciones de control y erradicación de la viruela en Venezuela. La diferencia estriba en que Vargas, distinto de Díaz, alineó con el bando de los vencedores.

Así pues, podemos afirmar plausiblemente que el discurso médico ilustrado que tan propio fuera de la política borbónica de fines del dieciocho habría de operar, paradójicamente, como uno de los argumentos institucionalizados más consistentes de los nuevos patricios empeñados en la construcción de una república liberal en Venezuela y que sus expresiones prácticas estuvieron muy a la par de aquellas en uso en el resto del mundo occidental.

Capítulo V

La doble orfandad de la Medicina venezolana

“La patria comienza en abril y el viejo Antonio Leocadio; Jehová de patillas y bisoñé, se recrea en la contemplación de este Salvador de espada que prefiere cortar cabezas a sembrar ideas y que abona con la sangre de los infieles la semilla del Evangelio amarillo”

Huérfana de fomento institucional lo mismo que de un paradigma científico robusto en el cual inscribirse. La dos veces huérfana medicina venezolana en la etapa postvargasiana inmediata habría de acusar recibo de la ausencia de una gran mentoría institucional como las que ejercieran en su favor Bolívar en 1827 y, a partir de 1830, Páez. Apenas si sobrevivían los vestigios de la sanidad de la vieja institucionalidad monárquica, cuyas expresiones organizacionales más típicas se replicaban en provincias en las que sus elites ductoras procuraban, aun con gastados instrumentos, mantener alguna presencia en el ámbito sanitario ante riesgos tan notables como el *colera morbus* introducido al país desde Trinidad que fuera la causa del brote epidémico de 1846.

Es notable ver como el antiguo mantuanaje que fuera el *constituency* de la causa emancipadora y del que provenía Bolívar, luego fuera su más férreo opositor ante el proyecto grancolombiano; pero no menos notable es ver como ese mismo mantuanaje reunido el congreso de Valencia y con Páez como su brazo fuerte, se alía ahora con antiguos e irreductibles adherentes al viejo partido bolivariano – Urdaneta, Soublette, Vargas- en torno a un proyecto común: el de la construcción de la república comercial bajo el signo del patriotismo ilustrado⁹⁶.

Notable es ver también como nuevos actores políticos sin mayor brillo durante la guerra de Independencia – ello cuando no cercanos a la causa del Rey- , incluso algunos de ellos con cierta formación intelectual de la mano de referentes del liberalismo español, aparecen a partir de 1835 arrojados en la nueva bandera liberal marcando distancia del clan de los “padres de la patria” a los que eufemísticamente ha tildado de “godos”.

⁹⁶ A los efectos del presente ensayo, suscribiremos la definición de *constituency* propuesta por Andrew Rehfeld en su obra de 2005 *The concept of constituency. Political representation, democratic legitimacy and institutions design*, Cambridge University Press, New York, p. 35, en la que se la conceptúa como “the group of people whose interests a representative (or party) looks after and pursues” (“el grupo de personas cuyos intereses un representante o partido observa y apoya”, traducción nuestra). En lo sucesivo apelaremos al término en su expresión inglesa ya que no existe traducción castellana universalmente aceptada.

Pero distinto a lo que ocurre en el bando “godo”, los llamados “liberales” venezolanos carecían de un brazo fuerte propio. De allí entonces su tácita y circunstancial alianza de hecho con los Monagas, de quienes no se puede decir que fueron adherentes al credo liberal: eran, por sobre todo, caudillos orientales, jefes de masas campesinas sujetas a su poder en virtud de un homenaje o acto de expresión de lealtad a la persona, que no de vínculo jurídico alguno. Segundo al mando del Ejército de Páez, el mayor de ellos, José Tadeo, es el designado para suceder a Paéz a partir de 1835 y, por ende, para ser el continuador y garante de su obra institucionalizadora. Es así como los “padres de la Patria” acuerdan que la “primera lanza del mundo” -Páez- cediera el mando a “la primera lanza del Oriente”- Monagas-, con lo que la conducción del proyecto liberal de 1830 tendría que quedar asegurada.

Pero ni el mayor de los Monagas era Páez ni sus adherentes orientales los llamados a constituirse en el nuevo patriado venezolano. Los orientales al mando de Monagas arremeten cuan un hasta ahora ignorado “proletariado externo”, en el sentido de Toynbee, contra un poder asentado en el centro del país cuyas formas institucionales no gozan, sin embargo, del prestigio que las romanas tenían entre las masas bárbaras que combatían al imperio en sus fronteras (Toynbee, 1975:237). Una expresión de ello está en los hechos del 24 de enero de 1848, en el llamado “Asalto al Congreso”. “La constitución sirve para todo”, espetaría el jefe oriental a sus críticos y oponentes.

Las circunstancias económicas incluso le son favorables, ello en razón de los precios internacionales del café y del inicio de una industria de extracción aurífera de cierta monta en las nuevas minas de Yuruani, en Guayana. De manera tal que la fuerza de las armas, aunada ahora a una cierta ventura económica, hizo posible la postergación del proceso de construcción de la institucionalidad republicana.

Nos ocuparemos aquí de hacer un balance histórico sobre los años que sucedieron al fin del período de aquella por Gil Fortoul llamada “oligarquía conservadora” y del arribo al poder de los liberales amarillos. En todo caso, el período al que genéricamente suele denominarse como “monagato” (1847-1858),

marca el término del gran esfuerzo institucionalizador del personalismo paecista inaugurando un tiempo en el que la gobernabilidad del sistema político venezolano, lo mismo que su gobernanza, se habrían de ver notablemente menoscabados ante el avance indetenible de aquellas fuerzas telúricas que, originadas en la inmensidad de la periferia venezolana y encarnadas en la compleja variedad de caudillos locales, se cernieron sobre la centralidad del poder y sus instituciones ilustradas, al punto de hacerles ceder en obsequio de dichas jefaturas para las que dichas instituciones no eran sino entelequias.

Tal tendencia – favorecedora de una periferia local relativamente desarticulada respecto de un pretendido poder central- se mantendrá en continua contradicción con la opuesta –centralizadora y dominante- con mayor o menor intensidad durante todo el diecinueve venezolano hasta su definitiva supresión, a principios del veinte con Gómez, completando así nuestra particular “guerra de los cien años” en la formación del Estado nacional venezolano, ello en el sentido propuesto por Caballero (Caballero, 1995: 113).

Si el paecismo encarnó un esfuerzo por la construcción de la república ilustrada, el llamado “monagato” significó su fin. Llaneros ambos, hombres de caballo y lanza, sus devernires políticos habrían de diferir definitivamente tras la unción de José Tadeo Monagas como heredero del proyecto paecista por sobre figuras como la de Bartolomé Salom. Como se ha dicho, Monagas estaba llamado a ser el continuador del proyecto de los patriotas ilustrados en tanto que a ello le tendría que haber predispuerto su condición de “padre de la Patria”.

Pero no habría de ser así. Si como hemos visto, el *constituency* político del paecismo estaba en el estamento godó heredero a su vez del antibolivarianismo de 1828 que separó a Venezuela del proyecto grancolombiano y al cual se integrarían notables referentes del bolivarianismo radical, el de la nueva facción reunida en torno a Monagas es otro, de cultura rural y cohesionada no tanto por adhesiones de carácter abstracto – conciencia de grupo social o suscripción de un determinado ideario político- sino por otras de carácter concreto –el provisto por las lealtades personales- más propias del mundo rural de los llanos orientales venezolanos.

La coyuntura política de la época permite contextualizar tal tendencia. Las transgresiones de los Monagas a las formas propias del Estado liberal de derecho contrastaron desde siempre con la atención que a las mismas prestara Páez. No nos debe hacer suponer tal hecho una actitud esencialmente distinta en cuanto a la concepción del poder y su ejercicio por parte de dos expresiones claras de personalismo político; simplemente pone de manifiesto los límites que al respecto se impusieron ambos jefes ante uno de los más acuciantes dramas que enfrenta todo caudillo: el de asegurar su sucesión. Para Páez, la solución al mismo estaba en la apelación a sus pares estamentales, en este caso, los miembros del patriciado de los patriotas ilustrados o, finalmente, del selecto clan de los viejos generales de la Independencia. Es por ello que el propio “Centaurio” habría de favorecer la elección del propio Monagas.

Pero para el jefe oriental, dicha apelación sería al propio clan familiar e, *in extenso*, al complejo sistema de jefaturas regionales bajo su influencia. La apelación al orbe familiar en sustitución del estamentario supuso el primero de los muchos y prolongados retrocesos de la sociedad venezolana en su larga marcha hacia el ejercicio de la ciudadanía como base legitimadora del poder. Cien años tendrían que transcurrir antes de que ni clanes ni estamentos, sino que la sociedad *in toto* se constituyera en la única apelación posible en la fundamentación de todo poder.

No somos de la opinión de que durante el paecismo se observaran las formas constitucionales de 1830 tan solo como un elemento adjetivo. Había en aquella elite de patriotas ilustrados una expresión manifiesta de adhesión a la naciente institucionalidad que se inspiraba en los principios liberales que animaron la construcción de la república y su apelación al estamento social de los terratenientes y antiguos jefes militares buscaría asegurar tal construcción mediante la convocatoria al *constituency* social que soportaba al naciente proyecto republicano.

De allí que para el establecimiento conservador, apelando una vez más la denominación gilfortuliana, el “monagato” encarnase la peor de las expresiones de premodernidad política. El monagato habría de hacer frente a todo lo largo de su década de vigencia al complejo problema de gobernabilidad plantado por los reiterados intentos del paecismo por desplazarle del poder por la vía armada. Los

hechos del 24 de enero de 1848 fueron el detonante: ninguna duda cabía en cuanto al fondo de aquella política que no dudaría en recurrir a la fórmula del “autogolpe” para afianzarse por encima de toda institucionalidad orientada al control del ejercicio del poder. Es, en palabras de Antonio Arráiz, la apelación a “...la violencia armada para imponer la arbitrariedad” (Arráiz, 1991: 48).

Seis levantamientos armados mayores contabiliza Tomás Straka en su ensayo sobre las revoluciones, rebeliones y alzamientos registrados en la década de 1848 a 1858, con no menos de una docena más de hechos de armas de carácter menor entre los que destacan desde tentativas de invasión desde las Antillas y aún desde el territorio de Estados Unidos hasta alzamientos en localidades tan distantes entre sí como Valencia, Cumaná o La Grita⁹⁷. El brazo paecista está tras todo ello, y con él, los restos del viejo y extenuado procerato – desde Soublette hasta el geógrafo Codazzi- y aún civiles miembros de la elite ilustrada patriota, con Angel Quintero a la cabeza, urgido por restaurar aunque precariamente un mínimo de aquella institucionalidad primorepublicana humillada tras el paso al galope de las resentidas masas de orientales. La vinculación de los Monagas con el Partido Liberal, empeñosa empresa que sus dirigentes históricos siempre se propusieron, luce, *prima facie*, al menos un tanto forzada. Más allá de la natural gratitud que le guardara el primero de aquellos – Antonio Leocadio Guzmán- tras el salvador indulto del que fuera objeto en 1847, resulta un tanto exagerada la inclusión, sobre todo de José Tadeo, entre los fundadores del Gran Partido Liberal Venezolano. No nos zanjaremos aquí en un estudio pormenorizado de tal cuestión, pero si hemos de destacar que nada parece haber de “liberal” en los Monagas en el sentido al que nos referimos al abordar las biografías de personajes como Lander y el propio Guzmán, por ejemplo. Es así como hemos visto a José Gregorio Monagas insurgir en 1835 junto con los conjurados de la Revolución de las Reformas, siendo que la constitución de 1831 -habría escrito Tomas Lander- se tenía como “verdaderamente liberal”⁹⁸.

⁹⁷ Véase respectivamente: AGN, Secretaría de Interior y Justicia, años 1848-1858; y Arráiz, A (1991). Los días de la ira: las guerras civiles en Venezuela 1830-1903. Valencia: Vadell Hermanos Editores.

⁹⁸ El Fanal, No. 46, Caracas, 24 de abril de 1831.

José Tadeo Monagas fue expresión al menos de dos fuerzas circunstancialmente aliadas: por una parte, la del republicanismo clásico que perviviera en las elites militares surgidas tras la guerra de Independencia; por otra, las de la periferia rural depauperada, excluida de la órbita de los intereses del paecismo. Su *constituency* político no está en los restos del viejo mantuanaje que sustentó a Páez y a los “patriotas ilustrados”: está, antes bien, en una diversa grey de jefes rurales al frente de masas campesinas azotadas por el agiotismo y el marcado deterioro del entorno económico de la época. José Tadeo Monagas es la expresión de una Venezuela profunda inspirada en los valores marciales que les sembraran los años de la guerra y que carga ahora con furia sobre la agotada república inventada por aquellos comerciantes otrora acomodados encarando ahora sus propias ruinas.

“¡Orientales! La patria acaba de pronunciar el grito de reformas... ¡Soldados! Unión, reformas y denuedo y nuestra patria se salvará”⁹⁹ (En: Mendoza, A., 2009: 22).

La apelación del jefe oriental a sus adláteres al insurgir junto a los reformistas es clara: está dirigida no a la generalidad de los ciudadanos sino a sus camaradas “orientales” en tanto que hombres sobre las armas llamados a “salvar a la patria”. No es en las instituciones ilustradas y sus hombres donde se sustenta el discurso de poder de Monagas, sino en la masa arraigada a una localidad que fuera escenario principalísimo de la pasada guerra.

De modo que la filiación liberal de José Tadeo Monagas es materia aún sujeta a debate y estudio, lo que supera en mucho los alcances del presente ensayo. Cuidadoso juicio ha de merecernos también el estudio de los orígenes del Partido Liberal mismo, cuyos propagandistas vinculan a la historia política de José Tadeo Monagas. Tampoco acometemos tal tarea. Pero sea propicio destacar la muy plausible vinculación de tal hecho con el desgaste de la política paecista para 1847 y la sentida necesidad de generar alternativas viables¹⁰⁰.

⁹⁹ Proclama de Aragua de Barcelona, 15 de julio de 1835.

¹⁰⁰ Al respecto destaca la venezolana Alexandra Mendoza en el citado estudio sobre José Tadeo Monagas de 2009: “el nacimiento del Partido Liberal es la manifestación de una necesidad política que se expresa en la desafección al régimen establecido”(Mendoza, 2009: 30).

En todo caso, e independientemente de la valoración histórica que pueda hacerse del “monagato”, parece claro que ya a partir 1848 las viejas instituciones ilustradas estaban llamadas a su fin. Una guerra de consecuencias desastrosas sería el saldo tras la incapacidad de la elite de los patriotas ilustrados para diseñar un mecanismo de renovación política más allá de los hombres que habían hecho la Independencia. La apelación *in extremis* a un octogenario general Páez para el ejercicio de una dictadura que menos que eso, fue tiranía, marcó el final trágico de un establecimiento político imposibilitado para entender los signos de los nuevos tiempos.

Del naufragio de la ilustración patriota no se salvaría la institucionalidad sanitaria a ella debida. Si bien la política “juntista” perviviría incluso durante la guerra de 1859 a 1863, hemos destacado ya su marcado signo regional y, más aún, su práctica independencia de órgano competente alguno de alcance nacional. Pero mucho más allá de ello, es el discurso médico, son sus lenguajes los que se muestran agotados. El desamparo de las viejas instituciones médicas ilustradas – lo que no debe parangonarse con el amparo del monagato- se formaba una nueva mentalidad médica. Nos hemos referido ya al caso de Luis Daniel Beauperthuy, cuya trayectoria nunca se cruzó con la tradición ilustrada representada en la Facultad Médica y la Universidad de Caracas.

No abundan las expresiones de política en el campo sanitario que puedan marcarnos un perfil claro de la voluntad de Estado al respecto entre 1847 y 1858. De lo que sí hemos de dar cuenta es de la no poca documentación referida a importantes brotes epidémicos surgidos sobre todo a partir de 1846, en ocasión de la entrada al país, vía Oriente, del cólera morbus. Ante tales amenazas sanitarias, las administraciones bajo la égida de los Monagas solo pudieron oponer las modestas capacidades técnicas que aún residían en aquella misma institucionalidad sanitaria – las juntas provinciales- que sobreviviera a la caída del paecismo y que fuera en si misma herencia directa del Estado monárquico.

La situación de las finanzas públicas de entonces no daba para iniciativas distintas. En Barcelona lo mismo que en Barquisimeto, Yaritagua o Barinas, el

común denominador lo constituía la escasez de recursos tanto materiales como humanos para asistir mínimamente a los enfermos:

“ Repetidas veces se ha informado al Gobierno Supremo que no hay ningún fondo aplicado para hacer gastos necesarios, tanto para construir establecimientos en lugares convenientes para reclusión, como para suministrar a los pobres alimentos y medicinas para su curación..”¹⁰¹.

Así las cosas, al hombre común en situación de enfermedad solo le quedaba el recurso de la autoprovisión, en la medida de sus posibilidades, de ayuda sanitaria. Destaca Pino Iturrieta como la “procura de salvación a su manera” – ora apelando a empíricos ante la ausencia de médicos o a la caridad pública- terminó por convencer a los venezolanos de aquel tiempo de que la salud propia era, al fin y al cabo, “un asunto privado que usualmente termina mal” (Pino Iturrieta, 2001: 291-92). La salud como asunto privado. No merced de una extensión de los principios del *laissez faire*, *laissez passer* del liberalismo tanto que como resulta de un terrible juego entre las distintas prioridades de un estado aún en ciernes, de las que las derivadas de la administración de justicia y el mantenimiento de tropas resultaban las prioritarias.

Para mayor abundamiento, es necesario destacar la notable debilidad de aquellas precarias administraciones sanitarias. Cita Pino Iturrieta cierto oficio de 1849 en el que el remitente llama la atención acerca de la penosa situación de la asistencia en los hospitales de Guayana:

“No hay empleado que sirva para ver a los enfermos, dejándolos en soledad y robando sus enseres. Casi resulta mejor buscar los auxiliares en otra parte, porque parece no haber piedad aquí para los pobres a quien Dios ha mandado a guardar dolorosa cama” (En: Pino Iturrieta, E., 2001: 294).

De la calidad y tipo de reflexión científico-médica que veía luz en aquellos colegios nacionales son expresión Beauperthuy así como el curso de Medicina del Colegio de Cumaná. Luis Daniel Beauperthuy es designado profesor del mismo no por cuerpo académico alguno sino por el propio José Tadeo Monagas. Cumanés de

¹⁰¹ República de Venezuela, Gobierno Superior Político de la Provincia, No. 24, Barinas, 3 de marzo de 1856. AGN, T. DLXXX, f. 400.

origen francés, estudia Medicina en París y adquiere notable experiencia y reputación por sus actuaciones durante los hechos de violencia política desatada por la rebelión de Lafayette contra la restauración borbónica en 1830 y, sobre todo, tras la epidemia de cólera de 1832.

Proviene Beauperthuy de una familia de médicos y boticarios de alta escuela francesa, uno de cuyos miembros –su abuelo- sirviera en la corte de Luis XV. Su familia arriba a las costas cumanesas a principios del diecinueve proveniente de la Guadalupe francesa, estableciendo su padre un modesto establecimiento de farmacia en la localidad de Santa Rosa. Beauperthuy es un cumanés solo por accidente. Su formación y mentalidad son francesas. Beauperthuy se mantuvo cercano a los Monagas al punto de participar en las expediciones a las nuevas minas de oro de Yuruani, experiencia esta de la que derivarían notables observaciones científico-médicas que posteriormente habría de incorporación a su teoría insectil en torno a la fiebre amarilla.

En algún momento serviría a Francia como funcionario consular de Napoleón III en Cumaná, lo que sitúa a tan notable personaje como un referente cercano a dos poderes locales de intensa significación en el oriente venezolano de aquel entonces: el de los Monagas y el del capital francés que opera en la zona en torno a la actividad cacaotera.

Está documentado que en 1856; Beauperthuy remitió para conocimiento de la Academia de Ciencias de París sus observaciones sobre la etiología, epidemiología y tratamiento de la fiebre amarilla, con lo que por primera vez se objeta el hasta entonces inquebrantable paradigma miasmático al postularse una nueva teoría, la insectil o metaxénica, como fundamento epidemiológico de aquel mal. Es de destacarse que el mencionado reporte se produce más de cuatro décadas antes de los del cubano Finlay y precisamente el mismo año en que este se titulaba de médico en el Jefferson College de Filadelfia^{102 103}.

¹⁰² Finlay, Carlos (1833-1915). Médico y académico cubano. Sirvió como agente sanitario al servicio del gobierno colonial español en la isla. Al cese de la guerra hispano-estadounidense colaboraría en labores de saneamiento con las nuevas autoridades designadas por las fuerzas de ocupación, por lo que sus aplicaciones teóricas gozaron de notable estima en lo atinente a los aspectos sanitarios contenidos en la planificación de las obras de construcción del canal de Panamá en 1903 a cargo de

Puede postularse a Beuperthuy como el primer pensador biomédico venezolano inscrito en la corriente médica experimentalista que ya ofrecía posesionarse del discurso médico occidental. Su trayectoria científica destaca por la ausencia de Caracas y de su Universidad como hitos determinantes. Ciertamente es que la importante presencia del capital francés en los negocios cacaotero y cafetero de Río Caribe y Caripito, operando con notable autonomía respecto de los poderes centrales, es un factor a invocar en ello. Sin embargo, ello no niega la eclosión local de una vertiente de pensamiento médico de notable originalidad y fuerza, tanto como para poder reclamar documentadamente para Beuperthuy, tal y como lo demuestran los trabajos de Lemoine y Suárez, la autoría del descubrimiento del mecanismo de transmisión del agente causal de la fiebre amarilla por el *Aedes aegyptii* y otros artrópodos similares.

La teoría beuperthuyana constituye el primero y más definitivo desafío a la teoría miasmática, una de las bases del hasta entonces incontestado pensamiento médico ilustrado (Lemoine y Suárez, 1984:70). El “efecto Mateo” postulado por Robert Merton en 1968, supone la sobrevaloración del *stock* de conocimientos y del sistema de reconocimientos y recompensas sociales derivados de su aplicación de modo tal que la incorporación de nuevos referentes – más aún, de nuevos paradigmas- se dificulta en obsequio del *status quo*. Desde esa perspectiva, por ejemplo, la comunidad médico-académica venezolana, ilustrada en el núcleo duro de su paradigma, habría de resistir, aún en desmedro de su propio futuro, el avance de la nueva medicina de raíz experimentalista.

Resulta interesante examinar los fundamentos de la reacción anti-beuperthuyana generada lo mismo en Caracas que en París, cuyo epicentro

una nueva administración –estadounidense- tras el fracaso de la iniciativa francesa a cargo de Ferdinand de Lesseps. Cabe destacar que la sanidad estadounidense destacada en Panamá a tal fin fue la sanidad militar, a cuyo mando se habría de situar al médico y académico oriundo del estado de Alabama doctor William Crawford Gorgas, quien ostentaba el rango de general del ejército de EE UU.

¹⁰³El primer reporte conocido de los hallazgos de Finlay aparecieron publicados en una efímera revista médica en lengua castellana editada en Nueva Orleans por Rudolph Matas, médico de origen hispano quien fuera un referente académico principalísimo de la escuela médica de la Universidad de Tulane, donde se le tiene como el fundador de la moderna cirugía vascular. Dicho reporte data de 1881.

estaría, no casualmente, en las antiguas instituciones ilustradas. Lemoine y Suárez, estudiosas de la figura del médico cumanés, apelan planteamiento mertoniano para explicar la intensa oposición que las élites médicas ilustradas ejercieron sobre las tesis del cumanés. Según Merton, al ser examinadas las experiencias reportadas por eminentes científicos, es posible encontrar un patrón similar según el cual, los reconocimientos tienden a ser otorgados a científicos ya establecidos (Merton, 1968: 56-63). De donde se entiende que el *establishment* científico tienda a limitar el acceso a sus particulares sistemas de reconocimiento académico y social a potenciales aspirantes cuyas tesis entrañen alguna amenaza al paradigma tenido como vigente¹⁰⁴.

Similar debate teórico estaba vívido en la Europa de entonces. Es solo en 1861 cuando en Europa, la Universidad de Turín da cauce a la primera gran reforma de sus estudios médicos bajo el impulso de la teoría del metabolismo de Johannes Moleschott. Un desarrollo teórico cercano a la dialéctica de Feuerbach y contado entre las bases conceptuales del marxismo, el “metabolismo” de Moleschott encarna una concepción materialista del mundo de inequívoca raíz biologicista que parece sin embargo más afín a los postulados de la filosofía positiva de Augusto Comte que a los del materialismo de Feuerbach, emparentado con la filosofía idealista hegeliana, de modo que para Moleschott, “el cerebro secreta pensamientos del mismo modo como el hígado bilis”¹⁰⁵.

¹⁰⁴ Merton propone un ideal “sillón 41” para ilustrar el efecto perverso de tal sistema de exclusión ha surtido en el debate académico desde siempre. La imagen viene a propósito del bien conocido sistema de “sillones” que tan característico es la tradición académica francesa, cuyas corporaciones limitan el acceso a su seno a un determinado número de “individuos” electos por sus pares y a los que se les designa un “sillón”. La Academia Francesa ha limitado históricamente el número de “sillones” a cuarenta, por lo que la metáfora por Merton denominada “sillón 41” y sus “ocupantes” alude a aquellas figuras a quienes el *establishment* científico no permitiera acceso. Entre los científicos de obra destacada nunca electos como miembros de importantes corporaciones o sistemas de reconocimiento científico en su tiempo (i.e., el Premio Nobel en sus respectivas disciplinas) figuran referentes de la talla de Dimitri Mendeleev (destacado químico autor de la Tabla Periódica de los Elementos), Walter B. Cannon (fisiólogo creador de la teoría de la homeostasis), Ernest H. Starling (quien describiera la mecánica esencial del intercambio capilar), entre muchos otros. En el caso específicamente francés, es de destacar que referentes como Descartes, Pascal, Rousseau, Zola, Molière y Stendahl nunca fueron electos miembros de la Academia. Véase: Merton, *op.cit.*

¹⁰⁵ No nos cabe duda de la familiaridad y más que probable cercanía de Marx con el pensamiento de Moleschott, al que cita incluso en su correspondencia más íntima. Es así como en su copiosa correspondencia personal con la alemana Jenny von Westphalen fechada de 1843 durante su período londinense, escribiera: “en cambio, es el amor; mas no el amor de Feuerbach por la humanidad ni *el de Moleschott por el metabolismo*, ni siquiera el amor a la Humanidad, sino el amor por la bienamada, el amor por ti, el que permite a un hombre convertirse, nuevamente, en hombre”.

El patriotismo ilustrado privilegió al pensamiento médico de la Ilustración y en la persona de Vargas lo ensalzó al modo de una enseña nacional. Bajo su impulso fueron creadas instituciones de claro signo republicano – la Facultad Médica de Caracas-, si bien su operatividad se basó en la reivindicación de antiguas formas organizacionales monárquicas, como las juntas de sanidad y las medicaturas de ciudad. Es la fuerza institucionalizadora “goda” la que entroniza a Vargas como “padre de la Medicina venezolana”, la que le hace rector de la Universidad de Caracas contra la norma establecida en las constituciones universitarias de 1721 que impedía el ascenso de graduados en Medicina a dicha dignidad.

Es aquella “república decente” la que primero aboga por la acción sanitaria del Estado y por la incorporación del quehacer médico venezolano a las nuevas corrientes de pensamiento sanitario en boga por el mundo como expresión de una clara voluntad de superación de las limitadas prácticas heredadas de la tradición galénico-aristotélica. Con razón entonces en las distintas periodizaciones propuestas por los historiadores de la Medicina venezolana se suele identificar un período “vargasiano” en el proceso de gestación del pensamiento médico nacional cuya génesis ha de estar por siempre asociada a la del proyecto de construcción de una república liberal en Venezuela, de una “república de las letras” en franca apertura a los valores ilustrados.

El período transcurrido entre la caída del paecismo en 1848 y el cese de la guerra federal en 1863, podría parangonarse con el de una ruptura. Ruptura con respecto a la idea ilustrada de república con frecuencia en su acepción más clásica. Del carácter liberal de dicho proyecto republicano, al que Urbaneja se refiere como una constante, caben importantes dudas. El carácter censitario del voto, por citar alguno, es expresión de un talante estamental definitivamente reñido con los valores liberales de igualdad ante la ley. Tal fue la esencia de aquel proyecto republicano que finalmente hacía aguas ante la desaparición física de sus grandes mentores y, finalmente, ante la insurgencia de una periferia social sin espacio en él.

Sus grandes instituciones no se sostendrían. Acontecimientos como el “Asalto al Congreso” dan cuenta del talante reaccionario de aquella expresión política ligada

al mundo rural al que no podían pedirle adhesiones a formas políticas que consideraban extrañas a su particular modo-de-vida. La ruptura estaba planteada entre un orden inspirado en la idea ilustrada de una república clásica y otro muy distinto, de carácter premoderno y cuasifeudal. En el uno, la lealtad requerida era a la institucionalidad republicana; en el otro, al jefe rural. En ambos casos, el peso del “hombre fuerte” fue decisivo, solo que en el primero lo habría de ser a título de garante de aquel orden considerado aún precario en tanto que en el segundo su presencia estaría esencialmente al servicio de la natural adhesión carismática al “jefe” que a las sociedades políticamente menos evolucionadas caracteriza.

Esa misma ruptura tendría su expresión paralela en lo referente al discurso médico. Porque lo mismo que un paradigma político se vaciaba de contenido en Venezuela, lo propio acontecía a lo interno del paradigma médico que sobre aquél se instituyó. Las dos décadas que siguieron a la desaparición física de Vargas y al declinar progresivo de las instituciones médicas a las que diera renovada vida alrededor de la Facultad Médica de Caracas, son las mismas que antecieron a la introducción en nuestro medio del discurso positivista. Un discurso que, no casualmente, tuvo entre sus principalísimos promotores a miembros de las distintas comunidades médicas, muchos de los cuales habrían de encontrar en los nuevos personalismos surgidos tras la Revolución de Abril de 1873.

La pervivencia de un pensamiento médico original en la periferia venezolana tuvo otra expresión en el Occidente, específicamente en Maracaibo. La figura de Manuel Dagnino, referente principalísimo de la medicina en el Zulia, guarda parangones importantes con la de Beuperthuy en Oriente. Hijo de inmigrantes genoveses e italiano de nacimiento él mismo, Dagnino es, aunque doctorado en la Universidad Central en 1860, esencialmente un producto de la universidad europea. Dos estancias en su natal Génova – la segunda de ellas tras su extrañamiento del Zulia por Venancio Pulgar, liberal amarillo- hicieron posible su exposición a los ambientes académicos de la Italia del norte enfrascados en un proceso de reforma curricular inscrito en la crisis del paradigma médico ilustrado ante la creciente presión ejercida por los discursos materialistas de base experimental.

Dagnino ejerce y enseña en Caracas, llegando a ocupar el rectorado de la Universidad Central en 1911; sin embargo, su obra intelectual y médica se expresa en la periferia zuliana y se nutre esencialmente de la dinámica médica europea. No es, por tanto, un subsidiario directo de la tradición médica ilustrada caraqueña. Desde el punto de vista discursivo, Dagnino participa de la teoría miasmática. En su *Ensayo práctico sobre la fiebre amarilla*, editado en castellano en Génova en 1873, el autor sostiene que la misma es en esencia, una “fiebre de aclimatación”, a la que define como

“...una entidad patológica igual a la fiebre amarilla o vómito prieto de los autores, por más que difieran en muchos de los caracteres fisonómicos que dan a esta enfermedad los libros de ciencia” (Dagnino, M., 1873/1965: 53, T.I).

En tanto que “fiebre de aclimatación”, su incidencia se incrementa “cuando hay acumulo de personas no aclimatadas, como guarniciones forasteras o buques europeos no aclimatados” (Dagnino, 1965: 49-71).

Destacan en su discurso evidentes apelaciones a las variables ambientales, a las “acumulaciones del miasma venoso que hacen estallar la fiebre de aclimatación”. No conoce Dagnino los trabajos de Beauperthuy, apenas divulgados en una gacetilla cumanesa de improbable circulación en la lejana Maracaibo, pero cuyos textos casi veinte años antes habían podido llegar a París.

No es por ello Dagnino un miasmatacrista acrítico. Su apelación a la observación científica como proveedora de hechos susceptibles de análisis crítico queda expresada en la cita que de los *Aforismos* de Francis Bacon hace como epígrafe a su mencionado ensayo sobre la fiebre amarilla:

“El hombre, servidor e interprete de la naturaleza, no obra ni comprende sino en proporción de sus descubrimientos experimentales y racionales sobre las leyes de esta naturaleza y fuera de aquí él ni sabe ni puede más” (En: Dagnino, M., *op.cit.*).

La Medicina ilustrada extendía al límite sus derivas teóricas – el flegmatismo, el miasmatacrista y el vitalismo entre los primeros- un claro afán del viejo paradigma

mecanicista por enmarcar los nuevos problemas planteados por la práctica médica. Estaban aún por ser incorporados los avances fundamentados en la teoría microbiana de la enfermedad de Pasteur. Ciertamente que estamos a treinta años de la aparición del *Cours de philosophie positive* de Comte (1842), pero apenas a poco más de diez de la aparición en la precaria escena académica venezolana de Adolfo Ernst, referente principalísimo del positivo venezolano cuya obra está esencialmente vinculada al guzmancismo.

La medicina venezolana entre 1848 y 1857

Pero aquella orfandad resultaba ser más que política. La medicina ilustrada en tanto que paradigma de modernidad entraba en crisis ante el avance del conocimiento científico. Su capacidad para la incorporación de este a la praxis concreta se veía limitada, al límite de que, como los expresara Perera: “Poca diferencia se notaba entre la terapéutica de la época campiniana y la del período vargasiano. Ante el lecho del enfermo se confundían la vieja y la moderna escuela” Pero no era aquel panorama exclusivo de la realidad venezolana, en tanto que, como lo señala el mismo autor: “Era que ni siquiera en Europa se había operado hasta entonces ninguna reforma trascendente en el arte de curar dolencias y que todavía eran acatados, no solo con el respeto que deben merecer eternamente, sino como palabra viva del infalible maestro, los aforismos de Hipócrates” (Perera: 1951: 203).

El paradigma racional-mecanicista que tan propio fuera de la medicina ilustrada entraba en crisis en tanto que su capacidad para aprehender y dar marco a los problemas planteados por la práctica *vis a vis* el nuevo conocimiento aportado por las aún naciendo ciencias naturales. La razón por sí sola ya no era capaz de proveer al médico practicante de verdades inexorables, por lo que la temible duda era referida a la tradición más que milenaria del galeno-aristotelismo representada en la abusiva apelación a la autoridad como árbitro de las cuestiones propias del ejercicio clínico: es el *magíster dixit* con el que se daba término a debates condenados al más puro sofismo ante la carencia de mejores elementos de juicio.

Parece claro que la Universidad de Caracas y su Facultad Médica perdieron mucho del impulso inicial provisto por la república, sobre todo tras la desaparición de Vargas en 1853. El venezolano Idelfonso Leal identifica las dos décadas entre 1849 y 1869 como las del “estancamiento” de la vida universitaria y atribuye tal decadencia a la pérdida de los dos “conquistas” consagradas en los estatutos republicanos de 1827: la autonomía y el patrimonio universitario. En efecto, el capital humano y social construido bajo los auspicios de los personalismos institucionalizadores de Bolívar y Páez habría de mermar ante el avance de políticas orientadas a la alineación forzosa de la Universidad al poder del monagato.

Al respecto, se lee en el decreto de José Tadeo Monagas del 7 de mayo de 1849 que

“También podrá el Ejecutivo remover de sus cátedras a los catedráticos desafectos al Gobierno” (En: Leal, I., 1981: 159).

La descapitalización de la Universidad en términos financieros, factor clave en su decadencia, cabe inscribirla en el contexto del deterioro progresivo de la economía agraria de base esclavista, siendo la Universidad –paradójicamente- una de las primeras organizaciones venezolanas en experimentarla. La expropiación de las antiguas propiedades de las haciendas de Chuao y Catia, precedida por su precaria productividad merced de la escasez de mano de obra esclava ya había supuesto una notable merma de las finanzas institucionales al punto de hacerla prácticamente inviable.

El impacto de tal coyuntura en el nivel de cultivo del pensamiento médico no podía ser más notable. El estado de la enseñanza y práctica de la medicina al cese de la Guerra Federal era demostrativo de la extenuación del paradigma médico ilustrado lo mismo que de las instituciones de él heredadas. Al respecto señala el académico Francisco Antonio Rísquez (Rísquez, 1918:79):

“Sus mismas cátedras, con los solos cambios que la muerte o los azares de la política habían introducido en el personal de sus profesores; los antiguos hospitales...los

mismos textos en que era costumbre enseñar a los alumnos las páginas que debían estudiar y traer aprendidas a las clases...”.

La ilustración médica venezolana, lo mismo la monárquica que la republicana, protegió con celo sus *stocks* de conocimientos y sus referentes académicos ante los cambios políticos del entorno. Si la medicina escolástica fue refractaria al avance del nuevo paradigma racional-mecanicista, este lo habría de ser, a su vez, frente al del experimentalismo médico. La dinámica de oposición-sustitución de paradigmas en la ciencia no opera de modo lineal ni necesariamente secuencial. Las discronías entre distintos paradigmas científicos habrían de marcar la dinámica de la producción y aplicación del conocimiento médico desde mediados del diecinueve hasta la definitiva vindicación de la medicina experimental en el primer tercio del veinte, ello en virtud no tanto de su fortaleza epistemológica como por la verificación práctica de sus resultados.

En Venezuela, dicha discronía se habría de expresar en lo mismo en el discurso médico que en la praxis sanitaria, en torno a la cual coincidían lo mismo expresiones de la vieja galénica como elementos propios del pensamiento médico ilustrado. Entre 1830 y 1870, en torno a la Universidad de Caracas coincidieron lo mismo las tesis ilustradas de la medicina campiniana como sus derivas vitalistas representadas en el pensamiento vargasiano que las tesis más radicalmente organicistas, como las de Michelena, se debatieron las teorías de Broussais sobre las inflamaciones –por él llamadas *flegmasias*- defendidas con denuedo por referentes de la talla de Benítez o la novísima teoría homeopática de desarrollada por Samuel Hanneman en Alemania y que tuviera en Porras a su principal referente venezolano.

Tan copiosa coincidencia de enfoques teóricos era propia de la crisis misma del paradigma mecánico-racionalista que tan propio fuera de la medicina ilustrada, la que sin embargo, habría de guardar sus fueros al límite mismo de lo reaccionario. Un nuevo discurso médico se hacía un hueco en el quehacer sanitario y sus expresiones más notables no giraron en torno a la Facultad Médica ni a Caracas. En Cumaná, en Maracaibo, importantes hitos sanitarios surgían casi al margen de una medicina oficial condenada a correr la suerte de sus desbancados mentores políticos

y que se mostrara indiferente, cuando no animadversa, ante las contribuciones de significancia que se estuvieran generando fuera de su seno.

Naturalmente, la pervivencia del *status quo* científico en medio de la incertidumbre que marcara un tiempo de *turning points* puede explicarse a partir de la teoría mertoniana contenida en el llamado “efecto Mateo” y del que podemos decir constituye en si mismo un factor de conservadurismo predispuesto al conflicto interparadigmas.

Un nuevo quehacer médico más allá de Caracas

Como se señalara antes, entre 1852 y 1858 se abrieron cursos de Medicina en los colegios nacionales de Cumaná, Valencia, Maracaibo y Guayana, constituyendose así en las únicas instituciones distintas a las universidades de Caracas y Mérida facultadas para titular médicos. La Facultad de Medicina de Caracas experimentaba un declinar no extrañamente coincidente con la crisis del momento político que le diera vida. Al respecto disertaría Elías Toro:

“Sus mismas cátedras, con los solos cambios que la muerte o los azares de la política habían introducido en el personal de sus profesores; los antiguos hospitales...los mismos textos en que era costumbre enseñar a los alumnos las páginas que debían estudiar y traer aprendidas a las clases; los mismos procedimientos de exámen, sin otra diferencia que la de haber perdido los grados aquella antigua solemnidad, con sus mucetas y sus borlas, los bedeles con sus porras de plata y las simponentes ceremonias bajo las bóvedas de San Francisco”(En: Leal, I., op.cit: 183).

Ciertamente, la gran reforma universitaria emprendida por la República tenido en el patriotismo ilustrado y sus elites políticas el poderoso acicate del que comenzaría a carecer tras el fin del paecismo. La Universidad de Caracas- ese “nido de godos”, como la llamara alguna vez Guzmán Blanco- había devenido de una institución monárquica en otra poderosamente asociada al patriotismo ilustrado y, sobre todo, a la figura de Vargas. No sorprende que en el postpaecismo su influencia se haya visto mermada a favor de nuevos referentes creados a partir de instituciones también creadas por el paecismo, pero más atentas a las realidades de

la periferia venezolana crecientemente enfrentada a los factores de poder del centro del país.

La tensión centro-periferia había cedido notablemente en favor del primero de tales factores durante la egida paecista. Venezuela era Valencia o, en todo caso, el centro del país, donde se encontrare Páez. Muy distantes de la dinámica del poder formal se podían considerar las ciudades del oriente, el occidente, los Andes o el sur venezolanos. El general llanero, constituido en el *defensor pacis* de la nueva república, serviría de garante, entre otros, al gran proyecto ilustrado tras la iniciativa vargasiana de 1827, todavía bajo el auspicio bolivariano. Pero en su ausencia, las fuerzas centrífugas de los personalismos locales habrían de privar por sobre las centrípetas, de modo tal que el peso de las regiones se haría sentir con frecuencia por sobre el del centro del poder nacional.

Dotadas de una cierta capacidad autogestora, las regiones venezolanas pudieron organizar y sostener centros de enseñanza de nivel superior capaces de ofertar *pensa* coducentes a titulaciones profesionales, la médica entre ellas.

Los referidos casos de Beauperthuy en Cumaná y Dagnino en Maracaibo son ilustrativos en tal sentido. Se trata de referentes médicos con características comunes en cuanto a su origen, localización y adscripción académica. Ambos provienen de la inmigración europea sin vinculación con las elites del patriciado venezolano. En ambos casos, son referentes anclados en provincias lejanas y relativamente autónomas respecto del centro del país, de Caracas, con los que la relación fue – aunque en el caso de Dagnino no tan notoriamente- más o menos circunstancial y en cuyas respectivas formaciones privaría la impronta de la dinámica académica europea, para entones ebullente ante el inexorable fenómeno del desarrollo de las ciencias naturales.

No fueron, en todo caso, hijos intelectuales de la universidad venezolana. Ambos reportan sus hallazgos y disquisiciones científicas en órganos de la provincia que, con frecuencia –caso de la *Gaceta de Cumaná*- no se eran en sí mismas publicaciones profesionales y en lo que respecta al ejercicio profesional, ambos fueron esencialmente ajenos a la Facultad Médica de Caracas. Sus respectivas

obras son productos de esfuerzos de investigación ejercidos en sus propias regiones de origen, sin apoyos o referencias a las elites médicas caraqueñas y su difusión más significativa vino de la mano de ediciones extranjeras.

La medicina ilustrada se descapitalizó notablemente en términos humanos sobre todo tras el exilio y posterior muerte de Vargas, eventos coincidentes con el ocaso del republicanismo ilustrado. No puede decirse que las nuevas referencias médicas surgidas a partir de la ruptura paradigmática a la que hemos aludido hayan venido de la mano de la reacción representada por los Monagas; muy por el contrario, surgieron a pesar de ella. No se nos escapan las deferencias de José Gregorio Monagas para con Beuperthuy, lo que sin embargo no permite en ningún caso suponer que la obra del médico cumánés sea expresión de una especial política promovida por este o su parentela.

Beuperthuy y Dagnino surgen como expresiones científicas de provincias geográfica y espiritualmente alejadas de Caracas que pudieron, pese a las naturales adversidades dadas por el sitio y momento, generar reflexiones médicas superiores a las de sus pares caraqueños, centrados éstos como estaban en la preservación de sus *stocks* de conocimiento así como de los réditos debidos a su aplicación.

Desde el punto de vista paradigmático, son reflexiones enmarcadas en la crisis misma de la medicina ilustrada pero que aún no encuentran la nueva episteme que la sustituya. No fueron, *strictu senso*, pensadores positivistas. Pero en sus investigaciones supieron anteponer el peso de la evidencia de la heurística provista por los pensamientos sistematizados. En ellos, la empiria gana sobre los productos de la razón pura. La observación de los hechos y su ponderación supera a los mandatos apriorísticos de las elucubraciones. No son hombres formados en la nueva ciencia experimental; más aún, en la revisión de sus respectivas bibliografías no es posible ni tan siquiera identificar alguna referencia alineada con la filosofía de Comte. Pero lejos están de ser tributarios acrílicos de la tradición ilustrada, sin que por ello se declaren siempre sus adversarios.

Venezuela se adentra en terrenos de creciente inestabilidad política que la arrastraran a un nuevo y devastador ciclo de guerras civiles, hasta que el comando

de Juan Vicente Gómez destruyese el último reducto de los viejos jefes locales – el de Arévalo Cedeño en Guayana- en 1903, tras la llamada batalla de Ciudad Bolívar. Tiempo durante el cual un nuevo credo filosófico habría de sustituir al ilustrado: el credo de los positivistas. La seducción de la llamada “ciencia positiva” será definitiva en la formación de la nueva mentalidad médica venezolana, de sus discursos más sustantivos y de las expresiones sanitario-institucionales a las que dieran origen.

Una nueva medicina que se sostendrá sobre un nuevo paradigma científico y que contará, como se verá, con el respaldo expreso de los nuevos caudillos, ninguno de los cuales provendría ya de la desaparecida generación de los llamados “padres de la Patria”.

El proceso de logización del discurso médico estaba aún por experimentar su más intensa etapa de transformación tras los casi cinco siglos que siguieron a la edición de la *Fabrica* de Vesalio. Por otro lado, el proyecto de construcción de la república liberal, en el sentido de Urbaneja, arribaba a un período de inflexión respecto de la tradición ilustrada y sus instituciones políticas, las sanitarias incluidas. Posterior a la guerra de 1859-1863 veremos arribar un tiempo político distinto cuyo asiento estará no sobre la fuerza de la razón ilustrada sino que, como lo veremos, sobre la pretendidamente inexorable verdad provista por el nuevo paradigma de la “filosofía positiva”. Venezuela dejaba atrás el tiempo de los próceres y su proyecto ilustrado. No indoloramente, una generación de hombres adherentes a un pensamiento distinto habría de instalar un nuevo “evangelio” político que habría de tener en el positivismo su acicate teórico más robusto.

Capítulo VI

La nueva luz de los positivistas

“La enfermedad y la muerte no son más que una dislocación o una perturbación de este mecanismo que regula la llegada de los excitantes vitales para hacer contacto con los elementos orgánicos...En una palabra, los fenómenos vitales no son más que los resultados del contacto de los elementos orgánicos del cuerpo con el medio interior fisiológico; este es el pivote de toda la Medicina Experimental”

Claude Bernard. *Introducción al estudio de la Medicina Experimental*

Bien entrada la segunda mitad del diecinueve, los pensadores iberoamericanos se aferraron al positivismo casi con desesperación ante la inminencia del naufragio de las ilustraciones europeas: “la América practica lo que piensa la Europa”, sostenía Juan Bautista Alberdi. Incluso desde bastante antes, la invitación a la construcción de un nuevo pensamiento de signo eminentemente americano, sin ataduras con el paradigma ilustrado español y que diera cuenta de una nueva Independencia incluso superior a la que políticamente había sido ganada años antes por la vía de las armas, era preconizada por aquellos precursores de un esfuerzo intelectual sin precedentes realizado desde este otro lado del Atlántico.

El nuevo paradigma de la “filosofía positiva” les estaba proveyendo del andamiaje epistemológico para ello. Iberoamérica, señala el mexicano Leopoldo Zea, se aferró así al positivismo como vía preferida hacia la construcción de un pensamiento pretendidamente original (Zea, 1976: XXI). La expresión de dicho paradigma no habría de ser, en ningún caso, uniforme. Surgirán vertientes de corte etnocéntrico y sesgo socialista, como la de Arguedas en el Perú, así como otras de inspiración francamente spengleriana, como la expresada por Vasconcelos en México en su idea de la llamada “raza cósmica”.

Pero aquella ruptura con la idea ilustrada no sería en modo alguno abrupta. Los primeros años de la república en Venezuela dieron cuenta de los esfuerzos de un estamento específico –el de los “patriotas ilustrados”- para construir una república

de carácter liberal en la que, en clara contradicción de los principios más básicos del liberalismo, solo los propietarios podían acceder a la condición de ciudadanos. A tal fin, como lo señala Carole Leal Curiel, las nuevas elites republicanas apelaron a una idea del orden “en el sentido legal-constitucional (defensa y preservación de la Constitución), el que a veces se solapa con el de orden público (conmociones internas) y en el sentido estricto de orden público (vagos y malentrenidos)” (Leal Curiel, 1991: 11).

En síntesis, se referían a una idea de orden apegado a una cierta institucionalidad. Ello supuso un importante deslinde de la idea de orden “origen divino, revelado” propia de la Monarquía Católica. Pero, como hemos dicho, la década entre 1848 y 1858 marcó el fin de dicho proyecto, con el que habrán de fenecer, progresivamente, sus paradigmas de pensamiento. La nueva “filosofía positiva” sería la llamada a llenar tamaño vacío.

Las luces de las ilustraciones europeas que habían alcanzado a América y que en Venezuela no carecieron de esplendor propio, se iban apagando ya para mediados del diecinueve. La nueva realidad política inmediata a la Independencia quiso hacer suyos los argumentos ilustrados heredados de los tiempos monárquicos, con el solo resultado de la sustitución de un estamento por otro en la cima de un orden social pretendidamente nuevo, pero que en mucho reproducía a aquel con el que supuestamente se había roto. La cuestión planteada para los iberoamericanos tiene que ver con el postergado pero indefectible enfrentamiento con la nueva realidad posterior a la Independencia (Zea, 1976: XXXI)¹⁰⁶.

De allí entonces que, siguiendo el argumento del mexicano, pueda apreciarse el vigor con el que se difundiera aquella nueva doctrina, lo mismo entre sus elites intelectuales que políticas. El positivismo renovaba la oferta de un mundo ordenado

¹⁰⁶ Señala al respecto Leopoldo Zea: “...será la realidad a la que se enfrenten al encontrarse inconformes con ella. Una realidad que ha de ser, no solo transformada, sino de ser posible cambiada por otra distinta. La adopción de la filosofía positiva será expresión de ese intento. Se adopta, precisamente la filosofía que se considera ha dado origen al mundo del que quisieran formar parte”.

a la razón; ya no a la razón especulativa, sino que a aquella avalada por la verdad experimental¹⁰⁷.

Se tiene en el naturalista alemán asentado en Caracas Adolfo Ernst al primero de sus promotores en nuestro medio; sin embargo, ha sido el médico caraqueño Rafael Villavicencio el más destacado referente de aquella por Fernández Heres llamada “generación de hombres-ruptura” que surge tras el cese de la guerra de 1859-1863 y se abraza a una nueva episteme: la de la ciencia experimental (Hernández Heres, 1989: 3). El estudio del discurso de Villavicencio en la Universidad Central del 8 de diciembre de 1886 devela tres claves fundamentales para la comprensión del nuevo paradigma encarnado en el discurso positivista del decimonono venezolano. En primer término, destaca la cuestión del deslinde al que estábamos llamados respecto de nuestra heredada tradición ilustrada europea, convencido como estaba de la inexorabilidad del destino americano en lo atinente a la construcción de un nuevo pensamiento libre de los prejuicios y lastres de aquél.

En tal sentido, destaca Villavicencio:

“América, jóvenes, está llamada a grandes destinos en el porvenir de la humanidad, y sois vosotros del número de los obreros que han de realizar tan magna obra” (Villavicencio, R. En: Pensamiento Positivista Latinoamericano, TI, 1980: 406).

En segundo lugar, Villavicencio diserta sobre la debilidad intrínsecamente inherente a la razón especulativa sin base experimental. De la metafísica refiere que:

“agitando eternamente las mismas cuestiones sin hallarles jamás una solución que obtenga el asentimiento de todos los espíritus, porque sus principios son indemostrables, como que están fuera de la experiencia.....surgen después las doctrinas de Descartes, de Spinoza, de Locke y de Condillac, la crítica de Kant, las especulaciones de Fichte, de Schelling y de Hegel ¡Tantas doctrinas disputando sobre

¹⁰⁷ “El positivismo en sus diversas expresiones llegaría a los latinoamericanos empeñados en construir una historia que pudiesen llamar propia. Una historia que encontraría en el positivismo la justificación del empeño para el cambio, que se pretendía total, de las estructuras que les habían sido impuestas” (Zea, citado por Martín Fiorino, 3).

la base misma de sus concepciones! Construcciones nuevas que se levantan sobre las ruinas de las antiguas” (Villavicencio, R. *ibidem*, p. 399).

Finalmente, Villavicencio apela a dos nuevas razones como bases para la construcción de aquel nuevo mundo que prometía llegar de prohijado por un nuevo orden distinto del ilustrado y que se habrían de constituir en el *motto* del nuevo credo positivista: el orden y el progreso. Diserta Villavicencio:

“La sociedad tiene dos necesidades igualmente imperiosas. El orden y el progreso; es uno tan anárquico cuando pone trabas al progreso como cuando perturba el orden” (En: Fernández Herez, R., 1989: 140).

La idea del progreso se asocia en Villavicencio a la de perfectibilidad. Así lo expresa en el editorial correspondiente al primer número de *El Amigo del Progreso*, efímera publicación científico-literaria que fundara con Teófilo Rodríguez en 1865 (Fernández Heres, 1989: 52). El progreso, en tanto que materialización reiterada de las promesas del mundo ordenado a la razón que propusiera tres siglos antes el pensamiento racionalista, se proponía en adelante como una suerte de credo paralelo – Villavicencio era un católico ferviente- si bien no siempre en armonía con la doctrina de la Iglesia. Temas específicos, como el del debate entre evolucionismo y darwinismo darán cuenta de tales tensiones.

Para Villavicencio, las fuerzas actuantes en el seno de la sociedad son comparables a las demás fuerzas naturales. Juzgamos este aspecto como clave en la comprensión del carácter que ha de cobrar la episteme positivista en tanto que totalizadora de las más poderosas fuentes de reflexión acerca de la realidad venezolana surgidas tras la debacle del pensamiento ilustrado; pensamiento este que en su día, desde fines del dieciocho, lograra ejercer el mismo papel entre las elites mantuanas que eventualmente guiarían la Independencia. Diserta Villavicencio en otro de sus discursos en la Universidad Central, este en 1869:

“Las fuerzas inherentes a la sociedad participan del carácter de las demás fuerzas sociales, ellas son inexorables y el que emprenda alguna acción contra ellas solo

obtiene lamentables consecuencias para sí mismo y para el cuerpo social...” (En: Fernández Herez, R., 1989: 143).

El mundo de las cuestiones inherentes a lo social y lo político se nos ofrece ahora como parte y expresión del mundo de la *physis*, cuyas realidades han de ser, en tanto que fácticas, objeto del estudio y la comprensión científica a fin de resolver las cuestiones que de ellas se deriven. Cierra Villavicencio su juicio aseverando que “...la intervención humana no es útil sino bajo la condición de la ley” (idem).

El diecinueve venezolano se aproxima así a un nuevo concepto de orden que no habrá de ser más aquel de tipo legal-constitucional anteriormente referido. Pareciéramos aproximarnos a uno de nuevo tipo; un orden basado en lo fáctico, expresado en políticas materializables; un orden cuyas instituciones alineadas con el nuevo ideal marcado por el progreso, la última de las promesas que la razón estaba haciendo al hombre de entonces. Una promesa fundada en la esperanza de un mañana que siempre habría de ser, necesariamente, mejor que aquél caótico hoy. Esperanza que vendría de la mano ya no de la fe religiosa o de la adhesión a aquellas formas institucionales que las ilustraciones ofrecieran, sino que más bien la de los nuevos referentes políticos generacional y espiritualmente desvinculados de aquellos que integraron a la elite patriota de 1830.

Diserta Juan Bautista Castro al respecto:

“Entonces, como producto de aquel trabajo lento, pero que tuvo resultado efectivo en contra de la influencia católica, surgió un hombre que personificó todas las ideas formuladas en aquella secreta y larga elaboración; y que con voluntad y energía de espíritu poco comunes, se propuso realizarlas en su patria...Ese hombre fue el general Guzmán Blanco” (En: Fernández Herez, R., 1989: 12).

Las elites políticas e intelectuales surgidas tras el fin de la guerra de 1859-1863 volvían su mirada a Europa; pero ya no a España o Inglaterra, sino que a Francia. Lo francés –tenido quizás como la quintaesencia de lo antiespañol- se convertía ahora en el modelo a seguir. La Europa ofrecía un nuevo paradigma de pensamiento sembrado en la tradición de continental – y por ende ajeno a las islas

británicas- que al tiempo aparecía lo suficientemente lejano de los idealismos propios del pensamiento romántico.

Francia se constituía de nuevo en el faro del mundo a partir de una filosofía distinta a la de los antiguos racionalistas: la filosofía del progreso. Por lo que resultó natural el que se constituyera en el polo natural al que fueran atraídos los referentes del nuevo establecimiento intelectual iberoamericano, el venezolano incluido. Al respecto protestaba, desde la perspectiva católico-conservadora, José Manuel Núñez Ponte:

“Los jóvenes que iban a buscar luces en aquel emporio, tan justamente llamado *cerebro del Universo*, venían cambiados de redondo en su fe, con tinieblas en la mente, perdida la fijeza de sus principios; renegando de Dios, como si la acción y la Providencia suya estuviese más en las gestiones de la Ciencia, en el rodar de la vida, en el movimiento de la Historia. El librepensamiento y las teorías positivistas vinieron a ser consignadas del tiempo en la mesnada estudiantil, o mas bien, moda petulante y alardosa que daba pábulo al orgullo y la vanidad...” (En: Yaber, M., 2004: 40).

Aquel momento político

El federalismo en Venezuela, señala Urbaneja, fue sobre todo liberalismo radical (Urbaneja 2004: 72). La bandera federal supuso apenas una consigna de ocasión para legitimar la rebelión contra el status quo que tras la Independencia constituyera aquel mismo estamento criollo que la había hecho años antes en el supremo nombre de la libertad. Hay en sus proclamas y arengas mucho de resentimiento. Resentimiento fundado en lo económico lo mismo que en lo cárnico. No ha sido esta una fuerza menor, si bien la historiografía venezolana no solió considerarla entre las grandes causas motoras tras nuestros procesos políticos sino solo recientemente y a la luz de algunos aspectos de la actual coyuntura política que antes que al historiador parecen haber ocupado antes al psicólogo social ¹⁰⁸.

¹⁰⁸ García-Pelayo, en sus notas sobre *El Resentimiento* de Max Scheler de 1915, señala que “el resentimiento es la constante vivencia de una humillación que no solo no se ha olvidado intelectualmente, sino que es constantemente revivida, vuelta permanentemente a sentir, resentida...un odio impotente hacia aquello que se admira o se estima pero que no se puede ser o no se puede poseer”. Véase el estudio al texto de Scheler por Manuel García-Pelayo titulado *Notas*

Como resulta de todo ello, la Venezuela que emerge tras la guerra de 1859-1863 es, sobre todo, una Venezuela rota, desarticulada y en no pocos sentidos casi materialmente inviable. Un nuevo caudillo ha surgido tras la depuración de aquellos liderazgos rurales incapaces de contener y conducir las fuerzas sociales desatadas bajo el signo de la tempestad social¹⁰⁹: se trata de un jefe caraqueño, de un graduado universitario, sin asidero en la antigua aristocracia de la tierra al tiempo que ajeno al poder fáctico de los jefezuelos rurales que habían hecho la guerra bajo el mando de Zamora.

Antonio Guzmán Blanco se impone sobre los caudillos rurales a través de lo que Urbaneja denomina “red de lealtades” sustentadas en dos factores, al menos uno de los cuales continúa aún formalmente vigente: el reconocimiento institucional al poder del jefe local en la figura de la presidencia de Estado y la transferencia de renta a través de situado constitucional. Guzmán se empinaba así como el “caudillo de caudillos” capaz de contener las fuerzas de la anomia que se imponía tras una devastadora guerra de casi un lustro que sucedía a otra de más de cuatro.

El gran argumento movilizador de las últimas fuerzas sociales aún en pie no habría de ser más el político-ideológico; como lo señala Urbaneja, en lo sucesivo habrá de ser el argumento económico el núcleo duro alrededor del cual, la nueva elite política triunfante habrá de construir el discurso que la legitime y justifique (Urbaneja, 2004: 86).

Guzmán Blanco, lo mismo que su padre, parece entender la fuerza telúrica encarnada en el resentimiento y desde tal comprensión acciona. Hace suyo el

sobre el resentimiento como actitud psico-política que prologa la edición del ensayo del autor alemán publicado por la Fundación Manuel García-Pelayo en 2004.

¹⁰⁹Rezaba la letra del denominado *Himno de las tropas federales*, de autor desconocido:

“Oligarcas, Temblad Viva la Libertad!

La espada redentora del General Falcón confunde al enemigo de la revolución

Oligarcas, Temblad Viva la Libertad!

Las tropas de Zamora al toque del clarín derrotan las brigadas del godo malandrín

Oligarcas, Temblad Viva la Libertad!

Quisiera ver un cura colgado de un farol y miles de monjas con las tripas al sol

Oligarcas, Temblad Viva la Libertad

Yo quiero ver un godo colgado de un farol y miles de oligarcas con las tripas al sol

Oligarcas, Temblad Viva la Libertad!”

Véase la letra de este himno, por ejemplo, en: http://www.auyantepui.com/historia/him_fed.html.

exhorto al “terror a la oligarquía” derrotada y jura su exterminio no solo como fuerza política, sino como expresión social del antiguo estamento mantuano. Ramón Díaz Sánchez, en su memorable biografía de los Guzmán, cita al segundo de ellos:

“Dividida Venezuela desde 1840 en dos partidos: el uno pugnando por la libertad; el otro armado con la autoridad; este heredero de la Colonia; aquel, hijo de la República; el primero, que marcha al porvenir; el segundo, que se aferra al pasado; entre el oligarca y el liberal ha existido siempre una distancia...”(En: Díaz Sánchez, R., 1975: 194, TI).

“Oligarca y propietario hasta entonces habían sido sinónimos”, sostenía Guzmán Blanco. La asimilación de “lo godo” con el pasado a desterrar es una de las claves de una política que, como se verá, tenderá a favorecer al capital financiero por sobre el poder de la vieja aristocracia de la tierra. Decir propietario es decir godo, oligarca. Todo lo contrario a ello es tenido como expresión de “lo liberal”.

Como hemos dicho, siguiendo a Urbaneja, no hay ninguna evidencia de que el nuevo orden de los “liberales de Antonio” se planteara cambiar radicalmente los esquemas de propiedad de la tierra previos a la guerra de 1859-1863 que animarían la consigna de “tierra y hombres libres”. El problema del guzmancismo era otro: poner a Venezuela en el mapa del emergente capitalismo mundial, lo que suponía desplazar a la antigua hegemonía agraria heredera de los grandes hidalgos sustituyéndola por un nuevo establecimiento constituido por una burguesía comercial y urbana aliada al capital foráneo y, en general, a la economía financiera¹¹⁰.

Hacer materialmente viable a Venezuela e insertarla en los mercados internacionales se constituye en el foco de los esfuerzos de aquel tiempo. Como también lo señala Urbaneja, el viejo sueño ilustrado de construir una república liberal que animó a las elites patriotas de los primeros años de la Independencia, había sido dejado de lado (Urbaneja, 2004: 87). El debate, en lo sucesivo, se centrará en temáticas tan diversas como la construcción de redes ferroviarias, el “ensanche”

¹¹⁰ Aquí es notable el cambio radical de la política de los Guzmán: Antonio Leocadio trató de vincularse al viejo mantuanaje casando con una sobrina de Bolívar perteneciente a la familia Blanco.

urbano de Caracas, la limitación al poder eclesiástico o la garantía de un grado de instrucción mínima para los ciudadanos venezolanos. Los viejos debates en torno al federalismo *vis-a-vis* el centralismo o las cuestiones en torno a la sucesión presidencial pasaban a un plano secundario ante la avasallante nueva agenda que imponía un caudillo sin vinculaciones con aquellos valores propios del patriotismo ilustrado.

“La patria comienza en abril”, señaló Díaz Sánchez en su severa crítica al guzmancismo (Díaz Sánchez, R., 1975, T.II: 181). Guzmán Blanco, sin los fardos de los viejos títulos de la aristocracia ni con los activos políticos del patriotismo ilustrado, encarnó un proyecto político para el cual el viejo sueño venezolano de la construcción de una república liberal dejaba de tener la preminencia que había tenido para la generación anterior. Se rompe con el pasado de glorias y se convoca a las nuevas elites a un esfuerzo modernizador centrado en la cuestión económica. No debe ello hacernos suponer que lo político se ha de abandonar; se trata, antes bien, de un replanteamiento de lo político, que en lo sucesivo habrá de tener una menor expresión por la vía militar para dar paso a un nuevo tipo de referente: el político ciudadano, “de salón”, que no ostenta grado militar alguno y que representa intereses ajenos a aquellos propios de la “república decente” derrotada política y militarmente en la guerra de 1859-1863 pero, sobre todo, tras la Revolución de Abril.

La cuestión económica

La definitiva apuesta del guzmancismo por la inserción del país en la economía mundial se materializaría en políticas de Estado de corte moderno, en las que destacarían las de carácter monetario, fiscal y financiero. En lo monetario, asistimos la creación de la divisa nacional— el bolívar— en un intento por unificar los mecanismos de emisión de moneda, el cual permanecería aún parcialmente en manos de privados hasta bien entrado el siglo veinte. En lo fiscal, Guzmán ha sido capaz, apenas en los dos primeros años del Septenio, de organizar las cuentas nacionales, equilibrar los presupuestos públicos y ordenar un gasto público que se orienta a la inversión en bienes de capital.

Se acometen así importantes obras en materia de infraestructuras públicas y se contiene la expansión del gasto corriente. Pero es en el campo de lo financiero en el que Guzmán despliega su mayor capacidad ejecutiva. Y lo hace apelando al crédito externo, tomando ventaja de la expansión del capital mundial que caracterizó a la segunda mitad del diecinueve. Capitales franceses, británicos y alemanes fluyen a un país materialmente destruido y crónicamente subfinanciado con apremiantes necesidades de recursos para la ejecución de inversiones de gran envergadura. La figura del empréstito se constituye en una constante durante el guzmancismo, sirviendo de apalancamiento para la financiación de un proyecto que, mucho más que económico, no ocultaba sus pretensiones modernizadoras:

“Para que la Revolución Federal, que cuenta con veinticinco años de lucha, pueda justificarse ante la posteridad y la historia, tiene que consolidar una situación de eterna paz, de incuestionable libertad, *de orden perfecto y de un progreso material tan general, tan rápido y tan constantemente reproductivo*, que en cuatro o cinco décadas represente Venezuela en la escena del mundo un papel semejante al que hace cuarenta años representaban los Estados Unidos del Norte” (En: Díaz Sánchez, R., op.cit.: 193, T.II)

La construcción de un “orden perfecto” y de un “progreso material tan general, tan rápido y tan constantemente reproductivo” se convierte en la nueva consigna nacional por sobre las proclamas patrióticas de antaño¹¹¹. La idea de orden legal-constitucional de los patriotas ilustrados da paso a otra distinta, basada en la construcción de una cierta viabilidad económica¹¹². Para ello, más que las elaboraciones jurídicas de los viejos constitucionalistas de 1830, se apela a la razón

¹¹¹Sobre el nuevo orden guzmancista fundado en la idea del progreso diserta Inés Quintero: “Dentro del proyecto político de Guzmán, dos de los objetivos principales eran sentar las bases legales y materiales que permitieran garantizar el porvenir de la República. Las bases legales se cimentarían en las reformas políticas, para que a través de la construcción de la infraestructura de servicios públicos y la explotación de los recursos naturales se establecieran las bases materiales. Pero el objetivo era claro: eliminar lo viejo, inútil, para dar paso a la idea que tenía Guzmán del progreso. El contraste que ofrecía la visión de las grandes capitales europeas visitadas por él con la modesta ciudad colonial que era Caracas, fue el motor que lo llevó a construir innumerables obras de infraestructura, que equivalía al significado de progreso. Los principales puertos y ciudades de Venezuela debían ofrecer una imagen de civilidad y cultura, acorde con los principios innovadores que se estaban poniendo en práctica en el mundo entero”. Véase: García T., C., 2004 (en línea). Disponible en: [Http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=079829682004000300005&lng=es&nrm=is](http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=079829682004000300005&lng=es&nrm=is).

¹¹² Señala al respecto Urbaneja: “El papel de lo jurídico cede un terreno y una primacía que no volverá a recuperar. Más nunca se pensará que la realización de un orden social próspero depende de la existencia formal de un Estado Liberal de Derecho”. Véase: Urbaneja, D.B., 2004, p. 87.

técnica aportada por la creciente clase profesional venezolana, intelectualmente alineada con la nueva corriente del pensamiento positivista y, como hemos visto, al factor de producción constituido por el capital foráneo. Surge así una burguesía urbana opuesta a la vieja aristocracia de la tierra; al fin y al cabo, como lo señala Urbaneja, para Guzmán Blanco, “acabar con los godos no quiere decir acabar con los ricos” (Urbaneja, 2004: 78).

Del nuevo orden posterior a la guerra de 1859-1863 da cuenta el programa de 1883 del Partido Liberal, en cuyo texto se resume apretadamente la esencia del proyecto que nacía tras el Tratado de Coche. En el mismo se pasa revista al legado de los gobiernos liberales o tenidos como tales, en cuya memoria figuran desde los hermanos Monagas hasta Guzmán Blanco, pasando por Falcón y aún por Joaquín Crespo. En la relación de los hitos políticos que se atribuyen los liberales, destacan en el texto iniciativas desde legislativas fundamentales – los códigos penal, civil y mercantil- tanto como programas específicos para la construcción de infraestructuras públicas - ferrocarriles, edificios públicos, etc-, planes de inversión pública orientados a promover la actividad industrial, políticas concretas en materia de ordenamiento territorial sobre la base del modelo de la república federal o ejecución de políticas específicas en materia de fortalecimiento de la capacidad gestora del estado en materias tan diversas como la monetaria o la relativa a la política demográfica¹¹³.

Un programa centrado en una agenda concreta en la que los viejos debates en materia constitucional durante los lejanos días de 1830 están virtualmente ausentes.

El conocimiento y su instrumentación en un nuevo discurso de poder

Todo tiempo histórico en Venezuela ha estado de alguna manera signado por una particular relación de la sociedad y elites con el conocimiento. Sea que este se derivare de la tradición, de la elucubración racional pura o de la experiencia concreta, la manera de conocer, en tanto que relacionamiento del hombre con la

¹¹³ El bolívar se erige como unidad monetaria en 1879, en tanto que el primer censo de población data de 1873.

ciencia, ha impregnado las prácticas sociales y políticas de cada tiempo. Carlos E. García T, en su ensayo sobre la historia de la ciencia y tecnología en Venezuela, destaca y ejemplifica con notable originalidad tres momentos cruciales en el desarrollo de dicha relación, cada uno de ellos ilustrativo del paradigma científico de su tiempo.

En el dieciocho, durante la hégira de las ilustraciones, las elites políticas venezolanas participaron de manera entusiasta de la nueva cornucopia de saberes derivados de la irrupción del pensamiento racional en un mundo hasta entonces dominado por la tradición tomista. Una curiosa expresión de ello fue la singular experiencia vivida por los caraqueños el 20 de enero de 1785, cuando un globo aerostático similar al que un par de años antes los hermanos Montgolfier hicieron elevar por los cielos de París. La sociedad de la Venezuela monárquica se descubría a una relación con la tecnología todavía distante y mediada por el asombro (García T., C. [en línea] 2004:3).

El conocimiento que producía la nueva ciencia racional no se incorporaba rápidamente a la vida cotidiana. Mediaba una latencia relativamente prolongada que fue cediendo en el siguiente siglo, cuando bajo el impulso ya no de la sola razón, sino que de la experiencia rigurosamente estudiada. García T ejemplifica esa nueva relación, más inmediata y rápida, con el fallido proyecto de construcción de un túnel ferroviario para comunicar a Caracas con La Guaira y que ocupara a los decisiones públicos del guzmancismo hasta su definitivo abandono en 1890 no tanto por razones técnicas sino económico-financieras (García T., C. [en línea] 2004: 8).

La relación de las elites venezolanas del diecinueve - y luego las del veinte- con el conocimiento habría de ser mucho más inmediata y práctica ¹¹⁴; el conocimiento aplicado sería para ellos la clave para transformar realidades tenidas

¹¹⁴ Señala Tomas Straka, refiriéndose a la nueva visión que de la historia compartían las nuevas elites positivistas, destaca que ella serviría de base a "...los pensadores venezolanos del decimonono para identificar sus ideales en la *civilización*, es decir, la civilización noratlántica moderna, dentro de la cual enmarcaron todos sus proyectos...". Véase: Straka, T, 2009.

como inamovibles siempre y cuando el esfuerzo en tal sentido contase con apoyos políticos expresos¹¹⁵.

La medicina de los positivistas. El caso de José Gregorio Hernández Cisneros

El conocimiento médico habría de ser especialmente privilegiado por el nuevo orden y la figura del doctor José Gregorio Hernández Cisneros encarna ejemplarmente los atributos de tan novedosa relación. El período parisino de la formación de Hernández es clave en la comprensión del momento histórico por el que atraviesa el pensamiento médico venezolano a fines del diecinueve. El agotamiento intelectual del establecimiento médico nacional es patente. Hernández, en su formación durante el período caraqueño, apenas conoce las doctrinas de los vitalistas, flegmasianos y homeópatas, cuyas obras habían dominado la escena académica de la medicina venezolana desde la renovación vargasiana.

Desde el poder se percibe la necesidad de trascender las limitaciones heredadas del postvargasianismo. Motiva el ministro Marco Antonio Silva Gandolphi el decreto presidencial de Raimundo Andueza Palacios del 31 de julio de 1889 en el que se dispone el envío a Francia, en viaje de estudios y con cargo al Estado, de algún reciente doctorado en Medicina a fin de completar su formación en el marco de las nuevas corrientes de pensamiento médico en boga:

“Observándose que los estudios médicos de Venezuela se resienten de lamentable deficiencia en el campo objetivo de la experimentación, ora por la falta de clínicas especiales y de museos y gabinetes científicos, donde pueda hacerse ejercicio práctico de las teorías de la Facultad; ora por falta de Profesores especialistas en determinados ramos de la, especialmente experimentales, que han obtenido hoy notable perfeccionamiento y en los que el progreso ha encontrado la base de nuevos sistemas y sorprendido el secreto de nuevas medicaciones...el Presidente de la República, en cuyo ánimo han influido tales circunstancias, atento, además, a la consideración de que al fundar el gran Hospital Vargas, no lo ha movido tan solo el

¹¹⁵ García T., C., destaca también en el citado ensayo el hito creado tras la instalación del reactor nuclear de Pipe en 1956, apenas una década después de la primera demostración del poder de la fisión atómica con el desarrollo de la bomba de hidrógeno, siendo que el perezjimenismo representa, en la particular periodización historiográfica de Urbaneja, una versión “rediviva” del proyecto positivista. Véase: García T.,C. [en línea] 2004.

propósito benéfico, ofreciendo así al mismo tiempo asilo generoso al desvalido y fecundo campo del estudio y observación para la ciencia, ha tenido a bien resolver....”(En: Yaber, M., *op.cit.* 41).

“Campo objetivo de la experimentación”, “progreso”, “campo del estudio y observación para la ciencia”. Destaca en el *verbatim* característico de los responsables del citado acto de gobierno la apelación a dominios propios de la nueva filosofía positiva, no como elemento cultural adjetivo sino que, por el contrario, como fundamento específico de la acción del Estado.

La beca de estudios referida en el mencionado decreto recae sobre Hernández, para entonces el graduado mejor calificado tanto de la Facultad de Medicina como de toda la Universidad Central. José Gregorio Hernández Cisneros proviene de una familia trujillana descendiente de antiguos realistas y venida a menos tras el profundo menoscabo que la economía de base agrícola sufriera en razón de las contiendas civiles del diecinueve. Recibe formación médica en la Facultad de Caracas de la que egresa como doctor en Medicina en 1888. Su formación médica es, en esencia, la que pudo recibir un estudiante venezolano en la universidad de entonces. Sin embargo, está documentada su asistencia a los cursos regulares de Botánica, Zoología, Historia Natural y lengua alemana a cargo del Adolfo Ernst.

La formación francesa de Hernández estuvo a cargo de reputados referentes de la nueva Medicina Experimental. En París es recibido en los laboratorios de Mathias Duval, anatomista e histólogo miembro de la Academia¹¹⁶. Su formación, empero, es más amplia y llega a abarcar los campos conexos de la Fisiología y la Bacteriología, ello bajo la conducción de Charles Robert Richet ¹¹⁷.

El pensamiento médico occidental asiste a los prolegómenos de su actual paradigma. En 1891, el español Santiago Ramón y Cajal expone su teoría neuronal, consistente en la aplicación de la teoría celular al último reducto de la anatomía

¹¹⁶ Duval, Matias. Histólogo francés, miembro de la Academia Francesa.

¹¹⁷ Richet, Charles Robert. Fisiólogo, Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1913.

humana que se le resistía: el del sistema nervioso¹¹⁸. En 1892, el anglo-canadiense Osler da a conocer la primera edición de su tratado de Medicina Interna, el cual sigue siendo corregido y reeditado hasta la fecha constituyéndose en un de los textos médicos más difundidos del mundo¹¹⁹. 1893, tras su síntesis en por los laboratorios de la para entonces naciente corporación Bayer de Alemania, es el año de la introducción en la farmacopea del ácido acetil-salicílico, comercialmente conocida como Aspirina®, probablemente el medicamento más prescrito de la historia.

Los años de 1894 y 1895 son hitos en el desarrollo del nuevo cuerpo teórico que habría de desplazar definitivamente a la antigua teoría miasmática: la teoría microbiana de la enfermedad. Se describen así y se designan con notables epónimos hasta ahora en uso los agentes patógenos subyacentes a las devastadoras “pestes” y “plagas” – la *Yersinia enterocolitica*¹²⁰, la *Pasteurella pestis*¹²¹, el *Mycobacterium tuberculosis*¹²², la *Neisseria gonorrhoeae*¹²³, entre muchísimos otros- cuyos grandes brotes epidémicos diezmaron continentes enteros, así como los primeros ensayos relativos a la inmunoterapia¹²⁴.

Las tecnologías de aplicación médica también sufrirán su más definitiva transformación cuando la diagnosis, suprema expresión del *ars medica* de todos los tiempos deje de ser dominio exclusivo de la percepción humana – es decir, de la clínica- para comenzar a cederlos progresivamente a aquellas: en 1895 se reporta la primera experiencia de introducción de los rayos Röntgen – los “rayos X”- en la

¹¹⁸ Hernández, según relata en correspondencia dirigida a su sobrino Benjamín fechada en Nueva York el 22 de octubre de 1917, atendió a clases con Santiago Ramón y Cajal, si bien no consta que haya sido en calidad y alumno regular de sus cursos. Cajal, prominente histólogo español, fue acreedor del Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1906.

¹¹⁹ Osler, William (1849-1919), médico académico británico de origen canadiense, referente principalísimo de la Medicina anglosajona del siglo XX.

¹²⁰ Yersin, Alexandre E. (1863-1943). Bacteriólogo francés en cuyo honor se nominó *Yersinia pestis* a la bacteria causante de la peste bubónica.

¹²¹ Pasteur, Louis (1822-1895). Químico francés. Sus contribuciones a la Bacteriología son parte esencial del desarrollo de dicha disciplina. De primer orden fueron sus contribuciones al desarrollo de tecnologías tan fundamentales como la pasteurización.

¹²² Koch, Robert (1843-1910) Bacteriólogo alemán, a quien se debe el descubrimiento del *Micobacterium tuberculosis*, agente causal de la tisis.

¹²³ Neisser, Albert L. (1855-1916) Bacteriólogo alemán. Describió al diplococo gram negativo causante de la blenorragia y la meningitis fulminante.

¹²⁴ Von Behring, Emile (1854-1917) Bacteriólogo alemán y fundador de la Inmunología moderna.

práctica médica. Operaba así acaso la más grande transformación experimentada por el paradigma médico occidental desde los tiempos clásicos, al interponerse ahora la máquina y el laboratorio entre el médico y el enfermo. Un proceso que indefectiblemente progresa y se extiende hasta límites insospechados en la actualidad, al punto de que la práctica clínica – léase, aquella en la que el médico “ve” al enfermo- pueda ser tenida como marginal (ver Lámina IX).

En 1891, ya de vuelta de París, Hernández instituye en la Universidad Central la primera cátedra de Bacteriología de Iberoamérica. En 1893, Anibal Santos Dominici fundaba la sede del Instituto Pasteur en Caracas y en 1895, José Oribio Mármol introduce el uso médico de los rayos de Röntgen en Maracaibo. El medio venezolano, pese a las complejas y frecuentemente adversas circunstancias de aquel tiempo, no fue ajeno a tan radicales cambios.

El proceso de logización del pensamiento médico occidental encontró en la nueva filosofía positiva su más poderoso acicate desde Vesalio. La impronta de la ciencia experimental convertida ahora en aliada del poder no será en modo alguno perecedera, sino que se expandirá más y más en la medida en que la incorporación a la práctica del nuevo conocimiento surgido de los laboratorios de medicina experimental se intensifique¹²⁵. Dicho proceso, sin embargo, no estaría libre de oposiciones, ora desde el viejo establecimiento médico ilustrado o, como en nuestro medio, desde el de la medicina *folk*. En Venezuela, esta última tendencia no puede considerarse en modo alguno marginal o huérfana respecto del poder, ya que, vino de la mano de la última reacción del país rural contra el *status quo* asentado en Caracas: la de Joaquín Crespo, el último “taita” llanero.

A contrapelo de la política guzmancista en materia científica, el crespismo favoreció el acceso de la medicina *folk* a sitios hasta entonces reservados a la medicina académica. La imposición de la figura de Telmo Romero a la comunidad

¹²⁵ Destaca el hecho de que la totalidad de los descubrimientos y aportes científicos atribuidos a los galardonados con el premio Nobel de Medicina y Fisiología desde principios del siglo veinte y hasta su primera mitad estuviesen incorporados directa o indirectamente a la práctica médica cotidiana para la década de los sesenta, lo que supuso un alto “recambio” de los *stocks* de conocimiento médico en apenas medio siglo absolutamente contrastante con la notable estabilidad de los mismos en los cuatro siglos anteriores o más aún, en los dos mil quinientos años de tradición galénica que los precedieron.

médica caraqueña dio cuenta de ello¹²⁶. Sin embargo, el proceso de *logización* del pensamiento médico al que antes nos hemos venido refiriendo no admitiría ya retrocesos ni avenimientos de la medicina experimental de los médicos positivistas con la medicina *folk* del modo como si lo hiciera con la tradición médica ilustrada.

Ora bajo el crespismo que bajo la regla de las autocracias que le sucederían, la progresiva superación de paradigmas médicos marginales en obsequio del representado en la nueva medicina experimental se haría más y más manifiesta. La ruptura quedaba expresa¹²⁷.

El Hospital Vargas de Caracas: el nuevo hito médico

El gran hito institucional sanitario del decimonono positivista venezolano es la construcción y puesta en funcionamiento del Hospital Vargas de Caracas en 189, durante la administración del presidente Rojas Paúl. Inicialmente denominado Hospital Nacional y diseñado con arreglo al modelo arquitectónico hospitalario de pabellones separados, el planeado hospital caraqueño operaría bajo régimen similar al hospital Lariboissiere, inaugurado en 1854 bajo el imperio de Napoleón III. En el decreto presidencial que ordena su construcción reza expresamente:

“Artículo 1º. Se dispone la fundación de un Hospital Nacional para hombres y mujeres que contenga por lo menos mil camas, debiendo tener una construcción análoga y régimen semejante al del Hospital Lariboissiere establecido en París” (En: Chacín, L. F.; 1991: 19).

Su diseño de tipo *pavillonaire* quedaría a cargo del ingeniero Manuel Muñoz Tébar y obedeció a las concepciones para entonces vigentes en materia de higiene: amplias salas de altos techos, rodeadas de ventanas y con patios internos que permitiesen la circulación del aire y, por ende, la depuración de los miasmas

¹²⁶ Telmo Romero fue un célebre curandero llanero que encontró en Joaquín Crespo a su mejor mentor, llegando incluso a retar al establecimiento médico académico de Caracas. Ramón J. Velásquez le dedica amplia atención en su biografía de Crespo de 2005 publicada por la Biblioteca Biográfica Venezolana bajo los auspicios de la C.A Editora El Nacional, Caracas.

¹²⁷ La radiografía de la mano de Misia Jacinta, esposa el general Crespo, posiblemente constituya la prueba documental del primer ensayo con los rayos de Roentgen – o Rayos X- que se realizara en Venezuela. Está reproducida en la mencionada obra de Papa y Godoy sobre la historia de la Facultad Médica de Caracas.

emanados de los cuerpos enfermos. Rojas Paúl, aunque jurista de formación, tuvo alguna formación elemental en Medicina y era bien conocida su natural inclinación por las cuestiones sanitarias. De manera que en el diseño del nuevo hospital, lo mismo que en el régimen de administración para él propuesto, el Estado apeló al conocimiento médico vigente como factor clave en la toma de decisiones.

Quedan atrás los antiguos degredos y lazaretos de los tiempos monárquicos, precarias edificaciones destinadas por la caridad a albergar a enfermos indigentes y que en algunas tradiciones médicas como la francesa, eran tenidas como sitios para bien morir. Tras el nuevo hospital, la visión era otra distinta. Se trataba de un establecimiento de asistencia pero, a su vez, del nuevo espacio por excelencia para la docencia y la investigación médicas. Es el 31 de enero de 1895 cuando, por decreto de Joaquín Crespo, se establecen en el nuevo hospital las sedes académicas de las distintas cátedras clínicas:

“Artículo 1º. Se establecen en el Hospital Vargas de esta ciudad, las Cátedras de Clínica Médica y Anatomía Patológica, de Clínica Quirúrgica y de Clínica de Obstetricia y Ginecología, dependientes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad mencionada” (En: Chacín, L. F. *ibidem*: 38).

Queda así sentada la definitiva conjunción entre la asistencia médica y la docencia universitaria en Medicina. En 1902 se agregaría el componente de investigación con la puesta en servicio de un laboratorio clínico adscrito al hospital puesto bajo la dirección de Rafael Rangel¹²⁸.

Pero la cuestión institucional sanitaria debía de haber quedado resuelta. Al respecto, señala Archila:

“En conclusión, [] no hubo, durante ese largo período de años, un cuerpo sanitario específico, una organización estable y de amplitud nacional; por lo tanto, faltó esa

¹²⁸Rangel, Rafael (1877-1909) Laboratorista trujillano, considerado el fundador de la disciplina del Bioanálisis. Se le deben importantes contribuciones en el campo de la Parasitología, atribuyéndosele la descripción del agente causal de la “derrengadera” del ganado, una forma de mielitis transversa causada por la infestación por el *Tripanosoma rangelii*. Sostuvo una conflictiva relación con las élites médicas de su tiempo. Comete suicidio en su laboratorio del Hospital Vargas de Caracas el 20 de agosto de 1909.

unidad y continuidad de acción tan necesarias en esta importante rama de la administración pública” (Archila, 1956: 116).

Si bien la erección del Hospital Vargas significó un hito médico notable, en lo institucional-sanitario no fue más que eso: un hito. Tras el ocaso de las antiguas juntas sanitarias, ningún organismo específico de alcance nacional estaba a cargo de la administración de política sanitaria alguna. Parece ignorar Archila que la cuestión sanitaria no entraba aún del todo dentro de los dominios de la acción del Estado. Bajo el imperio del Estado liberal de derecho que hasta ahora tratábase de instituir en Venezuela, la idea de orden legal-constitucional de los ilustrados suponía un conjunto de arreglos institucionales tendentes a proteger al individuo del poder del Estado. Los ensayos liberales europeos tampoco darían tratamiento muy distinto a tal cuestión.

Lo sanitario—léase, lo atinente al aseo urbano, disposición de basuras, beneficio de semovientes, sanidad de puertos, etc- por una parte, quedaba, como desde siempre, como materia propia de las administraciones municipales; lo médico-asistencial, por la otra, habría de operar bajo la conducción y gobierno de corporaciones de carácter benéfico con escasa o con frecuencia nula financiación fiscal¹²⁹. Lo médico-asistencial aún no irrumpe como espacio para la acción del Estado. Es notable, sin embargo, el fomento decidido que los gobiernos liberales prodigaron a la creación de hitos consistentes con el nuevo orden supeditado al progreso material a cuya construcción estaba siendo convocada la comunidad científica.

El guzmancismo, no obstante, adelantó algunas iniciativas en tal sentido. En 1883 es disuelta la Facultad Médica de Caracas fundada por decreto de Bolívar en 1827. Fue sustituida por dos nuevas corporaciones: el Colegio de Médicos, a cargo de los aspectos inherentes a la vigilancia de las profesiones sanitarias, y el Consejo de Médicos, este último un organismo de perfil sanitario más definido y con

¹²⁹ Al Hospital Vargas, tras su apertura, le fue asignado un presupuesto mensual de gastos de Bs.14.166,66 a ser gestionados por una Junta Administradora de Beneficencia Pública, cuyos fondos irían a cargo tanto de aportaciones presupuestarias formales como de ingresos provenientes de los juegos de lotería. Este organismo daría paso en su día a la Junta de Beneficencia del Distrito Federal, organismo este vigente hasta principios de los años noventa del siglo pasado.

mandatos y atribuciones tan específicos como la conservación y distribución del fluido vacuno, etc¹³⁰. La docencia universitaria en Medicina había sido asumida por la nueva Facultad de Ciencias Médicas y de Historia Natural, entre cuyos cursos, de orientación notablemente práctica y experimentalista, destacaron muchos otros de contenido decididamente consistente con las nuevas corrientes del pensamiento positivista.

Lo médico-asistencial pertenece a un dominio compartido entre lo estrictamente científico-académico y lo benéfico. El concepto de asistencia médica como ejercicio de beneficencia debe merecernos algunas consideraciones especiales. El modelo de Estado liberal trasplantado a América en el decimonono no suponía atención específica alguna a cuestiones de carácter social como la sanitaria; la materia educativa, sin embargo, si, ya que se le consideró un factor clave en la construcción del nuevo proyecto republicano que no debía ser dejado bajo la influencia de la Iglesia (Ossebach Sauter, 1993)¹³¹.

Las consideraciones debidas a la materia médico-asistencial, aunque cercanas a dicha perspectiva, no tuvieron similar preminencia. De ello da cuenta la peculiar estructura del organigrama del Hospital Vargas, adscrito a un órgano de beneficencia, sustentado en un mecanismo de financiación no muy distinto al de los antiguos degredos de los tiempos monárquicos y administrado por una congregación religiosa¹³². Así las cosas, se hace ostensible una notable disconía entre el nuevo paradigma médico acicateado en la filosofía positivista y la organización sanitaria llamada a albergarlo¹³³: la una, expresión de la medicina de base experimental en boga, en tanto que la otra conceptualmente anclada en el antiguo modelo de la medicina monacal.

¹³⁰ Nos referimos al mismo introducido por Balmis a principios del siglo XIX.

¹³¹ Señala Ossebach Sauter: "A pesar de que el liberalismo europeo en boga a principios del siglo XIX procuró que el Estado se abstuviera de intervenir en los asuntos sociales, desde un principio las necesidades de construcción nacional propiciaron una serie de medidas estatales, entre ellas las medidas de política educativa, a las que se asignó un papel integrador. Igualmente se llevaron a cabo diversas políticas sectoriales destinadas a mejorar las condiciones de vida de la sociedad o para el fomento y defensa de ciertas actividades económicas, sobre todo en aquellos países de mayor retraso industrial".

¹³² La congregación de religiosas de San José de Tarbes, francesa.

¹³³ La administración del Hospital Vargas a cargo de la congregación tarbesiana se extenderá hasta 1941.

Sólo hasta pasada la primera década del siglo veinte, en 1911, se crea una organización sanitaria de pretendido alcance nacional y competencias específicas en la materia: es la Oficina Sanitaria Nacional, adscrita al Ministerio del Interior y a cuya cabeza encontramos a referentes médicos absolutamente ligados a las llamadas “luces” del gomecismo¹³⁴.

Capítulo VII

1936 en la epifanía sanitaria venezolana

“Nuestro país no sólo está débilmente poblado, sino que la gran mayoría de la población es víctima de enfermedades y de flagelos sociales, que reducen su capacidad de trabajo y su vigor intelectual. Tales circunstancias imponen con urgencia la adopción de un vasto plan de higiene pública, y que se preste especial atención a las instituciones de asistencia social”.

Eleazar López Contreras. *Mensaje a las cámaras del Congreso, 21 de febrero de 1936.*

Hemos dicho que, en Medicina, lo antiguo para nosotros tiene su referente principalísimo en Hipócrates de Cos y todo el sistema de conocimiento médico que creara a partir del discurso pitagórico a propósito de la enfermedad, lo que traería consigo su definitiva ruptura con las prácticas fundadas en lo mágico- religioso que tan propia fuera de los *asklepíades* oficiantes del culto a Esculapio. Hipócrates, acaso el último de ellos y a quien tan inexactamente solemos llamar “padre de la Medicina”, tuvo sin embargo el inmenso mérito de crear conocimiento, de construir doctrina y de transmitirla de modo sistemático a los practicantes del sutil arte de “preservar la salud y de sanar la enfermedad”, ni más ni menos lo que para los antiguos griegos era la Medicina.

Convenientemente codificada y aún desarrollada por el romano Claudio Galeno, médico del emperador Marco Aurelio, entre otros, la Medicina hipocrática logró difundirse hasta los confines del mundo antiguo. Ya en la Europa cristianizada y de la mano de la patrística, la influencia galénica se extiende durante los próximos

¹³⁴ Empleamos aquí el acertado término propuesto por la Yolanda Segnini en su obra homónima de 1997.

1500 años casi sin objeción alguna, salvo por las singulares aportaciones de los médicos árabes y judíos de aquellos brillantes tiempos del dominio moro sobre España – Ben Maimónides y Avicena- y hasta el fin del la Edad Media. Fue este el largo período al que la historia de la Medicina bien llamara el de la *Dictadura* de Claudio Galeno y cuya fuerza cultural llega aún hasta nuestros días, como quiera que hasta hoy sirve de base a los epítetos con los que se nombra e identifica como colectivo profesional al médico– los “galenos”.

La de Hipócrates y Galeno era la Medicina de los tiempos antiguos. Destacamos su carácter de Medicina sin base experimental alguna, dogmática, hermanada siglos después al pensamiento escolástico surgido tras la asimilación cristiana – vía Tomás de Aquino- de toda la filosofía griega desde Platón hasta Aristóteles. Los modernos traerían consigo otra concepción de las cosas. Como en su día Aristóteles respecto de Platón, los hijos del Renacimiento habrían de forzar los linderos del pensamiento categórico aristotélico contra el duro yunque de la evidencia empírica.

El *giro copernicano* - referido, claro está, a Nicolás Copérnico y a su demoledora crítica al antiguo sistema geocéntrico de Ptolomeo cuyas consecuencias habrían de alcanzar a terrenos bastante más allá de la Astronomía hasta arribar al más feroz de los debates teológicos de todos los tiempos- abrirá paso a un formidable estremecimiento de todo el conocimiento tenido por válido hasta entonces, el médico incluido. El célebre tratado astronómico de Copérnico, *De Revolutionibus Orbium Caelestium* habría de permanecer proscrito hasta muy reciente fecha¹³⁵. Aún así trajo consigo todo un esfuerzo de pensamiento que Occidente no había conocido desde los tiempos de la gran tradición de la filosofía griega¹³⁶.

Para el pensamiento médico, aquél tiempo sería también un tiempo de rupturas revolucionarias. Era la modernidad la que se asomaba, fundada en la crítica del pensamiento categórico aristotélico y en la nueva filosofía racionalista que

¹³⁵ La proscripción apenas fue levantada por durante el pontificado de Juan Pablo II

¹³⁶ El vocablo “revolución”, acuñado tras la edición del texto copernicano desde una acepción astronómica, sin embargo forma parte del *verbatim* de la ciencia política desde fines del dieciocho.

desarrollaría al límite René Descartes y tras él, si bien siguiendo la misma senda marcada por el pensamiento lógico, los pensadores de las ilustraciones europeas y hasta los positivistas. Todo lo cual estaba trayendo al mundo del conocimiento – y al de la Medicina- una verdadera revolución (Hawking, 2002:11).

Hemos sostenido que la figura médica del Renacimiento que más fielmente encarnara el espíritu de aquella aurora de modernidad no es otra que Andrea Vesalio en su célebre *De humani corporis fabrica* de 1543 –el mismo año de la edición de tratado de Copérnico – y en el que se plasmaran las bases del paradigma médico del que hoy participamos. De Vesalio es la idea de una economía humana conformada a partir de órganos integrados en sistemas que son a su vez el *locus* de asiento de los complejos procesos que sostienen la vida y que el desarrollo de la ciencia por venir ya se encargaría de desentrañar al límite de lo molecular (Lyons y Perreuccelli, 1987: 416).

Consistentemente con la idea vesaliana de la fábrica humana, la Medicina moderna construiría un nuevo discurso nosográfico y terapéutico basado no ya en la idea del equilibrio de los humores de los antiguos, sino en la de la disfunción de una o más de las partes constitutivas de aquella factoría de procesos vitales finalmente reparables cuando no sustituibles (Startzl, 1992: 285). ¿Cómo no reconocer entonces la vívida impronta de aquella poderosa idea vesaliana entre nosotros siendo que el conocimiento médico del que participamos está estructurado precisamente así, por órganos y sistemas, constituidos en adelante en la “sede” material de toda patología?.

De la anomia decimonónica a una nueva promesa de modernidad: la sanidad pública venezolana del entresiglo

Por anomia social, en el sentido de Merton, se entiende a todo *status quo* caracterizado por la incoherencia entre las metas colectivas de una sociedad y las normas institucionales que han de dirigir su consecución. En otras palabras, en la sociedad anómica, la acción social no guarda armonía alguna con la normativa formal que rige la vida cotidiana. En respuesta, el hombre ha de optar bien sea por el extrañamiento radical – la rebelión-, por la aceptación acrítica de la realidad –el

conformismo- o por conductas sociopáticas como las representadas en el crimen .La anomia social evoca a la “crisis espiritual” – en el sentido expuesto por Toynbee- que experimentan aquellas sociedades en las que los grandes consensos que soportan la vida pierden vigencia, todo lo cual hace imposible una acción colectiva que la haga viable (Toynbee, 1975: 216).

El cuerpo social se asimila entonces a masa carente de una episteme compartida y para la que el vivir se reduce apenas a un sobrevivir. Siguiendo a Toynbee, ello resulta en el abandono de las masas –los proletariados- por aquellas las elites llamadas a conducirlos¹³⁷.

La coyuntura política de la Venezuela de fines del diecinueve estaba signada por la reducción del suyo a un Estado anómico. La “Venezuela de papel” a la que se refiere Alcibíades, plasmada en las constituciones dictadas en el país desde aquella de 1830, no se materializaba en un orden tangible capaz de dar cauce a la vida social (Alcibíades, 2004: 1). Ya en abril de 1899, cuando se propone la reforma constitucional que buscaría perpetuar hasta el siglo por venir a la hegemonía liberal llanera encarnada en el crespismo y que aspiraba a sobrevivir tras la muerte en combate en la Mata Carmelera del último de los “taitas” llaneros apenas meses antes, parecía claro que el gobierno de Ignacio Andrade era insostenible. No de otro modo se explica el triunfo de una brevísima campaña militar de apenas cuatro meses, en la que las operaciones bélicas destinadas a contenerla carecieron de la contundencia esperada por Andrade pese haberlas encomendado a jefes militares tenidos por solventes.

Castro no captura el poder: se lo entregan. En efecto, tras resolver favorablemente la batalla de Tucuyito el 14 de septiembre de 1899, Castro es reconocido como “Jefe de la Nación” por el comandante del Ejército de Andrade, general Luciano Mendoza. Una fórmula legal –la de la vacante del la presidencia decretada por el Consejo de Gobierno, establecida en la vigente constitución de

¹³⁷Probablemente sea Waldman el que mejor integre estas nociones en su concepto de anomia social: “proponemos que una situación social es anómica cuando faltan normas o reglas claras, consistentes, sancionables y aceptadas hasta cierto punto por la sociedad para dirigir el comportamiento social y proporcionarle una orientación” (Waldman, 2006:13).

1893 y a la que ya se apeló en la oportunidad de instalar en el poder a Crespo tras el triunfo de su Revolución Legalista en 1892- fue de nuevo empleada a fin de dar alguna base jurídica a la irrupción del fenómeno castrista.

Castro es reconocido como “Jefe Nacional del Liberalismo y de la Nación” el 22 de octubre y al día siguiente, el 23, se decreta su asunción del Poder Ejecutivo a título de Jefe del mismo. Para fines del siglo diecinueve, el ejército de carácter nacional que pudo haber existido en los tiempos de la Independencia y la Federación había desaparecido, siendo sustituido por la proliferación de pies de fuerza de carácter regional obedientes a factores identificados con poderes de alcance restringido a una determinada localización geográfica y carente de formación profesional (Ziems, 1999: 143)¹³⁸. Los ejércitos locales, levantados por jefes sin proyección más allá de sus espacios regionales, obedecían, por tanto, a una lógica subnacional incapaz de entender la coexistencia de otras formaciones de tipo similar más que en términos confrontacionales; de allí entonces que en la Constitución de 1909 estableciera expresamente la prohibición de que un Estado declarara la guerra a otro como modalidad de resolución de cualquier tipo de disputa.

Es así como el titular de la jefatura nacional se asumiera como un *primus inter pares* al que las fuerzas locales y sus jefes se adhiriesen en una suerte de “pacto de lealtad” al modo de los antiguos reinos germánicos del medioevo europeo. No de otro modo se explican la longevidad del guzmancismo hasta su última expresión, el crespismo. El poder militar que soportaría el aún precario orden que hizo posible el proyecto histórico liberal y que tuvo en el guzmancismo a su más importante exponente tras la desaparición física de los jefes de la Independencia, supuso una suerte de “red social” de jefes locales supeditados por vínculos afectivo-familiares o de naturaleza francamente feudal con otros caudillos de radio de acción y peso militar más amplio; una red en cuyo centro, al modo de un “caudillo de caudillos” se situó Guzmán Blanco (Urbaneja, 2004: 83).

¹³⁸ Al respecto señala Angel Ziems: “El hombre militar se hace sobre el terreno y su única teoría viene a ser la batalla anterior y nunca un centro de educación militar o cursos especializados”.

Pero desaparecido Crespo, expresión en sí mismo de tan complejo sistema de vasallajes, el futuro de dicho equilibrio se tornaría incierto. El proyecto nacional liberal del guzmancismo, recogido en la Constitución de 1864 y sus versiones sucesivas, se derrumba tras la desaparición de Guzmán Blanco de la escena política nacional iniciada con su definitivo extrañamiento a Francia. Como lo señala Brewer-Carías, el viejo liberalismo amarillo se verá escindido en facciones regionales al mando de jefes locales relativamente débiles (Brewer-Carías, 1994: 16). Ninguno de ellos era capaz de convocar al resto de los caudillos en una alianza lo suficientemente estable como para pervivir, esfuerzo este al que incluso Guzmán y Crespo hubieron de invertir en su día ingentes esfuerzos durante sus mandatos en procura de contener militarmente a sus adversarios locales.

Tal fue, en palabras de Ramón J. Velásquez, el fundamento de la caída del liberalismo amarillo. El *status quo* no dejó por ello de resistir la inminente caída de Andrade, un náufrago político sin apoyo efectivo ni en los jefes militares locales ni en la burguesía comercial de Caracas y las demás ciudades. Sin embargo, tales esfuerzos se consideraron inútiles ante el avance de los andinos encabezados por Castro y dada la extrema debilidad del gobierno de Andrade, que apenas duraría veinte meses.

La cuestión económica, la economía cafetalera estaba agotada tras la caída de los precios internacionales de los *commodities*. El país era económicamente inviable, con la guerra de pillaje como principal medio de vida de grandes masas de proletarios sin inserción en economía real alguna. Solo la región de los Andes, cuya economía local relativamente “globalizada”, estuvo de algún modo aislada de los impactos tanto de la guerra de Independencia como de las guerras federales (Ziems, 1999: 144)¹³⁹. No es casual entonces que haya sido de la región andina desde donde surgiría el único factor social capaz de introducir un cierto orden en aquél caos.

Las finanzas públicas nacionales a la llegada de Castro no solo eran marcadamente deficitarias sino que destinaban a los gastos de seguridad y defensa

¹³⁹Señala Ziems: “hasta 1899 no participaron en aquel escenario político-regional; eran simples convidados de piedra en los festines guerreros generados por los centrales, llaneros, guayaneses, larenses y corianos”.

casi la mitad del presupuesto nacional (Mandato, 1998: 131 y succ.)¹⁴⁰. El gobierno adopta una política económica deflacionista basada en una marcada constricción del gasto público. A ello se une la caída del crédito externo en el marco de una tensa relación con las grandes potencias europeas y con Estados Unidos, lo que se tradujo en el bloqueo a los puertos venezolanos en 1902. Si deteriorada estaba la relación con la banca foránea, no menos lo estaba con la nacional, cuyos representantes fueron encarcelados en 1900 por ordenes de Castro al habersele negado un préstamo a su gobierno.

Hasta entonces, el propio Manuel Antonio Matos había servido de *lobbyista* ante los dos grandes bancos del país – el de Venezuela y Caracas- en procura de la consecución de dinero fresco para paliar en algo el grave déficit de caja del gobierno. De la complejidad de la situación económica ya venía advirtiendo Matos al propio Castro:

“Seis años de desorden fiscal, dos más de guerra incesante, el café depreciado en los mercados de consumo, muchas haciendas abandonadas, la industria cañaveral quebrada por el valor de sus productos, el trabajo interrumpido en toda la República por la falta de paz, los intereses de la deuda pública insolventes, el crédito de la nación hundido en el extranjero. Las consecuencias desastrosas de todos estos antecedentes han hecho que el comercio, los capitalistas y los particulares que viven de profesiones y otras industrias se hallen reducidos a tal penuria que no permita esperar de ellos otra ayuda que la compatible con su actual situación económica”¹⁴¹ (En: Gómez, C.A., 2007: 37).

Queda claro que la crisis económica que encuentra no era sino expresión de la quiebra del modelo oligoproductor agrícola venezolano basado en commodities que a fines del diecinueve habría visto progresivamente depreciar su valor comercial. El precario clima de seguridad interna hacía inviable cualquier plan de inversión sostenido y de largo aliento. Es así como tras las negociaciones que siguieron a la Batalla de Tocuyito, una delegación de “notables” – el llamado “círculo de Valencia”- en unión de antiguos funcionarios al servicio de Andrade, con el

¹⁴⁰Según la autora, los presupuestos públicos se había reducido en casi un cincuenta por ciento entre 1896 y 1899 (de 48.313 a 27.296 Bs).

¹⁴¹ La respuesta de Castro al análisis ofrecido por el Matos no dejaría lugar a dudas: el banquero es hecho venir a Caracas y apresado tan pronto pisara la estación ferroviaria de Caño Amarillo.

general Luciano Mendoza a la cabeza, sale a recibirle a Valencia en su paso indetenible hacia Caracas, a la que arribaría por tren el 23 de octubre de 1899.

Es Caballero quien destaca como, toda vez designado vicepresidente en 1901, el estallido de la llamada Revolución Libertadora da a Gómez la oportunidad de convertirse en un jefe militar. A partir de entonces, un Castro disperso en lo que a su enfoque político se refiere delegará progresivamente en su lugarteniente el ejercicio de la fuerza necesaria para contener los frecuentes levantamientos armados que se sucedían a todo lo largo y ancho de un país levantisco a merced de jefecillos locales armados sin poder suficiente como para imponer su regla sobre el resto, pero con suficiente capacidad de perturbación como para amenazar la gobernabilidad que Castro ansiaba construir.

En ese sentido, la acción pacificadora de Gómez tendrá su culmen en la derrota infligida al último gran caudillo oriental, Nicolás Rolando, en la Batalla de Ciudad Bolívar, librada el 21 de julio de 1903 (Caballero, 1995:113). El retorno a Caracas desde Guayana pasando por La Guaira estuvo signado por un Juan Vicente Gómez aclamado como “pacificador de Venezuela”. Su prestigio político y militar crecía en la misma medida que el de Castro mermaba merced del deterioro general del país. Adicionalmente a todo ello, es necesario acotar que el estado de salud de Castro se comprometía al punto de que se recomendara su viaje al exterior en procura del debido tratamiento médico.

Castro no dudó en delegar el mando en su lugarteniente, convencido de tanto de su lealtad como de su incapacidad para concitar los equilibrios políticos que la coyuntura exigía. Como señala Caballero, el temor del país a una nueva guerra civil después de las traumáticas experiencias de las guerras federales – la Guerra Larga de 1859 a 1863, la Revolución Legalista y, últimamente, la Libertadora- hacía suponer que ninguna alternativa había al atávico gobierno de Castro como no fuera una nueva conflagración que ningún factor social estaba dispuesto a secundar. Convencido de ello, un confiado Castro marcha a Europa.

Con todos los poderes fácticos en su haber – el militar, el político, el de los factores económicos y el que le diera la anuencia de los poderes foráneos- las

opciones de Gómez parecían claras: o tomar el poder vía golpe de Estado o dejar al país de nuevo a merced de unos caudillos locales persuadidos de la definitiva desaparición de Castro de la escena política. Sin embargo, Gómez y los andinos optarían por una ruta distinta a ambas: plantearían “una evolución dentro de la misma causa”. Se referían a la Causa Liberal Restauradora de 1899, que ahora veía en Gómez – la “Espada de la Restauración”- a su mejor expresión.

El ascenso de Gómez da paso a la que Carrera Damas ha denominado “dictadura liberal regionalista” (Carrera Damas, 2008). La primera denominación es discutible si partimos de la definición schmittiana e incluso si valoramos el que Gómez haya recibido una delegación por gomecismo, en palabras de Caballero, como una tiranía. Su carácter liberal es reivindicable en tanto que supuso la culminación de un avatarsoso proceso de evolución institucional desde la primera expresión republicana de 1830, apenas distinguible de la monarquía en virtud de la anulación de la figura del monarca, hasta la de una república basada –al menos nominalmente- en un gobierno constitucional, con separación de poderes y con procedimientos formales para la transferencia pacífica del mando.

Finalmente, el carácter regionalista resulta obvio en virtud del predominio del componente social andino transversalmente extendido a todas las funciones básicas del Estado, desde el ejército, la alta dirección pública y el servicio exterior.

Castro se inaugura, claro está, con la propuesta de un proyecto constitucional a cargo de la Asamblea Constituyente, que lo sanciona el 26 de Marzo de 1901. Dicha elaboración habría de resolver el problema de su provisionalidad, si bien nunca juraría como presidente constitucional. Su investidura será la de presidente provisional hasta febrero de 1902. Adoptará nuevamente la figura provisional en 1904 a los fines de asegurarse la permanencia en el poder. De ese modo, el castrismo fue capaz de imperar por sobre la Constitución contra la cual insurgiera, la de 1893.

De ciertos atavismos en la historia. Una disquisición necesaria

Desde Gregorio Marañón y sus célebres ensayos sobre Enrique IV de Castilla y los Trastámaras, o los más recientes por Laín Entralgo y, sobre todo, por Vallejo-Nájera en su debate sobre los “locos egregios”, la aproximación a enfoques de la historia de raíz psicodinámica ha producido resultados variables, en los que aciertos y dislates se han sucedido más o menos paritariamente.

En nuestro medio son de destacar una muy poco útil aproximación médica a la figura de Bolívar ensayada por Diego Carbonell en 1916 y las más recientes, mucho más acertivas en tanto que libres de pretensiones en cuanto a constituirse en ciencia histórica, como las de Francisco Herrera Luque. En ambos casos, es de reconocerse un esfuerzo por entender lo histórico a partir de los condicionantes psíquicos más básicos compartidos por la sociedad.

Las derivaciones teóricas del Psicoanálisis ensayadas por Carl G. Jung y su adláteres, definen en lo arquetipal al conjunto de formas transpsíquicas que dan cuenta de un inconsciente colectivo que es fuente primaria de todo psiquismo (Jaffe, 1976: 21). Un psiquismo cuyas claves más esenciales -temores, mitos, creencias básicas- comparte la sociedad más allá de cualquier diferencia mensurable. Es ese “estado de fe” al que se refiere Ortega y Gasset y que opera independientemente de que las individualidades lo nieguen (Ortega y Gasset, 1997:20). De allí entonces lo que bien señala Ramón Guillermo Aveledo refiriéndose a una de las cuestiones más complejas del estudio de la sociedad venezolana, la de la búsqueda incesante de alguna forma de paternidad (Aveledo, 1999: 81)¹⁴².

La episteme de las grandes mayorías venezolanas encarnadas en quienes tienen su origen en una forma familiar distinta a la de la familia nuclear, cuyos paradigmas occidentales por excelencia han sido la Sagrada Familia bíblica y el clan romano a cuya cabeza se sitúa el *pater familiae*, no se aviene fácilmente con la episteme moderna de la que participan las élites sociales y políticas nacionales. La “patria” de los romanos se corresponde en Venezuela a una “matria” mucho más consistente con lo que el hispano-venezolano Alejandro Moreno Olmedo denomina

¹⁴² Diserta Aveledo en el citado texto: “El padre hace falta. No haberlo tenido es una carencia en la formación humana. Quien no tiene referencia paterna la procura...La política no es la excepción. Nuestra vida cívica refleja la falta de padre....El Estado sustituye al padre”.

“la cultura ginecocrática” propia del por él llamado “mundo popular venezolano” (Moreno Olmedo, 1993: 420).

Ya lo advertía Mario Briceño-Iragorry al referirse al problema de nuestra cultura, en su criterio profundamente arraigada en la mentalidad colonial: “sus valores tienen la intemporalidad mítica de todo lo que dura” (Briceño Iragorry, 1951: 257).

La sanidad pública del entresiglo como imperativo político en el proceso de formación del Estado nacional venezolano

“Venezuela no tiene problemas, lo que tiene son necesidades”. Es Laureano Vallenilla Lanz quien mejor define el *ethos* positivista ante la ruina heredada con el siglo. Para 1930, en las nuevas elites había calado suficientemente el nuevo credo positivista. Para estas, el gran esfuerzo nacional por realizar no estaría centrado en la resolución de tensiones tanto como en la acometida técnica a problemas concretos. La Venezuela pugnaz había sido derrotada con Arévalo Cedeño en Ciudad Bolívar. Quedaba ahora la Venezuela del caos que se hacía imperioso problematizar.

Un novedoso conjunto de grandes temas dominarían la agenda del gomecismo temprano, entre ellos el militar, el de la hacienda pública y el petrolero. En lo militar, el gomecismo se concentrará en la formación de un verdadero ejército profesional de alcance nacional, con lo que quedarían superadas las apelaciones a la razón armada que caracterizaron al siglo diecinueve. El ordenamiento de la hacienda pública tendrá su centro en la gestión de Román Cárdenas, esfuerzo este parangonable quizás con el que en su día intentase Santos Michelena en los tiempos del paecismo. Es Cárdenas quien introduce las modernas prácticas de presupuestación y control hasta entonces ausentes en la administración pública venezolana.

Finalmente, corresponde a Gómez gestionar la nueva realidad económica que traería el siglo: el petróleo. Si bien las primeras concesiones otorgadas en la “Petrolia del Táchira” datan de 1878, es a partir de los años veinte del siglo pasado

que el fenómeno de la renta petrolera habrá de irrumpir definitivamente en el proceso histórico venezolano. Lo sanitario, aunque marginalmente, también está siendo objeto de debate y reflexión. En 1924, Razetti quien apunta a la magnitud y complejidad del problema sanitario venezolano al advertir, en su célebre encuesta epidemiológica del Distrito Federal, que la expectativa de vida del venezolano de entonces no alcanzaba los treinta años y el hecho documentado de 50.128 nacimientos contra 51.027 defunciones contabilizadas entre 1908 y 1924. La materia sanitaria demandaba la atención del Estado en tanto que sus expresiones demográficas amenazaban la viabilidad material de un país ahora inserto en la economía global merced del fenómeno petrolero.

Razetti, aborda el estudio de la cuestión y en “aséptico” lenguaje médico se dirige al Ministerio de relaciones Interiores el 29 de enero de 1909 refiriendo que

“La consecuencia de nuestro desprecio por la Higiene pública es la enorme cifra de mortalidad, que ha pasado en Caracas de 35 p.1000, cuando en ciudades populosas como Londres apenas alcanzan los 20 p.1000” (Razetti, L., OO.CC, T IX, 1975: 210).

Ninguna aparente otra pretensión fuera de la estrictamente epidemiológica parece animar el juicio del estudioso. En acta correspondiente a la sesión número 622 de la Academia Nacional de Medicina del 10 de abril de ese año, se deja constancia de que

“[Razetti], leyó un trabajo titulado “El decrecimiento de la población de Caracas”, en el cual el autor demuestra que la población de esta ciudad decrece y atribuye este decrecimiento a la excesiva cifra de mortalidad general, superior a la de natalidad, y que el autor atribuye a la gran cantidad de niños menores de 5 años que mueren, por diversas causas, especialmente por el abandono en que se desarrolla la infancia en esta ciudad”. (Razetti, L., *ibidem.*: 238)¹⁴³

Destaca Archila la sucesión de esfuerzos que en materia de organización sanitaria se registran desde 1901 (Archila, 1956: 117):

¹⁴³ Las denuncias de Razetti a este respecto le ganarían su progresivo alejamiento del régimen hasta su exilio en Curazao en 1924.

1. Hasta 1911, correspondiente a organismos varios.
2. Desde 1911 hasta 1930, Oficina de Sanidad Nacional.
3. Desde 1930 a 1935, Ministerio de Salubridad y de Agricultura y Cría.
4. Desde 1936, hasta la fecha, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social¹⁴⁴

Dos rasgos principales destacan en tales iniciativas; en primer término, su temprana adscripción administrativa al Ministerio del Interior. Ello desvela una clara asimilación de la política sanitaria a la función de orden público que es propia de los órganos de policía. La segunda característica a destacar es la de su definitiva vocación de convertirse eventualmente en órganos de alcance nacional, aspiración esta que nunca concretaron las juntas sanitarias de los principios de la república.

No fue aquel un esfuerzo carente de debate conceptual previo. El Congreso de Municipalidades de 1911 se constituyó en el primer gran esfuerzo de diagnóstico y conceptualización sistemáticos en materia de política sanitaria que se documente en la historia nacional. No se trata de un compendio de políticas basadas en aplicaciones teóricas sin mayor basamento empírico, ni en la copia acrítica de prácticas foráneas. Media en ello un esfuerzo único que ha sido técnico, pero también político. La base de la sanidad por construir no estaría ya en establecimientos (hospitales, etc) pretendidamente nacionales sino en el ámbito municipal de gobierno (Martín-Frechilla, 2008. 519-541).

No casualmente se trató de un esfuerzo articulado con iniciativas de carácter internacional surgidas a la luz de dos nuevas realidades: la guerra europea y la

¹⁴⁴ La historiografía oficial venezolana contemporánea propone una periodización en la que destacan tres etapas, a saber: la llamada Etapa I, característica del período “colonial”; la Etapa II, inicialmente bajo la égida de la Oficina de Sanidad Nacional gomecista y luego de la del Ministerio de Salubridad y de Agricultura y Cría; la Etapa III, a partir de 1936, con la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y, finalmente, la Etapa IV, a partir de 1999, cuando la fusión de los antiguos ministerios de Sanidad y Asistencia Social y de la Familia da origen al Ministerio de Salud y Desarrollo Social, que en 2005 se habría de transformar en el actual Ministerio de Salud. Este último período corresponde al de “los procesos de cambio revolucionario que vive el país”. Escapa al alcance del presente ensayo entrar en mayores consideraciones a este respecto; en todo caso, se destaca una vez más el carácter necesariamente arbitrario de toda periodización historiográfica y, más aún, la tenaz pulsión -ya advertida por los historiadores racionalistas ingleses- que opera sobre el historiador ante el hecho documentado y que le empuja insensiblemente hacia una instrumentalización más o menos utilitaria de toda historiografía. Véase: Osuna Gómez, A (2009) *Evolución histórica de la Administración de la Salud Pública en Venezuela* (mimeo). Ediciones de la Coordinación de Biblioteca Central, Dirección General de Investigación y Educación, Viceministerio de Recursos para la Salud, Ministerio del Poder Popular para la Salud, Caracas.

expansión del capital estadounidense. Estados Unidos se perfila como la potencia emergente ante la ruina de las antiguas economías europeas. En 1902 es convocada la que se llamara I Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, que posteriormente daría paso a la Conferencia Sanitaria Panamericana como órgano especializado de la Unión Internacional de Repúblicas Americanas precursora de la actual Organización de Estados Americanos.

La materia sanitaria preocupa y moviliza la atención global en tanto que se convierte en factor crítico de éxito en iniciativas tan complejas como la construcción del Canal de Panamá. Al calor de la movilización internacional alrededor del tema y como parte de las iniciativas gubernamentales con motivo de la conmemoración del primer siglo de la República, el gomecismo promueve la celebración del I Congreso de Municipalidades de 1911, foro este en el que la materia sanitaria lograría una visibilidad nunca antes vista. La primera medida eficaz derivada de las conclusiones del congreso está en la constitución de la Comisión Nacional de Higiene Pública, que en breve sería sustituida por el Consejo Nacional de Higiene y Salubridad Pública y en 1911, tras dictarse la novísima Ley de Sanidad Pública, la constitución de la Oficina Sanitaria Nacional (Martín-Frechilla, 2008: 519-541)¹⁴⁵

Es de destacar la notable amplitud de materias específicas de las que se ocupa la mencionada Oficina pese a tener al Ministerio de Interior como órgano de adscripción, el proceso de ajuste progresivo de la nueva institucionalidad sanitaria a los estándares pautados por los nuevos referentes internacionales que, insólitamente, incidían en términos directos en la formación de una política pública específica, en un hecho sin precedentes en el proceso político venezolano.

Invocamos la teoría vertida por García-Pelayo al referirse a la relación ordenación, orden y organización a la que hemos hecho referencia anteriormente. La ordenación del mundo a la verdad experimentalmente demostrada está establecida como paradigma científico-médico dominante. Ha sido el positivismo la tabla de

¹⁴⁵ De la Oficina Sanitaria Nacional destaca sus específicas atribuciones Martín-Frechilla: “Las competencias de la Oficina eran amplias. Incluían la profilaxis (epidemiología, vacunación, desinfección, desratización, luchas contra moscas y mosquitos, drenajes, hospitalización); la inspección de farmacias y profesiones; los certificados de salud; los servicios de puericultura, antituberculoso, antivenéreo; la ingeniería sanitaria; los laboratorios de bacteriología y parasitología, química, aguas; la inspección de casas, alimentos, aseo urbano”.

salvación a la que apelara el paradigma racionalista. Y como *telos* de dicho paradigma, la nueva modernidad suscribe las promesas aunadas al progreso como un nuevo e ideal orden que habría de surgir a partir de la sujeción de prácticas, políticas y aún de actitudes al nuevo paradigma de la verdad experimentalmente demostrada (Barahona y Torrens, 2004:161-178)¹⁴⁶.

De allí entonces que para uno de los más destacados referentes del régimen, Laureano Vallenilla Lanz, el proceso venezolano de principios de siglo no esté fundado en las contradicciones heredadas del pasado decimonónico como en las muchas y complejas necesidades cuya satisfacción había que acometer a partir de acciones de carácter técnico. Organizaciones como la Oficina Sanitaria Nacional se diseñaron con obediencia a tal fin.

Estamos ante un hito sanitario parangonable a aquel de la monarquía ilustrada que encarnara la Expedición de la Vacuna de 1806 de la que las posteriores, promovidas por la nueva república, no eran sino consecuencias: ha aquí ahora una política deliberada, orgánica y de la mano del Estado como actor fundamental. Una política articulada con iniciativas de pretendido alcance global como las promovidas por la Unión Internacional de Repúblicas Americanas en un esfuerzo modernizador de escala internacional empeñado en la unción de Iberoamérica al carro del progreso. Este notable giro dentro del mismo paradigma científico-médico a cuya progresiva instalación asistimos desde mediados del diecinueve va de la mano y en íntima relación con la notable tarea de reforma de los estudios médicos emprendida por Razetti tras su llegada de París en 1892.

Concebida conjuntamente con Dominici, la iniciativa razettiana es tenida por la historiografía médica venezolana como la del resurgimiento de la Medicina nacional tras la desaparición del referente vargasiano (Travieso, 1968: 42). Es Razetti quien propone la modificación de los *pensa* de los estudios médicos, la introducción de la práctica clínica reglada en hospitales bajo supervisión de cátedras universitarias así como la de la formación del estudiante en ciencias experimentales.

¹⁴⁶ Nos referimos aquí a la idea de *telos*, presente en la filosofía griega anterior a Platón y Aristóteles y que supone un determinado “propósito y fin en la Naturaleza”. Véase: Barahona, A y E.Torrens (2004). Telos aristotélico y Biología moderna. En: *Ludus vitalis*, Vol. XII, No. 24

La enseñanza médica en Venezuela abandonaba –ahora sí- los últimos resabios heredados de la vieja medicina ilustrada y lo hacía bajo el influjo poderoso de la nueva filosofía positiva.

De manera tal que paradigma científico-médico y expresión organizacional sanitaria quedaban claramente hermanados. Y el elemento de hermanación no fue otro que el lenguaje. En las aulas de la Facultad de Medicina ya no se disertará más sobre los miasmas sino que se estudiará el mundo microbiano como base de la patología en boga. Las causas y los efectos de la enfermedad ya no se estudiarán desde una pura perspectiva lógico-formal sino que se han de fundar sobre los hallazgos de la Anatomía Patológica. Las obras de los viejos tratadistas serán sustituidas por otras, incluso aún hoy en uso¹⁴⁷. La llamada “etapa vargasiana” de la Medicina venezolana tocaba a su fin y con ella la de la medicina ilustrada. Entramos así de lleno en el tiempo de los positivistas.

“Nuevos hombres, nuevos métodos”

La apelación a un nuevo modo de aproximación a la realidad nacional está presente incluso en las iniciativas políticas que encarnaron los jefes andinos que disputaron con éxito el poder central a los últimos resabios del tardoguzmancismo. Es Cipriano Castro quien en 1899, desde el lejano Táchira, se aventura al mando de sesenta hombres a retar a un poder central sin capacidad de resistencia militar y en franca disolución política. Los nuevos hombres –ellos- ofrecían traer en sus mochilas nuevos métodos contentivos de aquellas técnicas llamadas a hacer buena la promesa de un demorado progreso. Pero será el gomecismo en tanto que “una evolución dentro de la misma Causa” el llamado a continuar con la tarea de materialización del nuevo orden prometido por los adalides de la filosofía positiva.

Gómez, en tanto que “tirano liberal”- Caballero *dixit*- quien hará posible la construcción histórica del viejo sueño de los primeros liberales venezolanos. Lo hará, paradójicamente, desde una autocracia sin cortapisas. Razetti está entre los

¹⁴⁷ Destaca entre muchos el voluminoso tratado de Anatomía Humana de los franceses Leo Testut y André Latarjet, aún en uso en nuestras facultades médicas.

primeros que saluda el golpe de diciembre de 1908 que desaloja del poder a un ausente y enfermo Cipriano Castro:

“En el actual momento, una brisa suevo de esperanza refresca el alma nacional. Un Gobierno de derecho se inaugura; las riendas del estado están en manos de un hombre sincero – la más excelsa de las virtudes políticas- que ha prometido hacer la felicidad de la patria por medio de la unión de todas las buenas voluntades, y todos debemos esperar que el soñado engrandecimiento del país se verá realizado en el período constitucional que principia” (Razetti, L., op.cit: 73).

Los positivistas vieron en Gómez la personificación del orden que habría de ser base para la construcción del ansiado progreso. Contrariamente a lo que pudiera pensarse, la alineación de la *intelligentsia* venezolana con el gomecismo fue notable. Es Yolanda Segnini quien llama la atención al respecto al destacar la notable profusión de publicaciones periódicas de interés – 173 para entonces- profesional o general que se experimentara en Venezuela a partir de 1908, en una proporción no alcanzada antes y es también a aquella *intelligentsia* a la que Gómez debe su propia justificación histórica en tanto que “gendarme necesario” (Segnini: 1997: 67). Entre ellos está, y no en posición menor, Razetti.

Recaerá sobre referentes como Pedro Chacín Itriago, entre otros, la tarea de construir aquella primera organización sanitaria concebida en la ley de 1911. Un proceso demorado – de “baja velocidad”, diría Archila- que tendrá su cenit en 1936, con la erección del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social por el gobierno de López Contreras. Dará inicio allí a lo que podríamos bien llamar la “Venezuela Sanitaria”, la de la sanidad “a alta velocidad”. La acción de la organización sanitaria venezolana habría de cambiar perfil epidemiológico heredado del diecinueve y, de allí, la demografía médica nacional. En el capítulo precedente hemos constatado los indicadores objetivos de la acción sanitaria del estado venezolano en las tres décadas que siguieron a su creación.

Desde la perspectiva histórico-política es de destacar un hecho especialmente singular y es que tal salto paradigmático tuvo su acicate ideológico en la reflexión de una elite positivista absolutamente ajena y distante de todo pensamiento cercano a

la concepción de la sanidad como derecho. Como hemos dicho, el fenómeno salud-enfermedad era para ellos sobre todo una expresión del mundo de la *physis* cuyas variables críticas podían ser discernidas a partir del estudio científico de la realidad concreta. Los años precedentes a la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social fueron de intensa actividad de investigación biomédica centrada en problemas muy concretos atinentes a la particular epidemiología de aquel tiempo, con notable participación de referentes académicos auspiciados por el capital estadounidense que con intensivas inversiones se asentaba en Venezuela.

La acción sanitaria respondía a intereses de carácter económico y geopolítico al proveer de un mínimo de condiciones para el desarrollo de la aún naciente industria petrolera y demás ramos de industria necesariamente conexos (Godio, 1980:47)¹⁴⁸. La demanda social por servicios de salud no parece haber influido significativamente en ello. Salvo en colectivos dotados de cierta capacidad de presión (obreros petroleros), poca o nula podía ser la posibilidad de articular alguna capacidad de demanda efectiva al respecto. La alineación de la *intelligentsia* médica con el establecimiento político era notable. Así lo denuncia José Rafael Pocaterra en tono especialmente crítico contra la clase médica:

“El Hospital Vargas – lo único que existe como hospital moderno- está allí, con sus “salones” y sus “clínicas” de clisé de periódico y de estudiantuelos adulones. El paludismo arrasa los llanos y las Guayanas; la sífilis y el alcoholismo (del aguardiente de caña sin clarificar) dan cuenta del saldo de los centros urbanos” (Pocaterra, 1920/1979: 503).

Si bien el desarrollo organizacional de la nueva estructura sanitaria progresaría de manera parsimoniosa hasta 1936, los impactos medidos en términos de salud poblacional en menos de una generación serían de innegable

¹⁴⁸ Ya en el contrato colectivo del Ferrocarril Alemán de julio de 1919 establece cláusulas específicas atinentes a la cuestión del aseguramiento por enfermedad. Es de destacar que la primera misión oficial de la Organización Internacional del Trabajo a Venezuela de 1938, encabezada por el experto inglés C. Wilfred Jenks, destaca la necesidad de financiar fiscalmente a los hospitales operados por las compañías petroleras en las zonas de producción cuando se vieran en la situación de tener que atender al público general y/o patologías no atribuibles al trabajo. Véase: Jenks, CW (1938) *Informe presentado al Ministro del Trabajo y de Comunicaciones de los Estados Unidos de Venezuela acerca del proyecto del Código del Trabajo venezolano*, 10 de octubre de 1938, p.232.

contundencia¹⁴⁹. Es notable la continuidad en cuanto a macropolíticas sanitarias que mantendría el estado venezolano entre 1936 y 1945 y aún después, durante el llamado “trienio adeco” (1945-1948) y más allá, durante la llamada “década militar” (1948-1958) que encarnara lo que Urbaneja llama “programa positivista redivivo” (Urbaneja 1992: 121). En julio de 1948 – nótese que previo al golpe militar de ese año- se crea en Venezuela la carrera sanitaria, que ya para 1951 cuenta con más de cuatrocientos profesionales en las distintas disciplinas público-sanitarias formados en pre y post-grado (Archila, 1956: 348). Entre 1952 y 1957, el gasto sanitario venezolano promedió el 6.8% del total del gasto público nacional, que no difiere significativamente del 7% del erogado en el “trienio”¹⁵⁰. Una notable continuidad en cuanto a políticas de estado destaca en la materia sanitaria. Al respecto escribe Archila en 1956:

“...es preciso reconocer que la continuidad de la obra actual queda subordinada esencialmente al prestigio de la organización [el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social] y al de sus personeros. Para satisfacción nuestra, ese prestigio no sólo se ha logrado sino que ha traspasado las fronteras patrias. En efecto, para no referirnos sino a los últimos años, varios técnicos han sido solicitados por organismos internacionales para servir como asesores en programas sanitarios en otros países o en cargos superiores de esas mismas organizaciones” (Archila, 1956: 349).

La inserción de lo sanitario en el elenco de los derechos fundamentales constitucionalmente garantizados aparece solo hasta la constitución de 1946. No puede decirse, por tanto, que la sanidad pública venezolana fuera, en modo alguno, expresión de un estado democrático de derecho; muy por el contrario, la iniciativa de estado que la fundara, lo mismo que su diseño y operación originales recayeron

¹⁴⁹ Uno de los hitos más notables en la historia sanitaria de nuestro país fue la exitosa política orientada al *binomio madre-hijo*, en el sentido propuesto por Gustavo Henrique Machado, padre, e instituída a escala nacional bajo la conducción de Pastor Oropeza. Una rápida lectura de su obra *Puericultura y Administración Sanitaria* de 1955 permite apreciar el notable acierto en cuanto al diagnóstico y el abordaje del inmenso reto que para aquella aún joven sanidad pública suponían las alarmantes mortalidad infantil y materna en un país que pujaba como nunca en su historia por forzar su definitiva entrada a la modernidad sanitaria. Venezuela y los sanitaristas venezolanos comprendieron antes que muchos en las Américas las claves de aquél complejo problema, al punto de haber sentado cátedra continental en la materia hasta hace relativamente pocos años

¹⁵⁰ Memoria y Cuenta del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (varios años).

sobre una elite profesional auspiciada por las autocracias representados en los gobiernos de la llamada “hegemonía andina”¹⁵¹.

El estado que cura: la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social

Como lo señala Herman Heller, estado no solo supone un orden normativo, sino que debía constituirse, sobre todo, en un centro integrador de la actividad humana (Heller, 1934/1998: 302). El proyecto liberal venezolano de diecinueve no destacó precisamente tal función, si bien el guzmancismo diera importantes señales en tal sentido.

El estado liberal hijo de las ilustraciones se inscribe aún en la concepción trascendente de sus fines conforme a la raíz racionalista de la que conceptualmente emerge (Heller, 1934/1998: 106, 111, 256). No se concebían en torno a él fines de carácter inmanente. Destaca García-Pelayo como ya desde mediados del diecinueve, con la efervescencia de la llamada “cuestión social” en Europa, es Lorenz Von Stein quien llama la atención acerca del nuevo carácter de las revoluciones por venir, de de políticas se habrían de tornar en sociales (García-Pelayo, M. *Las transformaciones del Estado contemporáneo*. 1977/1991: 1594).

Introduce Heller una reflexión que creemos útil invocar en nuestro intento de aproximación al proceso de progresivo involucramiento del estado venezolano en la cuestión sanitaria a partir de la muerte de Gómez y es que el estado solo existe únicamente en sus efectos (Heller, 1934/1998: 259). El gomecismo entendió que el principal efecto a generar no podía ser otro que el del orden autoritariamente concebido. Pero la cuestión para el lopecismo se planteaba mucho más allá de las complejidades propias de una sucesión política planeada y concertada: y es que para López Contreras, el efecto a generar tendría necesariamente que ir más allá del procurado por las armas.

¹⁵¹ Nuestra aún marginal inserción en la modernidad, con sus virtudes y miserias, ha permitido no obstante la introducción de prácticas que impactaron de modo definitivo en la expectativa de vida del venezolano de las generaciones que conocieron la vacuna antipoliomielítica, el DDT, el agua potable y la hasta hoy la modesta ampicilina. Como el en Norte desarrollado, Venezuela vió crecer a su propia generación de *baby boomers*.

La desaparición de Gómez puso de manifiesto las emergentes contradicciones sociales que ya experimentaba aquella sociedad aún profundamente agraria pero en la que los usos urbanos comenzaban a imponerse en actividades que por más de un siglo habían tenido como escenario por excelencia el del mundo rural. La política estaba entre ellas. Surgían partidos políticos, organizaciones sindicales y estudiantiles. Corporaciones intermedias entre la masa – la muchedumbre informe, en el decir de López Maya, hasta entonces ausente del debate político como no fuera desde la desventajosa posición de “carne de cañón”- y un estado que en lo sucesivo, siguiendo con el argumento helleriano, debía organizar un *status vivendi* capaz de contener una creciente complejidad social inadvertida durante veintisiete años de gomecismo (Heller, 1934/1998: 260).

“*Desenvaine el machete, mi general*”. Uno de los referentes médicos más destacados de la época, José Izquierdo, en la emisión radial del Radio Caracas de una tarde de febrero de 1936. Así lo exigiría ante el apremio generado tras los disturbios callejeros del 14 de febrero de ese mismo año que hicieron pensar en el naufragio del orden gomecista.

La necesidad de ratificar el orden fundado por Gómez se hacía imperiosa entre las elites. 1936 suele ser contado entre las fechas más emblemáticas del proceso de construcción de la democracia en Venezuela. Tras la muerte de Juan Vicente Gómez en diciembre de 1935 y la instalación en el poder de Eleazar López Contreras – uno de aquellos sesenta hombres bajo el mando de Castro en 1899- se pensó que el “gomecismo sin Gómez” estaría asegurado sin más. Como hemos visto, demoradas demandas sociales hicieron crisis ante la oferta de política continuista que inicialmente animara al lopecismo. Expresión reactiva ante dichas demandas fue el programa político leído por López Contreras ante las cámaras del Congreso el 21 de febrero de aquel año, documento este conocido como “Programa de Febrero”.

Señala en él López Contreras refiriéndose a la cuestión sanitaria, enuncia las líneas de acción estatal en la materia:

- a) Creación de un Instituto de Higiene, con el objeto de atender a la formación

de los técnicos sanitarios, a la creación de la Administración Sanitaria Venezolana y de la estadística vital.

b) Higiene rural. Lucha contra la anquilostomiasis, el paludismo y la tripanosomiasis.

c) Higiene urbana. Aprovechamiento de agua potable y de leche pura, lucha contra el zancudo y contra la mosca, cloacas, control sanitario del personal obrero y del medio en que vive. En nuestras principales ciudades podrían establecerse campos de experimentación para la creación de modelos.

d) Protección de la madre y del niño. Consultas prenatales, maternidades, consultas externas para niños de pecho, hospitales de niños, suministro de leche pura, casas-cunas. Inspección sanitaria escolar, colonias de vacaciones, preventorios, sanatorios marítimos.

e) Lucha antituberculosa nacional, con modelos en Caracas y Maracaibo. Dispensarios antituberculosos, sanatorios suburbanos y de altitud.

f) Lucha contra las enfermedades venéreas, especialmente la sífilis. Dispensarios antivenéreos.

g) Reformas de la sanidad marítima para llevarla a la altura de los requerimientos exigidos por la Convención Sanitaria Panamericana.

h) Creación de una sección de estudios sobre alimentación nacional, con la mira de elaborar el plan económico práctico regional de alimentación adecuada.

i) Creación de una sección especial de propaganda sanitaria y de educación pública sanitaria, especialmente conectada con la instrucción pública y con el servicio militar obligatorio.

j) Reorganización de nuestros institutos de beneficencia y de previsión social¹⁵².

“Educar, sanear y poblar” son los efectores materiales del viejo *moto* decimonónico del progreso. Es la nueva *intelligentsia* positivista la que lo promueve y secunda: Adriani, Egaña, Escalante. La nueva argumentación del estado ha dejado de lado la apelación a la fuerza para enfocarse, por el contrario, en la idea de una acción estatal distinta, ya no política (y, menos aún, militar) sino administrativa. *Mutatis mutandi*, el estado venezolano se asimila ahora, en el sentido descrito por Heller, a una “unidad de acción humana de naturaleza especial” y no ya como aquella otra de carácter “orgánico” más propia del pensamiento político racionalista (Heller, 1934/1998: 293).

¹⁵² Véase el mismo por ejemplo en: Suárez, N. (1977). Programas políticos venezolanos de la primera mitad del siglo XX. Caracas: Ediciones CUFM.

En tanto que “unidad de acción humana”, las expectativas se han de centrar en lo sucesivo en un estado que no solo “mande”, sino que también “haga”. Es la idea del estado como organización que opera como “centro unitario de efectividad” (Heller, 1934/1998: 297).

Hasta ahora, estado y sociedad habían coexistido como actores en cierto modo antagónicos. El orden político encarnado en el estado liberal de derecho ninguna injerencia tenía sobre los efectos derivados de la inserción de Venezuela en la dinámica capitalista mundial consecuencia de la instalación de la industria petrolera. La intensa urbanización generada como consecuencia de ello, unida a la transformación del antiguo *modo-de-vida* rural a la que condujo trajo consigo la necesidad de introducir cambios profundos en la dinámica estado-sociedad.

El 25 de febrero de 1936, en el marco de la política trazada por el Programa de Febrero apenas días antes, el presidente López Contreras decreta la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. No es ello una expresión de las políticas de *welfare* que comenzaban a surgir en Norteamérica y el mundo como consecuencia, entre otras, de las crisis sociales derivadas del *crack* financiero de 1929 y toda la política social enmarcada en el *New Deal*. Estamos a más de una década de la introducción al lenguaje político-constitucional del término “estado social y democrático de derecho”, que aparece por primera vez enunciado en el artículo 28 de la Ley Fundamental (constitución) alemana de 1949.

Hasta entonces, la asistencia médica disponible –precaria por demás- lo era solo vía la contratación de servicios privados o, cuando posible, a través de organizaciones de beneficencia. Pese a los esfuerzos iniciados por los creadores de la Oficina Nacional de Higiene y Salubridad Pública de 1911, la presencia del estado venezolano en la prestación de servicios de atención médica era escasa y poco contundente. El planteamiento sanitario contenido en el Programa de Febrero supuso la superación del esquema contractual en materia de atención médica (es decir, el conmutativo, que encarna el pago por los servicios recibidos) y su sustitución por otro distinto, de carácter distributivo, inspirado en consignas reivindicadas incluso por los marxistas: “a cada quien según su necesidad”.

Es de destacar una vez más que el núcleo promotor de tal política es no solo ajeno al de los teóricos que en Europa difunden las ideas precursoras del *sozialstaat*, sino que, adicionalmente, proviene del “núcleo duro” del lopecismo heredero a su vez del más rancio gomecismo.

El planteamiento de Forshoff en torno a la llamada procura existencial data de 1938 y obedeció a las reflexiones del pensador alemán tras la crisis de la República de Weimar más de dos décadas antes y, claro está, ante el consecuente ascenso de los totalitarismos nacionalsocialista, fascista y stalinista en Europa. La procura existencial, como nos la propone Forsthoff, supone la provisión por el estado de aquellas condiciones materiales mínimas que, señala García-Pelayo, “aseguren al hombre las posibilidades de existencia que no puede asegurarse por si mismo”. Tal provisión señala el mismo autor, iría más allá de las nociones de servicio público y política social, para convertirse en la “procura de una existencia rectamente entendida” (García-Pelayo, *ibidem*.1977/1991: 1605).

Aspectos tan diversos como la política de fijación del salario mínimo, de pleno empleo, de atención a personas en situación de minusvalía y, ciertamente, de los enfermos, forman parte esencial del planteamiento forsthoffiano. Todo ellos in embargo es ajeno a la mentalidad de los fundadores de la sanidad pública venezolana de 1936. Como lo hemos sostenido, para ellos no se trataba tanto de desactivar una eventual fuente de conflictos como de intervenir sobre la realidad venezolana desde una perspectiva técnica robusta.

No parece exagerado postular al Programa de Febrero de 1936 como el hito fundacional por excelencia de la sanidad pública venezolana. Hemos valorado las acciones que en el mismo sentido venían tomándose de forma bastante consistente por lo menos desde 1911. Sin embargo, el impulso sanitario de 1936 parece inscrito en una reflexión distinta a la del gomecismo y en la que lo político parece trascender a un mero ejercicio de la fuerza desde el estado en virtud de la irrupción en la escena de un hasta entonces inusitado actor: la masa, el “pueblo”. Digamos mejor, siguiendo el argumento de López-Maya en su ensayo sobre los hechos acaecidos en otro febrero, medio siglo más tarde, en 1989: es la irrupción entrópica, sin

dirección ni “canales regulares” de un nuevo e inusitado actor encarnado en la multitud, en la muchedumbre (López-Maya, 1999: 196).

Los acontecimientos del 14 de febrero de 1936 sacaron a relucir una sociedad inusitada para el viejo gomecismo a la que sus continuadores acertadamente dieron un trato muy distinto al esperado, cuan era el de la represión. A pocos días de tales hechos, no es desde el seno de aquellas fuerzas sociales desatadas ni desde el de la oposición política aún en ciernes, sino desde el propio núcleo fundamental mismo de las elites positivistas reunidas ahora alrededor de López Contreras como antes de Gómez, de donde se estructura una agenda alternativa a la de la represión que sirviera de base a la construcción de un nuevo consenso menos basado en la fuerza.

Referentes principalísimos de aquel elenco – Adriani, Egaña y Escalante- están entre sus principales artífices. Suscribiendo el concepto pocockiano en cuanto a la emisión de juicios históricos a partir del estudio de las consecuencias prácticas del discurso político de los actores con preferencia respecto del de sus voliciones, es plausible postular que el subprograma sanitario contenido en el Programa de Febrero de 1936 constituye la iniciativa más importante que en materia sanitaria haya tenido en Venezuela desde que la monarquía católica impulsara, bajo las luces de las ilustraciones, la Expedición de la Vacuna de 1806.

Nunca como ahora el estado venezolano había asumido de modo más expreso e integral la iniciativa en materia sanitaria, convencidas sus elites del poder modelador que de la modernidad esta ejercería. El estado liberal de derecho extendía su acción a la protección del ciudadano en términos de prestaciones materiales concretas – sanidad y educación, esencialmente- abandonando su secular posición fundada en la “política del escepticismo” (Pocock, 1998:59). Se impone, siguiendo al citado autor, una particular expresión de “política de la fe” en la que el estado, como se verá, aspira a modelar a la sociedad a la medida de las aspiraciones modernizadoras de aquellas elites.

Consistentemente con la concepción de una Venezuela con necesidades a satisfacer antes que con problemas a acometer, la naciente sanidad pública se

organizaría alrededor de algunas de las más sentidas de ellas. Notablemente destacaron los programas dirigidos a la atención de los enfermos palúdicos y tuberculosos. Señala Buttó que solo la malaria daba cuenta del 55.8% de todas las muertes registradas en el estado Guárico en 1936¹⁵³ (Buttó, 2002). El impacto demográfico de la malaria en la Venezuela de entonces resultaba desolador: entre 1873, año del primer censo de población realizado en Venezuela, y 1936, la población de los llanos venezolanos habría decrecido al punto de que la proporción de la misma respecto del total de la población nacional pasó del 30.8% al 16.1%, lo que supone un que la población general en dicha zona diezmó al menos en la mitad en poco mas de una generación (Chen, citado por Buttó, 2002).

La Venezuela de entonces era un país rural. De sus 3.364.447 habitantes censados en 1936, 71% eran campesinos y apenas poco más del 28% habitantes de centros urbanos (Buttó, 2002). Según el mismo autor, la densidad de población del territorio nacional no llegaba a los cuatro habitantes por kilómetro cuadrado. Casi tres décadas de *pax gomica* no habían permitido aún repoblar a una geografía asolada por décadas de guerras civiles. La razón, entre otras, estaba en la situación sanitaria heredada del siglo diecinueve que a tres décadas del veinte aún no había podido ser revertida. El mosquito *Anopheles* transmisor de la malaria es endémico en el 50% del territorio nacional y no menos de una tercera parte de la población nacional estaba infestada de dicho mal (Bastidas, 1983).

La altísima mortalidad infantil – doscientos por cada mil nacidos vivos- por otra parte, hacía inviable cualquier intento por incrementar la población (Chen, 1978)¹⁵⁴. La esperanza de vida en la Venezuela de entonces montaba en 38 años para los varones y 41 en mujeres, con una mortalidad general de treinta decesos por cada mil habitantes (Buttó, 2002). Es claro entonces que la situación de Venezuela en términos demográficos era la de un país inviable.

¹⁵³ En Cojedes 32%, en Monagas 18.8% y en Portuguesa 17.2%, según el mismo autor. Véase: Buttó, LA. op.cit.

¹⁵⁴ A fin de ilustrar al lector no familiarizado con el manejo de indicadores epidemiológicos valga establecer la siguiente comparación a fin de facilitar su comprensión de la situación sanitaria de la Venezuela de entonces: la tasa de mortalidad infantil en 2003 documentada por UNICEF para Etiopía, país en el que está declarada una situación de catástrofe humanitaria, fue de 103 por cada mil nacidos vivos, es decir, la mitad de la que se documentó en Venezuela en 1936. Fuente: CIA Factbook, 2011.

La consigna del “educar, sanear y poblar” cobraba por tanto el sentido no ya de un lema, sino de un mandato de estado en aras de la sobrevivencia material del país. En términos sanitarios, la política surgida a partir del Programa de Febrero estuvo centrada en llevar la presencia sanitaria del Estado a cada localidad del país, de modo que la “brigada” de saneamiento o de vacunadores – coloquialmente para entonces denominadas como “la sanidad”- llegaría, con frecuencia, la primera y aún única expresión material de la acción del estado en la Venezuela profunda de entonces.

La unidad operacional básica de aquella estrategia fue la de la creación de las llamadas “unidades sanitarias”. Se trataba de estructuras de servicios básicos – vacunaciones, atención a la madre y al niño, control de endemias rurales, etc- de bajo costo de operación y desde la que podían dispensarse servicios de carácter sobre todo preventivo a relativa gran escala. Para 1940, señala Buttó, habían no menos de cuarenta en funcionamiento, siendo las primeras las de Valencia y Villa de Cura (Buttó, 2002). El modelo de la unidad sanitaria venezolana derivó del que en su día propusiera la Fundación Rockefeller, bajo cuyos auspicios se llevaran a cabo las primeras encuestas epidemiológicas de uncinariasis y otras parasitosis intestinales en Venezuela.

Posteriormente harían su aparición los llamados “centros de salud”, inspirados en el modelo del “*health centre*” británico. Finalmente, la presencia médica en la inmensidad de aquel país rural se hizo posible tras la creación de las “medicaturas rurales”.

Le impacto sanitario y demográfico de tal despliegue se haría notar en menos de una década. En 1946, señala Buttó, la mortalidad infantil había descendido a 93 por cada mil nacidos vivos y la mortalidad específica por malaria de 35.2 a 12 por cada mil habitantes (Buttó, 2002). En términos demográficos, es de destacar el impacto de tales abatimientos desde la perspectiva del incremento de la población:

Crecimiento aritmético poblacional interperíodos censales, 1873-1946.

Venezuela

Período censal	Crecimiento aritmético anualizado de la población
1873-1881	16.2
1881-1891	12.7
1891-1920	8.2
1920-1926	9.6
1926-1936	11.7
1936-1946	29.2

Fuente: Buttó, 2002. *op.cit.*

Ciertamente, destaca el notable descenso de la población entre 1891 y 1926, períodos de estos dominados sobre todo por la égida gomecista en la que estuvo ausente el factor bélico. Sin embargo, dicho período sería también el de la pandemia de influenza que la historiografía médica habría de denominar impropia como “gripe española”¹⁵⁵. El saldo de este evento en términos epidemiológico resultaría devastador, lo mismo a escala planetaria que nacional.

Pero la gran variable a la que hemos de atribuir el notable crecimiento aritmético de la población (un dramático 40%) entre los períodos censales 1926-1936 y 1936-1946 es sin duda la de la acción sanitaria del estado a partir de 1936. Ciertamente que están operando otras, como la de un cierto incremento en la escolaridad más básica y, sobre todo, la de la intensa urbanización que ha fomentado la actividad petrolera. Sin embargo, no luce plausible atribuir a estas – al fin y al cabo, variables cuyo impacto sanitario no suele ser inmediato- tan dramático y, sobre todo, rápido cambio de tendencia.

Venezuela había entrado al siglo veinte Si en algún aspecto es posible verificar la certeza del juicio que emitiera Mariano Picón Salas tras la muerte de Gómez es, precisamente, en sus estadísticas vitales. La mortalidad atribuible tuberculosis pulmonar en la etapa pre-sanitaria, es decir, la previa a 1936, se alzaba

¹⁵⁵ Véase el completo estudio de Dora Dávila respecto a la epidemia de gripe de 1918 titulado *Caracas y la gripe española de 1918. Epidemias y política sanitaria*. Ediciones UCAB, 2000. 181p.

con el primer lugar entre todas las causas médicamente certificadas seguida del paludismo. Situación esta radicalmente distinta a la observada en 1950, cuando se documenta un descenso de las mismas y, notablemente, un incremento en las mortalidades atribuibles a enfermedades de crónico – diabetes mellitus y cardiovasculares- así como de las atribuibles a la violencia urbana, como los suicidios y los homicidios (ver Tabla Anexa A).

En menos de una década, la epidemiología característica de la Venezuela de principios del veinte, signada por la supremacía de la malaria y la tuberculosis como causas de muerte, habría de cambiar su perfil en al menos dos aspectos fundamentales: en primer lugar, hemos de destacar el del dramático descenso de las cifras de muertes por dichas causas. En poco más de diez años, la tuberculosis y la malaria pasaron de ocupar los dos primeros lugares en mortalidad por todas las causas a los lugares quinto y sexto, respectivamente. El segundo fenómeno notable es el de la emergencia de las afecciones cardíacas como causa de muerte, un hecho no constatado sino a partir de los cuarenta.

Ciertamente que las cifras citadas se refieren a tasas relativamente brutas a cuyo alcance escapan causas específicas de enfermedad cardíaca; sin embargo, es plausible suponer que entre tales causas de enfermedad cardíaca figure, preferentemente, la enfermedad isquémica del corazón, una afección no infecciosa característica de los medios urbanos y absolutamente característica de la modernidad¹⁵⁶.

La transición epidemiológica como fenómeno entraña el complejo proceso en virtud del cual el perfil epidemiológico de un grupo humano transita desde uno en el

¹⁵⁶ No debemos soslayar que la enfermedad de Chagas, de naturaleza muy distinta, seguirá destacando como causa importante de cardiopatía hasta bien entrado en siglo veinte. La enfermedad de Chagas es causada por la infestación con el *Tripanosoma cruzii*, cuya transmisión es debida a la acción del vector insectil popularmente conocido en el medio venezolano como “chipo” y que corresponde a distintas especies de insectos artrópodos clasificados en los géneros *Rhodnius* y *Pastrongillus*. Dicho insecto encontró un nicho ecológico por excelencia en las techumbres de la vivienda de bahareque que tan característica fuera del campo venezolano. En la medida en que los programas de vivienda rural del MSAS sustituyeron dichas viviendas por unidades sanitariamente concebidas, la mortalidad por enfermedad de Chagas declinaría. El tema ha sido extensamente estudiado en nuestro medio, entre otros, por Briceño-León (1990) *La casa enferma: sociología de la Enfermedad de Chagas*.

que predominan las enfermedades de naturaleza infecto-contagiosa atribuibles a la precariedad de las condiciones objetivas de vida – vivienda, acceso a servicios mínimos y a atención médica básica, saneamiento ambiental, etc- hacia otro en el que la enfermedades predominantes son las de tipo degenerativo o, en todo caso, no infeccioso (típicamente, los distintos tipos de cáncer, las afecciones cerebrovasculares y las del corazón) conexos sobre todo con estilos y hábitos de vida urbanos – valga decir, modernos- entre los que destacan el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo y la adopción de dietas ricas en sustancias promotoras de tales enfermedades. Dejaba de ser Venezuela, por tanto, el país cuya población parecía merced de las viejas plagas del medio rural para convertirse, progresivamente, en otro distinto, en el que la muerte y el morir se asimilaban más y más a los de las llamadas sociedades desarrolladas. En las disciplinas de la administración públicas suele afirmarse y con razón, que los presupuestos fiscales son el instrumento por excelencia tras toda política¹⁵⁷. Una de las evidencias más notables de la calidad del proceso de transformación que operó en la administración pública venezolana durante el lopecismo está precisamente en ello, en la configuración del gasto fiscal y su expresión en términos presupuestarios. A partir de 1936, los presupuestos públicos darán cuenta de un hecho absolutamente notable, constatable en el registro de las cuentas fiscales de la época: el gasto fiscal correspondiente a los sectores sanitario y educativo –el llamado “gasto social”- representaría en 1943, conjuntamente, una asignación de recursos superior a la del Ministerio de Guerra y Marina: exactamente 41.9 *versus* 34 millones de bolívares, respectivamente (ver Tabla Anexa B).

¹⁵⁷ Sobre el papel de los presupuestos públicos en la planificación de políticas específicas diserta el equipo técnico de la comisión *ad hoc* de evaluación de impacto de género en el presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía: “*el presupuesto público es la herramienta por excelencia en el desempeño de las funciones de gestión del gobierno, puesto que supone la concreción de una política económica y social y es un reflejo de sus prioridades políticas. Permite el análisis cuantitativo y cualitativo y la previsión de los efectos de las diferentes medidas sobre un territorio y la población que en él habita. Dicho análisis se puede hacer desde muy diversas perspectivas y en función de una amplia gama de variables. Dado que todo aquello que interviene en el funcionamiento de una sociedad debe ser tenido en cuenta en el análisis macroeconómico, el género, como variable determinante básica de dicho funcionamiento, es de enorme importancia a la contexto de desarrollo y a identificar oportunidades y limitaciones que lo obstaculizan, y permite descubrir a través de un examen sistemático, impactos diferenciales para hora de plantear el modelo y las posibilidades de desarrollo económico y social*”(destacado nuestro). Ver: Presupuestos públicos sensibles al género. Una reflexión constructiva para un desarrollo económico sostenible. Comunidad Autónoma de Andalucía. Disponible en: http://www.ief.es/documentos/investigacion/genero/FG_ALozano.pdf.

Un hecho notable, como hemos dicho, es tanto que constituye la expresión de voluntad política de una autocracia militar heredera de otra que objetivamente desfavorecía al factor clave de su *constituency* político – los militares- en obsequio del gasto dirigido a sectores aún sin mayor capacidad de organización para el ejercicio de la presión. En la Venezuela de entonces, la estructura de organizaciones intermedias entre la masa y el estado era notablemente débil. Apenas en 1936 surgía Organización Venezolana, ORVE, un propopartido al que no es posible atribuir un programa político definido. Muy por el contrario, las elites lopecistas si estaban en posesión de un proyecto definido, ideológicamente fundado en las tesis positivistas y políticamente respaldado por el estamento social que le legara el gomecismo.

Un proyecto que si bien pudo prescindir al principio de una estructura de masas, bien pronto habría de procurarse una. Tal esfuerzo estuvo centrado en la construcción de un partido político propio de lopecismo, las Cívicas Bolivarianas. A partir de 1936, el gasto fiscal venezolano en sanidad y educación observará una tendencia al crecimiento que se mantendrá, con sus naturales variaciones, durante la siguiente década.

La política sanitaria inaugurada por el lopecismo se habrá de caracterizar, entre otras, por su sólida fundamentación en términos político-ideológicos, su consistencia en términos presupuestarios y por su continuidad administrativa en el tiempo, todo lo cual daría cuenta, como lo hemos demostrado, de notables impactos en términos demográficos y de salud poblacional. Su núcleo duro en lo ideológico, como se ha dicho, estuvo en la idea de intervenir el medio físico venezolano – su población como parte de él- a partir de acciones científicamente fundadas, todo ello en absoluta coherencia con la fe que en la religión secular del progreso de la que participaban sus elites ductoras.

De ello da cuenta la prioridad que en aquella política habría de cobrar la materia sanitaria, cuya participación en términos presupuestarios, como hemos visto, observaría una sostenida tendencia incremental hasta bien entrado el siglo veinte. Finalmente, ya hemos pasado revista a sus impactos sanitarios, todo lo cual diera

cuenta de una de las transformaciones más notables documentada en país alguno de la región durante el siglo pasado.

El hecho político a destacar es que tan grande transformación en materia sanitaria no estuvo inspirada ni en su materialización habría de jugar papel alguno toda la teoría derivada del concepto de estado democrático de derecho ni de sus precursores. En la constitución de 1936, la salud no figura entre los derechos bajo garantía constitucional, pese a que, como veremos, ya aparece en textos como el de la de Querétaro de 1919, consecuencia directa de la revolución mexicana.

La sanidad pública venezolana es, por tanto, hija dilecta del pensamiento positivista abrazado por sus elites intelectuales desde mediados del diecinueve, consustanciado con el poder personalista del entresiglo y enfrentado ahora a las nuevas exigencias planteadas de cara a la tardía en un siglo veinte cuyas a complejidades procuraba asomarse, no sin sobresaltos, la relativamente sobresimplificada óptica de aquellos pensadores. Se impone apelar, desde las elites, al país. En tal sentido diserta Arturo Uslar Pietri en su célebre editorial “*Sembrar el petróleo*” de la edición del 14 de julio de 1936 de diario *Ahora*:

“Esa sería la única verdadera acción de construcción nacional, el verdadero aprovechamiento de la riqueza patria y tal debe ser el empeño de todos los venezolanos conscientes”

Sobresaltos estos representados por la emergencia de nuevos actores sociales y políticos – la masa, los protopartidos, los nacientes sindicatos-económicos – el capital alrededor de la floreciente industria petrolera- y uno aún más novedoso: el de la opinión pública, a la cual apelaba con progresiva fuerza el propio núcleo del poder en procura de una base social mínima que sustentare aquel proyecto basado en la alianza entre la fuerza de las armas y la de la “filosofía positiva”.

Capítulo VIII

Entre Escila y Caribdis: una referencia a la sanidad pública venezolana y el estado de nuestro tiempo

“Así, no hay posibilidad de actualizar la libertad si su establecimiento y garantías formales no van acompañadas de unas condiciones existenciales mínimas que hagan posible su ejercicio real; mientras en que en los siglos XVIII y XIX se pensaba que la libertad era una exigencia de la dignidad humana, ahora se piensa que la dignidad humana...es una condición para el ejercicio de la libertad”

Manuel García-Pelayo. *El Estado Social y sus implicaciones*

“In an age of explosive development in the realm of medical technology, it is unnerving to find that the discoveries of Salk, Sabin, and even Pasteur remain irrelevant to much humanity”.

Paul Farmer. *Pathologies of power*

En el habla cotidiana solemos referirnos a lo moderno (el *modus hiodernus* o “modo de hoy”) como ese conjunto de atributos que distinguen a las técnicas, usos y costumbres de estos nuestros tiempos respecto de aquellos propios de los tiempos antiguos. No hay aproximación diagnóstica o esquema terapéutico hoy en día que al ser objeto de debate en el medio médico no reclame para sí el calificativo de “moderno”, ignorantes de que la modernidad quizás esté viviendo sus estertores de muerte ante el arrollador ímpetu de la llamada postmodernidad.

Reconociendo el rico legado que debemos a la Medicina “al modo de hoy”, hemos transitado por su largo proceso de logización y de construcción simultánea del inmenso edificio conceptual y práctico de la llamada modernidad médica desde la antigüedad, los tiempos del Renacimiento toda vez consumada su escisión del tronco de la Medicina antigua, de las ilustraciones y sucesivamente, hasta bien entrado en siglo veinte, cuando el bagaje de tanto conocimiento aplicable terminó por hacer que los hombres hicieran de la ciencia una nueva religión capaz de dar respuesta a todas sus preguntas (ver Lámina X).

Siete décadas de sanidad pública venezolana: entre Escila y Caribdis

Hemos relatado, muy apretadamente, la historia de modernidad médica de la que somos herederos y que nos dejara su mejor síntesis en la *Introducción al estudio de la Medicina Experimental* de Claude Bernard de 1865¹⁵⁸. Fecunda fue su huella en nosotros, tanto que a ella debemos algunos de los parabienes del conocimiento que han permitido que hoy nos contemos entre los sobrevivientes a la otrora acción devastadora de enfermedades que ese conocimiento médico que hoy compartimos derrotara en su día: nos referimos a las vacunas, a la antisepsia quirúrgica y a los antibióticos. Gracias a los productos de la modernidad médica, nuestra generación se salvó de sucumbir a la *Pasteurella pestis* como los habitantes de los burgos europeos del siglo XIV, a la viruela, como los indígenas americanos tras el Descubrimiento o a las fiebres puerperales, como en los tiempos previos a Semelweiss¹⁵⁹.

Dos fueron las grandes promesas de la Modernidad y hasta hace cincuenta años probablemente nadie habría puesto en duda su cumplimiento: nos referimos a las promesas de un mundo controlado por la razón y sus frutos y la del progreso, esa convicción otrora inquebrantable de que el mañana sería, necesariamente, mejor que el hoy. A manera de ejemplo, echemos una mirada somera a dos cuestiones cuán más complejas en el campo del médico-sanitario en las que los avances acumulados en poco más de cuarenta o cincuenta años lograron cambiar para siempre la faz de la morbimortalidad registrada en la mayor parte de las sociedades occidentales: nos referimos la enfermedad arterial coronaria y a la neoplásica (cáncer).

Tras la osadía de Forssman, que en 1929 habría de ser el primero en introducir un catéter a través de la arteria braquial hasta alcanzar la aurícula

¹⁵⁸ El autor guarda con especial celo un ejemplar de la magnífica edición que de la obra cumbre de Bernard realizara el académico mexicano José Joaquín Izquierdo bajo el auspicio del Rector Magnífico de la Universidad Nacional Autónoma de México y prominente fisiólogo Efrén C. del Pozo. La misma fue responsabilidad de la Dirección de Publicaciones de dicha universidad y vio la luz en 1960. No conocemos de ninguna otra reedición posterior.

¹⁵⁹ Semmelweiss, Ignasz (1818-1865). Médico húngaro, llamado "*El salvador de las madres*". Tras sus estudios sobre las llamadas fiebres puerperales introdujo la práctica rutinaria del lavado de manos con soluciones antisépticas previo a la atención al parto, con lo que la incidencia en dicha infecciones y la alta mortalidad a ellas atribuidas habrían de reducir dramáticamente.

izquierda, la víscera cardíaca había permanecido fuera del alcance del clínico salvo por la mediación de las clásicas palpación y auscultación del precordio o, a lo sumo, de la electrocardiografía monopolar desarrollada por Einthoven¹⁶⁰. No será sino hasta 1967 cuando un hábil cirujano argentino, apenas tomado en cuenta por los académicos de la Cleveland Clinic, publicase una original técnica quirúrgica según la cual un trayecto de vena safena podía ser anastomosado entre la raíz aórtica y la porción distal del vaso coronario enfermo a modo de un puente que salvase la obstrucción responsable de la isquemia. Aquél hombre estaría llamado a convertirse en el gran titán de la moderna cirugía cardíaca y, quizás, en el más grande de sus mártires contemporáneos: nos referimos a René Favaloro¹⁶¹.

Poco menos de una década después, un joven y desconocido cardiólogo alemán apenas lograría que en el *meeting* de la American Heart Association de 1977 le permitiesen mostrar en un *poster* su ingeniosa técnica inspirada en el cateterismo de Forssman mediante la cual se hacía posible la plastia, suerte de endovascular – una suerte de “reparación”- del vaso coronario obstruido sin necesidad de recurrir a la cirugía abierta. Era Andreas Grüentzig¹⁶², el creador de la angioplastia transluminal percutánea (PTCA, por sus siglas en inglés)

Con ella, junto a la generalización de la trombolisis intravenosa tras los memorables primeros reportes del *Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto Miocardico* (llamado GISSI, por sus siglas en italiano) en 1986, quedaban atrás los tiempos en que el buen clínico nada podía hacer ante la isquemia miocárdica aguda como no fuera -además de instilar en el enfermo aquella “solución polarizante” que propusiera Sodi-Pallares en México a título profiláctico ante las temibles arritmias ventriculares que suelen acompañarla- mitigar el dolor del precordio en espera de que la aparición de la zona eléctricamente inactivable señalase la definitiva consumación del infarto del miocardio, limitándose en lo

¹⁶⁰ Forssman, Werner(1904-1979), alemán nacionalizado estadounidense, sería galardonado con el Nobel de Medicina en 1956.

¹⁶¹ Favaloro, René se suicidaría agobiado por el fracaso de su proyecto de creación de un gran instituto dedicado a la Cirugía Cardíaca en su natal Argentina, a la que volviera tras una meritoria carrera como cardiocirujano en Estados Unidos.

¹⁶² Grüentzig, Andreas (1945-1985). Médico cardiólogo suizo-alemán, creador en 1977 de la técnica de angioplastia transluminal percutánea (PTCA, por sus siglas en inglés). Junto con el argentino Julio Palmaz (n. 1945), quien perfecciona dicha técnica tras el diseño del *stent* expandible, está considerado como el creador de una de las técnicas médicas más definitivas del siglo XX.

sucesivo a administrar la función de bomba remanente hasta donde se tuviera – hipocráticamente hablando- “poder y discernimiento”; en adelante nos estaría dado hablar de “miocardio en riesgo” y de su “rescate” en “tiempo útil para la reperfusión” (GISSI, 1986:387-402).

Lo propio podemos decir de la enfermedad neoplásica, cuyos misterios comienzan a develarse tras las tempranas aportaciones de Peyton Rous y su modelo del sarcoma viralmente inducido a partir del cual se construyese toda la moderna teoría genética del cáncer¹⁶³. En el campo de la terapéutica también se documentaron avances que habrían de constituir verdaderos hitos en historia de la moderna quimioterapia antineoplásica, siendo quizás el más notable de ellos el de la introducción por Alfred Gilman en los años cuarenta del uso de la mostaza nitrogenada – la otrora arma mortífera en las trincheras de la Primera Guerra Mundial- como recurso fundamental en el tratamiento de la enfermedad de Hodgkin así como de otros procesos linfoproliferativos¹⁶⁴.

Desde entonces, un amplio armamentario de drogas antineoplásicas forma parte del elenco de recursos terapéuticos inherente a nuestra más cotidiana práctica. La vieja promesa de la curación a través de la ciencia aplicada parecía estar siendo cumplida.

Pero, ¿acaso podemos sentirnos poseedores de una garantía cierta de tal cumplimiento en el futuro por venir? .Los tiempos que corren, los de la llamada postmodernidad, parecen venir cargados de no poca incertidumbre a este respecto. Dos aspectos así lo señalan. El primero de ellos, como lo señala Ulrich Beck, tiene que ver con las posibilidades que trajera consigo el desarrollo de las nuevas tecnologías aplicadas al diagnóstico y la terapéutica y que hicieran posible que categorías otrora unívocas – salud y enfermedad, vida y muerte- se convirtieran ahora en contingentes médicamente producidos y producibles (Beck, 2006: 341). La pretensión de curación en el sentido de la intención originaria de la Medicina ha

¹⁶³ Si bien sus primeros trabajos experimentales datan de 1910, Francis Peyton Rous fue galardonado con el Nobel de Medicina en 1966.

¹⁶⁴ Alfred Gilman fue el coautor, junto con Louis Goodman, del célebre tratado de Farmacología de uso ampliamente difundido como texto en numerosas escuelas de Medicina en el mundo. Su hijo, Alfred Goodman Gilman, fue galardonado Nobel en Medicina y Fisiología en 1994 por el descubrimiento de la proteína G y su papel como receptor en la membrana celular.

cedido ante el llamado “manejo” de la enfermedad, una suerte de administración de pesares, panaceas y desesperanzas que consume la mayor parte de los recursos dedicados por las sociedades de este tiempo al cuidado de la salud.

El segundo alude a lo que bien podríamos llamar una verdadera escisión entre diagnóstico y terapéutica. Quien diagnostica ya no es necesariamente quien cura y cuida. Finalmente, hemos de asomarnos brevemente a algunos datos epidemiológicos recientes a propósito de los dos grupos de enfermedad que hemos estado considerando. A partir de nuestros días y hasta 2030 no se espera un mayor abatimiento de la mortalidad por causa cardíaca o neoplásica del que ya logrado¹⁶⁵.

Escila: el ultraísmo médico

Hasta los años sesenta, las aportaciones teóricas de la generalidad de los laureados Nobel en Medicina tuvieron una aplicación práctica relativamente inmediata: Von Behring¹⁶⁶ y la inmunización pasiva contra la difteria, Robert Koch¹⁶⁷ y el descubrimiento del *M.tuberculosis*, Ramón y Cajal¹⁶⁸ con la teoría Neuronal,

¹⁶⁵Tal parece que tras las dramáticas reducción de la mortalidad atribuible al fracaso ventricular documentadas tras la introducción de los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAs) en el tratamiento de tal condición en obediencia a los resultados arrojados por grandes ensayos clínicos como CONSENSUS y SOLVD en los ochenta, ningún otro nuevo hito terapéutico se avizora como no sea el trasplante de ventrículo. De otro modo, tanto hoy como en el futuro mediato, el 85% de esos enfermos habrá muerto en los siguientes cinco años. También una mirada al acuciante problema de salud pública que es el carcinoma no microcítico de pulmón – en inglés, *non-small cell carcinoma*-nos llama a la mayor de las prudencias, como que ni aún los prometedores esquemas que introdujeron la combinación del Paclitaxel -la espectacular droga desarrollada a partir de extractos de corteza de tejo- con carboplatino y los novedosos anticuerpos monoclonales humanizados como el bevacizumab, pudieron mejorar la precaria sobrevida a cinco años de estos sufridos pacientes, cuya mortalidad sigue siendo muy similar a la documentada hace treinta años. Ver: Mathers, DC, D. Loncar. *Updated projections of global mortality, 2002-2030: data sources, methods and results*. WHO, Oct. 2005

¹⁶⁶ Von Behring, Emil Adolf (1854-1917) Bacteriólogo alemán, Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1901, por su trabajo sobre la aplicación del suero contra la difteria, lo que supuso un gran avance en el conocimiento de los mecanismos de la inmunidad.

¹⁶⁷ Koch, Heinrich Hermann Robert (1843-1910) Bacteriólogo alemán, descubridor en 1882 del bacilo de la tuberculosis (*M.tuberculosis*), en su honor llamado también *bacilo de Koch*. Recibió el Premio Nobel de Medicina en 1905 por sus trabajos sobre la tuberculosis. Es considerado el fundador de la bacteriología

¹⁶⁸ Ramón y Cajal, Santiago (1852 - 1934) Morfólogo español, especializado en histología y patología microscópica. Obtuvo el premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1906 por sus descubrimientos en cuanto a la morfología y los procesos conectivos de las células nerviosas, la llamada «doctrina de la neurona» que postula la constitución del tejido cerebral a partir de células individuales. Se trata de la cabeza de la llamada "Generación del 80" o "Generación de los Sabios" en la España de entonces.

Kocher¹⁶⁹, el gran cirujano y sus aportaciones al conocimiento de la fisiología tiroidea; Bárány, quien siendo prisionero de guerra fue permitido para trasladarse a Estocolmo a recibirlo por sus aportaciones al conocimiento de la fisiología vestibular¹⁷⁰; Otto Meyerhoff¹⁷¹ y Hans Krebs¹⁷², cuyas investigaciones constituyen buena parte del conocimiento bioquímico que aún impartimos; Banting¹⁷³, quien con la síntesis y aplicación de la insulina cambiaría la historia natural de la diabetes mellitus; Landsteiner¹⁷⁴, primero en describir los grupos sanguíneos; Severo Ochoa¹⁷⁵, descifrador del código genético cuyas señales en forma de tripletes constituidos por bases nitrogenadas fundaron las bases de toda la genética que conocemos; el argentino Houssay¹⁷⁶, a quien debemos descripción de la regulación fisiológica de la secreción hipofisiaria.

Es difícil no evocar alguna aplicación práctica derivada directa o indirectamente de las aportaciones de alguno de los más destacados referentes del conocimiento biomédico en los primeros tres cuartos del siglo pasado. Ello, sin embargo, no luce tan sencillo si llevamos tal examen a sus últimos años. Ciertamente nos topamos con figuras como Black¹⁷⁷, recientemente fallecido, a quien debemos la

¹⁶⁹ Kocher, Emil T (1841-1917). Prominente cirujano suizo, Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1909. Sus técnicas de cirugía tiroidea y gastroduodenal aún continúan en uso.

¹⁷⁰ Bárány, Robert (1876-1936). Médico húngaro, pionero en el estudio de la fisiología vestibular. Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1914.

¹⁷¹ Meyerhoff, Otto Fritz (1884-1951) Fisiólogo alemán. Sus trabajos se orientaron al estudio del proceso bioquímico que se verifica en la combustión de la glucosa presente en el organismo y en la liberación de energía que se desprende en toda contracción muscular. Obtuvo el Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1922, compartido con Archibald Vivian Hill.

¹⁷² Krebs, Hans (1900 - 1981). Bioquímico alemán. Describió los ciclos de la urea y del ácido cítrico, todo lo cual le valiera el premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1953.

¹⁷³ Banting Sir Frederick Grant (1891-1941) Médico e investigador canadiense. En 1921 descubrió, junto a Charles Best la hormona de la insulina. Por este descubrimiento le fue otorgado en 1923 el Premio Nobel de Medicina y Fisiología, compartido con John James Richard Macleod. Fue armado Caballero del Imperio Británico (KBE).

¹⁷⁴ Landsteiner; Karl (1868 –1943) Patólogo austriaco. Descubrió y tipificó los grupos sanguíneos, fundamento actual de la medicina transfusional. Se le concedió el Premio Nobel de Medicina y Fisiología en el año 1930.

¹⁷⁵ Ochoa de Albornoz, Severo (1905-1993), Bioquímico español, desde 1956 también estadounidense. En 1954, prosiguiendo con sus trabajos sobre la fosforilación oxidativa, descubrió una enzima, la polinucleótido fosforilasa, capaz de sintetizar ARN *in vitro* a partir de ribonucleosidodifosfatos, con lo cual descifraría el llamado código genético. En 1959 fue galardonado con el Premio Nobel de Medicina y Fisiología junto al norteamericano Arthur Kornberg.

¹⁷⁶ Houssay, Bernardo (1887-1971). Médico y farmacéutico argentino nacido en Buenos Aires. Por sus descubrimientos sobre el papel desempeñado por las hormonas pituitarias en la regulación de la cantidad de azúcar en sangre (glucosa), fue galardonado con el Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1947, siendo el primer argentino y latinoamericano laureado en Ciencias.

¹⁷⁷ Black, Sir James W. (1924-2010) Farmacólogo británico, sintetizador del propranolol y la cimetidina. Su invención del propranolol, que revolucionó el tratamiento médico de la angina de pecho

poderosa aportación de los beta-bloqueantes, o Vane¹⁷⁸ en el campo de la bioquímica del ácido araquidónico; Ignarro¹⁷⁹ en la del óxido nítrico, el también argentino Milstein¹⁸⁰ en el campo de los anticuerpos monoclonales, Montagnier¹⁸¹ en el de los retrovirus o el físico Masfield¹⁸² en el del desarrollo de la tecnología de la resonancia magnética nuclear .

Solo que, no obstante estas poderosas aportaciones que he mencionado, la aplicabilidad más o menos inmediata del nuevo conocimiento producido ya no es tan obvia. La acumulación de conocimiento médico inmediatamente aplicable a nuestra realidad concreta pareciera estar entrando en lo que David Ricardo y los economistas clásicos definieron como los rendimientos decrecientes: y es que, en el lenguaje de los economistas, pudiera decirse que, en los márgenes, el impacto medible en términos epidemiológicos tras el desarrollo de una nueva molécula por parte de la industria farmacéutica o la introducción de alguna nueva tecnología como el caso de la cirugía robótica, no resulta tan obvio y demanda ser medido y demostrado. Advertimos no estar en absoluto por la labor de llamar al escepticismo respecto de la creación de conocimiento biomédico; antes bien, hemos de modular nuestras expectativas al respecto ante la posibilidad de toparnos con un nuevo “gran

está considerada como una de las más importantes contribuciones a la medicina y a la farmacología clínicas del siglo XX. Obtuvo el Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1988, conjuntamente con los investigadores estadounidenses Gertrude B. Elion y George H. Hitchings.

¹⁷⁸ Vane, John Robert (1927- 2004). Obtiene el Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1982, compartido con Sune Bergstrom y Bengt Samuelsson, por sus trabajos sobre el metabolismo de las prostaglandinas.

¹⁷⁹ Ignarro, Louis J. (n.1941). Farmacólogo estadounidense. Sus investigaciones se centraron en la búsqueda de la naturaleza química del EDRF (factor de relajación derivado del endotelio). En 1986 descubrió que el EDRF era idéntico al óxido nítrico. En 1998 obtiene el Premio Nobel de Medicina y Fisiología , compartido con Ferid Murad y Robert F. Furchgott.

¹⁸⁰ Milstein, César (1927- 2002) Bioquímico argentino nacionalizado británico, ganador del Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1984 otorgado por su trabajo sobre anticuerpos monoclonales.

¹⁸¹ Montagnier, Luc (n.1932).Realizó su doctorado en Medicina en la Universidad de Poitiers, y en 1967 inició sus investigaciones en virología. En 2008 obtuvo el Premio Nobel de Medicina y Fisiología, junto a Harald zur Hausen y Françoise Barré-Sinoussi por el descubrimiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), causante del sida.

¹⁸² Mansfield, Sir Peter (n. 1933). Físico británico galardonado con el Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 2003 por invención y desarrollo de la Resonancia Magnética Nuclear, tecnología esta de amplio y difundido uso en la actualidad.

salto” en cuanto a acumulación de conocimiento médico relevante en el futuro razonable.

Es plausible, por tanto, postular que hemos maximizado el retorno posible a partir de todo el conocimiento médico acumulado en el último siglo. Puesta ante los límites de su propio paradigma, la medicina occidental asiste al creciente fenómeno social de enfermos que buscan en espiritualismos de nuevo cuño lo mismo que dudosas pócimas comercialmente ofrecidas esa certidumbre que pese a nuestro mejor esfuerzo parecieran nos ser ya capaces de proporcionarles?¹⁸³.

El positivismo médico vigente supone, como hemos dicho, una fe plena en las posibilidades diagnósticas y terapéuticas de la tecnología médica. Sus insuficiencias e incluso fracasos se hacen excusables en tanto que la promesa del “progreso” habrá de traer consigo –más temprano que tarde- las respuestas que permitirán subsanarlas. El pensamiento médico occidental, cabalgando en el paradigma de la razón robustecida en la e-videncia experimental, renueva una vez más su promesa de un mundo sin dolor ni muerte bajo los renovados auspicios de la medicina de lo infinitamente pequeño, que extiende la capacidad de explorar e intervenir la fisiología humana a escala molecular. Se deriva de todo ello un hermético *verbatim* médico cuyas traducciones institucionales se van insertando en una arquitectura institucional esencialmente trazada en el decimonono.

Es así como el hospital organizado en departamentos orientados a las patologías o condiciones médicas básicas – médicas, quirúrgicas, obstétricas y pediátricas- agrupan bajo su mando y control a una compleja red de servicios especializados en la dispensación de prestaciones basadas en el dominio de

¹⁸³ En 2005, un grupo de futurólogos disertaba en las páginas de *Foreign Policy*, la prestigiosa publicación sobre temas de política internacional para entonces dirigida por el venezolano Moisés Naim, acerca de aquellas cosas que probablemente dejen de existir en los próximos años: desde la caduca corona británica hasta el Partido Comunista Chino, pasando por la televisión de dominio público e incluso el estado nacional tal cual hoy le conocemos. El futuro puede que también traiga consigo el fin de las llamadas clínicas de especialidades en Medicina. En el mañana venidero, habrán de ser verdaderas factorías médicas las que hayan de producir, con arreglo a la más dura lógica tayloriana, los ecogramas, endoscopias, biopsias y angiografías que podamos requerir. Pero aún así, señalan estas mismas prospectivas, nada hace presumir que ese entrañable ámbito, más que médico, humano, cuán es el de la consulta del internista, haya de sucumbir ante el avance arrollador de la llamada *Nanomedicina*. Véase: Mundie, C (2005). *Hoy están, mañana no. ¿cuáles ideas, valores e instituciones podrían desaparecer en los próximos treinta y cinco años?* Foreign Policy. No. 150, septiembre-octubre.

determinadas tecnologías por parte de un segmento específico del establecimiento médico. Así por ejemplo, la introducción de la tecnología de fibra óptica en la práctica médica a partir de los años sesenta supuso la organización de servicios de endoscopia, así como el notable desarrollo de la aplicación de los rayos de Röntgen – los llamados Rayos X- al diagnóstico habría de impulsar la creación a lo interno de los hospitales de divisiones técnicas específicas a cargo de su manejo y a la conformación de grupos profesionales especializados en ello.

La introducción de cada nueva tecnología médica trajo frecuentemente consigo la necesaria modificación del organigrama hospitalario básico propuesto apenas a fines del diecinueve por Florence Nightingale. Cada nueva tecnología introducida a la práctica médica, al tiempo que generadora de unos determinados sub-lenguajes, actuaba como renovadora de la fe de Occidente en su redención a partir de ella. La nueva religión secular de lo científico-técnico vertió sobre la medicina occidental una creciente e inusitada carga de expectativas sociales y en su auxilio acudió el Derecho. El acto médico, en tanto que expresión de la voluntad de sanar de los antiguos, se convertía ahora en la dispensación de unas determinadas prestaciones en el marco de una relación jurídico-formal entre un prometiente (el médico) y un requiriente (el enfermo) inserta en un contexto jurídico-institucional que nunca como hasta ahora había ejercido tan determinante papel en la relación terapéutica.

La promesa de la redención humana por la Medicina se hacia ahora jurídicamente mandatoria. El peso del *ars legis*, que en la tradición médica occidental iluminara la ruta al *deon* o “deber ser”, pasaba ahora a ser sustituido por legislaciones específicamente orientadas a ordenar la materia médica desde una perspectiva contractual. Así las cosas, la otrora promesa de sanación por la Medicina se tornaba ahora en obligación en los términos de derecho positivo.

La presión social por la positivización de la norma en materia médico-asistencial y, más aún, por su elevación incluso al rango constitucional, da cuenta de la medida en la que los positivismos médico y jurídico se vienen amalgamando en una sola fuerza puesta al servicio de la materialización de tal promesa: la de una vida larga, sin sufrimiento y sin dolor. Las nuevas legislaciones en materia sanitaria

en Europa e Iberoamérica consagran el pleno acceso de los ciudadanos a una vasta cesta de servicios médicos por derecho de ciudadanía y casi con prescindencia de todo cálculo económico. Las jergas médica y jurídica han trascendido al gran público, de modo que sus demandas a los sistemas sanitarios se tornan progresivamente más sofisticadas, todo ello a expensas de cuantiosas erogaciones fiscales de imposible satisfacción.

La Revolución Francesa, refiere Ivan Ilich, creó el más grande de los mitos médicos de Occidente: el de la secularización de lo patológico, es decir, el de la sustitución de lo sacro por lo científico, o – en el decir del citado autor- “del cura por el médico” (Ilich, 1975:139). El surgimiento de los llamados “ideólogos”, como el francés Pierre- Jean Georges Cabanís, obedece a la aspiración del Nuevo Régimen a la creación de un mundo en el que prevaleciese aquella ideal condición (estado) natural rousseauniana en la que el hombre se habría de reencontrar con el bienestar perdido a merced de los vicios e injusticias del Antiguo Régimen¹⁸⁴. La Revolución Francesa no auspició en un principio esas, las grandes intervenciones biomédicas a escala social a las que habría de asistir Occidente en los años por venir. La entronización de la medicina y de lo médico, así como de sus instituciones derivadas es obra del positivismo. Es a partir de la Restauración en 1840 que lo científico-médico adquiriría la primacía de la que aún goza (Ilich, 1975:142). Es Comte quien introduce la idea de lo “normal” en medicina como contraposición a la desviación que define a lo patológico (Ilich, 1975: 147).

Es a partir de los positivistas que el discurso científico-médico occidental lograría – en el sentido de Ilich- “medicalizar” la vida, que dejaba de ser influjo divino para convertirse en la resulta de una compleja conjunción de procesos –fisiológicos, bioquímicos- científicamente discernibles y, por tanto, intervenibles (Ilich, 1975: 35). Así las cosas, enfermedad, dolor y muerte se vacían de sus significaciones antropológicas para reducirse a meras “disfunciones”. La salud, señala Ilich, se convierte así en una promesa inalcanzable a la que se tiene derecho en virtud de una pretendida justicia social (Ilich, 1975: 72). Promesa recurrente y, en cierto modo,

¹⁸⁴Cabanís, George (1757-1808) Médico y filósofo francés. Profesor de Higiene en París durante la Revolución francesa, fue uno de los más destacados representantes de la corriente de los llamados “ideólogos”, que fuera sustentadora de la política thermodoriana y, ultimadamente, de la del Imperio.

autosostenida. Promesa según la cual, la muerte habrá de ser abolida a partir de los parabienes que nos habría de legar la nueva ciencia médica experimental.

Desde la perspectiva política ello ha supuesto el planteamiento de dos retos formidables para las democracias liberales de Occidente: en primer término, el de la cesión de ingentes cuotas de poder político a factores de la sub-política – en el sentido ya señalado por Ulrich Beck- no sujetos al escrutinio social directo. Michael Foucault propone una denominación para ello: el *biopoder* (Foucault, 1975: 197)¹⁸⁵ En segundo lugar, aunque no menos importante, hemos de situar el problema de la escasez relativa de recursos aplicados a la satisfacción de las demandas de atención médica *vis-à-vis* las crecientes presiones en tal sentido que se ejercen desde el seno de sociedades “medicalizadas” al extremo.

La promesa occidental de un mundo sin dolor, enfermedad ni muerte se convierte así en el bastón de mando de la por Foucault llamada “biocracia” (Ilich, 1975: 99). Con Copérnico, el hombre ha sido arrojado del centro del Universo, incluso del suyo propio. El lugar del espíritu es reclamado ahora por el de la razón científicamente respaldada. La “biocracia” propuesta por Foucault se constituye en una nueva “casta sacerdotal” administradora de la anhelada promesa de salud. Promesa esta que, como hemos señalado antes, supone acciones materiales que, en nuestra tradición, han correspondido esencialmente al estado y sus instituciones (Ilich, 1975:38).

La metapolítica de fundamentación tecnológica: el caso de la medicina

La ciudad amurallada europea que surgiera a partir de la emergencia de una protoburguesía urbana requerida de un mínimo de resguardo físico para su desarrollo terminaría encarnando en sí misma parte de aquellos males que en sus

¹⁸⁵ A propósito señala Foucault: “*La population est captée par le pouvoir politique qui cherche à en surveiller et à en maîtriser la santé. On note les morts, les malades, les événements de toute sorte. La ville est immobilisée et la population soumise à un enregistrement continu de son état. Chacun est surveillé, contrôlé, en permanence*” (“La población es capturada por el poder político que vigila, sigue y dirige la salud. Toman nota de las muertes, las enfermedades y demás eventos. La ciudad se inmobiliza y la población queda sometida a un registro permanente de su estado. Cada uno es seguido y controlado permanentemente. La finalidad de tal situación es la de mantener a la población a su máximo de vida, pero al mismo tiempo, el espacio social al nivel más básico de los individuos es controlado permanentemente”, traducción nuestra) (Foucault, 1975: 197)

orígenes pretendiera conjurar. Con la modernidad, el “afuera” no estaría más del otro lado de los muros, límite físico de aquellos burgos. En adelante, “el afuera comienza aquí”, como señala Virilio (Virilio, 2004: 111). La metapolítica tecnológica creó en torno a las nacientes ciudades un complejo de “burbujas” - ámbitos de seguridad y confort en los que el hombre centró su vida cotidiana- que se constituirían en si mismas en esencia y ser de lo deseablemente humano.

Así, lo “civilizado” aludía más que etimológicamente a la vida en la *civitas*, tanto como “la urbanidad” a los usos y costumbres propios de la *urbi*, ambos en clara oposición a lo rural. Las grandes ciudades europeas de entonces albergaron al mismo tiempo “burbujas” financieras, políticas y tecnológicas, entre otras. Espacios virtuales ahora devenidos en un nuevo y común espacio físico en el que prevalecía una episteme radicalmente distinta a la del mundo “de afuera”. Entre las muchas y nuevas “burbujas” urbanas hemos de contar a la sanitaria, que permitiera a los burgos medioevales, mucho antes de la introducción de las técnicas vaccinales y de la terapéutica antibiótica, contener el avance de las enfermedades infecciosas, las temibles “plagas” de entonces.

La ciudad era pues sinónimo de salud, en tanto que lo rural era tenido como el reino de la enfermedad. Sus murallas se constituyeron en la inexpugnable defensa llamada a proteger a sus habitantes y los *regimenes* sanitarios –como el salernitano- en los precursores de las grandes “máquinas de curar” –los modernos hospitales- que la medicina de base experimental construiría como cenit del modelo de institucionalidad sanitaria que propusiese. La ciudad se desarrolló, desde sus orígenes, como un espacio progresivamente “medicalizado” (Labasse, 1982: 117).

La “burbuja” sanitaria de la ciudad habrá de descubrir sus propias debilidades cuando la amenaza de enfermedad dejó de provenir “de afuera” para, por el contrario, originarse dentro de sus propios muros. En lo sucesivo, con cada vez más frecuencia las nuevas epidemias estallarían en medio de aquellos espacios urbanos. Las biocracias médicas, ungidas por la sacralizada tecnología bajo su dominio, es la portadora del nuevo ideal de ciudad occidental que progresivamente se irá instalando. Es lo que Virilio llama el “encerramiento carcelario” de las primeras ciudades europeas – bajo cuya regla se imponían “cuarentenas” a los enfermos

cuando no destierros- , que contemporáneamente se corresponde con la idea de la “sociedad de control”.

Hogaño, las “burbujas” de la Modernidad habrán de apelar a las más insólitas tecnologías: cámaras, monitores, “códigos de barra”, carnés dotados de *microchips*; todo un abanico de tecnologías aplicadas a una singularización extrema del individuo de la que surgen evidentes elementos de control. Nunca como hasta ahora la acción individual está en riesgo de quedar supeditada a la del estado. La “amenaza terrorista” hoy– como antaño “la invasión bárbara”- ha sido la razón más frecuentemente socorrida en la justificación política e, incluso, la fundamentación jurídica de tales prácticas de control social (Bradsher, 2007).

La némesis médica de Occidente

El notable vigor con el que se inaugura la medicina venezolana del siglo veinte es herencia directa de aquél que le imprimiera el pensamiento acunado por los pensadores positivistas – de formación médica muchos de ellos- que casi desde mediados del decimonono animó a toda una elite intelectual persuadida del carácter indefectible del triunfo de aquellos ideales de orden y progreso anunciados por sus grandes teóricos. El mundo de la patología no habría de escapar a los efectos de aquel nuevo ímpetu. Como lo señala el venezolano Briceño Gil, “se fortifican utopías de una salud absoluta y permanente y la vida eterna del hombre (Briceño Gil, 2005: 364-372).

El determinismo experimentalista se aquerenció en el paradigma médico naciente, imponiendo taxativamente sus leyes de causalidad al hecho clínico al modo de un nuevo dogma. Pero las evidencias recabadas en otros campos de las llamadas “ciencias duras” ya apuntaban a la fragilidad de aquel nuevo ethos médico. La teoría cuántica de Heissemberg y Planck, entre otros, pero sobre todo, el relativismo einsteniano ponían en seria duda la hasta entonces implacable lógica del “A entonces B” a partir de la cual podían inducirse pretendidas leyes generales a partir del estudio de experiencias de fenómenos concretos o, al contrario, deducir el

curso de tales fenómenos desde un determinado cuerpo de leyes (Briceño Gil, 2005:364-372)¹⁸⁶.

La vigencia del paradigma positivista en medicina ha sido larga, como larga ha sido su impronta en los diseños institucionales sanitarios a los que diera vida; al fin y al cabo, todo sistema lógico es, de suyo, autoreferente de si mismo¹⁸⁷. La cibernética de los sistemas de Von Berthalanffy concibe a estos como organizaciones en las que *inputs* y *outputs* – entradas y salidas- se equilibran de modo tal que el sistema propenda a su autopreservación sin necesidad de una instrucción externa (García-Pelayo, M. *Burocracia, tecnocracia y otros escritos*. 1974/ 1991: 1417)¹⁸⁸. Así concebidos, *inputs* contenidos en presupuestos asignados, legislaciones, políticas sectoriales, etc. que, procesados al amparo del nuevo paradigma científico-racional, habrían de generar como *output* el abatimiento de la enfermedad y la instalación de la sanidad como patrimonio de las sociedades.

La e-videncia acumulada en las postrimerías del siglo veinte señalaría, no obstante, que la promesa basada en la utopía del mundo sin enfermedad y muerte distaría mucho de cumplirse. La llamada “ciencia médica” no es tal. Podemos, a lo sumo, referirnos a ella, siguiendo el argumento de Briceño Gil, como “un híbrido entre saber y hacer, es un saber hacer” (Briceño Gil, 2005: 364-372). No existe ciencia médica en tanto que su supuesto objeto de estudio – el hombre- es de suyo inasible. Solo nos queda reivindicar la existencia de “un discurso científico utilizado por la medicina” en tanto que “solo hay ciencia de lo general, jamás de lo particular” (Briceño Gil, 2005: 364-372).

La medicina se apoya en las aportaciones de las “ciencias duras” – la fisiología, la bioquímica, entre otras- pero sus deducciones prácticas las superan con

¹⁸⁶ Señala Briceño Gil: “...en un comienzo, el fundamento de la ciencia moderna era la experiencia y solo podía tener este valor lo que se podía someter a control y demostración. Así, el ideal de certeza se convirtió en la medida de todo conocimiento. Este modelo caracterizó a la física newtoniana y está cimentado en el paradigma cartesiano y cientificista, analítico y lineal, bajo la ley de causa y efecto”.

¹⁸⁷ El carácter tautológico de toda lógica es destacado por Wittgstein en su *Tractatus logico philosophicus* de 1921 y supone una de las críticas más radicales de la razón analítica producidas en el siglo veinte.

¹⁸⁸ Tal cualidad también ha sido extrapolada a los sistemas político-institucionales por García-Pelayo, quien se refiere a los llamados “sistemas tecno-organizativos” - a los que asimilamos los médico-sanitarios- como un subsistema o parte integral de un sistema concreto.

creces. Opera lo que Briceño Gil bien llama “la presión de la patología” (Briceño Gil, 2005: 364-372). Es la presión ejercida por la enfermedad y el enfermo, más o menos articulada socialmente y, desde mediados del siglo veinte, convertida en un vector más de la acción política la que llama a las puertas del paradigma médico positivista a la espera, no de ciencia pura, sino de resultados concretos. Hasta bien avanzado el siglo, tal apelación pareció tener respuesta. Las grandes endemias fueron abatidas. Los indicadores sanitarios más emblemáticos – mortalidad infantil, expectativa de vida- acusaron una notable mejoría que, como hemos visto, también incluso alcanzó a Venezuela.

Pero el discurso científicista que tan contundentemente oficiara frente a la enfermedad infecto-contagiosa – malaria, tuberculosis, etc- no tuvo el mismo éxito cuando tuvo ante sí la compleja realidad de la enfermedad crónica –el cáncer, las enfermedades degenerativas, mentales, etc-. El reduccionismo científico-médico de los positivistas – el mismo que permitiera, no obstante, concentrar grandes esfuerzos técnicos y políticos a favor del abatimiento de las grandes endemias del siglo pasado con notable éxito- “llevó a pensar que era posible la comprensión de la complejidad total del organismo humano a nivel celular y molecular, en términos de la física y la química clásicas” (Briceño Gil, 2005: 364-372), en tanto que la causa (i.e virus, bacteria o parásito) tras el efecto observado (las endemo-epidemias de fiebre amarilla, tifoidea o malaria, etc) resultaba ahora del todo conocida e intervenible a partir de acciones más o menos específicas y concretas (el saneamiento, la terapéutica o la inmunización con vacunas). Pero las nuevas y crecientes realidades propias de la llamada “epidemiología de la transición” y en la que enfermedades no del todo comprendidas en cuanto a su génesis parecer ocupar los primeros sitios en la estadísticas vitales, los avances de tal reduccionismo resultan precarios.

“La genética se hace dueña de la etiología”, señala Briceño Gil (Briceño Gil, 2005: 364-372). La enfermedad ahora no viene “de afuera” del sistema en forma de un agente patógeno discernible, sino que “de adentro”, producto de alguna impensada y deletérea disyunción cromosómica capaz de emitir una nefasta señal en virtud de la cual el genoma humano, operando contra sí mismo, “codifique” para la génesis de alguna estirpe tumoral que insurja contra el organismo que le diera

origen. Misma reflexión que cabe para el caso de la enfermedad degenerativa, en la que un ignoto mecanismo apoptótico predetermina, al modo de una sofisticada bomba de relojería, el fin de cada célula de la economía corporal¹⁸⁹.

Los esfuerzos médicos e institucionales se orientan ahora a la gestión de una nueva y creciente forma de enfermar y morir. La terapéutica “anti” agentes específicos cede su antigua primacía a otra muy distinta, diseñada para “mejorar” el desempeño de órganos agotados. La alquimia de los antiguos da paso a lo que Briceño Gil llama la “algenia” que pretende transmutar, ya no metales sino la cosa viva (Briceño Gil, 2005: 364-372).

El reduccionismo científico-médico apela aún a un último recurso de salvación epistemológica: al probabilismo bayesiano. La probabilidad bayesiana, de boga en las disciplinas tan variadas como la Economía y la Ciencia Política, llega a la medicina a partir de pensadores como Cochrane y los llamados “padres” de la llamada Medicina Basada en la Evidencia (por sus siglas, MBE) a la que ya nos hemos referido antes. Seguramente los clínicos estuvieron entre los primeros en reconocer que en la aplicación de aquellas aquellas pretendidamente inexorables leyes determinísticas solían observarse más excepciones que casos atendidos a la “norma”, intuyendo así, como bien lo señala Briceño Gil, que “la certeza no es posible sino en la probabilidad” (Briceño Gil, 2005: 364-372).

La enfermedad, que para los antiguos fue sino, para los modernos, accidente y para los positivistas fenómeno físico, pasaba a ser ahora una probabilidad matemáticamente estimable. La probabilidad bayesiana asigna mayores o menores posibilidades de expresión de una determinada enfermedad en un caso dado a partir del estudio y ponderación –matemáticamente modelada- del juego de variables operando entorno al caso concreto. Pero una vez más, la medicina occidental se aferra a la última frontera del paradigma que le legaran sucesivamente racionalistas modernos y positivistas decimonónicos, solo que ahora facultada por la incorporación de procedimientos matemáticos similares a los empleados en los

¹⁸⁹ Apoptosis: dícese de los mecanismos de muerte celular genéticamente programados al modo de un dispositivo de autodestrucción o “suicidio” celular. Juega un importante papel en la autoregulación del crecimiento celular en organismos complejos y se le estudia como factor crítico en el desarrollo de ciertas patologías degenerativas y neoplásicas.

campos de la Econometría y la Teoría de Juegos. El “viejo ideal de la certeza”, como lo llama Briceño Gil, se empeña aún en seguir siendo “la medida de todo conocimiento”, solo que ya no amparado en el determinismo experimental sino en la poderosa metodología aportada por la estadística matemática (Briceño Gil, 2005: 364-372).

La más radical de las críticas recientes de la episteme médica occidental, como hemos visto, ha sido la del clérigo vienés Ivan Ilich, contenida en su *Medical Nemesis: the Expropriation of Health* de 1975, ampliamente citada *ut supra*. Se refiere metafóricamente Ilich a la némesis como “la venganza divina que caía sobre los mortales que usurpaban los privilegios que los dioses guardaban celosamente para sí mismos” (Ilich, 1975: 31). En los antiguos, la vida, la enfermedad y la muerte corresponden a los dominios de lo divino; *Asklepios* es un dios y los *asklepiades* sus sacerdotes. Lo médico en ellos estaba indisolublemente asociado a lo mágico-religioso. El proceso de logización del discurso médico propenderá a vaciarle progresivamente de su antigua dimensión espiritual para privilegiar la estrictamente técnica. Dimensión esta cuya potencia se hará más manifiesta en la medida en que la capacidad generadora de respuestas prácticas por el *logos* médico alcanzare niveles inusitados a partir de la instalación del paradigma experimental)¹⁹⁰.

La *nemesis* médica ilichiana se revela justamente en las dos perspectivas que hemos venido señalando: por una parte, la de la finitud de los recursos materiales aplicables por las sociedades a la inmensa tarea de construir el prometido mundo sin dolor, enfermedad y muerte que prometiera la modernidad; por la otra, la de los límites de la propia biología humana y sus sistemas, cuya dimensión temporal encuentra sus propios extremos en el fenómeno apoptótico que pone término a la vida en su nivel más esencial – el celular- de manera genéticamente programada. En la primera de las perspectivas aquí expuestas, hemos argumentado ya desde la e-videncia macroeconómica, que pone de manifiesto el peso creciente del gasto

¹⁹⁰ Señala Ilich: “En todas partes continuaba inconvencible la creencia en el progreso ilimitado, y el progreso en medicina quería decir el esfuerzo persistente por mejorar la salud humana, abolir el dolor, erradicar la enfermedad y extender la duración de la vida utilizando cada vez más la intervención ingenieril. Los injertos de órganos, las diálisis, los métodos criogénicos y el control genético alentaban esperanzas y no despertaban temores. El médico estaba en el pináculo de sus funciones como héroe cultural”. Véase: Ilich, 1975: 36.

sanitario en economías mundiales acusadas de extenuación frente a sus elevadas expensas en materia de seguridad social.

Podemos postular una “industrialización” de la vida y de sus fenómenos más esenciales – el nacer, el enfermar y el morir- que ha conducido a un escenario en el que, señala Ilich, “las esperanzas en total aumentan más rápidamente que los recursos de asistencia. Mientras más tratamientos se aplican, mayor es el sufrimiento total” (Ilich, 1975: 37). Hemos ofrecido en este mismo sentido argumentaciones desde la perspectiva epidemiológica, destacando sobre todo el referido a la relativa estabilidad en las series de tiempo en la mortalidad atribuible a las grandes epidemias de la modernidad – la de las enfermedades degenerativas como las cardíacas y las neoplásicas- pese al creciente flujo de recursos que se destinan a su contención. La “medicalización de la vida” que denuncia Ilich ha conducido a la ruina del Estado de Bienestar que el mundo occidental exhibiera en su día acaso como su más elevado logro. El “retorno” del gasto sanitario de las grandes economías del mundo en términos de “años de vida salvados corregidos por calidad” se sitúa en no pocos casos por debajo de las expectativas de los planificadores¹⁹¹.

Pero la *nemesis* ilichiana nos ofrece otra faceta igualmente terrible en la radical juridificación de lo médico que tan característica es de las democracias europeas e iberoamericanas. La asimilación de la salud a las normas propias del derecho positivo parece estar resultando en la formación de una percepción de la atención médico-sanitaria en tanto que conjunto de derechos de cada vez más difícil materialización, ello al punto de atentar, paradójicamente, contra la viabilidad de acciones sanitarias desde el estado de mayor pertinencia y mejor

“retorno” (Ilich, 1975: 91)¹⁹². Se privilegia así la financiación a costosos servicios médicos de discutible impacto sanitario frente a la de otras acciones –saneamiento

¹⁹¹ Definir los QAYLS (acrónimo en lengua inglesa de Quality Adjusted Years of Life Saved o *Años de Vida Salvados Ajustados por Calidad*. En Epidemiología, medida del beneficio de una cierta política o conducta médica. Suele ser empleada con notable frecuencia en estudios orientados a tal fin.

¹⁹² Cita Ilich la publicación del venezolano Arnoldo Gabaldón del 12 de abril de 1962 en la prestigiosa revista médica británica *The Lancet*, en la que el estudioso venezolano señala: “Considero que la tendencia de los servicios sanitarios gubernamentales de América Latina a concentrarse en la

ambiental, provisión de agua potable o vivienda mínima, por ejemplo- llamadas a incidir de modo más contundente en la expectativa de vida en países de economías pobres e incluso emergentes.

La juridificación de lo médico al punto de inscribir la atención médica en el marco del derecho positivo entraña el creciente riesgo de pérdida de toda dimensión gestionable de la demanda de tales servicios por parte de enfermos constituidos ahora en titulares de un derecho cuya materialización supone articular prestaciones concretas cuyos costos financieros – y de oportunidad- ponen en peligro economías enteras. Se cierra así el terrible ciclo de la némesis ilichiana, el de la procura social insaciable de parabienes médicos elevados a la categoría de derecho a cuyo encuentro salen los límites objetivos que imponen las curvas de presupuesto.

Como en la paradoja de Zenón, las lentas pero indefectibles verdades de la economía terminan por dar alcance a los veloces “derechos de tercera generación” que nuestras legislaciones recogen incluso con rango constitucional¹⁹³. La postmodernidad médica terminó ratificando en no poca medida la prospectiva ilichiana de los años setenta. Las llamadas “crisis” de los sistemas sanitarios dan cuenta de un nuevo *status quo* en el que la cesta de servicios ofrecidos – materialización de aquella otrora promesa de salud- no encuentra correspondencia con las expectativas sociales. De tal brecha se originan discursos pretendidamente alternativos que prometen realizarla a partir de la apelación a paradigmas distintos a los de la medicina científica: apelación a prácticas propias de sistemas médicos distintos al occidental (generalmente orientalistas), cuando no a prácticas sanitarias o saberes más afines a discursos espiritualistas que a aquellos propiamente médicos. De todo lo cual derivan nuevos hábitos de consumo así como prácticas individuales o sociales que prometen ser las materializadoras de la promesa de sanidad plena que el paradigma científico-médico no pudo finalmente cumplir¹⁹⁴

asistencia médica es muy nociva. En Venezuela, por ejemplo, el costo anual de una cama de hospital es aproximadamente diez veces el promedio de ingreso [per cápita] en el país”.

¹⁹³ Zenón de Elea (c.490 AC). Filósofo presocrático. Sus célebres paradojas o aporías – como la de la de la tortuga que gana la carrera a la liebre- son la referencia más antigua que del concepto matemático de lo infinitesimal.

¹⁹⁴ Nos referimos aquí a toda la praxis sanitaria contenida en el discurso de la llamada Nueva Era (*New Age*), en el que coexisten desde elementos chamánicos hasta prácticas de inspiración orientalista, todo ello en una matriz discursiva escasamente consistente pero que pese a ello ha logrado permear notablemente incluso a comunidades médicas profesionales.

El debate a propósito del “punto crucial” (*turnning point*) en el que pudiera encontrarse la medicina occidental del presente tiene en el físico austriaco Fritjof Capra a uno de sus más radicales exponentes tras los aportes de Ilich y los epidemiólogos británicos clásicos como Thomas Mckeown. En su obra de 1986 *Uncommon wisdom*, (traducida en 1990 al español con el título de *Sabiduría insólita*) Capra diserta sobre el agotamiento del modelo racional-mecanicista sobre el cual Occidente construyera su gran *logos* médico y se acerca a las bondades de contenidas en las prácticas orientalistas en las que el médico encarna un papel radicalmente distinto al que le impone la cultura occidental (Capra, 1990: 188)¹⁹⁵.

La apelación a la medicina occidental hoy es, al tiempo, al reencuentro con sus raíces espirituales y religiosas premodernas en tanto que, por otra parte, se intenta avanzar al límite de lo creíble en los campos de la Genética, las nanotecnologías de aplicación médica y la Biología molecular, todo ello al modo de un nuevo sincretismo médico en el que incluso llega a coexistir lo chamánico con las tecnologías más sofisticadas. Un nuevo sincretismo que signa la crisis de un paradigma en la que nos e avizora el surgimiento de otro que le sustituya, como tampoco lo avizoraron los médicos ilustrados cuando a sus verdades puramente racionales se opusieran otras nuevas de base experimental. Una crisis que tampoco lo avizoraron los médicos escolásticos cuando los mecanicistas irrumpían con sus prácticas basadas en la idea de la *fabrica* humana y como tampoco lo en su día lo hicieran los médicos-magos de las primeras civilizaciones del Mediterráneo y Sumeria cuando sus antiguas practicciones resultaran progresivamente insertas en el *logos* de los médicos “físicos” de Jonia.

Es así como los grandes diseños institucionales médico-sanitarios de Occidente se encuentran sumidos en la crisis que supone la sobredemanda de prestaciones, por un lado, y el creciente cuestionamiento social, por el otro. Se pide a la “maquina de curar” postulada por Foucault y que es expresión en sí misma del paradigma médico científico positivista lo mismo que a los oficientes de la llamada

¹⁹⁵ “En la medicina occidental, el médico de mayor reputación es el especialista, con conocimientos detallados de una parte específica del cuerpo. En la medicina china, el médico ideal es el sabio que conoce el funcionamiento conjunto de todas las pautas del universo, que trata a cada paciente como caso individual y que registra con la mayor amplitud posible la totalidad del estado mental y corporal del individuo, así como su relación con el entorno natural y social”.

Nueva Era: superar el dolor, la enfermedad y la muerte. Pero el tratamiento de las instituciones de los estados a ambos actores dista mucho de ser homogénea. A la medicina occidental se le exige rigor científico, adhesión a duras normas de Derecho y, últimamente, a estructuras de costos de difícil asunción. De los oficiantes de la llamada *Nueva Era* no se espera tal cosa, lo que los hace acreedores de una forma de indulgencia social solo comparable a aquella de la que gozaron los antiguos médicos-magos.

Caribdis: la tragedia tras la llamada justicia distributiva

La aspiración al acceso de las mayorías depauperadas a la atención médica está ya en el debate político en el seno de las democracias liberales europeas de fines del diecinueve. No casualmente es Manchester desde donde Benjamin Disraeli impulsa la primera gran reforma política de alcance sanitario en Occidente anterior a la que encarnara la seguridad social bismarckiana¹⁹⁶. Hay en las clases políticas europeas un notable celo ante el avance de las revoluciones de inspiración socialista. Apenas un año antes, en 1871, ha estallado la revuelta de los comuneros de París. En nuestro medio, las primeras expresiones de organización obrera que tienen lugar en 1886 ya incluyen una potencial agenda sanitaria a negociar con el factor patronal¹⁹⁷.

¹⁹⁶Refiere Benjamin Disraeli (1804-1881) en su bien conocido discurso en el Free Trade Hall de Manchester el 3 de Abril de 1872: *"I think public attention as regards these matters ought to be concentrated upon sanitary legislation. That is a wide subject, and, if properly treated, comprises almost every consideration which has a just claim upon legislative interference. Pure air, pure water, the inspection of unhealthy habitations, the adulteration of food — these and many kindred matters may be legitimately dealt with by the legislature"* ("pienso que la atención del público debe concentrarse en la legislación sanitaria. Esta es una material amplia y, si se trata apropiadamente, incluye casi todas las materias que ya han sido intervenidas legislativamente. Aire puro, agua pura, la inspección de los domicilios insalubres, la adulteración de los alimentos. Tales y aún otras muy diversas materias deben ser objeto de legislación"). Cierra, citando una corrección hecha al texto de la Biblia Vulgata en la que debe leerse *"Sanitas sanitatum, omnia sanitas"*, señalando que *"...it is impossible to overrate the importance of the subject. After all, the first consideration of a minister should be the health of the people"* ("es imposible sobreestimar la importancia de tal materia; después de todo, la primera consideración de un ministro debe ser la salud del pueblo"). Tal política fue opuesta por el laborismo calificándola como *"a policy of sewage"* ("política de alcantarillados"). Disraeli, conservador, fue primer ministro de la Gran Bretaña en dos legislaturas durante el reinado de Victoria. Véase: http://www.emersonkent.com/speeches/sanitas_sanitatum_omnia_sanitas.htm

¹⁹⁷Véase: Documentos del I Congreso Obrero venezolano de 1886. En: Godio, J (1985) *El movimiento obrero venezolano* (2 vols.). Ediciones del Ateneo de Caracas, Caracas, p. 132.

El fenómeno de la enfermedad deja de ser observado como una circunstancia sobrevenida en el ámbito de lo individual para reclamar un sitio en la agenda pública. El conservadurismo inglés lo entiende así y defiende su incorporación al debate político como la más eficaz contención de la presión social que en el continente impulsa movimientos revolucionarios desconocidos aún en Inglaterra donde, señala Disraeli, no ha habido levantamientos de tal tipo desde la vigencia de la norma constitucional británica¹⁹⁸.

Pero la apelación disraeliana al *omnia sanitas* no permite aún anunciar un atisbo de avènement del estado democrático de derecho en Europa. Estamos aún bajo el paradigma político del estado liberal, cuya constitución protege a la sociedad del poder del estado sin que por ello se plantee que el estado deba constituirse en un protector activo de la sociedad. Como hemos señalado antes, el futuro por venir habría de plantear el tema sanitario como uno de los focos de debate político en tanto el acceso a tales prestaciones se vaya asimilando progresivamente al ámbito de los derechos, concretamente de los derechos fundamentales. Como veremos, tal asimilación tiene en la cuestión relativa a la justicia distributiva y sus problemas.

Sanitas sanitatum, omnia sanitas. La promesa de acceso a la atención médica universal como expresión de justicia distributiva y que viene siendo característica del estado democrático y social de derecho desde su concepción misma tiene su principal óbice en la cuestión económica. Los sistemas políticos, señala Rawls, “forjan los deseos y aspiraciones de sus ciudadanos” (Rawls, 2006: 244). La modernidad médica generalizó la promesa de una vida libre de enfermedad y dolor a una sociedad que le habría de tomar la palabra.

¹⁹⁸Señala Disraeli en el mencionado discurso: “*since the settlement of that Constitution, now nearly two centuries ago, England has never experienced a revolution, though there is no country in which there has been so continuous and such considerable changes*” (“desde el establecimiento de esa constitución, ahora hace cerca de dos siglos, Inglaterra nunca ha experimentado una revolución, si bien no ha habido país alguno que no haya estado ante tan continuos y considerables cambios”) Motivo por el cual elogia la política *thory* opuesta a la laborista, señalando que: “*The Conservative party have done more for the working classes in five years than the Liberals have in fifty*” (“el partido Conservador ha hecho más por las clases trabajadoras en cinco años que los Liberales en cincuenta”). Véase: http://www.emersonkent.com/speeches/sanitas_sanitatum_omnia_sanitas.htm.

En una primera etapa del desarrollo de los sistemas sanitarios occidentales, las grandes economías de escala dadas por plantas médico-asistenciales inmensas en las que la cesta de prestaciones a ofrecer estaba esencialmente constituida por acciones simples, de bajo costo unitario y por ende, masificables, hicieron posible resolver la cuestión macrodistributiva con relativa solvencia. La microdistribución – la dimensión en la que se asigna el recurso por definición escaso a cada persona titular de derecho a tales prestaciones- no supone aún un factor de presión determinante sobre las cuentas fiscales en tanto que el costo de aquellas prestaciones médicas y sus tecnologías propendía, en los márgenes, a ser decreciente.

Pero en lo sucesivo se verá cómo la cuestión microdistributiva ganará primacía en la medida en que la agregación de preferencias de los titulares de derecho se torne crecientemente variada y compleja como consecuencia de la imposición de unas determinadas expectativas. Expectativas estas fundadas a partir de percepciones estimuladas por la participación de la sociedad del paradigma médico que la modernidad construyera a todo lo largo de la progresiva logización de su discurso.

La apelación a la por Rawls llamada “solución económica”, básicamente derivada de una forma de justicia contributiva, supondría el abandono de la dispensación de la atención médica a las leyes del mercado y, por ende, al mundo de la justicia contractual. El decimonono venezolano lo entendió así, haciendo del ejercicio liberal de la medicina su modelo por de atención médica por excelencia. En tal marco, la atención es dispensada no sobre la base del ejercicio de un derecho (o del acatamiento a un mandato de ley) sino sobre una base transaccional mediada por el pago de honorarios profesionales. Como se verá, los actuales sistemas sanitarios de financiación fiscal estarían fundados sobre un concepto distinto: el de la justicia distributiva.

“De cada quien según su capacidad y a cada quien según su necesidad”. El pensamiento socialista marxiano hizo de tal asunción la base fundamental de toda la política redistributiva que siguiera a la reacción de las democracias liberales ante la presión de las masas seducidas por los discursos revolucionarios. El creciente peso

del gasto sanitario en los esquemas macrodistributivos de las distintas economías pondrá de manifiesto la imposibilidad material de tal lógica.

Claramente alineada con el esquema básico de justicia distributiva surge contemporáneamente una concepción muy particular en la que las prestaciones médicas se definen como un derecho humano esencial (Farmer, 2005: 213). Lo cierto es que los mecanismos de asignación de recursos basados en juicios morales (“a cada quien según su virtud”, diría Rawls) resulta de escasa utilidad práctica en tanto que conduce a juicios de carácter arbitrario no enmarcables en normas positivas social y políticamente aceptables. La progresiva incorporación de tecnologías de alto costo terminaría comprometiendo la macrodistribución equilibrada de los recursos destinados a la atención médica, al punto de transmutarla de un abstracto “derecho fundamental” a un derecho prestacional concreto.

La atención médica de financiación fiscal como derecho fundamental

En la provisión de prestaciones sociales con cargo del estado está quizás la expresión más tangible de la promesa de bienestar inherente al concepto de Estado Social y Democrático de Derecho a la que las democracias de nuestra región no siempre fueron capaces de dar contenido cierto, al punto de que y podamos afirmar sin dudas que, en el caso venezolano, algunos de los hitos más notables de campos tan sensibles como los de la educación y la sanidad públicas fueron producto de políticas trazadas bajo la regla ora de regímenes tenidos como A no democráticos — el lopecismo — o instaurados de facto - la Junta Revolucionaria de 1945.

Herman Heller, en su bien conocida obra de 1934, destaca como ante la llamada “cuestión social” no quedó otra opción como no fuera la de abordar la elaboración de una teoría del estado a partir de la realidad concreta en tanto que una totalidad compleja y apremiante. Al tal respecto advierte, citando a Hegel, que

“El descenso de una gran masa por debajo de cierto nivel de existencia acarrea la formación de la plebe, juntamente con la máxima facilidad para concentrar desmedidas riquezas en pocas manos” (Heller, 1934/1998: 160-162)

La reflexión de fondo había estado planteada desde finales del siglo XIX con el auge de la Doctrina Social de la Iglesia y la publicación de la encíclica *Rerum Novarum* de León XIII en 1891 en su crítica a los efectos sociales, de la revolución industrial y del liberalismo económico; sin embargo, sus primeras expresiones concretas en materia constitucional habrían de esperar hasta 1919, con la constitución alemana de Weimar, o hasta un poco antes, en 1917, con la de Querétaro, la constitución surgida tras la Revolución Mexicana. Si hasta aquel entonces el estado liberal tradicional se había sustentado en la idea conmutativa de la justicia, el nuevo estado social y democrático lo haría en la de la justicia distributiva; si antaño se trataba de proteger a la sociedad del estado, hogaño habrá de ser el estado quien proteja activamente a la sociedad a través de acciones específicas. La política, en lo sucesivo, propenderá a someterse al derecho al contrario de como hasta ahora, con el derecho sometido a los mandatos de la política.

En el tiempo por venir, el nuevo estado social haría suya la responsabilidad de proveer a toda persona, en tanto que un derecho de ciudadanía, de aquellas condiciones materiales que pudieran considerarse mínimas a los fines de una vida digna. Es Forsthoff, ampliamente citado por García-Pelayo, quien propone a la procura existencial como una función del estado según la cual han de generarse provisiones sociales con cargo a este de modo que se haga materialmente posible el despliegue de las potencialidades de la personalidad del individuo. Define así el autor alemán, en cita que de él hace García-Pelayo, a la procura existencial como

“toda actuación de las administraciones públicas para proporcionar a la generalidad o, según criterios objetivos, a determinados círculos de personas, el goce de prestaciones vitales” (García-Pelayo, M. *op.cit.*1977/1991: 1606).

Advierte García-Pelayo como más allá de circunstanciales variaciones, las prestaciones sociales enmarcadas en la idea de la procura existencial deben ser, más que proclamadas, garantizadas en los textos constitucionales, debiendo incluirse, entre otras, las garantías de salario mínimo, de empleo, de sostenimiento

en situación de cesantía por enfermedad o baja laboral y de desarrollo de las posibilidades vitales de la población.¹⁹⁹

Procedamos a examinar algunos aspectos derivados del reconocimiento de tales prestaciones en tanto que derechos sociales fundamentales y que resultan especialmente críticos desde la perspectiva de las administraciones públicas a cargo de su dispensación. A tal fin se ofrece una contrastación de las tesis iuspositivistas de Luigi Ferrajoli con las críticas que de las mismas hace la también italiana Anna Pintore (Pintore, 2005: 243).

Garantismo jurídico versus “derechos insaciables”

Dos posturas teóricas principales subyacen a los grandes enfoques que sobre los llamados derechos sociales fundamentales se recogen en las constituciones modernas. Por un lado hemos de destacar las posturas de corte garantista. Teóricos como Ferrajoli señalan que el conjunto de tales prestaciones se constituye en un núcleo de derechos fundamentales que no pueden ser tenidos como producto de deducción racional alguna sino que son, en si mismos, derechos naturales, de tal modo que opere una plena identificación entre la norma jurídica positiva tras tales prestaciones y el fundamento constitucional que les ha de servir de base²⁰⁰.

Para Ferrajoli, los derechos fundamentales y las normas jurídicas que los desarrollan son esencialmente lo mismo, por lo que son meritorios de protección jurisdiccional directa:

“Son derechos fundamentales todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a todos los seres humanos dotados de status de personas, de ciudadanos o personas con capacidad de obrar, entendiendo por derecho subjetivo cualquier expectativa positiva (de prestaciones) o negativa (de no

¹⁹⁹ Garcia-Pelayo hace expresa en el referido texto su plena adhesión al modelo de expansión de la demanda agregada que tan propio resulta a las tesis económicas de John Maynard Keynes, siendo este un rasgo notable en el pensamiento constitucional del jurista hispano-venezolano.

²⁰⁰ La teoría general del garantismo de Ferrajoli intenta condliar las corrientes iuspositivistas e iusnaturalistas del derecho a partir una postura claramente kantiana que tiene en la persona humane no un medio, sino que un fin en si misma. De alli su defensa de los llamados derechos fundamentales como expresión de la por el autor denominada “la ley del mas débil”.

sufrir lesiones) adscrita a un sujeto por una norma jurídica. Y por status la condición de un sujeto, prevista asimismo por una norma jurídica positiva, como presupuesto de su idoneidad para ser titular de situaciones jurídicas y/o autor de los actos que son ejercicio de éstas” (Ferrajoli, 2005: 158).

En esa misma línea, las corrientes del pensamiento jurídico que adhieren la idea de la constitucionalización del ordenamiento jurídico postulan la positivización de la norma presumiendo la posibilidad material de su aplicación directa en tanto que contentiva de aquellos mandatos que obligan al estado a dispensar tales prestaciones, lo que de asumirse haría que las mismas se hagan exigibles en sede tutelar sin que para ello medie la determinación del legislador a través de un instrumento normativo específico. Posturas muy distintas, de corte restrictivo, proponen que los derechos sociales, antes que fundamentales, son sobre todo alusiones programáticas que operan como mandatos a los poderes públicos a cargo de la efectiva provisión de ciertas prestaciones específicas.

En tal sentido se pronuncia la jurisprudencia de la Corte Constitucional de Colombia al señalar que:

“La mayoría de los derechos en referencia [los derechos sociales] implican una prestación por parte del Estado y por lo tanto una erogación económica que por lo general depende de una decisión política. Con base a esto. Se sostiene que los enunciados constitucionales que recogen tales derechos no pueden ser objeto de decisiones judiciales hasta tanto en Congreso no haya expedido la legislación necesaria para aplicarlos; de lo contrario, se dice, el juez estaría ocupando terrenos que no le corresponden de acuerdo con la doctrina de la separación de los poderes”²⁰¹

En una posición claramente crítica ante los postulados ferrajolianos se inscribe la suya Pintore en su tesis a propósito de los por ella denominados derechos insaciables. Como lo señala Pintore, Ferrajoli incurre en el “error fatal”(sic) de asumir como suficiente el principio esencial de los iuspositivistas (“*auctoritas non veritas facit legem*”) en materia de derechos sociales, ignorando las variables provenientes del mundo real que actúan sobre estos en tanto que derechos

²⁰¹ Sentencia T406 de 1992 de la Corte Constitucional de Colombia, en ponencia del magistrado Ciro Augusto Barón. Ver: <http://www.corteconstitucional.gov.co/>

fundamentales. En tal sentido advierte contra la minusvaloración que del problema formal de la gestión del contenido sustancial de tales derechos hacen los teóricos del garantismo a ultranza, para quienes “la aprobación de los derechos, es decir, de las normas, es todo cuanto necesitamos” (sic).

En Pintore, derechos y normas difieren en su grado de consistencia respecto de la materia que pretenden ordenar:

“...los derechos son, con frecuencia, proteiformes sino inasibles, mientras que las normas (hoy), por lo general, lo son mucho menos, y la identificación de unos y otras nos lleva a minusvalorar esta diferencia...” (Pintore, 2005: 254)

Asumir la plena identidad entre derecho y norma a partir de una extensión de aquél al plano de lo concreto supone, en el concepto de la autora, una presunción costosa. Una presunción según la cual, el espacio moral de un determinado derecho es infinitamente expansible y en ningún caso se ha de intersectar con el espacio moral de algún otro. La evidencia empírica demuestra lo contrario. Como bien señala Pintore, los derechos con frecuencia coliden entre si, incluso al punto de conformar situaciones típicamente “de suma cero”, es decir, en las que la garantía de un determinado derecho en beneficio de unos bien pudiera suponer el menoscabo de la garantía al derecho de otro (Pintore, 2005: 258).

La identificación de derechos con normas, continúa Pintore, supone adicionalmente la atribución a estos del carácter de substancia y a tratarlos, por ende, de una forma que la autora denomina autoejecutiva, es decir, como un a priori jurídico a ser ejecutado más que administrado. Desde la perspectiva deontológica - la del deber ser- es posible que ante un determinado derecho subjetivo contentivo de expectativas, sean estas positivas (v.gr. la dispensación de determinadas prestaciones sociales) o negativas (v.gr. la obligación a no infligir lesiones o daños), la norma otorgue un derecho sin indicar los sujetos de la obligación correspondiente: es así como las constituciones venezolanas más recientes, paradigmáticamente en

la de 1999, consagran derechos de aplicación inmediata sin que el Estado posea los medios necesarios para su garantía y debido cumplimiento²⁰².

De allí que postulemos el que, más allá del jurídico. Haya de ser en el ámbito de lo administrativo en el que tenga lugar la posibilidad última de materialización de tales derechos desde la perspectiva de sus titulares. La garantía real de los derechos sociales en tanto que derechos fundamentales pasa necesariamente por la creación de lo que podríamos llamar realidades intermedias, llamadas a proveer de un sustrato material cierto que permita, finalmente, dar contenido a tales derechos a través del cumplimiento de los mandatos contenidos en la norma. En sentido práctico, parece claro que, como señala el economista colombiano Libardo Sarmiento en sus consideraciones a propósito del derecho al acceso a servicios de atención médica en su país:

“Para garantizar estos derechos se necesita consolidar un sistema institucional y social integral, eficiente universal y solidario y contar con el financiamiento suficiente, el desarrollo organizacional y los mecanismos administrativos de acceso” (Sarmiento, 1997).

Las prestaciones sociales con cargo al estado han sido asumidas en muchas legislaciones como derechos programáticos, es decir, del tipo para cuya materialización el estado requiere disponer recursos y programar procedimientos que hagan posible dispensarlos. Para todo lo cual es mandatorio apelar a una suerte de mecanismo “tecno-jurídico” que haga viable su efectiva administración con arreglo a un mínimo de eficiencia en cuanto a la aplicación de los recursos fiscales destinados a tal fin. Tal mecanismo debería idealmente estar consagrado en la respectiva ley y no ha de ser otro que la norma misma, aquella que resulta indispensable para que los derechos sociales adquieran consistencia objetiva.

Resulta claro que en la efectividad de tal administración, con frecuencia precaria incluso en las sociedades del bienestar del llamado Primer Mundo, radica la que quizás sea la crítica más medular al Estado de Derecho, de la que Ferrajoli se

²⁰² Combellas destaca la “inflación de principios” en la que incurre el texto de 1999 cuya materialización luce, al menos en materia de seguridad social, técnicamente inviable. Véase: Combellas, 2005: 788 y sucs.)

hace parte al denunciar su disfuncionalidad y al clamar por la creación de un modelo más allá de lo que considera meramente declarativo: su modelo del estado constitucional garantista (Ferrajoli, 1995: 856 y suscs).

Se ha supuesto equivocadamente que los de provisión de prestaciones sociales operan como sistemas autocontenidos, es decir, en los que no hay brecha alguna entre los recursos demandados y los efectivamente disponibles. El problema de las administraciones públicas frente a la demanda de prestaciones sociales eventualmente elevadas a la categoría de derecho social fundamental se expresa en dos vertientes: la primera, de carácter jurídico, dada por la exigibilidad de dichas prestaciones sin fórmula de ley que acote tal exigencia; la segunda. De carácter administrativo, que viene a lugar ante la ausencia de toda mención en nuestras constituciones al indefectible problema planteado por la necesaria satisfacción que de sus particulares ecuaciones económico-financieras requiere la garantía de tales prestaciones en tanto que derechos, ello ya no en el plano de lo teórico sino en el de la realidad concreta.

Probablemente ciencia económica aporte a la jurídica las luces necesarias para comprender algunos de los peligros inherentes a la identificación de derecho y norma en materia de prestaciones sociales con cargo al estado. Tales prestaciones, contrariamente a lo que se suele asumir, no son siempre clasificables como bienes públicos. Como bienes rivales, su consumo por parte de unos supone, necesariamente, la privación del mismo goce en otros (Freije, S y MH Jaén, 2003: 147 y suscs).²⁰³. En la terminología propia de la teoría de juegos, ello define lo que ya Pintore bien señalaba como una situación “de suma cero” en la cual no es posible

²⁰³ Dos son las características esenciales de los llamados bienes o servicios públicos en el sentido de la microeconomía: la no exclusión (o imposibilidad de excluir a una persona de su consumo) y la no rivalidad (el consumo que de tales bienes o servicios haga una persona no supone el menoscabo del que haga cualquier otra). En sentido estricto, las prestaciones englobadas en los llamados derechos fundamentales no cumplen con tales criterios, por lo que es esencialmente erróneo tenerlas como bienes o servicios públicos. Tal presunción, no obstante, permanece firmemente anclada en los ámbitos técnicos y políticos a cargo de administrar dichas prestaciones, ello quizás porque las mismas suelen ser dispensada: a título gratuito, es decir, sin cargo directo al beneficiario. Ello en ningún caso supone que el bien o servicio dispensado tenga "costo cero"; antes bien, solo denota que tal costo está siendo asumido por el Estado.

otorgar un beneficio a unos sin que ello acarree, en alguna medida, un perjuicio a otros: erogaciones tributarias crecientes, altos costos de transacción, etc.²⁰⁴

Algunas consideraciones acerca del caso venezolano

La Constitución venezolana de 1999 consagra al acceso a servicios de atención médica, a la educación gratuita y a la vivienda. entre otros. Como derechos sociales fundamentales. La tradición garantista del régimen jurídico venezolano se enmarca en las corrientes de pensamiento surgidas tras la instauración del estado democrático y social de derecho en el mundo occidental tras la II Guerra Mundial, cuyo referente más claro son la Constitución venezolana de 1947 y su reexpresión recogida en la de 1961 tras el interregno de la Constitución perezjimenista de 1952. Subyace en ellas el valor superior de la solidaridad social en la práctica traducida en la redistribución de la renta como mecanismo igualador de las brechas de ingresos entre los distintos grupos sociales y, en esa misma medida, como factor primordial para la construcción de la paz social.

La idea tras el régimen de derechos sociales elevados a la categoría de fundamentales en las más recientes constituciones venezolanas supuso para el constituyente el abandono del principio de la utilidad (a cada quien según su contribución) para asumir en su lugar el principio de la necesidad (de cada quien según su capacidad, a cada quien según su necesidad), el que algunos años más tarde habrá de desarrollar John Rawls a propósito de su Teoría de la Justicia²⁰⁵:

“Una vez que nos decidimos a buscar una concepción de la justicia que anule los accidentes de los dones naturales y las contingencias de las circunstancias sociales, como elementos computables en la búsqueda de ventajas políticas y económicas, nos

²⁰⁴ Expresiones concretas de la disparidad entre recursos y demandas prestacionales son desde hace mucho evidentes incluso en los sistemas de seguridad social tenidos como los más avanzados, en los que no son infrecuentes las listas de espera para acceder a servicios médicos complejos (el caso de las cirugías y los estudios diagnósticos en el Reino Unido), a bienes esenciales (el caso de las viviendas subvencionadas en España), a pensiones de retiro suficientes (el caso de las jubilaciones en Francia) o a fuentes de empleo sostenibles (casos de la industria automovilística en Los Estados Unidos o del sector manufacturero del Japón, por citar tan solo dos ejemplos).

²⁰⁵ Nótese que el postulado rawlsiano según el cual “a cada quien según su necesidad, de cada quien según su capacidad” tiene su referente más antiguo el la bien conocida Crítica del Programa de Gotha, de Karl Marx. La pensadora ruso-norteamericana Ayn Rand, en su extensa novela *La Rebelión de Atlas*, de 1957, reexpresa tal tendencia en lo que en su día denominara “el principio de la necesidad”, en clara oposición al discurso utilitarista en la acepción benthamita más clásica.

vemos conducidos a estos principios; expresan el resultado de no tomar en cuenta aquellos aspectos del mundo social que desde un punto de vista moral parecen arbitrarios” (Rawls, 2006:28).

Los sistemas de dispensación de prestaciones sociales hasta entonces operaron esencialmente apoyados en el concepto de aseguramiento que diera origen a la seguridad social bajo el paradigma bismarckiano: el que dispensa una determinada prestación está en deber de hacerlo y quien la recibe está en su derecho en tanto que contribuyente al sistema. La idea de la solidaridad por sobre la del aseguramiento no sobrevendría sino hasta los años de la II Guerra Mundial a partir de los estudios de la *Royal Comission on the Poor Laws*, cuyo célebre *Report on Social Insurance* de 1942, coordinado por William Henry Beveridge, concluyera en la necesidad de arribar a un sistema de plena financiación fiscal que hiciera posible una distribución progresiva de los recursos destinados a las prestaciones sociales independientemente de las distintas capacidades contributivas.

Fue así como en la Gran Bretaña de los años de la contienda bélica se postuló y puso en marcha un amplio régimen de prestaciones sociales que dejaba atrás el paradigma bismarckiano (contributivo) e inauguraba uno nuevo, llamado con acierto beveridgeano (no contributivo), según el cual

“...todos los titulares de ingresos primarios (de trabajo o de capital) renuncian obligatoriamente, a una parte de sus ingresos para constituir un fondo que suministrará a todos los miembros de la sociedad un nivel mínimo de recursos, incluida una prima de seguro de salud, ya sea porque no son capaces de atender ese mínimo por sus propios medios (en razón. por ejemplo, de su edad, incapacidad, accidente, enfermedad) o por la imposibilidad de encontrar un empleo cuya remuneración le resulte suficiente” (Van Parijs, 1994: 5-29).

Sobre tales bases conceptuales se funda la idea del estado de bienestar en nuestras más recientes constituciones, si bien los regímenes contributivos nunca dejaron de operar del todo pese a nunca haber alcanzado niveles de cobertura poblacional aceptables. El constituyente de 1999, lo mismo que el redactor del texto constitucional de 1961, supuso que con tal arreglo — el de la conjunción de un régimen contributivo actuando por vía la excepcional y de un régimen no contributivo

fiscal - el problema de la universalización de las coberturas en cuanto a prestaciones sociales estaría resuelto y, en esa misma medida, cumplida la promesa del mínimo vital o procura existencial que tan inherente es a la idea de estado social y democrático de derecho.

La e-videncia empírica, sugiere lo contrario, dejando al desnudo la penosa realidad de un complejo régimen prestacional público tan amplio en lo formal como inícuo en la dimensión real de la vida de los ciudadanos titulares de tales derechos.

La conexidad entre derechos fundamentales y derechos programáticos como criterio de garantía de cumplimiento del mandato constitucional

Bien lo advierte Pintore al señalar lo inútil de la tensión entre las corrientes divisionistas e iuspositivistas en las ciencias jurídicas cuando se trata de derechos fundamentales:

“...el divisionismo y el iuspositivismo actúan como una suerte de tenaza, bajo la cual los derechos corren el riesgo de terminar triturados” (Pintore, 2005: 244).

Ya se asoman algunas de las tendencias que en algunos países de nuestra región generó la praxis ante la necesidad de conciliar derechos y normas en materia de prestaciones sociales. La experiencia colombiana, en la que una constitución que data de 1991 y una ley de sanidad apenas sancionada dos años después (conocida esta última como Ley No. 100), ha generado dinámicas de una complejidad tal que solo la jurisprudencia ha podido arrojar luces lo mismo a jueces que a administraciones públicas dados los retos que comporta la gestión en “tiempo real” de las normas creadoras de derecho en materia sanitaria.

En el abordaje de tal tensión — que no es otra que la nunca resuelta tensión entre necesidad y posibilidad en materia de políticas públicas- la experiencia colombiana destaca al reconocer recurrentemente el carácter fundamental del derecho de acceso a tales servicios en tanto se demuestre, en cada caso, la conexidad de la prestación demandada y el derecho fundamental a la vida y la dignidad.

El resguardo de los llamados derechos fundamentales, en el sentido rawlsiano, expresa la voluntad del Estado en cuanto a disipar aquellas inequidades tenidas como moralmente inaceptables producto de las naturales diferencias entre las personas emanadas de la desigual situación de estas en la posición original. Ello supone un esfuerzo superior de parte de sus administraciones en aras de reconocer que es precisamente en la expresión material de tales derechos en la que ha de reconocer, ultimadamente, el contenido cierto de los mismos desde la perspectiva de sus titulares. En tal sentido, la acción del juez como garante de tal derecho frente a su titular no puede constituirse en una modalidad para “forzar” el cumplimiento de los mandatos constitucionales por parte de los órganos a cargo del diseño y ejecución de las políticas públicas propias de la materia.

En Colombia, la vigencia de la Ley No. 100 en materia de sanidad desveló la cuestión de la justiciabilidad del derecho a la atención médica de manera especialmente cruda. Como lo señala la colombiana Arbeláez Rudas, la profusión de decisiones puntuales emanadas del órgano jurisdiccional no solo no puede erigirse como sustituto de las funciones del legislador y del administrador público, sino que, contrariamente a lo esperable, bien pudiera dar origen al surgimiento de la peor de las paradojas: la de crear a la postre inequidades en nombre de un ideal superior de justicia que degeneró en la creación de un derecho que resulta - en el sentido de Pintore-materialmente insaciable (Arbeláez Rudas, 2006:234).

La e-videncia empírica parece haber demostrado el carácter ilusorio de la presunción weberiana que la norma es capaz de generar por si misma un determinado orden. Más realistamente, Frederick Von Hayek destaca la generación de órdenes espontáneos surgidos de las infinitas relaciones de intercambio que se verifican entre las personas en el ámbito de una sociedad abierta²⁰⁶. La realidad venezolana no escapa a tal tendencia, como lo demuestra la evidencia empírica recogida a propósito de problemáticas tan complejas como la provisión de vivienda, de servicios educacionales, de atención médica, de cuidados a personas dependientes, etc. En todos estos casos, ha sido la profusión de contratos entre particulares y no tanto la dispensación de prestaciones a cargo del estado en tanto

²⁰⁶Al respecto, véase: Mc. Cormick, N (1989). *Orden espontáneo e Imperio de la ley: algunos problemas*. Doxa—6

que comprensivas de ciertos derechos fundamentales las que satisfacen en última instancia tan ingentes necesidades. Surge así un orden espontáneo que en la práctica sustituye al que el constituyente no creó.

Naturalmente que ha de haber un espacio cuan más amplio para la acción del estado en materia de tales provisiones, tanto más en la medida en que nuestra tradición constitucional reciente lo mismo que las tendencias actuales en cuanto al tratamiento de tales materias concurren en auxilio de su reconocimiento como derechos fundamentales. Sin embargo, es en la acotación de tales derechos en términos tales que los hagan administrables por el estado donde reside su única posibilidad de materialización efectiva en aquellas prestaciones que, percibidas por el titular de tales derechos, morigeren las inequidades propias de la “posición original” - que es la manera rawlsiana de definir al estado de naturaleza de hobbesiano- haciéndolas susceptibles de ser domeñadas.

A tal cometido contribuye muy poco la insaciabilidad de derechos constitucionalizados sin fórmula intermedia alguna que haga posible la reunión de aquellos elementos financieros, técnicos e institucionales que permitan honrarles en la práctica sin incurrir en la temible paradoja de la regresividad. es decir, la de favorecer a la postre a los menos necesitados menoscabando la asistencia debida a los ciudadano en situación de desventaja social.

“Venezuela no tiene problemas, solo necesidades”

El positivismo científico proporcionó las bases epistemológicas sobre las que se construiría la llamada sociedad tecnológica. En lo sucesivo, destaca García-Pelayo, la realidad humana no estará dada por la naturaleza tanto que como por las propias creaciones del hombre y sus técnicas La instrumentalidad técnica, señala el mismo autor, se hace parte integral del hombre al modo de una “prótesis generalizada” cuyo concurso erige a la tecnología como un proceso “metabiológico” creador de realidades y de posibilidades más allá de lo estrictamente humano (García-Pelayo; *op.cit.*1974/1991: 1411-12).

El estado procurará renovar una vez más su promesa de dar acceso universal a los parabienes de la tecnología, contribuyendo con sus esfuerzos y desde sus potestades a desarrollarla y haciendo sentir sus propias exigencias en la definición de las líneas definitorias de tal desarrollo (García-Pelayo; *op.cit.* 1974/1991: 1409). El modelo social así forjado pronto habría de tener en la medicina a una de sus primeras expresiones. La medicina en la sociedad tecnológica prescinde de su antropocentricidad para constituirse ahora en la esencia animadora de la gran “máquina de curar” focaultiana a la que nos hemos ya referido. El acto médico pierde su carácter individualizado para convertirse en un producto industrial estandarizado científicamente concebido por un sistema abstracto, un todo integrado de partes que, en la clásica definición de Von Bertalanffy.

Los robustos sistemas sanitarios occidentales institucionalizados sobre todo tras el cese de la Segunda Guerra Mundial se asemejan, en términos generales, a los sistemas políticos postulados entre otros por David Easton (Easton, 1965) y cuya base teórica nos refiere a la Cibernética de los Sistemas de Wiener. De acuerdo con ello, los diversos *inputs* se integran a lo interno del sistema para dar origen a *outputs* de atributos tales que, constituidos en fuerzas retroalimentadas, regulen los *inputs* originales al punto de equilibrar el complejo todo de partes que en torno a él se reúnen:

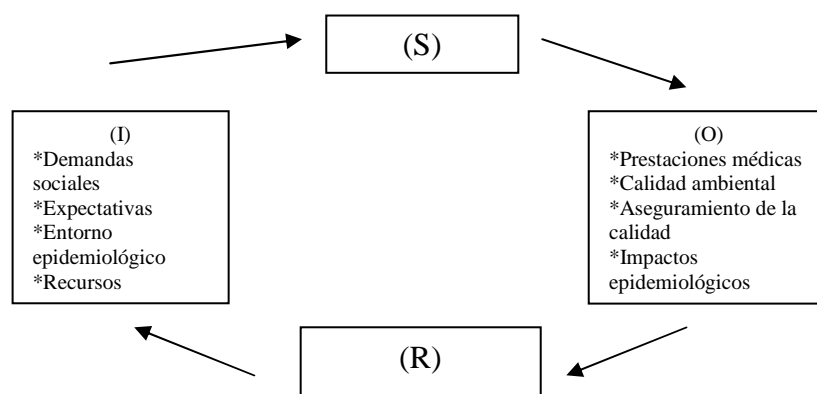


Fig. 2. Los sistemas médicos. Una aproximación elemental desde la Cibernética

El “asa” (*loop*) de retroalimentación (R) mediante la cual los *outputs* (O) actúan sobre los *inputs* (I) equilibrando al sistema (S) constituye el modelo cibernético más básico de los sistemas autorregulados. Los teóricos de los sistemas

sanitarios públicos de la inmediata postguerra asumieron como premisa aquella según la cual, la generación de prestaciones médicas (servicios) suficientes y de calidad, aunado al abatimiento de las grandes endemoepidemias de entonces y a la generación de un entorno sanitario “limpio” traería consigo –indefectiblemente- la satisfacción de las demandas y expectativas sociales en materia sanitaria y, con ello, la progresiva reducción del gasto sanitario.

El más notable de sus exponentes, el británico Beveridge, citado por Ilich, habría vaticinado la progresiva reducción del gasto sanitario en la medida en que la morbimortalidad general – el riesgo de enfermar y morir- de la sociedad cediera como consecuencia de la acción sanitaria de aquel sistema público de salud (Ilich, 1975:35). Sin embargo, la e-videncia apunta a lo contrario. Las expensas sanitarias de las grandes economías del mundo, lo mismo que los esfuerzos de sus comunidades políticas a favor de la contención de las crecientes demandas ejercidas por esas sociedades en lo referente al consumo de servicios médicos y sus derivados dan cuenta de que un *loop* positivo de retroalimentación según el cual, a mayor tenor de *outputs* generados por el sistema opera un incremento en los *inputs* que este recibe.

Como resulta e-vidente, el gasto sanitario en dichos países no solo no se ha contraído sino que, por el contrario, se incrementa de manera alarmante desde finales del siglo pasado en economías que en su día hicieron alarde de sus robustos sistemas sanitarios de alcance universal y financiación fiscal y que hoy encaran severas recesiones económicas signadas, entre otras características, por la imposible financiación de sus presupuestos públicos.

La fuerza que anima el infinito ciclo del gasto sanitario incremental en dichas sociedades no es otra que la de una inquebrantable fe en la ciencia y sus productos. Una fe decimonónica que se perpetúa a un siglo de distancia acicateada por una incontenible introducción de nuevas tecnologías ratificadoras de la promesa moderna de un mundo sin dolor, enfermedad y muerte pero cuyo cumplimiento no parece, sin embargo, próximo a materializarse. Como lo argumentamos anteriormente, acaba operando así una tendencia a la “insaciabilidad” social por nuevas y más sofisticadas prestaciones de tipo médico cuyo acceso hemos

juridificado de manera tal que las expectativas, por irracionales que sean, terminan convertidas en normas de derecho.

Finalmente, hemos de destacar una cualidad principalísima propia de los grandes sistemas sanitarios occidentales. Tal es la de su carácter de *sistema subpolítico*, en el sentido de Beck (Beck, 2006: 330). En la sociedad tecnológica no son pocos los ámbitos de poder que se entregan a lo que el estadounidense Alvin Toffler llamara las “*ad-hocracias*”, comunidades de expertos a cargo de la gestión de los complejos y especializados procesos propios de los sistemas propios de la sociedad tecnológica (Toffler, 1977:167). Las *ad-hocracias* médicas – por Foucault llamadas “*biocracias*”- tienen en común con sus pares actuantes a lo internos de otros sistemas y sub-sistemas inscritos en el marco de la sociedad tecnológica el hecho cierto de que ni sus agendas ni sus actuaciones están sometidas al escrutinio público directo.

Constituyen pues, en el sentido de Beck, ámbitos más allá de lo político, es decir, *metapolíticos*. Ello, sin embargo, no ha hecho óbice para que tan específicas *ad-hocracias* dispongan del manejo de crecientes proporciones del gasto público en sus respectivos países al amparo de la fe socialmente jurada a los parabienes de la medicina científico-racional. Característicamente nuestra ha sido siempre esa, la llamada por Ulrich Beck, “fe latente en el progreso” (Beck, 2006: 326). Introducida por la filosofía de los positivistas desde casi mediados del diecinueve, la idea del progreso como llave hacia la modernidad transita de manera continua hasta entrado el siglo veinte bajo el impulso de lo que el mismo autor denomina la “nueva religión terrenal de la modernidad”(Beck, 2006: 345). La convicción profunda en un mundo regido por la razón y en el que a cada cuestión pudiera serle dada una respuesta científicamente fundada sigue subyaciendo intacta desde los ilustrados, solo que apoyada ahora en la verdad experimentalmente demostrada.

Para las mentalidades del entresiglo venezolano, de la mano del progreso técnico vendría el progreso social, entendido este como la promoción del venezolano y su medio a estándares de vida propios de los países considerados modelos de desarrollo. En tal sentido es de destacar la aclaratoria expresa que sobre la cuestión

consta en el documento fundacional del Partido Democrático Venezolano (PDV) de 1941, en cuyo programa central se señala que dicha organización política

“...luchará porque el bienestar social de los venezolanos sea elevado a su máximo, por medio de un amplio espíritu de justicia, una mejor difusión de la cultura y una intensiva obra de saneamiento, previsión y asistencia (...) que Venezuela sea un país donde *prosperen en toda su plenitud la vida humana y los frutos de la civilización*, y para ello insistirá, en forma permanente, en la necesidad de sanear, poblar, elevar la condición de los trabajadores y crear seguridad para el hombre...” (el destacado en nuestro). (En: Trujillo, A.E. [en línea], 2007).

La modelación una sociedad en la que “prosperen en toda su plenitud la vida humana y los frutos de la civilización supone la adhesión a un modelo – el del progreso- así como la apelación a unas determinadas acciones conducentes a la materialización de tal modelo, dicho como está que “... para ello insistirá, en forma permanente, en la necesidad de sanear, poblar, elevar la condición de los trabajadores y crear seguridad para el hombre...”. Sanear, educar y poblar se convierten así en las consignas motoras de un esfuerzo sin precedentes por parte del estado venezolano en pro de la construcción de una “sociedad de diseño”, en el sentido de Beck (Beck, 2006:326).

Tal diseño habría de conducirse de acuerdo con la prescripción técnica de una elite persuadida de su tarea histórica para la que la idea de un progreso social impulsado por la técnica estaba fuera de todo cuestionamiento. La cuestión sanitaria estaba, apelando nuevamente a la terminología de Beck, en el campo de la subpolítica, al que Beck define como “la zona gris o intermedia situada entre el sistema político (constituido por el parlamento, los partidos políticos, los sindicatos, las magistraturas judiciales...) y la sociedad civil. “Zona gris” que ocupa una nueva y poderosa tecnocracia que llevada de la mano de los sólidos personalismos de principios del veinte encontraron cauce a sus ansias de “diseñar” una sociedad capaz de entrar en la que Beck llama “la primera modernidad”, es decir, aquella consistente con un modelo de sociedad industrial inserta en la dinámica de la economía de mercado (Beck, 2006:330).

No eran hombres sometidos al escrutinio de una aún débil opinión pública o al arbitrio de mandatos legalmente fundados. Se trató, esencialmente, de un elenco de

actores de notable calidad intelectual y académica y de prestigio social fuera de toda diatriba quienes “magnánimamente” hicieron suya la tarea de conducir un proceso de verdadera ingeniería social conducente a la construcción de un modelo de sociedad normativamente concebido.

Los hombres de la sanidad venezolana de 1936 alcanzaron un notable éxito. Como hemos visto anteriormente, los más importantes indicadores sanitarios y demográficos nacionales acusaron dramáticas transformaciones en menos de una década a partir de la implantación de las políticas contenidas en el Programa de Febrero, al punto de poder postular que en la creación de la sanidad pública venezolana de 1936, junto con la del ejército nacional profesional a partir de 1903 y en el plan de vitalidad de 1911 promovido por Román Cárdenas están las claves fundamentales de la consolidación del estado nacional venezolano que formalmente se creara en 1811.

Una aproximación elemental al estado de la cuestión sanitaria venezolana hoy desvela un marcado desgaste de aquellas premisas. No corresponde al presente trabajo entrar en ello, pero sí postular que la transformación de las llamadas “crisis del sector salud” incesantemente aludida en el debate público de los últimos años, mucho más que tal crisis traduce, sobre todo, la errática procura de un nuevo *status quo* que permita conciliar las referidas limitaciones del paradigma médico occidental del que participamos *vis a vis* un diseño institucional creado hace más de setenta años, cuando dicho paradigma, incuestionado, se encontraba en pleno vigor. Finalmente, es necesario destacar que la cuestión sanitaria, cuyo centro estuvo entonces bajo el dominio de la subpolítica, se constituye hoy en día en uno de los dominios más decisivos de la política deliberativa.

Pierden su antigua preeminencia las posiciones de carácter tecnocrático legitimadas más allá de la política. Contrariamente a lo que caracterizara al momento histórico de su fundación en 1936, la cuestión sanitaria venezolana actual forma parte sustancial del debate político. Y no solo en tanto que sus prestaciones pretendidamente universales sean aspiradas por una sociedad modernizada deliberadamente, como hemos visto, a partir de políticas públicas expresamente diseñadas a tal fin, sino también porque la organización creada a tal fin terminaría por constituirse en una de las burocracias públicas más extensas del continente, ello

a pesar de que nuestros indicadores básicos de salud muestren actualmente marcados retrocesos respecto de anteriores épocas de brillo.

Hay, e-videntemente, un desfase entre el paradigma médico actual – llamémosle postmoderno- y la traducción institucional que quiere dársele, profundamente anclada en el anterior –el de la primera modernidad sanitaria- fundado por los pensadores positivistas.

La formidable crisis histórica que tan desfase supone no parece ofrecer salidas inmediatas. Carecemos de un pensamiento sanitario a su altura. La reiterada recurrencia a fórmulas, referencias y aún de políticas concretas extricadas de aquel pasado y que por lo común se zanja en costosos fracasos, es sobre todo expresión de la adhesión cuasi-eligiosa a un desgastado paradigma de pensamiento médico cuya inmensa debilidad aún no advertimos. La sustitución de un paradigma científico por otro no opera en modo alguno de manera consciente para los actores relevantes del momento. Las insuficiencias del paradigma ya exhausto no se siguen de modo necesariamente inmediato de la instalación efectiva del que habrá de sucederle.

Media entre un momento paradigmático y otro un período de crisis profunda – aquello que Gramsci describiera como “algo que no termina de morir y algo que no termina de nacer”- que no siempre se hace consciente para las elites intelectuales. Hemos suscrito entre las premisas básicas del presente ensayo la tesis skinneriana según la cual no es lícito pretender extraer del texto de autor alguno “claves” que anuncien el advenimiento de un momento histórico distinto. Así las cosas, Claude Bernard no vaticinó en modo alguno la superación del paradigma médico racional-mecanicista como tampoco Vesalio tres siglos antes asumiera deliberadamente la tarea de derrotar al escolástico.

La sucesión de paradigmas científicos supone un proceso inconsciente en el que la superposición entre lo nuevo y lo vetusto opera al modo de un morigerador de la crisis que intrínsecamente tal dualidad encarna. En Venezuela, Dagnino y Beaupertuy no anunciaron el advenimiento del paradigma científico-experimental de los positivistas; simplemente se empinaron sobre las ruinas de la vieja episteme médica ilustrada representada en alejas instituciones para entonces carentes de

prestigio para, desde allí, retarlo. La crítica contemporánea al paradigma médico positivista ha pretendido anunciar la inminencia del advenimiento de uno nuevo, pretendidamente “holístico”, apelando a diversos argumentos que abarcan desde lo etnográfico hasta cibernético y aún lo religioso, sobre todo de inspiración orientalista.

Se aventura así a la postulación de una episteme médica distinta que se anuncia apelando al complejo tinglado comunicacional propio de estos tiempos. Sin embargo, la realidad objetivable en términos institucionales dista mucho de estar siendo impactada por tal prédica, ello en tanto que la misma reafirma su fe en la medicina experimental en la misma medida en que su solidez como paradigma se quebranta. El pretendido “holismo” no ha penetrado en la estructura y lógica propias de la “máquina” focaultiana de curar. Las burocracias médicas – a las que ya nos hemos referido como “biocracias”- continúan operando desde la misma lógica básica de los experimentalistas.

El discurso occidental de sanación sigue nutriéndose, esencialmente, de verdades surgidas del laboratorio. La crisis del paradigma científico-médico que nos legaran los positivistas está declarada; sin embargo, y a pesar de los esfuerzos de los nuevos “*chamanes*” de la postmodernidad biomédica, nada parece augurar su efectiva sustitución por otro distinto en el futuro relevante. Es el discurso médico occidental se adentra en una crisis paradigmática que habrá de permear a sus instituciones más emblemáticas – el hospital la primera- prisioneras como son de dos fuerzas encontradas: la fuerza de la escasez y la fuerza de la esperanza devenida ahora en fórmula de derecho positivo.

Capítulo IX

Fin de siglo: Res medica y ars medica en Venezuela

“Toda historia es historia contemporánea”

Benedetto Croce.

Al principio de las presentes páginas nos interrogábamos acerca de la *liason* entre discurso y diseño institucional a todo lo largo del suceder histórico en la sanidad pública venezolana desde sus orígenes hasta 1936, en el entendido de que dicho año marca de modo más o menos plausible el inicio de nuestra vigente tradición sanitaria. Creemos que tales vínculos en efecto existen y que sus marcas a todo lo largo de tal suceder son notoriamente ostensibles.

La idea del progreso que nos heredaran los pensadores del positivismo médico venezolano de fines del diecinueve, no es novedad en estado puro, tal y como frecuentemente nos empeñamos con afán en presentarlo como tal. El llamado progreso lleva consigo no poca carga de pasado – o de retroceso, como bien lo advierte Pino Iturrieta- al punto de que sea nuestro deber el conducirnos de modo cuan más prudente antes de “tocar redoblante” al anunciarlo (Pino Iturrieta, 2009: 72).

La historia de la Medicina occidental y sus instituciones es sobre todo la de una continua y constante contraposición a la muerte, en tanto que esta se concibiese no como tránsito entre la vida terrena y una cierta idea de eternidad al modo de las civilizaciones del valle del Nilo que la tuvieron como su eje principal de vida, o de los zoroástricos, probablemente en la esencia más elemental que caracterizan a tales conceptos en la civilización occidental judeo-cristiana. En la Grecia clásica, la muerte no es sino un indefectible fin al que, no obstante, había que oponerse heroicamente. El paso por Grecia de aquella antigua tensión entre vida y muerte ya se nos desvela en el mito de *Asklepios*, el médico-dios, y su muerte a manos de Júpiter, quien le fulmina con un rayo en castigo a su pretensión de salvar de Hades a aquellos a quienes la muerte había convocado. Así entonces, en el alma griega la muerte se contrapone a la vida como su gran enemiga y la Medicina es, por

tanto, el arma para combatirla. Occidente espera que el médico cure. Distinto de las concepciones hinduistas y confucianas, la muerte, menos que el “cierre” de un ciclo vital, es sobre todo la derrota de la vida misma.

El gran paradigma de médico occidental, el que fuera sucesivamente clásico, escolástico, ilustrado y finalmente positivista, ha reconocido por fin su propia crisis. La concepción de la enfermedad como acechanza contra la que es menester luchar, constituye una expresión más de la profunda impronta homérica en la formación del alma de Occidente. Está en Scheller la tesis según la cual la apelación a hombres capaces de ir más allá de lo realizable, conjurando amenazas y peligros para salvar al débil de su peor destino es, esencialmente, parte de nuestra herencia homérica. La enfermedad y la muerte se idealizan en terribles símiles, como el del *cancrum* cuyas tenazas carcomen las carnes del enfermo sufriente con el que Claudio Galeno idealizó el cáncer hace mil años, o con el oscuro jinete apocalíptico que, guadaña en mano, simboliza a la temida muerte en los textos bíblicos.

La idea de la muerte como destino está en la literatura homérica. Se simboliza en la imagen femenina de las *moiras* – las parcas latinas- que venían en busca de quien iba a morir para conducirlo de la mano durante el trayecto. Pero en Homero también está la idea de la lucha heroica contra esta y tal ha sido la dimensión que de lo médico ha prevalecido en Occidente. Distinto que en las culturas orientales, la muerte en Occidente debe ser vencida y a tal fin se orientó desde siempre el papel social del sanador y su saber. Un saber que recurre a las antiguas fórmulas de los hierofantes egipcios, tributarias en si mismas del rito religioso que se dedica a alguna deidad bajo cuyo gobierno se entienden las dinámicas del enfermar y el morir.

Con los médicos-filósofos de Jonia, las armas serán ahora las de la razón lógica puesta al servicio de un sanador secularizado y separado de los altares. Esta es precisamente la grandeza de la contribución griega a la construcción del *logos* médico de Occidente. La diagnosis no será más y más en lo sucesivo producto de la adivinación sino la resulta de un proceso lógico a la manera del silogismo aristotélico. La terapéutica no será más pura teurgia producto de sortilegios, sino que producto de la aplicación lógica de los remedios incluso conocidos por los antiguos;

la prognosis, finalmente, dejará de ser un ejercicio profético para constituirse en expresión de un proceso lógico-formal.

Nace así el *logos* médico occidental, la “manera de ser” en la Medicina de la que hoy todos participamos. Griegos son nuestras etimologías, nuestros métodos clínicos más elementales, nuestra episteme más básica. Griegas también nuestras instituciones fundamentales, como la del sanador profesional secularizado, la del cuerpo de conocimientos independiente y deslindado de los códigos religiosos. Las formas políticas que conociera Occidente a partir de la ciudad-estado se harán corresponder, de un modo u otro, con ése al que bien podríamos tener como nuestro esquema institucional básico en Medicina. Habían quedado atrás definitivamente los tiempos de los médicos-magos, de los hierofantes de la vida y la muerte.

Por sobre ellos triunfa el sanador - el γιάτρὸς μου esculapiano- cuya dimension social y política aún experimentaría profundos cambios, no para desaparecer sino, por el contrario, para consolidarse como una de las instituciones más emblemáticas de Occidente y de su cultura. Así, la “idea griega” del médico y de la Medicina se instala definitivamente en el “disco duro” occidental de una vez y para siempre, no para tranzar con la muerte, sino que prometiendo combatirla hasta vencer.

El proceso de *logización* de la Medicina occidental a partir del antiguo mito de la sanación no fue lineal ni estuvo libre de notables perturbaciones. Supuso la asimilación al *logos* de Occidente de sabers antiquísimos a los que la lógica griega incorporó en un esfuerzo sistematizador que tuvo en la filosofía de los *físicos* jonios su hilo conductor más constante. No es la Medicina de los griegos una compliación de las *practicaciones* egipcias o sumerias, sino que su sistematización en función de la construcción de una doctrina del arte de curar. Ello supuso la construcción progresiva de un lenguaje inserto en la episteme racional griega pero poseedor de la especificidad necesaria para el Nuevo grupo social a cargo de tal sistematización de saberes.

La episteme general griega – la lógica- dió origen así a un sistema de jergas profesionales de uso exclusivo de la nueva clase a cargo de su preservación: la de

los asklepíades secularizados. Se construye así una nosología – el λόγος (*logos*) de la νόσος (*nosos*) o enfermedad-y cuyo *verbatim* aún sigue siendo el nuestro. Totalmente ajenos somos a las sistematizaciones basadas en el concepto hinduista de las *chakras* o en el de los “meridianos” de los médicos chinos. En nuestra habla médica cotidiana apelamos al “equilibrio del medio interno”, apelando a la terminología del gran Walter Cannon, pero que en el fondo no es sino la evocación de los “equilibrios humorales” de Hipócrates²⁰⁷.

Entendemos a la enfermedad como el “efecto” de unas determinadas “causas” a cuya precisión y combate nos avocamos enteramente, todo ello como partícipes que somos del concepto de causalidad en el tiempo que creímos incontrovertible hasta recién²⁰⁸. El *logos* sustituyó a la magia y con ella el médico al mago. El nuevo *logos* médico pronto habría de reclamar tramado institucional que le sustentase. Surgen las escuelas profesionales del mundo antiguo, como la de Alejandría. Se establecen figuras esenciales como la del médico cortesano, pero también instituciones sanitarias como las dedicadas al saneamiento ambiental y la higiene pública, especialmente en Roma. Finalmente, el conocimiento se sistematiza al tiempo que se expande y cobra nueva vida en su codificación rigurosa.

Tal es el legado de la obra galénica, valiosa como compilación tanto que como expresión sistematizada de la Medicina conocida. De ello dará cuenta su longeva vigencia de más de mil años. A su vena nutricia se plegarán los médicos árabes del medioevo y en contra del paradigma que encarnare habrán de surgir en su día Andrea Vesalio y los primeros pensadores de la modernidad médica casi un milenio después.

²⁰⁷Cannon, Walter (1871-1945). El más destacado referente de la Fisiología norteamericana del siglo XX. Célebres fueron sus contribuciones a propósito de la constancia del medio interno – la homeostasis- como objetivo de toda fisiología. Cercano al fisiólogo español Juan Negrín, Cannon hizo suya la causa de la II República Española durante la Guerra Civil de 1936 a 1939, por lo cual nunca obtuvo el Premio Nobel de Medicina y Fisiología.

²⁰⁸ El 13 de septiembre de 2011, los físicos europeos reunidos en los laboratorios del CERN de Ginebra, Suiza, demostraron la existencia del llamado neutrino, una particular sub-atómica de velocidad superior a la de la luz. Ello ha planteado la más radical duda de la causalidad en el espacio-tiempo desde que Albert Einstein y su teoría de la relatividad increparan al clásico paradigma físico representado en la mecánica newtoniana.

La modernidad médica

La modernidad en Medicina vino con Vesalio y su paradigma de la *fabrica* o máquina humana. Al ejercicio lógico de los antiguos se sumaba ahora la fuerza de la e-videncia, es decir, de lo demostrado anatómicamente puesto a la luz de su correlativo funcional. La *logización* del discurso médico daba así su salto cualitativo más importante en dos mil años ahora cuando se postulaba que cada enfermedad habría de tener su sede en uno o más órganos específicos, del mismo modo que el fallo de una maquinaria cualquiera lo tiene en una o más piezas disfuncionales en su estructura. Si con Hipócrates y Galeno Occidente superó el paradigma de la Medicina como magia, con Vesalio se alzó victorioso el de la Medicina como ingeniería. Si al modo antiguo de los griegos debemos el *verbatim* esencial en el que se soporta la praxis médica, en el modo moderno de Vesalio hemos de reconocer al modelo con arreglo al cual se organiza el conocimiento médico disponible y, sobre todo, la vigente arquitectura institucional sanitaria, emblemáticamente, el hospital.

Es Michel Foucault quien propone la idea de la “máquina de curar” refiriéndose al hospital moderno, análogamente al de la “máquina humana” con el que en su día Andrea Vesalio replanteara toda la anatomía y la fisiología humana conocida. Así las cosas, cada “pieza” de la máquina humana sede de una enfermedad en particular habría de requerir del desarrollo de un *logos* específico al modo de un sub-lenguaje o jerga derivada de un discurso superior. Hélo ahí expresado en los diseños organizacionales básicos del hospital, con las clínicas de especialidad enfocadas en el estudio y cuidado de un reducido número de órganos o “piezas” de la “máquina humana” pensada por Vesalio. Ello supuso un notable cambio respecto a los tiempos antiguos, los del hospital-templo, e incluso con respecto a la tradición escolástica, con su idea del hospital-monasterio. El hospital-máquina, con sus modernas *ad-hocracias* en el sentido de Toffler, es una deriva racional del *logos* médico ahora fundado en la idea de la máquina humana.

El experimentalismo positivista traerá consigo la definitiva consagración del *logos* médico occidental fundado en la razón. La incorporación del laboratorio de investigación al hospital y la inserción del discurso clínico en el razonamiento estadístico-probabilístico, habría de acabar con la definitiva sustitución de la razón

especulativa por la apoyada en la fuerza de la evidencia experimental. La elucubración cedía así ante la fuerza argumental del experimento y los lenguajes de ello derivados impregnarían lo mismo las dinámicas de formación del *logos* que sus expresiones institucionales correspondientes. Así por ejemplos, de la apelación a las “miasmas” se habría de pasar al lenguaje basado en la nueva teoría bacteriana de la enfermedad y de ella, al desarrollo de estructuras organizacionales superespecializadas a lo interno de las instituciones sanitarias, en cuyo seno veríamos proliferar numerosas subdivisiones a cargo de la lucha y control de enfermedades infecciosas.

El caso de las enfermedades infecciosas resulta especialmente emblemático de la que fuera la evolución del *logos* médico occidental. En lo etiológico, asistimos a la evolución del viejo concepto hipocrático del “mal aire” al de las “miasmas” de los ilustrados hasta arribar a la vigente teoría bacteriana de la enfermedad a partir de los experimentos de Pasteur. En el campo de la terapéutica, evolucionamos de la sangría a la antibióticoterapia, pasando por la vacuna y la sueroterapia. Tecnologías cuyo desarrollo hoy da cuenta de inversiones varias veces superiores al producto interno bruto de países de ingresos medios como el nuestro.

El *logos* médico de Occidente y los grandes sistemas sanitarios

Como hemos dicho, lo mágico-religioso tuvo y fue en si mismo expresión de los discursos de sanación que construyeron las civilizaciones anteriores a la clásica, ello en clara correspondencia con las formas políticas vigentes en cada tiempo. La hierofanía del poder en la civilización del valle del Nilo también fue hierofanía médica. El médico no era un profesional, sino un sacerdote. La enfermedad, hemos dicho, era un efecto de ignotas causas solo accesibles al conocimiento por parte de los iniciados en tan remotos ritos. La Medicina, por así llamarla, no constituía una praxis formal regida por normas positivas, sino la resulta de una práctica social hija de aquel particular “modo-de-vida”.

La irrupción del *logos* griego en aquello dotaría a las precaria Medicina de los antiguos de un nuevo y poderoso eje de organización del conocimiento y su transferencia. Tal herramienta no fue otra que una nueva episteme, distinta de la

mágico-religiosa. La enfermedad, también lo hemos dicho, sería comprendida ahora como el efecto de unas causas situadas en el mundo de la *physis*. Aún permaneciendo desconocida, para los griegos dicha causa estaba “allí afuera” del *soma* o cuerpo humano, perturbando el natural equilibrio entre sus humores constituyentes. La causa exterior de toda enfermedad solo sería inteligible, de acuerdo con ello, a través de la razón lógica.

El nuevo discurso sobre la enfermedad – la nosología- de los griegos, distinto de lo descrito en la tradición egipcia que nos llegara a través de sus papiros, nombra las enfermedades, las distingue y clasifica. El principio aristotélico del “tercero excluído” se constituye en la clave del discernimiento del médico frente a la queja del enfermo y los signos clínicos objetivos de la enfermedad en la base para la construcción de los distintos síndromes en tanto que categorías analíticas. La atención médica se organiza sobre bases seculares que progresivamente abandonan toda regla religiosa. La República platónica, como hemos visto, prevé sus hospitales. Civilizaciones anteriores – la egipcia y la hebrea, por ejemplo- no tenían otro lugar de sanación distinto del templo.

El nuevo paradigma lógico reclamaba un discurso distinto al que debía acompañar alguna modalidad de estructura institucional consistente con él. Es así como la cultura helénica legaría a Occidente la figura del médico profesional y de “lo médico” como praxis dotada de principios y normas sistematizadas. Atrás quedaría, en la noche de los tiempos, la Medicina de los médicos-magos.

La irrupción del mundo aristocrático-feudal a la que diera origen la caída del antiguo mundo clásico no supuso –como se suele afirmar- la detención del proceso de formación del *logos* médico occidental; antes bien, trajo consigo la incorporación de fuentes de conocimiento distintas de la hipocrática con arreglo al marco referencial provisto por la episteme de los griegos. Es así como la Medicina de los árabes asimila y es asimilada a la tradición clásica, lo mismo que la hebrea. Avicena²⁰⁹ y Ben Maimónides²¹⁰. son los asimiladores de sus respectivas culturas

²⁰⁹ Abu Ali al-Husayn ibn Sina, llamado Avicena (980-1037). Médico persa al servicio de los califas de Córdoba, autor de los *Canones* (1012), gran compilación de todo el conocimiento médico de su

médicas – la mulsulmana y la hebrea, respectivamente- a la gran fragua de la Medicina occidental.

Si la tradición institucional de tan fecundo proceso careció de expresiones más ostensibles, es plausible atribuirlo a los efectos que sobre la estatidad del mundo conocido trajo consigo la disolución de Roma y la desaparición del *imperio mundi* como forma política. La por Zúñiga Cisneros llamada “Medicina monacal” haría posible la preservación de la tradición galénico-aristotélica en Medicina heredera directa de la clásica bajo la égida de la primera y única institución vigente en Europa hasta la formación de los estados nacionales modernos con Federico II de Suabia: la Iglesia Católica.

Pero el paradigma escolástico de fundamento aristotélico que emergía en el mundo medioeval suponía mucho más que la mera preservación de la tradición clásica y su acción habría de llevarnos mucho más allá, situándonos en el eje de una ordenación (*ordenatio*) orientada a lo trascendente. La concepción agustínica de la acción política tuvo en la Escolástica a su gran referente teórico. La vida del hombre medioeval era sobre todo un tránsito entre la vida y la muerte liberadora y su preservación en esencia materia objeto de la observancia de ciertas normas básicas de vida apegadas a la regla evangélica. El discurso médico de entonces, más que enfocado a lo clínico, se centró en la sistematización más o menos técnica de tal regla, dando origen a los *regimenes* como el salernitano.

Pero la emergencia de la por Moreno Oledo llamada “episteme burguesa” en el siglo XIII coincidentemente con la epidemia de peste bubónica del siglo XIV supuso un cuestionamiento radical al paradigma galénico-aristotélico en Medicina. El nuevo hombre burgués aspira a vivir una vida terrena que no le exija posponer gratificaciones hasta el arribo a la vida celestial. Es el en seno de aquella proto-burguesía de donde surgen las nuevas vocaciones médicas. Marsilio, Mondino y Juan de Milano no son aristócratas nobles, sino que “villanos” de origen. Su ética no

tiempo. Filósofo y exégeta del islamismo, es considerado referente central en la asimilación de la filosofía aristotélica a la tradición coránica.

²¹⁰ Moshé Ben Maimón, llamado Maimónides (1135- 1204). Médico judío al servicio de los califas de Córdoba. Exégeta del judaísmo e introductor del aristotelismo en la tradición rabínica. Autor del Código de Maimónides o *Mishné Torá* y de la llamada *Guía de perplejos*.

es la del clérigo-sanador de los hospicios monásticos, sino que está mas cercana a la del profesional secular. El médico del tardomodioevo participa del galeno-aristotelismo, pero su acción está orientada hacia una nueva ordenación no a lo trascendente, sino a lo práctico, la misma que no tendría total primacía sino más tarde, con el Renacimiento.

La obra de Vesalio será clave en ello. Junto a la de Copérnico en Astronomía, contribuirá poderosamente al desmontaje del paradigma clásico –teocéntrico y geocéntrico- oponiéndole otro – antropocéntrico y heliocéntrico- en el que el hombre y la Tierra no son sino partes de un todo sistemático más complejo. En Vesalio, lo humano, menos que divino, es derivación de una cierta mecánica vital – de allí la frecuente denominación de “mecanicista” que tal paradigma- tanto como lo astronómico expresión de determinadas mecánicas celestes. La integración de tales mecánicas vitales es lo que explica y sostiene a la vida. Como en el relato medioeval de los santos Cosme y Damián, las piezas constitutivas de aquella “máquina humana” podían ser restauradas y hasta sustituidas al modo de un *puzzle* (“rompecabezas”), como postula Startzl.

La vida es en si misma un fenómeno inmanente antes que trascendente, dimensión esta que tampoco se niega, pero que se relativiza ante el hecho concreto de la enfermedad. La vena sistematizadora del hipocratismo enriquecido por Galeno y la filosofía aristotélica asistía a la incorporación de nuevas tecnologías aplicadas al arte de curar provenientes de las culturas árabe y hebrea traídas de la mano de las brillantes comunidades médicas que florecieron en los tiempos del califato andalusí. Más aún, pudiera incluso citarse la inserción no muy posterior de contribuciones provenientes de la América hispana, como la del uso de la corteza del árbol de la quina como antipirético. Un recurso terapéutico en uso por las culturas del Tahuantinsuyo que los virreyes del Perú introdujeran a Europa en el siglo XVII²¹¹.

²¹¹ Se atribuye a Ana de Osorio, condesa de Chinchón, la introducción de la corteza de la quina en España en 1638. El árbol medicinal de la quina, fundamental en el armamentario terapéutico de los médicos del mundo inca, figura en la heráldica del escudo de armas del Perú. La utilidad terapéutica del árbol de la quina se extiende hasta nuestros días, siendo que uno de sus derivados –la cloroquina- es aún una de las drogas antimaláricas de más amplio uso en el mundo.

Pero la mentalidad galénico-aristotélica hija de aquella que fuera de Hipócrates habrá de ceder ante el empuje de la nueva teoría de la “máquina humana”, la llamada *fabrica* de Vesalio, en la que a la elucubración racional pura se le hermanaba ahora la e-videncia derivada, sobre todo, de la disección anatómica por siglos vedada a la Medicina por mandato del Santo Oficio. El vesalianismo está en la esencia de la nueva Medicina ilustrada, un paso formidable en el largo proceso de *logización* del pensamiento médico tras más de mil años de “dictadura” galénico-aristotélica. Proceso este en cuya dinámica se inscribe el origen de la *res medica* venezolana.

La *res medica* venezolana fue ilustrada desde sus orígenes. Como hemos dicho, poco o ningún tributo debemos al acervo pre-hispánico tan potente en otras regiones de América como México y los países andinos. De la idea médica ilustrada derivaría la única institucionalidad sanitaria de alcance nacional que Venezuela habría de conocer hasta mediados del siglo XIX. Lo mismo que los borbones en su impulso reformador para Iberoamérica –el mismo que sirviera de estandarte a aquella “segunda conquista” referida por Lynch- los fundadores de la nueva república hicieron suyos los valores y, más aún, la episteme general de los ilustrados. Ilustrados fueron lo mismo el discurso médico como las instituciones sanitarias de él derivadas.

La teoría miasmática de la enfermedad se alzó sobre las ruinas de la de los humores. El “juntismo” sanitario – muy análogo al político que siguiera a la invasión francesa a la Península en 1808- hizo del aseo y el saneamiento su gran argumento frente a las exigencias sanitarias del momento. Como lo hizo también de la técnica vaccinal que apenas nacía tras primeras experiencias de Jenner en Inglaterra. Yerro aparte, la Medicina ilustrada fue capaz, empero, de servir a la idea de estado fundado sobre la idea de inmanencia, es decir, de una cierta capacidad de llevar a cabo ejecutorias que afectaron el particular modo-de-vida de la sociedad de entonces. Es en tal contexto en el que se materializa la Expedición Filantrópica de la Vacuna de 1804 que distribuyera el llamado “fluido vacuno” desde La Coruña hasta las Filipinas y que habría de ser la más grande iniciativa sanitaria documentada hasta entonces en la historia de Occidente.

La impronta ilustrada en la *res medica* venezolana dista mucho de lo meramente anecdótico. La concepción de lo sanitario en Venezuela desde la perspectiva “de la fe”, en el sentido de Oakeshott, tiene en la idea médica tras los llamados “patriotas ilustrados” a un referente primigenio. Como hemos dicho, lo sanitario, como expresión de “política de la fe” en Venezuela contrasta con la manera anglosajona de encarar el mismo fenómeno, enmarcada en lo que Oakeshott llamara la “política del escepticismo”²¹². Para la naciente tradición médica venezolana, lo sanitario era tenido de interés fundamentalmente público, lo que contrasta con la concepción que al respecto se tenía en las independizadas colonias británicas de la América del Norte, en donde lo sanitario era asunto esencialmente inscrito en la esfera privada.

Tal diferencia de enfoques tendrá expresiones discursivas en el tiempo. En los Estados Unidos de América, el discurso médico ilustrado tendría un énfasis fundamentalmente clínico, en tanto que en nuestro medio su acento estará más centrado en lo público sanitario. Allende, el peso de la preservación de la salud recaería sobre la responsabilidad individual; aquende, sobre el estado como garante del interés público. Al “*¿qué se ha hecho hoy por mis vasallos?*” de Carlos IV podríamos encontrarle alguna resonancia a la apelación “al mejor servicio público” que hace Bolívar en su decreto de creación de la Facultad Médica de Caracas del 25 de junio de 1827. La idea de lo sanitario como expresión de esa “política de la fe” ya no nos abandonará más en Venezuela.

La institucionalidad creada a tal fin se habría de mantener vigente hasta la segunda mitad del diecinueve. Solo la disolución de las instituciones ilustradas tras la vorágine de las guerras civiles que siguió a 1830 insertará el concepto de la Medicina como práctica liberal y relegará a lo sanitario a un sitial menor en términos de agenda pública. Al ocaso de las instituciones sanitarias ilustradas solo siguió la restauración de organizaciones de beneficencia, vestigio de los viejos hospicios. Una suerte de caridad médica surgió como sustituta de aquella poderosa acción del estado que incluso fue posible mantener durante la guerra de Independencia. Se

²¹² Es de destacar como el gran desarrollo de Jenner respecto a la vacuna antivariólica no se aplicara masivamente en los dominios británicos sino hasta el arribo de Balmis a la colonia inglesa de Hong Kong en 1806. Paradójicamente, el gran mentor de la vacuna del inglés no fue otro que el médico alicantino.

entiende el declinar de la institucionalidad sanitaria ilustrada si se contextualiza en la indefinida estatidad venezolana durante el siglo XIX, en entredicho merced de la violencia política de aquel tiempo en el que se sucedieron más de 730 enfrentamientos armados a lo largo de 55 años de guerras civiles, en medio de los cuales tan solo contamos con 18 de paz al menos hasta 1903 (López Ramírez, 1982:315-337).

Pero fue en aquel contexto que el nuevo paradigma de la Medicina Experimental irrumpirá a hombros del positivismo político. Más allá de hitos como el de la fundación del Hospital Vargas de Caracas – una expresión aislada de ello cuya socorrida referencia suele desdecir del vigor de los procesos históricos- la decidida instalación del paradigma médico experimentalista de la mano de la llamada “filosofía positiva” que operará sobre todo en el último tercio del decimonono venezolano, supuso un salto epistémico cuyos efectos aún siguen vigentes, como quiera que diera forma a nuestra arquitectura institucional sanitaria a partir de 1936. En ella, es el hospital, la “máquina de curar” focaultiana, su organización por antonomasia.

El hospital se erige como la “factoría” especializada en la producción “industrial” – es decir, a gran escala- de prestaciones médicas especializadas que se dispensan con el auxilio de las tecnologías disponibles. El protagonismo de la técnica privará sobre el del arte en el diseño de la nueva organización médica como nunca antes. Pero previo a todo ello, será el lenguaje el primero en acusar la instalación de la nueva fe tecnológica. Nuevas jergas –sub-lenguajes especializados- hijas del discurso positivista, se instalaran en el *verbatim* médico venezolano. De las “miasmas y putrideces” arribaremos a la nueva taxonomía bacteriana según la norma linneana y, de allí, al desarrollo de terapéuticas novedosas – bacteriostáticos primero y finalmente los antibióticos- que cambiarían para siempre la faz de la morbimortalidad del siglo XX²¹³.

La penicilina, descubierta por el inglés Alexander Flemming en 1928 a partir de una observación casual de laboratorio y posteriormente industrializada para siu

²¹³Linneo, Carlo von Linné, llamado (1707-1708). Biólogo sueco del dieciocho a quien se debe el desarrollo del sistema binomial de nomenclatura para denominar especies animales, vegetales y bacterianas.

producción a escala masiva, fue emblemática en tal proceso²¹⁴. Le seguirían otros desarrollos, con frecuencia basados en observaciones casuales, que posteriormente se traducirían en su síntesis masiva por laboratorios industriales²¹⁵.

En poco menos de cincuenta años, las creaciones “de laboratorio” vertidas sobre la “máquina humana” enferma produciría una transformación del perfil epidemiológico de las sociedades occidentales nunca antes vista. A ello se unirían otros desarrollos tecnológicos en los campos de la anestesia, la antisepsia quirúrgica y la tecnología vaccinal. Como hemos dicho, casi todas las aportaciones de los laboratorios biomédicos generadas en el primer tercio del siglo XX se habrían incorporado a la práctica médica para la mitad de la centuria.

Similar transformación operaría en las jergas médicas, que de descriptiva, etérea y atenta a categorías ideales no siempre consistentemente relacionadas con la realidad, pasa a ser precisa en la especificación de las causas tras la enfermedad. Así las cosas, la apelación a la “idiosincrasia” en el diagnóstico, a lo “constitucional” atribuible a determinado “biotipo”, caía en el desprestigio²¹⁶. El avance de la Bacteriología desveló el antiguo misterio tras los “animálculos” microscópicos observados por Van Leeuwenhoek en el siglo XVIII, discriminando entre ellos a las

²¹⁴Flemming, Alexander (1881-1955). Médico inglés, descubridor de la penicilina. Sus observaciones acerca de la inhibición de crecimiento bacteriano alrededor del llamado “hongo del pan” (*penicillium*) condujeron al aislamiento del principio activo del primero de los grandes antibióticos de los que se dispusiera en Medicina. La síntesis industrial del mismo fue posible a partir del método ideado por el químico norteamericano-alemán Charles Pfizer, que en 1941, bajo los auspicios del gobierno de EEUU, incentivara su masificación dado el interés suscitado por las necesidades de la sanidad militar norteamericana a cargo de la atención a los heridos de guerra durante el conflicto de 1939 a 1945.

²¹⁵ Se debe al venezolano Enrique Tejera, uno de los fundadores de nuestra moderna sanidad pública, la observación del poder bactericida del *Streptomyces venezueliensis*, hongo aislado en 1952 en muestras de suelo recolectadas en el Mercado de Quinta Crespo en Caracas. A partir de sus extractos se sintetizaría el cloranfenicol, antibiótico fundamental en el armamentario terapéutico hasta la actualidad.

²¹⁶ Lo idiosincrático en Medicina – categoría hipocrática- alude a aquello que es inherente al enfermo y no atribuible a causa externa alguna. Sún se suele apelar a patologías “idiopáticas” para definir a aquellos procesos mórbidos cuyas causas nos e conocen. Lo “constitucional” alude a otra categoría diagnóstica hipocrática relacionada con aquellos rasgos clínicos elementales en ciertas expresiones mórbidas que marcan intensamente la fisionomía del enfermo. Típicamente se tiene como tales a la fiebre y a la pérdida de peso. La alusión al “biotipo” es bastante más reciente y fue introducida por el alemán Kretschmer en sus estudios sobre los tipos somáticos de 1936.

distintas especies bacterianas de carácter patógeno, es decir, capaces de producir enfermedad²¹⁷.

Avances en el mismo sentido se pueden citar en los campos de la Bioquímica y la Fisiología, generalizándose el uso del término “metabolismo” para designar al conjunto de procesos químicos que sostienen la vida toda vez que la síntesis *in vitro* de urea por Wöhler a mediados del siglo XIX desalojara definitivamente las tendencias vitalistas que aún campeaban por las facultades médicas, la caraqueña incluida. Los médicos adoptan para sí el lenguaje de los químicos y de los bacteriólogos incorporándolos a su jerga propia y aún ampliándolo hacia los de otras ciencias experimentales. Todo ello transformará a su vez a la organización médica.

Como lo hemos dicho antes, opera en ella una poderosa metamorfosis al serle incorporado el laboratorio de investigación como principal proveedor de verdades experimentalmente validadas. La medicina de base racional- especulativa cedía ante la Medicina de base racional-experimental. Transformaciones que tocan ya no solo a las jergas profesionales, sino que van al *core* mismo de la formación profesional médica, de la organización de la producción de conocimiento médicamente útil y de su diseminación a través de la literatura especializada²¹⁸. La transformación semántica que operaría en el lenguaje médico no tardará en alcanzar expresiones cuan más específicas en el campo de las políticas públicas en el campo sanitario. La notable naturalidad con la que tal transformación articularía con las nuevas políticas de estado en materia sanitaria en Venezuela desde 1911, pero sobre todo desde 1936, expresa la correspondencia epistémico entre la *res medica* y el nuevo paradigma político vigente, el positivista.

²¹⁷Van Leeuwenhoek, Anton (1632-1723). Microscopista holandés, el pionero en la descripción de los microorganismos, a los que llamó “animáculos”. Sus aportaciones fueron clave en el definitivo rechazo de la teoría de la generación espontánea.

²¹⁸ De la profusión de publicaciones profesionales durante el gomecismo ya hemos dado cuenta en cita de los conocidos trabajos de Yolanda Segnini. Cabe destacar que la publicación médica regular más antigua que se conozca en Venezuela data de 1874 y es la *Revista médico-quirúrgica del Zulia*, cuyo editor fuera Manuel Dagnino.

La formación del estado nacional venezolano. Papel de la sanidad pública

En Venezuela e Iberoamérica, el positivismo marcaría indeleblemente la consolidación de aquellos estados nacionales formalmente fundados a principios del siglo XIX, pero cuya génesis habría de tomar, no sin notables traumas, todo el resto de esa centuria. La materialización en Venezuela de la idea moderna de estado y que nos proyecta por lo menos hasta 1903, tuvo en la nueva “filosofía positiva” su fuente teórica principal. El viejo sueño de la república liberal se hacía posible solo bajo la regla del “hombre fuerte” que encarnara aquella “constitución efectiva” más allá de las desideratas de los antiguos “patriotas ilustrados”. Lo sanitario atiende en ellos a uno de los tres elementos constitutivos del estado – la población- que junto al territorio y al poder le dan asidero y materialidad.

Si la independencia había provisto de un territorio más o menos definido –un país, en el sentido geográfico- el proceso de instalación de una institucionalidad cónsona con ello para administrarlo había tomado más de un siglo de contiendas civiles a las que el gomecismo había puesto fin. Restaba entonces la vindicación de su “capital humano”, diezmado en guerras, epidemias y deprivaciones sociales que terminaron poniéndolo al margen de toda modernidad. A lo menos tres políticas de estado fueron fundamentales en tal consolidación. La primera fue la de la conformación de un ejército profesional. Es Juan Vicente Gómez quien impone la fuerza de un ejército nacional sobre los últimos caudillos rurales y sus reductos alzados en armas. Fue la Batalla de Ciudad Bolívar de julio de 1903. Sobre tal base se fundará la creación de un ejército tecnificado y comandado de acuerdo con estándares como el chileno, por ejemplo.

La segunda de tales políticas fue la orientada a la conformación de una administración pública a cargo de una burocracia capaz de manejarla. Referentes como Román Cárdenas y Gumersindo Torres dan cuenta de la calidad del esfuerzo político puesto en ello. Lo sanitario sería la tercera de tales políticas y se habría de justificar como colofón tras aquellos esfuerzos de más de un siglo. Veámoslas inscritas en la política central del lopecismo recogida en el Programa de Febrero de 1936: “educar, sanear y poblar”. No habría estado viable en Venezuela sin la debida atención a la situación sanitaria y demográfica de entonces. El discurso positivista

sería determinante en ello. La “filosofía positiva” proveía ahora del armamentario teórico requerido a los fines de la justificación, fundamentación y aún la implantación de las grandes políticas sectoriales propuestas en el programa lopecista, acaso el primero y más importante documento de políticas públicas producido en la primera mitad del siglo XX venezolano.

El abordaje “científico” de la realidad sanitaria venezolana significó un salto epistémico solo comparable con aquel que trajese consigo la Medicina ilustrada siglo y medio antes. Nuevamente, la “política de la fe” manifiesta en la instalación de un “estado que cura” renovaba la promesa que de alguna manera también hicieron los “patriotas ilustrados”, pero bajo la regla de la ciencia experimental traducida ahora en políticas públicas “de diseño” dirigidas a atender fenómenos tan diversos como las endemias rurales, la tuberculosis o la desnutrición infantil. Fenómenos sociales y sanitarios a los que se procuró un abordaje a la mejor manera “científica”, es decir, basada en el conocimiento apoyado en la intensa investigación médica producida en los laboratorios del mundo norteamericano y que diera cuenta de programas de salud pública emblemáticos cuya vigencia aún podemos destacar.

Aunque se ha postulado en términos opuestos, podemos decir que fue la modernidad política venezolana la que vino de la mano de la modernidad sanitaria y esta a su vez de la particular lectura que de la realidad hicieron los positivistas aliados a las nuevas elites políticas andinas. Lo que desde entonces fuimos y somos en lo sanitario es, esencialmente, lo que los hombres de aquella generación, desde sus particulares premisas y métodos, trazaron tras la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1936.

La crisis del paradigma médico positivista

El ímpetu transmitido por el positivismo a la medicina moderna fue notable, al límite de prometer el abatimiento de la enfermedad y la muerte a partir del triunfo de la tecnología médica basada en la ciencia experimental. La episteme general contribuía poderosamente a la fundamentación de esa nueva fe. Como hemos dicho, la modernidad había venido prometiendo un mundo regido por la razón en el que cada pregunta habría de tener, indefectiblemente, su respuesta. El positivismo hizo

creíble tal promesa. Los primeros años del siglo XX asistieron a la puesta en marcha de ambiciosas iniciativas sanitarias basadas en intervenciones específicas ante problemas concretos – la endemia malárica, por ejemplo- basados en evidencia científica inobjetable.

En 1906, la Fundación Rockefeller propuso un vasto plan de erradicación de la anquilostomiasis y la malaria en países de economías enérgicamente recién insertas en la economía global merced de sus interesantes perfiles como productores de *commodities*, ello a partir de acciones específicas de saneamiento ambiental. Venezuela, para entonces promisorio enclave petrolero, figuraría entre los países seleccionados. Acciones de tan envergadura habían sido ensayadas con éxito en escenarios complejos como en Panamá durante la construcción del canal, un proyecto que se vería seriamente amenazado en su viabilidad por la amenaza de la fiebre amarilla²¹⁹. Sin embargo, el fracaso sería el sino de la mayor parte de tales iniciativas (Gawandee, 2007: 31).

El papel social de la Medicina en el contexto de tal paradigma, como lo hemos dicho, parece estar encontrando sus propios límites en Occidente. Límites marcados por la propia Biología, siendo que los sistemas vivos están de hecho programados genéticamente para activar los mecanismos moleculares que conduzcan a su propio fin. Urge, por tanto, repensar la *res médica* de Occidente a partir de aquello que prometiera – la vida sin enfermedad y sin muerte- pero ciertamente también a la luz de todo aquello que al respecto no pudo cumplir. El fracaso de muchas de sus más ambiciosas políticas públicas, pese al mejor esfuerzo planificador, parece apuntar al reduccionismo de sus enfoques diagnósticos en materia de salud poblacional así como al diseño mismo de sus acciones específicas, no obstante estar científicamente fundadas.

²¹⁹ La fiebre amarilla hizo estragos entre los trabajadores antillanos empleados por la compañía francesa de Ferdinand de Lesseps a cargo del primer proyecto del canal de Panamá, por lo cual el mismo debió ser abandonado. En 1903 es retomado por iniciativa norteamericana. El interés de la geopolítica norteamericana en ello era manifiesto, por lo que las primeras grandes medidas sanitarias de envergadura en la zona estuvieron a cargo de los servicios de sanidad del ejército norteamericano al mando del médico tropicalista y general de cuatro estrellas del USMC doctor William Gorgas, en cuyo honor se nombraría la Escuela de Medicina de la Universidad de Birmingham, en Alabama.

La “verdad de laboratorio” provista por la ciencia experimental no siempre pudo integrar en sus síntesis los numerosos análisis que caben en la compleja contingencia de causas que converge alrededor de los fenómenos de salud y enfermedad. Variables “médicas” que se superponen a otras de naturaleza económica, social o cultural que se conjugan de modo único en el modo-de-vida de cada sociedad en particular que vive la experiencia de la enfermedad. Pero el positivismo médico resiste tenazmente pese a todo. Su capacidad de resistencia como paradigma es notable: todavía en 1988, bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud y la iniciativa privada, fue puesta en marcha una ambiciosa estrategia en pro de la erradicación de la poliomielitis a escala continental²²⁰.

Pero, como hemos dicho, la modernidad prometió a Occidente otra cosa; prometió poner fin al sufrimiento a partir de la apelación a verdades univocas e inapelables a partir de las cuales derivar técnicas pretendidamente infalibles. Un contagioso optimismo invadiría a los ámbitos académicos y asistenciales de la Medicina de entonces en Venezuela. En 1939, se inauguraba en Caracas el Instituto de Medicina Experimental (IME), el más importante centro de investigación biomédica creado en el país desde el Instituto Pasteur de Caracas que promoviera Anibal Santos Dominici en 1895.

Al frente del IME es puesto Augusto Pi y Sunyer, destacadísimo referente de la escuela fisiológica catalana. En sede cercana abre sus puertas el Instituto de Cirugía Experimental, en cuya dirección se designa a Manuel Corachán, importante figura de la cirugía española en su tiempo que viviera exilio en Venezuela desde 1940²²¹. La nueva fe en lo experimental, en la “Medicina de laboratorio” cundía generosamente en el ámbito iberoamericano y venezolano. La promesa moderna de un mundo sin enfermedad ni muerte se renovaba a cada paso y sus eventuales fracasos se atribuían a falencias metodológicas que el tiempo habría de subsanar, madurado las nuevas tesis que abrirían definitivamente el sésamo del misterio tras la enfermedad.

²²⁰ Fue la campaña denominada *Polio Plus*. El último caso de poliomielitis descrito en las Américas data de ese mismo año.

²²¹ El doctor Corachán sirvió como Consejero de Sanidad de la Generalitat catalana que presidiera Josep Tarradellas hasta su exilio tras la caída de la II República española. Vuelto a Barcelona en 1941, Corachán es procesado y encarcelado por el franquismo. Murió en prisión víctima de la fiebre tifoidea.

Como también creemos haberlo demostrado, la e-videncia epidemiológica reciente ha puesto de manifiesto que la promesa central de la modernidad médica a la que tanto hemos aludido pudiera quedar a la postre incumplida. Dos casos ilustran este hecho y a ambos nos hemos referido anteriormente. Tales son los de la enfermedad neoplásica (el cáncer) y el de las enfermedades crónicas, especialmente las de tipo cardiovascular y pulmonar. En el primer caso, demostramos que la introducción de nuevas y costosas tecnologías médicas que en principio abatieron notablemente la mortalidad por dicha causa parecen estar encontrando límites a su otrora capacidad curadora, motivo por el cual las mortalidades específicas por ciertos tipos de cáncer – característicamente los de pulmón y páncreas, entre muchos otros- no han podido descender mucho más allá de lo que lo hicieran hace tres décadas. En el segundo caso citado creemos también haber demostrado cómo la incidencia en enfermedades crónicas como las señaladas se ha incrementado casi paralelamente al incremento en la expectativa de vida de las sociedades occidentales.

El hombre occidental vivirá más, pero con severos menoscabos a la calidad de su vida. La ansiada sobrevida impactará deletéreamente sobre las economías incluso más sólidas, cuyas pirámides poblacionales se invertirán progresivamente en la medida en que, además, la natalidad disminuya. El fenómeno de los *baby boomers* que experimentara la sociedad norteamericana y que fuera la resulta de la aplicación de aquellas tecnologías médicas novedosas que el mundo no había conocido antes de la postguerra se generalizaría a todo el mundo occidental, transformando las suyas en sociedades seniles y frecuentemente enfermas que demandan recursos económicos que parecen comenzar a escasear.

A principios de los setenta, el Club de Roma hizo público su célebre ensayo a propósito de los que sus expertos llamaran “los límites del crecimiento”. El estudio podría ser metodológicamente cuestionable -y lo es- todo ello como consecuencia del relativo poder predictivo de las grandes modelaciones matemáticas aplicadas a problemas complejos. Falencias aparte –que las tuvo- el polémico estudio puede hoy ser reivindicado en tanto que contuvo una primera y radical crítica no marcial al modelo de sociedad tecnocéntrica a la manera del sueño positivista. Hoy, aunque

por razones distintas a aquellas y acaso no previstas por aquel modelo – caso de las ecológicas por ejemplo- el crecimiento económico en Occidente, base fundamental de su bienestar, parece en efecto estar encontrando sus propios límites.

Merced de la innegable ingerencia de factores ambientales, del surgimiento de amenazas no previstas como la del terrorismo o de realidades difícilmente manejables como las relacionadas con la economía sumergida – el llamado “mundo ilícito” sobre el que disertara el venezolano Moisés Naim- o, mas grave aún, con la economía especulativa que arruinó a países enteros, el sólido edificio económico e institucional que sirviera de asiento material al estado de bienestar pareciera no poder mantenerse en pie sin que ello le suponga incurrir en duros procesos de reforma. Reformas estas de naturaleza esencialmente política que deberán procurar poner al discurso científico-técnico en su debido sitio, ciertamente no a la saga de tales procesos, pero tampoco a la cabeza, tal y como lo propugnaban hace un siglo los grandes mentores de la filosofía positiva²²².

La mítica metáfora de las naves que en la antigüedad surcaban en estrecho entre Escila y Caribdis a riesgo de estrellarse contra las rocas de uno y otro lado ilustra el profundo dilema que se plantea entre las demandas por más prestaciones médicas, por una parte, y los límites que impone la propia insuficiencia del paradigma médico positivista que siglo y medio antes había prometido victoria sobre la muerte. Escila es, en nuestra reflexión, la representación de las demandas y expectativas sociales convertidas en demandas efectivas, en “presión de patología”, como la llama Briceño Gil, a la que el derecho positivo arrojó al elevarlo a la categoría de derecho fundamental inscrito en nuestros textos constitucionales(Briceño Gil, 2005).

Así las cosas, la demanda por tratamientos médicos, intervenciones quirúrgicas, etc se hizo justiciable. Los estados debieron en lo sucesivo legislar en

²²² El caso de EEUU es especialmente emblemático al respecto, con un gasto sanitario superior al 15% del Producto Interno Bruto pero una proporción de sus ciudadanos sin acceso a servicios médicos entre el 15 y el 20%. La reforma sanitaria del Presidente Barak Obama, que tanta resistencia ha encontrado por parte del *lobby* corporativo de la industria de servicios médico-asistenciales en ese país – la mayor del sector servicios- da cuenta de la necesidad de introducir reformas políticas generales previas a la adecuación de políticas sectoriales, so pena de que las mismas resulten meramente cosméticas. En tal sentido destacan las referidas al control del gasto público y a las necesarias reformas tributarias a introducir en el regresivo esquema impositivo norteamericano.

materia de prestaciones médicas al punto de producir normativas específicas contentivas de aquellas “garantías mínimas” que en materia de tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas²²³. La función de la demanda, que debió ser gestionada a partir de políticas específicas – las “listas de espera” británicas, los “co-pagos” chilenos- que integradas con las técnicas y tecnologías médicas en boga – la cirugía mínimamente invasiva, el manejo ambulatorio de diversas condiciones médicas otrora motivo de ingresos al hospital, etc- unidas a las restricciones financieras que pesan sobre todos los sistemas sanitarios del mundo, está procurando, aunque no sin importantes niveles de irritación social, redimensionarse ante una oferta relativamente escasa de servicios que no parece ser expandible en el relativo corto plazo.

Uno de cada siete ciudadanos estadounidenses carece de aseguramiento médico, 23% de los ciudadanos españoles sin empleo cuentan, ciertamente, con un amplio seguro médico de alcance universal, pero al costo social de una tasa de desocupación muy por encima de la media europea cuando no de la virtual bancarrota, como ha sido el caso de países del llamado grupo de los PIGS (Portugal, Italia, Irlanda, Grecia y España). Escila es la roca dura de la escasez de recursos ante unas demandas sociales que hemos definido como insaciables impulsada por las promesas de la Medicina positivista.

Pero por otro lado surgen las limitaciones que las grandes verdades de la Biología imponen al discurso médico. La apocalíptica muerte cabalga a lomos de bestias distintas de aquellas que se paseaban por la Europa del siglo XIV – la de las llamadas “pestes”- pero solo para terminar arribando bajo formas distintas: la de la epidemia de la violencia urbana por ejemplo, o la de la reemergencia de viejas enfermedades a las que se suponía derrotadas por el avance de la nueva Medicina de base experimental. Pero arriba también por la vía de las nuevas enfermedades

²²³ El Ministerio de Salud de Chile ha dictado normas de carácter sublegal (reglamentos) contentivos al detalle de aquellas prestaciones médicas de las que el enfermo se hace acreedor por derecho de ciudadanía, lo que obliga automáticamente a las administraciones sanitarias a cargo de las mismas sobre la base de requerimientos específicos que ha de cumplir. Especialmente notable es la norma referida a la diálisis renal y demás prestaciones conexas, en la que se establecen las acciones al detalle, con sus respectivos lapsos de ejecución, en cuanto a medicaciones, análisis de laboratorio y número de sesiones de hemodiálisis a las que tiene derecho el paciente por mes, por trimestre y por año. Véase: Bastías y cols., Boletín de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Vol. 32, No.2, 2007.

emergentes que sorprenden al globo en forma de epidemias ciertamente ya no tan nuevas, como la de VIH-SIDA. La muerte en tanto que fenómeno biológico y como drama humano, se pasea por el mundo postmoderno de manera multiforme al tiempo que sensible.

Más de tres mil personas murieron tras los ataques terroristas en Nueva York el 27 de septiembre de 2001. Un golpe asestado en uno de los emblemas por excelencia de la modernidad. Paul Virilio reflexiona al respecto contrastándolo con aquellos tiempos en los que los señores de la aristocracia feudal amurallaban sus ciudades para protegerlas de los ataques de las hordas bárbaras. “El miedo está aquí”, señala el autor francés. Veinte millones de personas sucumbieron a la llamada “gripe española” de 1918, muchas más que las víctimas causadas en Europa por la guerra que recién acababa de cesar. Enfermedades cuya transmisión operó incontrolablemente en las ciudades devastadas tras las acciones militares.

En Venezuela, se trató de un fenómeno esencialmente urbano que solo en Caracas afectó a un tercio de su población. El miedo, la “peste”, la amenaza que otrora encarnaran godos, vándalos, normandos o sarracenos venidos de lejos surgía ahora desde “adentro”²²⁴. Ante ellos, la Medicina y sus posibilidades chocan con la barrera que le impone límites que parecieran infranqueables.

Hoy se apela a la Medicina de base molecular y a la Cirugía de lo infinitamente pequeño, supremas expresiones tecnológicas de aquellas verdades surgidas de los laboratorios de investigación biomédica, como las seguras hacedoras del milagro de la sanación. Pero ellas encarnan también la otra orilla rocosa que en el estrecho paso hacia la salud se constituye en nuestra Caribdis médica. La tecnología y su actual estado del arte, opuesta a la biología humana tras la enfermedad, marcan los límites del propio paradigma médico occidental. Son los

²²⁴ La reciente epidemia gripal de 2009 tuvo su causa en la cepa denominada AH1N1, la misma causante de la gran pandemia de 1918. La acción sanitaria de los estados evitó las temidas consecuencias en términos de mortalidad, aunque no sin incurrir en grandes costos que necesariamente distrajeran recursos destinados a otros fines. Sigue vigente el riesgo de que una nueva versión de la llamada “madre de todas las epidemias”, por lo que se teme que los sistemas sanitarios mundiales no puedan enfrentarla. Véase mi ensayo titulado: *Políticas públicas y pandemia en Ciudad Pánico: un juego hipotético para una aproximación al riesgo en la perspectiva de Paul Virilio*, de 2007, en el que disertó al respecto a partir de un planteamiento de juego, en el sentido de Von Neumann, en el que no es posible ninguna situación de equilibrio estable.

“signos de los tiempos” en el mundo de la Medicina de la postmodernidad, de la Medicina postpositivista.

La Medicina postpositivista

El término “Medicina postpositivista”, de reciente cuño, aparece referido por algunos autores venezolanos como Briceño Gil, como la “Medicina de la complejidad” (Briceño Gil, 2005). Alude el neologismo a aquella praxis médica que, superando aquella elemental vinculación entre causa y efecto que suponía la racionalidad cartesiana ahora auxiliada por la experimentación, entiende que la única verdad tras la enfermedad y el enfermo es la verdad compleja. La Medicina positivista se hizo fuerte en la tentativa por comprender fenómenos complejos a partir de la intervención de un reducido número de variables independientes cuya relación con el fenómeno *in toto* fuese lo suficientemente robusta como para apostar a su intervención el éxito o fracaso de toda acción sanadora.

Ciertamente que los problemas sanitarios de principios del siglo XX en Venezuela tuvieron como característica principal la de ser relativamente simple. Tras la malaria y la tuberculosis estaba un hemoparásito -el *Plasmodium*- y una micobacteria – el bacilo llamado de Koch -. Vencerlos suponía administrar esencialmente las mismas medidas (medicación con cloroquina e isoniacida, según el caso) a la casi totalidad de los enfermos afectados. Una gran economía de escala operaba en ello: la solución a la cuestión residía en una única y esencial acción que debía reproducirse a escala poblacional²²⁵.

De allí que la Medicina positivista se posicionara tan enérgicamente en la mentalidad médica de Occidente como eficaz y certera. Su comprensión de aquellos fenómenos generales que operaban en lo atinente a la enfermedad llega a ser notable a todo lo largo del siglo XX. Pero, al tiempo, su comprensión de los fenómenos más singulares en torno a ella no sería tan clara. La causalidad

²²⁵ Durante los años de la lucha anti-malárica en Venezuela y hasta recién se institucionalizó la figura del “pastillero”, agente sanitario no profesional a quien se entrenaba para reconocer los casos de malaria y tratarlos mediante la administración de “pastillas” de cloroquina. Tal recurso habría de resultar clave en el éxito de la lucha contra dicha endemia a partir de los años cuarenta del siglo pasado.

cartesiana de los racionalistas asistida ahora por la verdad experimental se afaná en establecer tras cada fenómeno estudiado por la Medicina una suerte de “teorema general” según el cual también $f(x)=y$. En fecha reciente, como dijimos, la demostración empírica de la velocidad de los llamados “neutrinos” como superior a la de la luz, reta radicalmente ya no el paradigma clásico de la mecánica newtoniana según el cual $F=m.a$, sino que también el $E= m.c^2$ propio del relativismo einsteiniano²²⁶.

¿Puede seguir siendo sostenida una idea de causalidad en Medicina a la manera de Claude Bernard en 1865? ¿Es posible postular un reducido número de “causas eficientes” a la manera aristotélica ante complejos fenómenos en los que, más que “causas” encontramos “pautas” operando como conectoras entre eventos que la episteme propia de la ciencia experimental tiene como epifenómenos inconexos entre sí? En otras palabras, ¿es posible seguir asidos a la idea vesaliana de la *fabrica* humana con la misma convicción con la que la abrazaron en su día los médicos ilustrados? La respuesta a tal cuestión posiblemente resida en el futuro de los lenguajes médicos característicos de este tiempo.

En esencia, la Medicina secular vive de y en el discurso fundado por los positivistas decimonónicos así como de sus particulares jergas, productos a su vez del largo proceso que hemos ya definido como el de la logización de la *res medica* de Occidente. El *verbatim* del médico hoy, como hace más de cien años, está pleno de términos propios de la estadística aplicada, con lo cual se aspira a fundar una verdad más o menos generalizable. Es así como en Medicina solemos referirnos a lo “normal” de los procesos fisiológicos ateniéndonos al clásico concepto gaussiano de la “norma”²²⁷. En el mismo sentido se define por consecuencia el término de “desviación” ante aquello que excede los límites de la “norma” acogida.

Más contemporáneamente, desde las contribuciones de Archibald Cochrane, se ha generalizado el empleo técnicas estadísticas de inspiración bayesiana,

²²⁶ $F= m.a$ es la expresión matemática del principio newtoniano según el cual la magnitud de la fuerza que ejerce un cuerpo (F) es igual al producto de su masa (m) por la aceleración (a) que logre. La expresión einsteiniana $E=m.c^2$ establece que la magnitud de la energía (E) de un cuerpo es el producto resultante de su masa (m) por el cuadrado de la velocidad de la luz (c2).

²²⁷ Es decir, aquel según el cual, los valores de una variable se distribuyen, en un 95% de las veces, alrededor de un promedio y dentro de no más de dos desviaciones estándar.

metodología esta de uso extendido en la ciencia política y la Economía, ello con el fin de procurar explicaciones del fenómeno de la enfermedad no ya en términos determinísticos sino que probabilísticos²²⁸.

Las nuevas instituciones sanitarias nacidas a la luz del paradigma positivista fueron se fundaron desde un léxico consistente con él. En Venezuela, como se ha señalado antes, la idea vesaliana de la *fabrica* humana se habría de expresar al calco en el diseño de las nuevas burocracias sanitarias que surgieron tras la disolución de las instituciones médicas ilustradas. A cada “pieza” de tal factoría habría de corresponder una especializada división a cargo de su “reparación” en los nuevos hospitales que, como el Vargas en Caracas, surgían bajo los auspicios de la ciencia experimental.

De su seno se habrían de desgajar instituciones aún más especializadas, de modo que a la *fabrica* humana femenina cargo de la “función” reproductora se le dedicó una particular “factoría” en la Casa Municipal de Maternidad Concepción Palacios de 1936 así como a aquella aún en desarrollo se le dedicara la del Hospital Municipal de Niños JM de los Ríos el mismo año. Otras “factorías” médicas se organizarían para dedicarlas al estudio y cura de aún más específicas “piezas” de la *fabrica* humana: en unos casos será la psique humana, a cuyo cargo se dedicó el Hospital Psiquiátrico de Caracas de 1892; en tanto que en otros será el pulmón enfermo de tisis al que se erigiera un sanatorio especializado en el valle de El Algodonal a la usanza de aquellos en los que ejerciera – y padeciera- José Ignacio Baldó en sus años de practicante – y de paciente- en los sanatorios antituberculosos de Davos, Suiza²²⁹.

²²⁸ Cochrane, Archibald (1909-1988) Prominente clínico escocés contemporáneo, tenido como uno de los fundadores de la corriente de pensamiento médico denominada *Evidence Based Medicine* (EBM) o Medicina Basada en la Evidencia, en la que se apela a la información acumulada a partir de ensayos clínicos controlados para la valoración del poder diagnóstico efectivo de determinadas tecnologías así como en el valor real de las terapéuticas que se ofrecen al enfermo. Cochrane figura entre los grandes mentores del National Health System británico que viera luz en la segunda postguerra, participe como fue del lema político de su tiempo según el cual “todo tratamiento médico demostradamente efectivo debe ser gratuito”.

²²⁹ Baldó, José Ignacio (1898- 1972) Notable clínico venezolano, fundador de la Tisiología como especialidad en nuestro medio. Enfermo tuberculoso él mismo, permanecería internado durante largos años en el Wald Sanatorium Platz de Davos, hecho célebre en *La montaña mágica*, de Thomas Mann.

La nueva Medicina de inspiración industrial habría de desarrollarse en jergas a la manera tayloriana, de manea que términos como los de “eficiencia”, “rotación” y “ocupación”, propios del lenguaje de la ingeniería industrial, se generalizaron en las nuevas factorías de la Medicina académica en las que las nuevas tecnologías médicas se aplicaban a gran escala: vacunas, antibióticos, antimaláricos, vermífugos y demás productos de diseño elaborados en los grandes laboratorios biomédicos de Estados Unidos y Europa.

Como en una gran línea de producción industrial en serie, los nuevos hospitales y sus burocracias asimilaron tales jergas al discurso médico. El impacto de tal maridaje sería notable. Los problemas a los que se enfrenta la Medicina de aquel tiempo –inmensos en términos poblacionales- tenían sin embargo una naturaleza común que les hacía susceptibles a intervenciones a gran escala. Eran enfermedades de tipo infecto-contagioso de causa conocida y frecuentemente tratable con los medios de los que recién se disponía. La introducción de las nuevas terapéuticas estandarizadas permitió su aplicación masiva, como en los casos mencionados de la malaria y la tuberculosis. La atención profesional al parto se llega a establecer plenamente en Venezuela tan temprano como en los años sesenta.

Los grandes problemas sanitarios obedecían a causas relativamente simples y por tanto abordables a partir de políticas de estado cuidadosamente diseñadas y que, en el caso de las venezolanas, llegaron a constituirse en modélicas para el resto de Iberoamérica. Las políticas de estado en materia sanitaria se mantuvieron vigentes con notable regularidad con posterioridad a 1936, incluso durante la década militar de 1948 a 1958, durante la cual se introdujo en Venezuela la vacuna antipoliomielítica de Sabin, que viera la luz en Estados Unidos apenas hacia 1952; al fin y al cabo, y no obstante las distancias políticas presentes, el común credo positivista de las elites médicas de aquel entonces operaría como garante de continuidad contra toda ruptura²³⁰.

²³⁰ Es de destacar la presencia de Arnoldo Gabaldón en el grupo fundador del PDN medinista, así como su fallida postulación a la presidencia de la República en 1945. Gabaldón sería el primer ministro de Sanidad y Asistencia Social de la democracia en 1959.

Los problemas sanitarios de la llamada post-modernidad son distintos. Así por ejemplo, la endemoepidemia de VIH-SIDA no supone la acción de un solo agente infeccioso – el retrovirus llamado VIH- sino que a todo un cortejo adicional de patologías asociadas, desde las infecto-contagiosas hasta las neoplásicas, pasando por las de índole neuropsiquiátrico. Hay que sumar a todo ello los problemas generados por la discriminación basada en género y orientación sexual, además de los problemas de drogodependencia que frecuentemente se le ven asociados. De acuerdo con datos aportados por UNICEF, en países del Africa sub-sahariana como Angola, la prevalencia de infección por VIH-SIDA entre embarazadas es del 71%. En Uganda y otros países de la zona, el impacto económico de la epidemia de VIH-SIDA se mide en términos de su Producto Interno Bruto, con caídas de hasta el 8%²³¹.

Complejidades estas a las que la episteme positivista no puede abordar a partir de modelos elementales en los que causas y efectos se relacionan de modo más o menos simple. Ante problemas sanitarios como el del embarazo precoz convergen fenómenos complejos que abarcan desde la deserción escolar hasta la percepción de “bajo costo de oportunidad” inherente al embarazo en una adolescente sin formación alguna, ello pasando por otras variables difícilmente asimilables en modelaciones matemáticas como las relativas a la percepción social de la maternidad en sociedades matriocéntricas como la nuestra (Moreno Olmedo, 2003: 421)²³². Causalidades todas más allá de lo que el paradigma de la máquina humana puede abarcar a través de sus métodos. El microscopio de los científicos experimentales tendría que sustituirse ahora por una suerte de “macroscopio” capaz de atender, más que a causas puntuales, a interrelaciones complejas entre fenómenos solo aparentemente inconexos entre sí.

La institucionalidad sanitaria venezolana actual, que ha sido y es expresión de la *res medica* traducida en *ars*, es sobre todo hija de la gran tradición positivista del siglo XIX. Lo mismo que aquella –la del juntismo sanitario de la primera mitad del decimonono- lo fuera de los ilustrados. De allí entonces que su crisis no sea sino la

²³¹ Véase: www.unicef.org/spanish/infobycountry/uganda_statistics.htm (recuperado marzo 2012)

²³² Estos temas son abordados, entre otros, por los estudios de Gary Becker en torno a lo que ha denominado “la manera económica de ver la vida”, título que da a su conferencia Nobel tras recibir el galardón en 1992.

de la Medicina positivista toda. Crisis epistémica que conecta, amplificándolas, con otras crisis –económicas, políticas- dando vida a la profunda paradoja de una organización médica que, habiendo sido creada para abatir a la muerte, la genera en la forma de las nuevas enfermedades adquiridas en el ambiente hospitalario, es decir, en el nosocomio y por ello llamadas nosocomiales. Es el fenómeno del “hospital que mata”.

El mencionado fenómeno no es ni mucho menos exclusivo de Venezuela o de países con similares niveles de ingreso. En 1988, el Institute of Health, agencia federal del gobierno de EEUU a cargo del diseño de políticas públicas alrededor del problema hospitalario en ese país, dio a conocer los resultados de las investigaciones que, por iniciativa del Congreso, había iniciado años antes ante el paradójico y alarmante fenómeno de las muertes hospitalarias no atribuibles a enfermedad –unas 100.000 al año- que ocurren en ese país. El mencionado estudio señala que falencias más que humanas, organizacionales, dan cuenta de tal número de muertes, muy superior a las esperadas por causas como el VIH-SIDA o el cáncer de mama.

En el medio venezolano, nos correspondió conducir, entre 2000 y 2005, un estudio de orientación similar dirigido a la evaluación cuantitativa de ciertas prácticas hospitalarias formales y sus impactos medidos en términos de mortalidad. El estudio, llevado a cabo entre enfermos admitidos a la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital de universitaria en Caracas, demostró una mortalidad hasta veinticinco veces superior entre estos enfermos por causas totalmente ajenas a las condiciones fisiológicas reportadas al ingreso (Villasmil, 2005). Es la némesis ilichiana operando entre nosotros.

De tal manera que la némesis sobre la que nos advertiera Ivan Ilich hace cuarenta años se verifica y no de manera eventual tanto como más o menos sistemática, al punto de que resulte plausible extender el concepto de enfermedad nosocomial más allá del ámbito de las infecciones adquiridas en el medio hospitalario, cuan ha sido y es su acepción más común. La cuestión de la enfermedad-muerte de origen hospitalario, unida a la de la progresiva tendencia a la estabilización de la mortalidad atribuible a ciertos tipos de cáncer, a la enfermedad

cardíaca o la pulmonar, son apenas algunas de las expresiones que sugieren, plausiblemente, una merma en la capacidad del *ars medica* positivista en cuanto a mantener vigente su vieja promesa de victoria sobre la enfermedad. Sin embargo, la *res medica* occidental de la que se origina insiste en siempre renovarla aún contra la no poca e-videncia epidemiológica en sentido contrario disponible.

Cabe entonces cuestionarnos si la *res medica*, en tanto que generadora de discurso, sigue aún siendo, perlocutivamente, generadora de un *ars* consistente con ella misma. En otras palabras, es plausible postular que una creciente brecha entre el laboratorio generador de conocimiento y la cabecera del enfermo, es decir, entre *res* y *ars*, está abriéndose en el *core* mismo de la Medicina occidental. La distancia entre ambos – la por los sajones denominada “*from bench to clinic*”- parece acrecentarse en tanto que el nuevo conocimiento generado en sus modernos oráculos –los grandes centros de investigación- no encuentra aplicabilidad ni garantiza tampoco nuevos y mejores réditos en el futuro inmediato frente al enfermo concreto. Más aún, no es infrecuente la duda en torno a su posible irrelevancia.

Creemos haber ya demostrado como las tecnologías médicas generadas en el primer tercio del siglo XX habían encontrado aplicación más o menos inmediata para la mitad del mismo siglo, lo que no ha sido precisamente la norma en su último tercio, con las notables excepciones que oportunamente citamos. De manera que asistimos a una suerte de “rendimiento decreciente” en materia de aplicabilidad de dicho conocimiento y, por ende, al arribo a una cierta tendencia al aplanamiento de la otrora aguda pendiente de crecimiento del mismo. Así las cosas, es muy posible que hoy sepamos más, pero no por ello que nuestra práctica se haya librado de las limitaciones que venimos acusando en ella y que no se proyectan distintas en el futuro relevante.

La reacción neo-espiritualista que pretende encarnar el protodiscurso de la llamada “Nueva Era” (*New Age*) ha encontrado en dicha brecha su oportunidad para insurgir como prédica antisistema al tiempo que para insertarse en la praxis médica secular de manera más o menos formal. Excede al alcance del presente ensayo el estudio de tales cuestiones; sin embargo, cabe destacar una vez más los ya

mencionados trabajos de Capra²³³ y Bateson²³⁴., entre otros, ello sin hacer mención de la abundante literatura “gris” que abunda en la materia cuyo análisis en rigor es difícilmente factible.

La irrupción de una nueva especie de pensamiento mágico-religioso pretendidamente alternativo en la *res medica* con frecuencia ha apelado a conceptos o prácticas de inspiración oriental, concretamente hinduista y confuciana. Una suerte de “nuevo vitalismo” parece intentar volver al amparo de la decepción social ante la incumplida promesa médica moderna que renovarían sucesivamente ilustrados y positivistas.

De manera que las llamadas crisis de los sistemas sanitarios, a cuyas expresiones asistimos como parte de la cotidianeidad, parecen constituirse en un *status quo* en el que demandas y expectativas, por un lado, y posibilidades reales, por el otro, con frecuencia no se corresponden. Pero la organización médica positivista no siempre acierta en sus esfuerzos por adaptar a lo que ya hemos denominado la “presión por patología” a la que aludiera Briceño Gil (Briceño Gil, 2005). Aparecen entonces como alternativa aquellas ofertas que encarnan prácticas mágicas no inscritas en el paradigma médico occidental a las que se les suele ver asociadas a pingües fuentes de financiamiento necesariamente negadas a otras demandas en materia sanitaria.

A la cotidiana imagen que ofrecen nuestros hospitales públicos, cuyos usuarios se agolpan a sus puertas a la espera de la ayuda médica que con frecuencia no llega, con frecuencia se une la de la grey de dolientes acampando a sus alrededores en un esfuerzo por garantizar los apoyos que en insumos tan elementales como alimentos o medicamentos y aún materiales médicos pudieran

²³³ Capra, Fritjof (n. 1939) Físico teórico por la Universidad de Viena en 1966, investigador en el área de la física subatómica en las universidades de París y de California en Santa Cruz, en el Acelerador Lineal de Londres y en el Laboratorio Lawrence de Berkeley. En paralelo a sus actividades de investigación, Capra se ha distinguido por sus aportaciones a la comprensión de los impactos filosóficos y sociales de la ciencia moderna.

²³⁴ Bateson, Gregory (1904-1980). Antropólogo, científico social, lingüista y cibernético británico, cuyo trabajo interseca con muchos otros campos intelectuales desde los que postuló una epistemología evolutiva e interdisciplinaria de no poco impacto en áreas tan diversas del conocimiento como la antropología (en asociación con su esposa, la antropóloga Margaret Mead), la comunicología y las neurociencias. En este último campo, se le atribuye la postulación del concepto del “doble vínculo” en la esquizofrenia.

requerir sus allegados ingresados al hospital y que este no suple. Escenas que son parte del paisaje urbano venezolano que hablan de un fenómeno de causas mucho más allá de las consabidas falencias administrativas claramente ostensibles en nuestras redes de asistencia y que son, antes bien, expresión de una necesidad más profunda y útil: la del enfermo que carga consigo al sistema humano que le sustenta y soporta ante la adversidad.

El fenómeno de la familia en pos de aquel de sus miembros en situación de enfermedad que ingresa al lejano hospital citadino – tan lejano para el hombre rural como para el habitante de los suburbios pobres- ya mereció la consideración de los pensadores sanitarios venezolanos del siglo XX. El enfermo, al llevar consigo a su familia, atrae hacia sí parte del mundo-de-vida que siente debe preservar como escudo ante la enfermedad. Las décadas de los años cuarenta a sesenta en Venezuela se caracterizaron por el más intenso proceso de urbanización experimentado por país alguno en el siglo veinte.

Referentes médicos como Lya Imber y Gustavo H. Machado, hacia los años cuarenta, fueron pioneros en la incorporación de la madre acompañante en la hospitalización del niño enfermo como factor clave en su recuperación. Las primeras experiencias al respecto datan de principios del veinte en Inglaterra (Barrera Q, y col. 2007)). En Venezuela, la elite de la Medicina pediátrica incorporó tempranamente tal práctica a la organización médica venezolana, reconociendo en ello el carácter crítico del mantenimiento de la estructura familiar básica del enfermo trasplantado desde su realidad cotidiana – su modo-de-vida- hacia otra totalmente artificial y *ad hoc* creada a propósito de la situación médica sobrevenida y de acuerdo con los lineamientos emanados de los grandes centros académicos.

Entraña ello un gesto de reconocimiento tácito de la “episteme popular” referida por Moreno Olmedo por parte de la episteme positivista. Con sus afectos, su religiosidad y sus ideas y creencias en torno a la enfermedad, el hombre popular venezolano que enferma se adentra en el hospital que, paradójicamente, le es inhóspito (Muci-Mendoza, 2007). Un modo-de-vida que le es naturalmente extraño y al cual quiere adentrarse arrojado en el propio. Pero salvo excepciones como la mencionada, la práctica común es muy distinta: el mundo-de-vida popular del

hombre venezolano que enferma, su particular cosmovisión, permanece fuera, extrañada de los recintos de la gran “máquina de curar”, al que solo permea, a la manera de una concesión graciosa, la pequeña estampa religiosa o la fotografía familiar que el enfermo coloca en la cabecera de su lecho. Y entre ambos mundos-de-vida, rejas, portones, cuerpos de vigilancia e inflexibles horarios “de visita”, operando al modo de “pasos de frontera” entre dos mundos distintos.

A principios de los sesenta, Arnoldo Gabaldón propone la conformación de un cuerpo voluntario y no profesional – las llamadas “Samaritanas de la Salud”- que actuando a lo interno de sus comunidades de origen, las más postergadas, operaran al modo de agentes de salud legítimos ante ellas. (Gabaldón, 1965:40, T.II). Años más tarde, en Venezuela se impulsarían los programas llamados de “Medicina Simplificada” orientados al entrenamiento de agentes con similar perfil, pero profesionalmente dedicados a la administración de prestaciones médicas básicas como la atención de casos menores y, sobre todo, las relacionadas con la rehidratación oral precoz en comunidades asoladas por la gastroenteritis.

Dichos programas tuvieron notable éxito en Venezuela y están en la fundamentación de similares a escala global tan renombrados como el de los llamados “Médicos descalzos” en la China continental, cuyos estándares de vida y sanidad distan mucho de aquellos propios de las grandes ciudades de la costa del Mar Amarillo.

Expresiones importantes a favor de tentativas orientadas al establecimiento de “vasos comunicantes” entre mundos-de-vida desencontrados pero necesariamente llamados a converger alrededor del problema del hombre enfermo. Es posible que tales esfuerzos no hayan pasado de ser anecdóticos en muchos casos – no así en Venezuela- si bien pueden atribuírseles éxitos puntuales como el ya mencionado de la gastroenteritis²³⁵. Pero en esencia, el discurso dominante de la

²³⁵ El programa de formación y entrenamiento de personal voluntario dedicado a la atención de casos de gastroenteritis en niños a partir de la administración de sales de rehidratación oral dio origen a la red de las llamadas UROs (Unidades de Rehidratación Oral) de notable impacto en la contención de dicha enfermedad y sus efectos en comunidades social y sanitariamente depauperadas lo mismo en zonas rurales como en los asentamientos urbanos informales de las ciudades venezolanas.

res medica seguiría siendo el positivista, alejado del modo-de-vida de aquellas mayorías a las que se había propuesto servir.

Barrio afuera, barrio adentro

En 2003, el estado venezolano hace una definitiva apuesta por la generación e implantación de un discurso médico pretendidamente llamado a imponerse hegemónicamente sobre aquel propio de la Medicina positivista. Un discurso médico que a su vez no se superpusiera a la episteme popular sino que se entroncara con ella misma, ello en el entendido de que en ello habría de radicar la ansiada y nunca del todo lograda derrota de las grandes endemias que marcaron y marcan el perfil epidemiológico venezolano. Tal fue el enfoque teórico que sirviera de fundamento y génesis a la llamada Misión Barrio Adentro. Al respecto disertan sus ideólogos:

“Debemos comprender que la construcción de esta amplia red primaria no puede basarse en cifras fría que dicen “...en Venezuela hay un médico por cada 500 habitantes...”, parámetros acordes a las pautas de la Organización Mundial de la Salud que permitieron acudir durante años a escenarios internacionales sin especificar que esos médicos viven y prestan servicio a pequeños sectores privilegiados, quedando excluida más de un 60% de nuestra sociedad. Esto es importante ya que todo médico que entre a trabajar desde esta nueva concepción, debe romper con los esquemas del pasado impuestos por los gremios. No ha sido ni será tarea fácil ya que la nueva manera de concebir el trabajo de los equipos de salud pasa por la necesidad de que estos vivan en las comunidades más excluidas y dolorosamente debemos reconocer que nuestros médicos no han recibido instrumentos para ejercer esas prácticas y culturalmente no están preparados para esto. Situación que confiamos se irá revirtiendo progresivamente, permitiendo que en poco tiempo, las nuevas generaciones de médicos se vayan incorporando” (Ver: <http://mic.net.ve/programamic-principal.htm>)

No nos habremos de ocupar del análisis de los impactos que tal programa tuvo en términos estrictamente epidemiológicos, aspecto este exhaustivamente estudiado, entre otros, por Díaz Polanco y colaboradores (Díaz Polanco, 2010). Hemos sí destacar la definitiva opción del estado venezolano por articular un discurso sanitario más allá de la Medicina positivista. La idea tras la instalación de

establecimientos de atención médica en el seno mismo de las comunidades y en las que el personal profesional convive con ellas, compartiendo su particular modo-de-vida entrañaba un notable esfuerzo por superar el modelo de atención basado en la figura del médico itinerante a cargo de administrar programas y de dispensar servicios de atención médica en cuyo diseño y alcances no estaba en modo alguno involucrado por ser totalmente ajenos a su realidad concreta.

El debate tras la puesta en marcha de dicho programa está lejos de haber cesado. En contraposición a ello, las elites médicas vienen argumentando a favor de un modelo de Medicina “barrio afuera” que supone la realineación del modo-de-vida popular con el moderno y occidental²³⁶. Realineación que no tendríamos por insensible; al contrario, que supondría imponer sobre la episteme popular el peso inmenso de otra –la positivista- de cuyas debilidades y falencias hemos hecho el debido análisis. No se trata de “popularizar” la episteme médica positivista, sino de comprender sus limitaciones frente al nuevo paradigma de la Medicina de la Complejidad.

Limitaciones que nacen de lo discursivo y que se expresan en lo práctico y aún en lo institucional en términos de una incesante tensión entre programas y servicios de oneroso financiamiento que, paradójicamente, no satisfacen las expectativas de una sociedad que aún participe de la promesa de redención médica, no por ello renuncia a su particular modo-de-vida.

Ya Ivan Illich alertaba respecto al incumplimiento de tal promesa merced de las propias limitaciones del discurso médico que la soportara así como de las ingentes amenazas que su propio accionar podría estar generando sobre la salud y la vida mismas. Pero debemos a la reflexión de Moreno Olmedo el llamado de atención a propósito del irreconciliable enfrentamiento entre las dos epistemes a las que nos hemos venido refiriendo y desde las cuales la sociedad venezolana se piensa a sí misma y construye sus particulares modos-de-vida: la episteme llamada

²³⁶ El destacado cirujano cardiovascular venezolano doctor Alexis Bello ha expresado que....."debería ser una misión de Barrio Afuera", con lo que alude a la inserción del enfermo mundo en la episteme médica moderna asentada fuera de mundo-de-vida popular. Véase el trabajo periodístico de Nélida Fernández Alonso al respecto publicado en El Universal en su edición digital del 2 de febrero de 2005.

“moderna”, de clara raigambre positivista, *versus* la otra, la llamada “popular”, a la que no resulta fácil calificar de “premoderna”.

En tal sentido, no parece que la acción político-sanitaria del estado venezolano difiera en mucho hoy en sus fundamentos esenciales de aquellos que fueran propios de la Expedición Filantrópica de la Vacuna de los médicos ilustrados a principios del diecinueve o de las incursiones de las brigadas sanitarias desplegadas a todo lo ancho y largo de la Venezuela profunda bajo la consigna lopecista del “educar, sanear y poblar”: todas fueros acciones *sobre* la sociedad y no necesariamente *desde* ella.

Toda organización es, en esencia, un sistema de lenguajes. Siguiendo el argumento de David Kahneman referidos a la organización médica, el desarrollo de un lenguaje cada vez más rico – por específico- habría de constituirse en la clave para el desarrollo de habilidades técnicas superiores. Lenguajes estos construidos a partir de un criticismo constructivo actuante sobre el lenguaje mismo, cincelandolo progresivamente hasta lograr una evolución tan fina que hiciese de este un “ancla” a los fines de la praxis técnico- organizacional – que analogamos al *ars medica* al que nos hemos venido refiriendo- concreta y cada vez más específica (Kahneman, 2011: 418). Dicho efecto “ancla” fue generándose a todo lo largo del proceso de logización de la Medicina y tuvo su culmen en lenguaje médico de los positivistas.

Pero tras todo lenguaje se esconden las ilusiones que este crea. La por Kahneman llamada “ilusión de la validez” en el seno de las organizaciones complejas está soportada, entre otros, por las llamadas “culturas profesionales” que le adhieren, enriquecen y continúan (Kahneman, 2011: 217). Así las cosas, en el lenguaje médico-experimental de los positivistas residen lo mismo la clave tras la admirable grandeza de la sanidad pública venezolana – la que derrotara a la malaria y a la tuberculosis- que su más profunda crisis, crisis que se expresa cotidianamente en fracasos y falencias que anuncias, mucho más allá de eso, una crisis más sustancial, una crisis epistémica.

Creemos haber dejado demostrada así la congruencia entre discurso y jerga médica, por un lado, e institucionalidad sanitaria venezolana desde sus primeras

expresiones en los primeros tiempos de la república hasta su definitiva fundación como tal en 1936. La manera de pensar en Medicina, a la que hemos llamado, en el sentido de Ewart, res medica, se ha correspondido de modo más o menos directo con el modo de practicarla y de organizarla institucionalmente consistentemente con las formas políticas que Occidente ha conocido.

Cronología

Capítulo I

1830. Declaración de la República de Venezuela por el Congreso de Valencia, con José A. Páez a la cabeza.

1835-1837. Presidencia de José María Vargas. “Revolución de las Reformas”.

1837-1839. Carlos Soublette: Presidente encargado.

1839-1843. Segunda Presidencia de José A. Páez.

1843-1847. Segunda Presidencia de Carlos Soublette.

1848. Ascenso de José Gregorio Monagas. Fin del período conocido como de la “oligarquía conservadora”.

1847. Ascenso de José Tadeo Monagas al poder.

1848, 24 de Enero: Violencia Política en el Congreso. El Poder Legislativo queda subordinado al Poder Ejecutivo. Fin del período conocido como de la “oligarquía conservadora” o “Periodo Deliberativo” y advenimiento del período como la “Oligarquía Liberal” o “Monagato”.

1859-1863. Guerra Federal.

1864-1868. Primer Gobierno Federal: Gral. Juan Crisóstomo Falcón.

1868-1870. Gobierno de los Azules.

1871. Revolución de Abril. Ascenso de Antonio Guzmán Blanco.

1870. Revolución de Abril. Ascenso de Antonio Guzmán Blanco.

1877. Fin del Septenio guzmancista (1870-1877)

1877-1878. Gobierno de Francisco Linares Alcántara. Revolución Reivindicadora.

1879-1884. Quinquenio guzmancista.

1884. Presidencia de Joaquín Crespo.

1886. Presidencia de Antonio Guzmán Blanco: Bienio.

1888. Presidencia de Juan Pablo Rojas Paúl.

1890. Presidencia de Raimundo Andueza Palacio.

1892. Revolución Legalista encabezada por Joaquín Crespo.

1898. Gobierno de Ignacio Andrade. Revolución Restauradora.

1899. Ascenso de Cipriano Castro.

1908. Ascenso de Juan Vicente Gómez.

Capítulo II

c.1760BC. Código de Hammurabí. Primeras normas conocidas relativas a la práctica médica.

c.1500BC. Papiro egipcio de Ebers: Primer registro conocido de técnicas quirúrgicas.

c.460 AC. Hipócrates se establece en la isla griega de Cos, en el Mar Egeo.

1000. Fundación de la escuela médica de Salerno, en Italia.

1533. Primera autopsia en el Nuevo Mundo.

1543. Publicación de la *Humani corporis fabrica* de Andrea Vesalio y de la *Revolutionibus orbium coelestium* de Nicolás Copérnico.

1553. Ejecución de Miguel Servet en Champel, Suiza

1628. Publicación de *De motu cordis* de William Harvey.

1852. Síntesis in Vitro de la urea por Frederich Wöhler, en Alemania.

1865. Publicación de la *Introducción a la Medicina Experimental* de Claude Bernard, en París.

Capítulo III

1763. Creación de la Cátedra Prima de Medicina de la Universidad de Caracas bajo la dirección de Lorenzo Campins y Ballester.

1777. Creación de la Capitanía General de Venezuela, del Real Protomedicato y de la Cátedra Prima de Medicina de la Universidad de Caracas por Real Cédula de Carlos III.

1788. Johan Frank propone la creación de la *Medicinischen Polizey* en la Lombardía ocupada por Austria.

1802. Creación de las Medicaturas de Ciudad adscritas a los cabildos.

1803. Zarpe de la corbeta María Pita del puerto de La Coruña, llevando abordo a la Expedición Filantrópica de la Vacuna dirigida por Francisco X. Balmis y José de Salvany.

1804. La Expedición Filantrópica de la Vacuna arriba a Caracas. José Domingo Díaz es su oficial médico y Andrés Bello su secretario.

1810. Formación en Caracas de la Junta Restauradora de los Derechos de Fernando VII. Auge del “juntismo” en España e Iberoamérica.

1813. Decreto de Guerra a Muerte por Simón Bolívar en La Carmania, hoy estado Trujillo.

1817. Creación de la Junta Superior de Sanidad por el Capitán General Juan B. Pardo.

Capítulo IV:

1827. Creación de la Facultad Médica de Caracas por decreto de Simón Bolívar. José María Vargas rector de la Universidad Central de Venezuela tras ser reformadas sus constituciones monárquicas de 1721 que impedían el ascenso a tal cargo de los doctores en Medicina.

1831. Creación de la primera Junta Superior de Sanidad de la República.

1834. Reconocimiento por la Facultad Médica de Caracas de los títulos de licenciado y doctor en Medicina otorgados por el antiguo Protomedicato.

Capítulo V:

1842. Publicación del *Cours de philosophie positive* de Augusto Comte en París.

1846. Epidemia de cólera morbos en Venezuela, cuyo brote inicial ocurriera en Trinidad.

1852. Apertura de los cursos de Medicina en los colegios nacionales, principiando por el de Cumaná.

1856. Luis Daniel Beauperthuy expone ante la Academia de Ciencias de París su teoría insectil sobre la transmisión de la fiebre amarilla.

1873. Manuel Dagnino publica en Génova su *Ensayo práctico sobre la fiebre amarilla*.

1874. Aparición de la *Revista Médico-quirúrgica del Zulia y de Escuela Médica*, las primeras publicaciones médicas formales en Venezuela.

Capítulo VI:

1833. Disolución de la Facultad de Medicina por José A. Páez

1886. Discurso de Rafael Villavicencio en la Universidad Central de Venezuela, hito en la historia del positivismo en Venezuela.

1891. Inauguración de Hospital Vargas de Caracas. Creado en el Hospital Vargas el primer laboratorio de Bacteriología en Iberoamérica, dirigido por José Gregorio Hernández.

1895. Instalación de las cátedras clínicas de la Facultad de Medicina en el Hospital Vargas de Caracas. Introducción de los rayos Roentgen (rayos X) en la práctica médica por Juan Oribio Mármol, en Maracaibo.

Capítulo VII:

1911. Creación de la Oficina Nacional de Sanidad.

1917. Constitución de Querétaro, México tras el triunfo de la revolución

1919. Constitución de Weimar.

1924. Disertación de Luis Razetti ante la Academia Nacional de Medicina.

1930. Creación del Ministerio de Salubridad, Agricultura y Cría.

1935. Muerte de Juan Vicente Gómez.

Capítulo VIII:

1942. *Report on Social Insurance* de la Royal Comisión on the Poor Laws, mejor conocido como Informe Beveridge. Inicia la era de la justicia distributiva en materia sanitaria.

1945. Creación del *National Health System* británico.

1946. Primera constitución venezolana que consagra el derecho a la salud.

Conclusiones

Desde los tiempos de los *assipos* mesopotámicos y los médicos-magos de la más remota antigüedad pre-clásica, la correlación entre *res* y *ars medica* ha operado en plena congruencia con el concepto hierofánico del poder bajo el *imperio mundi* y la ciudad-templo. El sentido griego de estatidad materializado en sus *polis* supondría un grado superior de especialización institucional de la Medicina no conocido por los médicos-magos. El estamento médico griego se distanció de lo religioso para secularizarse y hacerse profesional. La llamada doctrina hipocrática no fue sino la sistematización de todo el acervo médico conocido – en esencia generado en Egipto y otras civilizaciones fuera del mundo helénico- pero que ahora encontraban un poderoso eje conceptual de organización para aplicarlo y transmitirlo más allá de las clases sacerdotales.

Si bien el *ars medica*, como hemos dicho, se nutriera del acervo pre-clásico, la *res* con la que se conecta es radicalmente distinta de aquella, puesto que se hace racional en el sentido de la filosofía de los “físicos” jonios. En Grecia, la Medicina deja de ser *practicación* para constituirse en praxis consciente de sí. Allí radica el fundamento de la episteme médica occidental en su forma primigenia. De ella derivamos aún hoy la manera más básica de mentar en Medicina, de nombrar procesos y enfermedades. La escolástica supuso un tiempo de incorporación de otros saberes y prácticas médicas no-occidentales –especialmente hebrea y árabe- al tronco principal de la *res medica* de Occidente que fuera legado del hipocratismo.

Si las expresiones institucionales de la Medicina escolástica fueron menos brillantes que las clásicas, no lo atribuiremos sino a la debacle de la estatidad romana y al interregno feudal que antecedió a la génesis del estado nacional moderno. La Medicina de los escolásticos acrisolaría técnicas que los griegos no conocieron preservándolas durante el complejo proceso histórico que se sucediera durante el feudalismo aristocrático. Proceso este en el que se vulgarizó el conocimiento médico latinizado y lo asimiló a la poderosa corriente de pensamiento que surgiera alrededor del incontestable poder eclesiástico.

Solo en el siglo XVI, con el Renacimiento y la relajación de las rígidas normas que impedían la disección de cadáveres humanos y, por ende, el desarrollo del

conocimiento anatómico, fue que la *res medica* occidental pudo apuntar a superar la más que milenaria adhesión al galeno-aristotelismo. La impronta que en la *res medica* occidental habría de dejar la idea vesaliana de la *fabrica* humana nos alcanza hasta nuestros días. Es con arreglo a ella que hemos dado forma a nuestras aún vigentes instituciones e incluso a la manera en la que hemos organizado el conocimiento médico. El lenguaje de las especialidades médicas es, en esencia, vesaliano. Las ilustraciones médicas tuvieron en la idea vesaliana un acicate poderosísimo al convenir, conforme a ella, que toda enfermedad había de tener su sede en uno o más órganos de aquella compleja relojería humana.

El impulso ilustrado hacia la organización de estructuras sanitarias habría de perpetuarse decididamente en nuestra tradición hispana en una acción estatal impregnada de un notable sentido de lo inmanente – en la idea ya comentada idea de Heller- de la que el feudoaristocratismo medioeval no participó. Las reformas borbónicas en América dan fe de una voluntad política superior a la de los hidalgos vizcaínos y extremeños que hicieron la conquista bajo los signos de la espada y la cruz tres siglos antes. Los borbones ilustrados volvían a América armados con las nuevas posibilidades que abría el conocimiento. En todo ello no faltaría lo médico-sanitario. En Venezuela, fue con los borbones que arribaron los estudios médicos universitarios formales y las primeras instituciones sanitarias que se mantendrían vigentes hasta mediados del diecinueve.

La idea sanitaria venezolana que privilegiara desde siempre la acción pública a favor de la preservación de la salud es, en origen, esencialmente ilustrada; más aún, habría que decir que es ilustrada y española, como quiera que la misma idea, en otras sociedades -particularmente en el mundo anglosajón- habría de permear a sus elites políticas mucho más tardíamente. El rasgo final que terminaría por delinear a la *res medica* venezolana en su vertiente definitivamente occidental habría de darlo la plena adhesión de sus elites al paradigma positivista. La verdad racional vendrá ahora refrendada por la evidencia experimental. A la sala clínica y al anfiteatro anatómico se le agregaría el laboratorio biomédico. De él saldrían ahora las nuevas verdades constitutivas de la *res medica* fundamentadoras del *ars*.

Si ilustrada fue en su origen, positivista habría de ser su gran tradición, la tradición sanitaria venezolana. La Medicina positivista enfrenta en Venezuela y el mundo la más grande de sus crisis. Crisis cuyas expresiones en nuestro medio abundan, apuntando al indefectible y tantas veces previsto encuentro de esta con los límites de su propio paradigma. La irrupción de jergas y prácticas ajenas a la tradición occidental – desde la acupuntura china hasta el yerbaterismo precolombino americano- no sin que medien en ello copiosos flujos e intereses financieros, dan cuenta de la intensa crisis del hasta ahora inexpugnable edificio de la Medicina Basada en Evidencia.

Una de las características más distintivas del proceso venezolano desde los años finales del siglo XX es la creciente presencia de las masas como actor colectivo. Los trabajos de López-Maya a propósito de los acontecimientos de febrero y marzo de 1989 dan cuenta de la conformación de un nuevo actor social, hasta entonces inusitado, constituido a partir de la agregación coyuntural de grandes grupos humanos sin dirección ni discurso político siempre discernible y que, sin embargo, es capaz de responder de manera más o menos articulada ante determinadas demandas del entorno. Son las multitudes o, en el sentido orteguiano, las muchedumbres, sobre las que diserta el autor en *La rebelión de las masas*:

“La muchedumbre de pronto se ha hecho visible, se ha instalado en los lugares preferentes de la sociedad. Antes, si existía, pasaba inadvertida, ocupaba en fondo del escenario social; ahora se ha adelantado a las baterías, es ella el personaje principal: Ya no hay protagonistas: solo hay coro” (Ortega y Gasset, 1929/1981:67).

La muchedumbre no reconoce liderazgos ni obedece a comando político alguno. Es masa informe que encuentra su propia sindéresis en el accionar colectivo a propósito de reivindicaciones concretas – el incremento en las tarifas del transporte público en aquel momento- generando a partir de un hecho puntual una escalada ascendente de insurrección al punto de llegar a colocar al país al poder de la conflagración civil. No fue aquella la primera vez que la muchedumbre se constituyera en sujeto histórico en Venezuela. La caída de la república en Venezuela en 1813 tuvo que ver con la emergencia de este actor colectivo que en su día, sin

dirección ni bandera política formal logró partir al país en dos en momentos en los que la precaria institucionalidad naciente se tambaleaba merced de los reveses militares de Miranda y la catástrofe financiera generada tras el terremoto de 1812. Nos referimos a las revueltas esclavas de Curiepe y Río Chico en las que la masa no reivindicó ni a la República ni al Rey, sino a sí misma.

No es aventurado decir que en la historia política venezolana sólo quienes han conjugado con éxito la ecuación de las masas han tenido éxitos políticos perdurables. En Venezuela han gobernado – y gobiernan- quienes supieron darle contenido político al fenómeno de las muchedumbres movilizadas alrededor de sus propias reivindicaciones: Boves el primero, Páez después, luego Monagas, los caudillos federales con Zamora a la cabeza, los populismos post-gomecistas y, finalmente, el populismo llamado revolucionario actual. Quienes no domeñaron dicho fenómeno mandaron, pero no gobernaron. Los gobiernos gendarmes de Guzmán Blanco, de Gómez, de los generales de la llamada “hegemonía andina” y de Pérez Jiménez tuvieron en el autoritarismo y la represión política un fundamento clave para la construcción de gobernabilidad.

Los intérpretes de la muchedumbre la han logrado promoviendo grandes consensos. Precisamente la crisis de 1989 tiene su piedra de toque en la disolución de aquellos grandes consensos de 1958, que tuvo en la materia sanitaria a uno de sus principales factores. Irrumpe entonces la masa sin conducción y por encima de los aparatos partidistas, organizada alrededor de sus propias necesidades y aspiraciones. La interfaz entre la sociedad y sus instituciones sanitarias ha perdido la unánime aprobación de antaño, ello pese a sus notables logros. En torno al hospital venezolano hoy hay más conflicto que consenso. Surge por doquier insólitas manifestaciones públicas de grupos de enfermos en demanda de atenciones que sienten les son negadas, cuando no de estándares de calidad que echan en falta. El otrora prestigio de la sanidad pública venezolana se resiente ante la presión por demandas que no sabe – y con frecuencia tampoco puede- satisfacer.

Se podría teorizar a propósito de las causas tras la tendencia anómica que parece infiltrar al mundo público venezolano, ciertamente a la sanidad. En el sentido ya comentado de Waldman, lo anómico alude a aquello que no atiende a normas ni

consensos mínimos. Somos una sociedad de precario capital social, apelando al término acuñado por James Coleman en 1971 al referirse a aquella otra forma de capital al cual no se accede por la mediación de recursos financieros sino que a través de la construcción de consensos sociales, vínculos y redes de cooperación capaces de agregar valor a los procesos productivos ahorrándoles los costos derivados de la mutua desconfianza entre los distintos agentes sociales involucrados en ello, es decir, los llamados costos de transacción.

Robert Putnam, en su clásico estudio sobre las particularidades distintivas entre el norte y el sur italianos, ofrece una interpretación empíricamente fundada, a propósito de las notables distancias entre el rico norte de la bota italiana, industrial y desarrollado, *versus* el sur empobrecido asolado por el crimen organizado y crónicamente descapitalizado desde el punto de vista humano merced de las intensas oleadas migratorias que generase por más de un siglo. Norte y sur italianos se diferencian, de acuerdo con Putnam, en un factor crítico: es la mayor concentración de capital social en las provincias del norte respecto de las del sur (Putnam, 1994: 102).

El norte italiano destaca por las variadas formas de socialización que alberga, desde asociaciones religiosas hasta clubes deportivos, lo que junto a la alta escolarización y tendencia a la lectura de la prensa, le imprime rasgos notablemente distintos a los del sur, donde prima sobre todo la filiación vía nexos familiares que opera como garante de los parabienes que la vida social no ofrece. De allí entonces la histórica primacía que en el sur italiano ha tenido y tienen los clanes familiares - origen de las temidas *maffias*- bajo el mando patriarcal del *cappo*.

En torno al establecimiento médico venezolano hubo en su día una intensa organización de formas asociativas. Colegios y gremios profesionales, juntas socio-sanitarias, sociedades científicas, estructuras académicas formales (cátedras universitarias) y agrupaciones voluntarias tanto seculares como religiosas encontraron nicho alrededor de la “máquina de curar” positivista, morigerando no pocas de sus falencias y con frecuencia sirviendo de interfaz articuladora entre el entorno y sus demandas y la rígida arquitectura institucional propia de la organización médica. Un amplio sistema de *stakeholders* organizado alrededor del

hospital operó como el gran legitimador social de un modelo médico pensado desde una episteme distinta de la episteme popular. Los muchos “dolientes” sociales del hospital amortiguaron el choque epistémico entre el modo-de-vida propio de la medicina positivista y el modo-de-vida popular.

Un fenómeno parece ser ostensible y no es otro que el progresivo abandono del hospital por aquellas organizaciones intermedias que, como las citadas, le rodeaban al modo de una membrana permeable entre el mundo hospitalario y en complejo entorno social en el que estaba inscrito. Las antiguas juntas socio-sanitarias y socio-hospitalarias, los diversos voluntariados, la actividad académica, los colegios profesionales presentes en las llamadas comisiones técnicas de los hospitales a través de delegados electos, etc, dejaron de hacer vida alrededor del hospital. Su papel fue asumido por la llamada “contraloría social”, más análoga a comisariato político que a una organización social independiente.

Vivimos tiempos de lo que bien podríamos llamar anomia sanitaria. La otrora inquebrantable fe en la Medicina y sus posibilidades se ve amenazada por la “presión de patología”, pero también, como lo hemos venido sosteniendo, por los límites mismos del paradigma médico occidental. Sobreviene en consecuencia una respuesta si se quiere lógica: la de la transformación de la presión entendida en términos de demandas y expectativas individuales en presión política efectiva a manos de un actor elusivo, con el que la negociación y la construcción de consensos de imposibilita, pues es un multiforme actor sin rostro. Nos referimos a la muchedumbre. A merced suya queda una sanidad indefensa, abandonada por sus otrora naturales dolientes.

Pero otra respuesta no menos lógica es la de la salida, en los términos de Albert Hirschman. La lealtad a la sanidad histórica, a la que venciera a las grandes epidemias rurales y que fuera en sí misma expresión de modernidad, ya no es tal. Tampoco la voz de los actores articulados en torno a ella es unívoca. Las agendas difieren. El hospital venezolano, la sanidad pública toda, es sobre todo una estructura por y par a la captura de renta. Las más extensas y posiblemente inefectivas nóminas públicas de todo el sector público venezolano posiblemente sean las sanitarias. El impacto de tal conjunción de intereses en términos de

eficacia y desempeño técnico de nuestra sanidad pública fue cada vez más deletéreo y ostensible. De tal manera que la salida del sistema se constituye en una opción para quienes puedan proveérsela.

A mediados de los años setenta, el gasto sanitario venezolano comienza a transitar la ruta hacia la efectiva privatización de fondos públicos dedicados a financiar los requerimientos de atención médica de grupos específicos de la población a través de la contratación de seguros médicos privados, flujos estos que pueden llegar a totalizar hasta 1% del Producto Interno Bruto (PIB) siendo que el gasto sanitario público en Venezuela está alrededor del 4%. Nos referimos a un 1% del PIB dedicado a las necesidades de financiamiento de la atención médica de poco más de cuatro millones de personas – funcionarios públicos, militares, alta dirección pública, judicatura, etc- en un país de más de treinta millones de habitantes en teoría titulares del derecho a la salud.

Difiere esta minoría privilegiada de venezolanos objeto de aseguramiento médico privado de aquella vasta mayoría integrada en la muchedumbre en su mayor capacidad de organización efectiva, sistemática y consistente a los fines de la articulación de esfuerzos orientada a incidir sobre la agenda pública con un premeditado fin. El poder de sus *lobbys* y los insolubles problemas de agencia que se generan alrededor de la cuestión sanitaria hace posible que una minoría organizada y tenaz se haga de privilegios que las mayorías acuerpadas en muchedumbre solo consigue a través de la acción política directa: la protesta callejera, la toma de instalaciones, la denuncia a través de los medios de comunicación.

Pero ambas coinciden en un único punto en común: han perdido la fe que una vez respaldara unánimemente a la sanidad pública venezolana. La minoría empoderada escapa hacia otro mercado –el privado- en tanto que la mayoría inerme se da una organización *ad hoc* para presionar contra un sistema que prometió sin cumplir. Se ampara en la norma positiva, pero también en la presión de la opinión pública. Entiende que, pese a la profunda crisis que lo abate, el sistema sanitario es aún capaz de generar “saldos” a su favor solo en la medida en que se ejerza una efectiva presión sobre él. Así las cosas, no hay planificación sanitaria posible. No

ajuste de expectativas no siempre razonables. El viejo principio deontológico de beneficencia bajo el cual opera la *res medica* de Occidente, se sustituye por una norma de derecho positivo que obliga y que castiga.

Como ya lo hemos discutido, la tensión entre capacidades y posibilidades reales se han constituido en la Escila y el Caribdis entre los cuales discurre la praxis médica en Occidente. La una representa las capacidades reales del paradigma que le soporta para materializar su promesa de sanidad; la otra, las posibilidades efectivas, en términos económicos, de hacer buena tal promesa. El paradigma médico de Occidente, aún en el contexto de las economías más poderosas y de mayor capacidad de gasto, tiene limitaciones ostensibles. De manera que si a tales limitaciones unimos aquellas de carácter económico, el estrecho entre Escila y Caribdis al que nos hemos referido de angostará más allá de lo que las sociedades estén dispuestas a admitir.

Como los hemos ya dicho, habrá quien escape merced de sus altas rentas o de su mayor capacidad de captura de rentas. Pero en la generalidad de los casos, la única opción será la de ejercer presión sobre el desvencijado sistema a fin de extricar de él los parabienes que de otro modo no rendiría. Y a falta de un sistema de organizaciones intermedias capaces de procesar tales demandas y hacerlas manejables por el sistema, surge como opción la de la presión ejercida por la masa informe convertida en actor social y político.

La tensión en torno a la Medicina a la que nos hemos venido refiriendo se sucede en medio de un intenso proceso de instalación de una suerte de nihilismo médico en el seno de las sociedades occidentales. No de otro modo se comprende la notable penetración de prácticas y saberes de pretendido poder sanador insertos en epistemes generales distintas a la nuestra y, por ende, a paradigmas médicos que nos resultan extraños. La medicina ilustrada y sus vestigios a fines mediados del diecinueve en Europa experimentaron proceso similar y solo la potente luz de los positivistas y sus entonces novedosas teorías de la enfermedad – la bacteriana sobre todo- pudo reivindicar a la desprestigiada *res medica* occidental de entonces.

Poco después, en Estados Unidos, Ernest Codman impondría en el debate médico de su tiempo y de él, para siempre, la idea del resultado final” como único criterio válido para juzgar como buena una determinada acción médica. La Medicina ofrecía un instrumento de auditoría contundente y verificable: el de la documentación de las resultas de todo acto médico. La capacidad de verificar hasta entonces reservada al laboratorio era puesta en manos del público y entró a formar parte de la materia de sus debates. La otrora “fe pública” del médico sería en lo sucesivo puesta a examen. Y hay que decir que, en la generalidad de los casos, aprobaría. Pero la crisis médica actual – crisis que es de su *res-* no parece tener a mano un “salvador” como lo fueran aquellos bacteriólogos posteriores a Pasteur. Aunque algunos piensan que tales salvadores pudieran ser los genetistas.

La intensa excitación en torno a la materia genética viene de la renovada fe que han hecho surgir los expertos a cargo de desvelar las intimidades del genoma humano. Señala el Nobel de Medicina James Watson al disertar sobre el *ethos* de la ciencia:

“Lo que si parece casi inevitable es que cuanto más profundamente comprendamos las peculiaridades de la naturaleza, más capaces seremos de usarlas en beneficio de la humanidad”²³⁷ (Watson, 2002: 147)

Más que convicción en torno a la ciencia y sus posibilidades, hay fe. Fe sin límites en que los grandes grupos de patologías que de muy diversas formas hoy acaban venciéndonos, puedan ser domeñados apelando ahora no a un agente físico – radiaciones ionizantes- químico – las distintas quimioterapias- o a una acción exógena – cirugía más o menos invasiva- sino que a una suerte de prometeica autoregeneración a partir de manipulaciones genéticas puntuales, se perfila como el más probable candidato a asidero de la *res medica* occidental en el futuro previsible²³⁸.

²³⁷ Watson, James (n.1928). Bioquímico norteamericano. Junto con Francis Crick y Maurice Wilkins, postuló el modelo llamado “de la doble hélice helicoidal” de la estructura del DNA. Premio Nobel de Medicina y Fisiología junto a Crick y Wilkins en 1962.

²³⁸ El Proyecto Genoma fue una iniciativa científica internacional auspiciada por Estados Unidos en 1990 con un fondo superior a los 90.000 millones de dólares destinada a determinar la secuencia de pares de bases nitrogenadas constitutivas de los aproximadamente 25.000 genes del genoma humano. El proyecto concluyó en 2000 y tuvo en James Watson a su primer director, habiendo este

La Medicina occidental, su *res* producto de una larga síntesis de saberes a partir de la *logización* del antiquísimo mito de la sanación, se juega su credibilidad como expresión en si misma y acicate de la civilización occidental, en el sentido de Alfred Weber. Su crisis es la del *ars* al que diera origen y, desde él, al tinglado institucional hoy bajo cuestionamiento. En el caso venezolano, podríamos inscribir dicha crisis en la crisis misma que caracteriza a la llamada post-modernidad y su tendencia, como lo señala Coronil, a divorciar las formaciones culturales - a las que nosotros hemos venido llamando, en el sentido de Moreno Olmedo, mundos-de-vida- de la dinámica social. Ello ha supuesto, señala el mismo autor, que tales formaciones culturales hayan sido “leídas” como textos cuyo significado ha de emerger del mero análisis textual prescindiendo de todo análisis contextual (Coronil, 1997:27).

Todo ello merced de nuestra adhesión a lo que José Ignacio Cabrujas llamara en su día “el mito del progreso”. Mito extensamente compartido y de honda raíz en el espíritu del establecimiento intelectual – y médico- venezolano. En la Venezuela posterior a 1936, dicho mito pretendió materializarse apalancándonos en la renta petrolera. Señala Coronil:

“...in Venezuela the expectation that collective well-being would be achieved through oil-financed national transformation turned this fantasy into an illusion of collective harmony” (Coronil, 1997: 127)²³⁹.

El progreso sigue siendo en esencia eso, un mito. Un mito positivista, eurocéntrico; un paradójico medio de colonización a lo interno del modo-de-vida popular que en algún momento hemos sentido que no permea más allá de las formas. La sociedad venezolana se escinde entonces en dos partes desencontradas, convirtiéndose así en lo que Samuel Huntington llama “país desgarrado” (*thorn country*): un país en el que sus elites intelectuales y políticas pretenden avanzar en un sentido en tanto que sus masas van en el contrario. La

renunciado ante la posibilidad de que las secuencias genómicas determinadas pudieran ser objeto de su patentización con fines comerciales.

²³⁹ “...en Venezuela, la expectativa de bienestar colectivo se alcanzaría a través de una transformación nacional financiada por el petróleo, transformando dicha fantasía en una ilusión de armonía colectiva” (traducción nuestra). La interpretación cabrujiana de dicho mito es abordada por Coronil en la referida obra, p. 371 y succs.

MBA se pone en marcha con personal médico cubano, entre otras razones, porque las clases médicas venezolanas estarían renuentes a hacer vida profesional en el seno de esas comunidades más allá de lo exigible en una pasantía de grado o por el mandato legal que impone el servicio social.

No tenemos del todo claro si alguna vez la sociedad venezolana suscribiera de modo más o menos unánime aquel programa positivista decimonónico al que se refiriera Urbaneja y que se reeditara a partir de 1948 con la vuelta de los militares al poder. Programa centrado en lo que Coronil bien llama la “promesa de progreso universal”, reflexión esta a la que también hemos llegado a través de disquisiciones distintas, pero con la que terminamos encontrándonos merced del hecho constatable de que hemos terminado en lo que nuestro autor define como una “tragedia”. Tragedia que muestra su peor rostro al dejar incumplida la otrora promesa de redención universal que en su día hiciera (Coronil, 1997: 385). Una redención que pretendió ser social, cultural y también médica.

Tablas
Cuadro N°1

Cuadro 9.1
Venezuela: Agunas casuas de muerte, según defunciones registradas en once años escogidos

Causas de Muerte	1.905	1.910	1.925	1.930	1.936	1.943	1.950	1.960	1.970	1.980	1.987
Paludismo	9.015	8.430	5.263	4.976	2.224	1.876	215	5	8	8	22
Disenteria	4.916	3.774	1.809	1.072	450	449	237	556	169	102	119
Tuberculosis Pulmonar	4.206	5.315	3.320	3.482	2.877	3.137	3.055	1.411	1.157	787	405
Tétanos	3.316	4.721	2.649	1.352	560	552	449	841	348	123	45
Tifoideos y Simi	1.656	1.239	1.454	684	269	301	175	52	9	1	6
Neumonias	1.534	3.886	2.804	2.350	1.473	1.386	1.469	2.469	4.132	3.031	3.378
Gastroenteritis	2.978	3.237	4.004	3.951	2.705	4.256	3.510	4.468	5.257	3.052	2.295
Enfermedades Primera Infan.	1.159	513	1.324	1.425	1.042	1.294	2.863	5.260	4.686	6.204	5.802
Sarampion	46	69	262	479		62	187	199	844	107	158
Muertes Violentas	972	1.199	789	781	1.311	1.450	2.588	4.183	6.311	9.034	9.544
Cancer	452	403	595	586	544	1.011	2.046	3.850	5.514	7.455	9.464
Enfermedades Cardivasculares	1.910	2.430	2.561	2.649	2.234	2.149	2.499	4.895	7.172	11.547	14.002
Diabetes mellitus	19	22	87	55		69	260	362	836	1.383	2.362
Cerebro vascular	964	1.004	518	517	400	448	776	1.590	2.795	462	5.182
Chagas							31	129	389	789	794
Embarazo, parto y puerperio	797	644	621	478	406	397	397	412	362	319	339
Homicidios y suicidios	435	567	253	251	560	428	598	966	1.447	2.493	2.230
Sifilis	283	255	397	286	281	503	793	196		20	10
Total de Muertes	58.343	55.436	51.782	52.948	57.759	62.383	54.475	55.019	68.549	76.834	80.991

Fuente años 1905 y 1910. Anuncios estadísticos del Ministerio de fomento de 1925 a 1936 Memoria y cuenta del Ministerio de Fomento. De 1941 en adelante Anuario de Epidemiología y Estadística Vital del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

EVOLUCION DE INGRESOS POR ORGANISMOS DEL GOBIERNO CENTRAL.

Cuadro N° 2

(MILLONES DE BOLIVARES. CIFRAS NOMINASLES. 1932-1943)

Departamentos	1932/33	1933/34	1934/35	1935/36	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943
Agricultura, industria y comercio											
Agricultura y cria				30.6	38.9	47.3	54.8	46.6	44.4	22.6	17.5
Ambiente y recursos naturales renovables											
Correos y telegrafos											
Comunicaciones				11.9							
Congreso de la republica											
Consejo de la judicatura											
Consejo supremo electoral											
Contraloria general de la republica											
Corte suprema de justicia											
Defensa nacional											
Desarrollo urbano											
Educacion nacional				8.3	19.7	22.6	23.9	24.2	21.8	22.4	23.1
Energia y minas											
Familia											
Fomento	12.7	12.9	12.3	12.2	6.3	15.5	10.2	9.5	6.1	9.5	10.4
Guerra y marina	31.6	31.2	37.8	55.8	36.4	39.5	37.4	37.0	35.7	34.7	34.0
Hacienda y credito publico	16.7	16.8	22.6	37.7	24.4	22.7	32.8	28.5	29.6	27.0	39.3
Informacion y turismo											
Instrucción publica				10.6							
Justicia											
Juventud											
Minas e hidrocarburos											
Ministerio publico											
Procuraduria general de la republica											
Obras publicas	35.4	30.3	30.0	89.5	77.1	69.3	79.5	82.5	60.8	54.8	78.1
Relaciones exteriores	5.5	5.4	5.1	9.5	5.8	5.9	6.0	5.8	5.0	6.2	6.9
Relaciones interiores	43.3	38.1	39.7	69.2	60.2	79.9	92.3	95.6	95.0	91.3	88.5
Salubridad y de agricultura y cria	7.3	9.8	22.2	24.0							
Sanidad y asistencia social				8.4	17.5	18.7	19.6	18.4	16.1	15.7	18.8
Secretaria de la presidencia											
Trabajo											
Trabajo y comunicaciones					17.9	18.8	20.7	20.3	19.0	18.7	18.4
Transporte y comunicaciones											
Rectificaciones											
Otros gastos e imprevistos											
TOTAL	162.0	153.8	178.9	367.7	304.2	340.2	377.2	368.4	333.5	302.9	335.0
VARIACION RELATIVA	-0.05	0.16	1.06	-0.17	0.12	0.11	-0.02	-0.09	-0.09	0.11	

FUENTES

Ministerio de hacienda y credito publico: memoria y cuenta. Diversos años

OCEPRE: ley de presupuestos y exposicion de motivos del proyecto de ley de presupuestos. Varios años

Anexos



Lámina I

La contemplación de un antiguo grabado medioeval del siglo trece que sitúa a la Tierra como centro del Orbe representa la idea ptoleméica de universo que privó en el mundo antiguo. Su sustitución por otra, el llamado modelo heliocéntrico que sitúa al Sol en su centro, operaría como el gran revulsivo de la *ordenatio* escolástica, no solo en la Astronomía, sino que en todos los ámbitos del conocimiento. La revolución celeste copernicana supuso un primer punto de inflexión en el pensamiento occidental que tendrá expresiones simultáneas en el proceso de formación de su *res medica* tras mil años de "dictadura" galénica: ese mismo año aparece la *Humani corporis fabrica* de Andrea Vesalio. La ilustración correspondiente al sistema geocéntrico de Ptolomeo forma parte del *Almagesto*, tratado de Astronomía escrito en el siglo II de nuestra era (disponible en: <http://claudiptolomeomate.blogspot.com/>), en tanto que la correspondiente al sistema heliocéntrico de Copérnico lo es de *De revolutionibus orbium caelestium*, de 1543 (disponible en: <http://educastur.princast.es>).

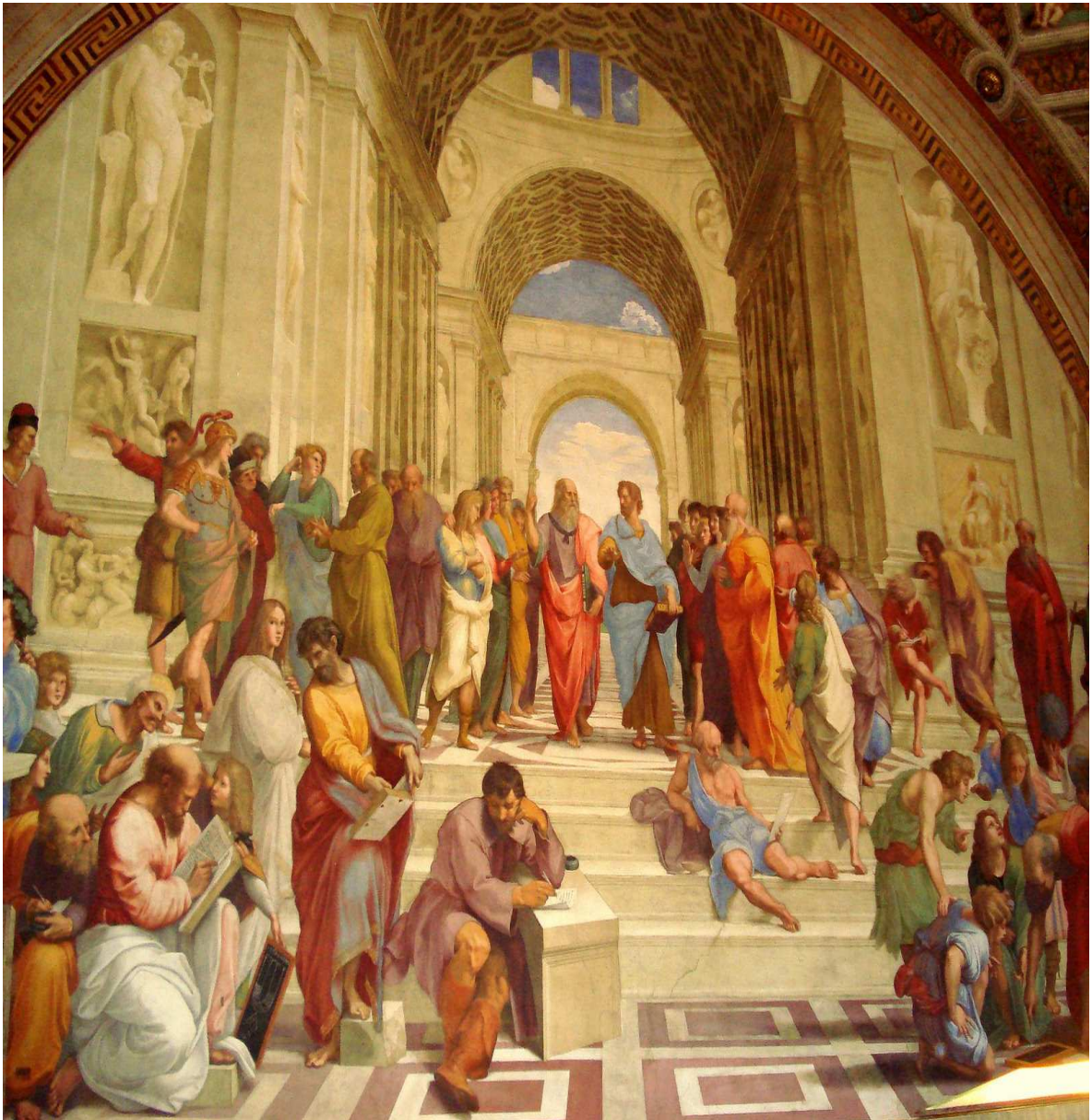


Lámina II

El monumental fresco de Raffaele Sandio de 1510 plasma en esencia lo que fuera la por nuestro artista llamada *Escuela de Atenas*, con Platón y Aristóteles en el centro de la composición rodeado de los referentes principales del pensamiento griego. Su sola contemplación ilustra al lego en la comprensión de sus antecedentes y su evolución hasta el culmen que representan aquellos dos grandes pensadores. Toda la filosofía clásica está allí plasmada y con ella, el *core duro* de la *res medica* occidental. La primera *res medica* de Occidente es sobre todo griega. Con los pitagóricos y los físicos jonios en sus orígenes – hélos allí rodeándolos- la manera griega de pensar y ser en la Medicina, es decir, su episteme, deriva, sobre todo en Aristóteles, la fuerza que le habría de impulsar – desde Hipócrates y Galeno- por los siguientes mil años. El fresco forma parte del conjunto pictórico de la *Stanza Della Signatura* en El Vaticano.



Lámina III

Una hosca monocromía francesa del siglo catorce nos ilustra poderosamente sobre lo que pudo haber sido la *res medica* en los tiempos del feudalismo aristocrático. El grabado *in commento* destaca dos escenas cotidianas en el célebre Hotel Dieu de París: a la izquierda del observador, dos religiosas amortajan sendos cadáveres en el mismo recinto que comparten los enfermos, a cuyo cuidado se dedican estas, tal y como se ve a la derecha. Al centro destaca la imagen del Cristo ante el cual se postra incluso la figura regia. El médico está ausente de la escena. Vida y Muerte son, en el mundo medioeval, materia de decisión divina. La preparación de cadáveres en el mismo recinto en el que descansan los enfermos y ante su vista, no es casual: para el hombre de la Edad Media, la vida es un trance indefectible entre el nacimiento y la muerte que urge apurar en tanto que antesala a la vida eterna. Vida y Muerte coinciden así, ya no como dualidad antagónica, sino que como expresiones de un necesario tránsito hacia lo trascendente. El presente grabado pertenece a la colección de la Bibliothèque Nationale de París (Ms.Ea.17 rés).



Lámina IV

Un grabado del siglo XVI propone la improbable reunión de Hipócrates, Galeno y Avicena al modo de un supremo triunvirato bajo cuyo patrocinio se funda la tradición médica de Occidente en sus grandes escuelas altomedioevales – Salerno, Montpellier, Padua- en las que las tradiciones griega, latina y árabe se fundiesen en el más grande impulso en pro de logización de la *res medica* occidental desde los tiempos hipocráticos. El presente grabado forma parte de la colección de la National Library of Medicine, Bethesda y data de 1528.



Lámina V

La *fabrica* vesaliana impondrá su fuerza paradigmática sobre la res medica de Occidente con la inobjetable contundencia que suelen tener las inflexiones que marcan la superación de un momento conceptual a favor de otro distinto. El grabado que ilustra la primera edición de la *Humani corporis fabrica* de 1543 nos presenta la imagen de Vesalio ante la mesa de disección anatómica sobre la que se estudia la anatomía de un cadáver. Le rodean multitud de discípulos y curiosos, un clérigo entre ellos. Hasta los pícaros que realizan sus triquiñuelas bajo la mesa encuentran lugar en lo que era, sobre todo, un espectáculo público. Preside la escena una calavera, personificación de la Muerte. No se identifica imago religioso alguno ante en aquella radical confrontación entre la Muerte y quienes – como Vesalio – la retan apelando a un nuevo conocimiento fundado no en la antigua tradición, sino en la e-videncia demostrada en la práctica.



Lámina VI

El racionalismo pondría límites a la pretensión de aquella Medicina ordenada a lo trascendente. Como hemos dicho, las postrimerías del siglo XIII marcan la irrupción de un nuevo tipo de hombre de mentalidad práctica. En el campo médico se afirma con fuerza la práctica de la disección anatómica y con ella, una nueva manera de comprender los procesos mórbidos. La idea vesaliana de la *fábrica* humana impulsa un inusitado afán por comprenderla estructura del cuerpo humano y, desde ella, intuir las claves de su funcionamiento. *La Lección de Anatomía del doctor Tulp*, de Rembrandt Van Rijn, que data de 1632, ilustra la atmósfera médica de aquel momento conceptual de la Medicina. La episteme médica de la Europa del siglo XVI es distinta a la del medioevo. En el óleo de Rembrandt vemos al notable cirujano y anatomista holandés ejecutando la disección de la región anterior del brazo izquierdo del cadáver de Aris Kindt, reo ajusticiado tras serle seguido el correspondiente juicio no sin antes excomulgarle. La ruptura con el dogma escolástico no es aún total y la disección anatómica solo se admite en los cuerpos de quienes murieron alejados del catolicismo. Expone el doctor Nicolas Tulp a sus discípulos la anatomía de los músculos flexores. Su técnica no está al servicio de una necesidad trascendente sino que absolutamente práctica. El lienzo, quizás el más emblemático de toda la obra rembrandtniana, se encuentra en la Mauritshuis de La Haya, Países Bajos.

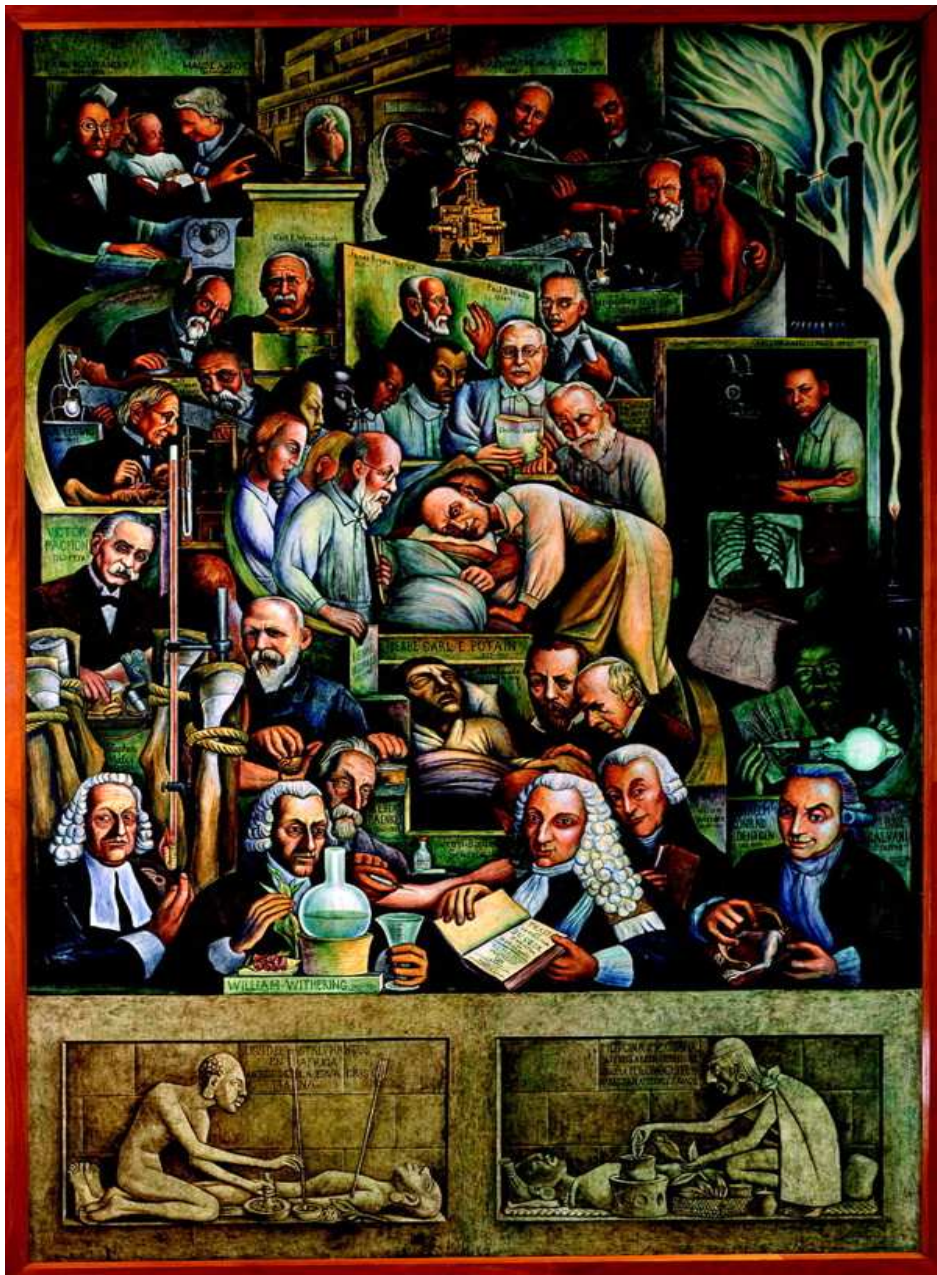


Lámina VII

Pero es el segundo y más definitivo punto de inflexión que habría de marcar su poderosa impronta sobre la res medica de Occidente vendrá con la ciencia experimental, expresión principalísima de la nueva filosofía positiva. La plástica iberoamericana es especialmente rica en expresiones de ello, sobre todo aquella puesta al servicio de la arquitectura institucional. La gran muralística mexicana posterior a la Revolución, de tan marcada vocación pedagógica, nos provee notables muestra de ello. En el pórtico del Instituto Nacional de Cardiología de México recibe al visitante con la imagen monumental de las grandes figuras de la medicina occidental, desde Victor Pachón hasta Whittering – entre otros. Destacan en la parte inferior de la composición las formas pétreas de los antiguos sanadores aztecas. Su posición en el conjunto de la obra podría interpretarse como la victoria de la Medicina occidental sobre la que fuera propia de la tradición náuatl, que no por ello resuelta desmerecida en la posición que el mexicano Diego Rivera le confiere en el mencionado conjunto alegórico.



Lámina VIII

La contemplación del mural del venezolano Héctor Poleo que decora la pared este del salón de sesiones del Consejo Universitario de la Universidad central de Venezuela, en Caracas nos ofrece tres planos distintos que integran la composición alrededor de un elemento central que les articula en tanto que los tres momentos conceptuales por los que ha transitado la universidad venezolana. Tal es el decreto de julio de 1827 que deroga las constituciones universitarias de 1721. Reza el texto plasmado por el artista al centro del mural:

*“1827
Derogación de las
antiguas constituciones universitarias”*

Hace referencia el artista al decreto del 27 de julio de 1827 por el cual Simón Bolívar funda la universidad republicana sobre la base de la antigua institucionalizada académica de la universidad real y pontificia. En el campo inferior a la izquierda del observador se nos muestra a un grupo de monjes – dominicos, por las características de los hábitos que portan- reunido alrededor de sus viejos pergaminos. No es casual tal referencia, siendo que a la orden benedictina perteneciera el más notable pensador del medioevo, Tomás de Aquino. En el campo inferior a la derecha del observador está la representación alegórica de la universidad ilustrada, con Vargas como su principal referente. En plano posterior, destaca la figura de Andrés Bello, ciertamente no tan ligado a la universidad venezolana tanto como a la chilena. Finalmente, en el plano superior y como imponiéndose sobre los otros dos, aparece toda una alegoría al pensamiento positivista y a la ciencia experimental de él derivada. Preside la composición la imagen del científico armado del microscopio y tras el cual se despliegan algunas de las más emblemáticas creaciones de la ciencia experimental: el matraz del laboratorio del químico, el sextante del astrónomo. Más allá, el cerebro, la víscera sede del pensamiento ahora auxiliado por la validación experimental. No supuso el positivismo un punto de inflexión limitado tan solo a los ámbitos de la Medicina y las llamadas “ciencias duras”. Es así como en el ángulo superior a la derecha del observador destaca la balanza símbolo de la justicia. El Derecho es ahora, sobre todo, Derecho Positivo.



Lámina IX

Similar simbología identificamos en la muralística del venezolano Francisco Narváez que decora los pórticos de acceso a los edificios sedes de los institutos Anatómico y de Medicina Experimental de la Universidad Central de Venezuela. Ante el enfermo yacente se congregan los médicos, a los que distinguimos por su atuendo. Helos allí, flanqueados por algunos de sus instrumentos más distintivos –la jeringa, el microscopio- y armados con el conocimiento simbolizado en el libro abierto que uno de ellos sostiene. El conocimiento y la técnica de él derivada presiden ahora el acto de sanar así como en el fenecido mundo feudoaristocrático lo hicieron el dogma y la Cruz.

Thanks to PENICILLIN
...He Will Come Home!

FROM ORDINARY MOLD—
the Greatest Healing Agent of this War!

On the quiet, green mold which grows on the common bread mold, *Penicillium notatum*, the scientists have discovered the substance which saves lives—penicillin. It is the most powerful weapon ever developed against many of the deadliest infections known to man. It is the greatest discovery since the discovery of X-rays and the airplane. It is the greatest discovery since the discovery of penicillin.

When the thousands of pages of this war have reached the pages of your paper in its history book, the greatest news since World War II may well be the discovery and development of penicillin. It is the greatest discovery since the discovery of penicillin. It is the greatest discovery since the discovery of penicillin.

It is the greatest discovery since the discovery of penicillin. It is the greatest discovery since the discovery of penicillin. It is the greatest discovery since the discovery of penicillin.

SCHENLEY LABORATORIES, INC.
Producers of PENICILLIN—Schenley

Lámina X

El nuevo y poderoso punto de inflexión que en la formación de la *res medica* occidental representa el positivismo marca el momento conceptual desde entonces vigente en la Medicina tiene entre sus más sustantivos elementos el de la decidida alianza que se celebra entre el conocimiento y el poder. Así se colige de la contemplación de algunas muestras de esa "nueva plástica" a la que dió origen la sociedad occidental de consumo y el llamado *pop art*. Expuesta ya no en muestras museísticas tanto como en la calle y demás ámbitos de la vida cotidiana en los que opera la comunicación de masas, la poderosa *liason* entre ambos factores – Medicina y poder- es expresión de la primacía del conocimiento como factor integral del nuevo discurso de poder. El saber permite gobernar y ganar guerras. La publicidad de una casa farmacéutica durante los años de la Segunda Guerra Mundial nos muestra la escena del soldado herido en acción siendo salvado mediante la aplicación de la última expresión de la tecnología biomédica de entonces: la penicilina. Los temibles cocos gram positivos, representados en el ángulo superior a la derecha del observador, en la composición, habían sido responsables directos de más muertes en los hospitales de guerra que las causadas por las bayonetas de los infantes de las fuerzas del Eje. Reza el texto del anuncio: "proveniente de un hongo ordinario, el más grande agente de curación de esta guerra", gracias al cual " él [el soldado herido] podrá volver a casa". Queda allí expresa una vez más la promesa de la triunfante Medicina Experimental: la promesa de victoria sobre la enfermedad y, también por esa vía, sobre los enemigos de Occidente

Bibliografía y Fuentes Consultadas

FUENTES PRIMARIAS

Archivos

Archivo General de la Nación

Secciones: Secretaría del Interior y Justicia (años 1830-1876)

Otras Fuentes

Documentos del Magisterio Social de la Iglesia León XIII.

Enc. *Rerum novarum*, sobre la cuestión social (15.VI.1891).

Fuentes Oficiales

Cuerpo de leyes, decretos y resoluciones sancionados por los Congresos de Venezuela en los años 1830, 1831, 1832 y 1833. (1833). Caracas: Imprenta de Valentín Espinal, 2da. Edición.

Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Memoria y Cuenta (varios años).

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Memoria y Cuenta (varios años).

Publicaciones Seriadas

Semanario de Caracas. (1959). Caracas: Ediciones de la Biblioteca Nacional de la Historia de Venezuela.

Diccionarios, Enciclopedias e Índices

Academia Nacional de la Historia. (1984). *Archivo de la Academia Nacional de la Historia.* Caracas: Ediciones de la Academia Nacional de la Historia.

Real Academia Española. (2011). *Diccionario de la Lengua Española*, 2 tomos. 22ª. edición. Madrid: Ediciones de la Real Academia Española

Guía del Archivo General de la Nación. (1984). Caracas: Ediciones del Archivo General de la Nación.

FUENTES SECUNDARIAS

Bibliografía Obras de consulta Generales

- Alcibíades, M. (2004). *La heroica aventura de construir una república. Familia – nación en el ochocientos venezolano, 1830-1865*. Caracas: Monteávila Editores latinoamericana- CELARG.
- Arbeláez Rudas, M. (2006). *La protección constitucional del derecho a la salud. Jurisprudencia de la Corte Constitucional de Colombia*. DS, Vol. 14, No.2, julio-diciembre.
- Archila, R. (1956). *Historia de la sanidad en Venezuela..* Caracas: Imprenta Nacional. (Tomo I).
- Archila, R. (1961). *Historia de la Medicina en Venezuela*. Caracas: Ediciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
- Arraiz, A. (1991). *Los días de la ira: las guerras civiles en Venezuela, 1830-1903*. Valencia: Vadell Hermanos Editores.
- Aveledo, R. G. (1995). *El cambio, con razón. Lo viejo, lo nuevo y lo distinto en la política venezolana*. Caracas: Editorial PANAPO.
- Aznar-García, J. (1958). *La enfermedad...ese concepto abstracto*. Discurso de recepción. Zaragoza: Real Academia Nacional de Medicina del Distrito de Zaragoza.
- Barón, J. (1989). *Miguel Servet: Su vida y su obra*. Madrid: Editorial Austral
- Beck, U. (2006). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós Surcos 25.
- Brewer Carías, A. R. (1994). *Informe sobre la descentralización en Venezuela (1993). Memoria del Ministro de Estado para la descentralización, junio 1993-febrero 1994*. Caracas: Editorial Arte S. A.
- Briceño Iragorry, M. (1951). *Ámbito y razón del humanismo americano*. En: *Obras Completas*. Caracas: Ediciones del Congreso de la República.

- Briceño León, R (1990) *La casa enferma. Sociología de la Enfermedad de Chagas*. Caracas: Fondo Editorial Acta Científica Venezolana.
- Bruni Celli, B. (1983). Discurso de orden en ocasión de la inauguración del monumento al doctor José María Vargas con motivo del XV Aniversario de la Federación Médica Venezolana, 24 de agosto, 1960. En: *Vargas: Arquetipo de una época*. Libro homenaje de la Federación Médica Venezolana en el 197º Aniversario de su Natalicio (1983). Caracas: Ediciones de la Federación Médica Venezolana.
- Buchan, G. (1818). *Medicina doméstica ó Tratado completo del método de precaver y curar las enfermedades con el régimen y medicinas simples: Y un apéndice que contiene la farmacopea necesaria para el uso de un particular*. Madrid: Imprenta de Alvarez.
- Caballero, M. (1995). *Ni Dios ni Federación*. Caracas: Editorial Planeta, Colección Ensayo.
- Cabanis y Destutt de Tracy. (1795/2004). *Textos políticos de los ideólogos*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. (Edición y estudio preliminar de María Luisa Sánchez-Mejía, traducción de Luis Risco y Ramón Salas).
- Capellán de Miguel, G. (2009). *Los "momentos conceptuales". Una nueva herramienta para el estudio de la semántica histórica*. En: Fernández Sebastián, J y G. Capellán de Miguel, editores. *Lenguaje, tiempo y modernidad. Ensayos de historia conceptual*. Madrid: Editorial Globo.
- Capra, F. (1991). *Sabiduría insólita. Conversaciones con personajes notables*. Barcelona: Editorial Cairós.
- Cartwright, FF. (1972). *Disease and history*. New York: Dorset Press.
- Castro Leiva, L (1997). *Insinuaciones Deshonestas: Ensayos de Historia Intelectual*. Caracas: Monte Ávila Latinoamericana.
- Collingwood, R.G (1942). *The New Leviathan*. Oxford: Claredon Press.
- Combellas, R (2005). El proceso constituyente y la constitución de 1999. En: Combellas, R. y Plaza, E. (coordinadores). *Procesos constituyentes y reformas constitucionales en la historia de Venezuela, 1811-1999*. Caracas:

Ediciones de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas de la Universidad Central de Venezuela., 2 tomos.

Coronil, F. (1997). *The Magical State. Nature, Money and Modernity in Venezuela*. Chicago: The University of Chicago Press.

Chacín, L. F. (1991). *1891-1991. Cien Años del Hospital Vargas. Su historia cronológica y significación nacional*. Caracas: Ediciones de la Academia Nacional de Medicina.

Dagnino, M. (1875). Ensayo práctico sobre la fiebre amarilla. En: Dagnino, M (1965). *Obras Completas*. Maracaibo: Ediciones de la Universidad del Zulia. (Tomo I).

Díaz Sánchez, R. (1975). *Guzmán. Elipse de una ambición de poder*. Madrid: Editorial Mediterráneo, 2 tomos).

Easton, D. (1965). *A Framework for Political Analysis*. Chicago: University of Chicago Press.

Esquilo. (c.400 a.C/ 2002). *Tragedias*. Madrid: Editorial Gredos.

Farmer, P. (2005). *Pathologies of power. Health, human rights and the war on the poor*. Berkley: University of California Press.

Fernández Heres, R. (1989). *Rafael Villavicencio más allá del positivismo*. Caracas: Ediciones de la Academia Nacional de la Historia, No. 123.

Flew, A (1978). *A rational animal and other philosophical essays on the nature of man*. Oxford: Clarendon Press.

Focault, M. (1975). *Surveillier et punir. La naissance de la prison*. París: Gallimard.

Focault, M. (1989). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Barcelona: Editorial Siglo XXI.

Fortique, J.R. (1989). *Crónicas médicas de la Independencia venezolana*. Caracas: Ediciones de la Academia Venezolana de la Historia, No. 113.

Freije, S. y M. H. Jaen. (2003). *Hacia una seguridad social eficaz. Salud y pensiones*. En: Nelly, J (coordinador), *Políticas Públicas en América Latina. Teoría y práctica*. Caracas: Ediciones IESA.

- Gabaldón, A. (1965). *Una política sanitaria*. Caracas: Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 2 tomos.
- García-Pelayo, M. (1959/2004). *Federico II de Suabia y el nacimiento del estado moderno*. Caracas: Cuadernos de la Fundación Manuel García-Pelayo.
- García-Pelayo, M. (1991). *Obras Completas*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 3 tomos.
- Gawandee, A. (2007). *Better: A surgeon's notes on performance*. New York: Penguin Books.
- Godio, J. (1980). *El movimiento obrero venezolano 1850-1944*. Caracas: Ediciones del Ateneo de Caracas- ILDIS.
- Gómez, C. A. (2007). *El poder andino: de Cipriano Castro a Medina Angarita*. Caracas: Editorial CEC, S.A., Libros de El Nacional.
- González Recio, J. L. (1992). *El tenaz espectro del vitalismo*. En: Anales del Seminario de Metafísica. Número extraordinario. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, p. 823-838.
- Hall, T. S. (1969). *Ideas of life and matter*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Hawking, S. (2002). *A hombros de gigantes*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Hayek, F. A. (1976/1985). *Derecho, legislación y libertad*. Madrid. Unión Editorial. (Vol. I).
- Heller, H. (1998). *Teoría del Estado*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hintze, O. (1968). La formación histórica de los estados. En: *Historia de las formas políticas*. Madrid: Revista de Occidente.
- Homero. (c. 900 aC/ 2005). *Odisea*. Madrid: Editorial Gredos.
- Ilich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Editorial Barral.
- Jacsik, I. (2005). *Andrés Bello: la pasión por el orden*. Caracas: Ediciones de la Universidad católica Andrés Bello.

- Jaeger, W. (1995). *Paideia: los ideales de la cultura griega*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Jaffe, A. (1976). *Personalidad y obra de Carl Gustav Jung*. Caracas: Monte Ávila Editores.
- Kahneman, D. (2011) *Thinking fast and slow*. New York: Farrar, Strauss and Giroux.
- Koselleck, R. (1997). *Historia y hermenéutica*. Barcelona: Paidós.
- Koselleck, R. (1993). *Futuro pasado: Para una semántica de los tiempos históricos*. Barcelona: Paidós.
- Kühn, T. (2007). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Labasse, J. (1982). *La ciudad y el hospital. Geografía hospitalaria*. Madrid: Ediciones del Instituto de Estudios de Administración Local.
- Leal Curiel, C. (2012). "Orden". Concepto Político del *Diccionario Político y Social del Mundo Iberoamericano II* (Director Javier Fernández Sebastián). Madrid: Fundación Carolina. Sociedad Estatal de Conmemoraciones Culturales. Centro de Estudios Constitucionales. (En Prensa).
- Leal, I. (1981). *Historia de la UCV*. Caracas: Ediciones del Rectorado.
- Lemoine, W. y Suárez, M. M. (1984.) *Beauperthuy. De Cumaná a la Academia de Ciencias de París. Sobre miasmas, insectos y resistencia académica*. Caracas: Coedición Fundación para la Ciencia José Gregorio Hernández de la Universidad católica Andrés Bello- Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas.
- Lozano Peña, A. (2005). "Presupuestos públicos sensibles al género. Una reflexión constructiva para un desarrollo económico sostenible". En Pazos, M. (dir.), *Política fiscal y género*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.
- Lynch, J. (2008). *Las revoluciones hispanoamericanas 1808-1826*. Barcelona: Book Print Digital, 11ª. Edición.
- Lyons A. S. y Petrucelli R. J. (1987). *Medicine. An illustrated history*. New York: Abradale.

- Mandato, E. (1998). *El gasto social en Venezuela durante el siglo XX. Aplicación y resultados*. Caracas: Ediciones Impregraf.
- Marías, J. (1970). *Historia de la Filosofía*. Madrid: Editorial Castilla.
- Marsilio de Padua. (1324/1989). *El defensor de la paz*. Madrid: Editorial Technos.
- Martínez-Zulaica, A. (1972). *Historia de la Medicina del siglo XVIII en el Nuevo Reino de Granada*. Tunja: Ediciones de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.
- Mathers, DC, D. Roncar. (2005). *Updated projections of global mortality, 2002-2030: data sources, methods and results*. World Health Organization, October.
- Mc Keown, T. (1982). *El papel de la Medicina*. México: Editorial Siglo XXI.
- Mendoza, A. (2009). *José Tadeo Monagas. Fortalezas y debilidades de un caudillo*. Caracas: Centro Nacional de Historia, Colección Monografías.
- Millenson, RL. (1997). *Demanding medical excellence. Doctors and accountability in the information age*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Moreno Olmedo, A. (2005). *El aro y la trama. Episteme, modernidad y pueblo*. Valencia: Ediciones del Centro de Estudios Populares.
- Oakeshott, M. (1958/1991). "The activity of being an historian". En: *Rationalism and other essays*. Indianapolis: Liberty Press.
- Oakeshott, M. (1998). *La política de la fe y la política del escepticismo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ortega y Gasset, J. (1929/1981). *La rebelión de las masas*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Ortega y Gasset, J. (1941/1997). *Historia como sistema y otros ensayos de filosofía*. Madrid: Alianza Editorial.
- Outram, D. (2009). *La Ilustración*. México: Siglo XXI Editores.
- Platón. (395 aC/2005) *Diálogos: La República*. Bogotá: Ediciones Universales.
- Papa, R. y Godoy R. (editores). (2007). *Facultad Médica de Caracas, 1827-2007. Caminos de Historia*. Caracas: Producciones Prevea.

- Parra León, C. (1954). *Filosofía universitaria venezolana 1788-1821*. Madrid: Editores JB.
- Pensamiento Conservador del Siglo XIX*. (1992), Caracas, Monte Ávila Editores.
- Pensamiento Político Venezolano*. (1961). Caracas: Ediciones de la Presidencia de la República.
- Pensamiento Positivista Latinoamericano*. (1980). Caracas: Biblioteca Ayacucho, Tomo I.
- Perera, A. (1951). *Historia de la Medicina en Venezuela*. Caracas: Imprenta Nacional.
- Pino Iturrieta, E. (2001). *País archipiélago: Venezuela, 1830-1958*. Caracas: Ediciones de la Fundación Bigote.
- Pintore, A (2005). "Derechos insaciables". En: Ferrajoli, L (editor). *Los fundamentos de los derechos fundamentales*. Madrid: Editorial Trotta.
- Pocaterra, J. R. (1979). *Memorias de un venezolano de la decadencia*. Caracas: Monte Ávila Editores, 2 tomos.
- Pocock, J. y Pagden, A. (1987). *The Languages of Political Theory in Early-Modern Europe*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pocock, J. G. A. (2009).: *Political thought and history. Essays on theory and method*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Príncipe de la Paz. (1956). *Memorias*. Madrid: BAE, 2vols. I.
- Prigoyine, I e I. Strengers. (1994). *La nueva alianza: metamorfosis de la ciencia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Rand, A. (1957/2005). *La rebelión de Atlas*. Buenos Aires: Editorial Grito Sagrado.
- Rawls, J. (2006). *Teoría de la Justicia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Razetti, L. (1975) *Obras Completas*. Caracas: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Ediciones de la Academia Nacional de Medicina, Tomo IX.
- Rehfeld, A. (2005). *The concept of constituency. Political representation, democratic legitimacy and institutions design*. New York: Cambridge University Press.

- Romero, A. (2002) *Venezuela: historia y política. Tres estudios críticos*. Caracas: editorial PANAPO.
- Sánchez-Mejía, M. L. (2004). *La teoría política de los Ideólogos. Estudio preliminar*. En: Sánchez-Mejía, M. L. (editor). *Textos políticos de los Ideólogos*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales.
- Sánchez Rubio, M. (1814). *Tratado sobre las fiebres biliosas y otras enfermedades*. La Habana: Imprenta del Comercio.
- Sarmiento, L. (1997). "Del Título II de la Constitución Política de Colombia". En: Barreto, M y L. Sarmiento. *De los derechos, las garantías y los deberes*. Santa Fe de Bogotá: Ediciones de la Comisión Colombiana de Juristas.
- Sarraihl, J. (1957). *La España ilustrada de la segunda mitad de siglo XVIII*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Scrutton, R. (1983). *Historia de la Filosofía moderna. De Descartes a Wittgenstein*. Barcelona: Ediciones Península.
- Segnini, Y. (1997). *Las luces del gomecismo*. Caracas: Alfadil Ediciones.
- Sigerist, H. (1981). *Hitos en la historia de la salud pública*. México: Siglo XXI Editores.
- Skinner, Q. (2009). *El artista y la filosofía política. El buen gobierno de Ambrosio Lorenzetti*. Madrid: Editorial Trotta.
- Soriano de García-Pelayo, G. (1999). *El sentido de la historia de dos siglos*. Caracas: Ediciones de la Comisión del V centenario de Venezuela, CELARG.
- Spengler, O. (1986). *The decline of the West. An abridged edition*. New York: Vintage Books.
- Stacy, R. y Waxman B. (1965). *Computers in biomedical research*. New York-London: Academia Press. (Vol. I).
- Startzl, T. (1992). *The puzzle people. Memoirs of a transplant surgeon*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Straka, T. (2010). *Instauración de la República Liberal Autocrática. Claves para su interpretación 1830-1899*. Caracas: Fundación Rómulo Betancourt.

- Suárez, N. (1977). *Programas políticos venezolanos de la primera mitad del siglo XX*. Caracas: Ediciones CUFM.
- Tilly, C. (1975). *The formation of national status in Western Europe*. Princeton: Princeton University Press.
- Toffler, A. (1977). *El shock del futuro*. Barcelona: Plaza & Janés Editores.
- Toro, F. (1858/1979). *Páginas Escogidas*. Barcelona: Los Libros de Plon.
- Toynbee, A. (1975). *La historia. Edición ilustrada*. Barcelona: Editorial Noguer.
- Travieso, C. R. (1968). *Homenaje a los grandes maestros de la Medicina venezolana y las instituciones médicas nacionales*. Caracas: Ediciones de la Organización de Bienestar Estudiantil de la Universidad Central de Venezuela.
- Urbaneja, D. B. (1992). *Política y petróleo en la Venezuela del siglo XX*. Caracas: Monte Ávila Editores.
- Urbaneja, D. B. (2004). *La idea política de Venezuela*. Caracas: Ediciones de la Fundación Manuel García-Pelayo.
- Velásquez, R.J. (2005). *Joaquín Crespo*. Colección Biblioteca Biográfica Venezolana. Caracas: Ediciones C.A Editora El Nacional. Tomo I.
- Vincent, A. (2007). *The nature of political theory*. Norkfolk: Oxford University Press.
- Virilio, P. (2004). *Ciudad pánico: el afuera comienza aquí*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Viso F., C. R. (1999). *Educación y salud en el proceso de modernización del capitalismo rentístico del estado en Venezuela, 1936-1945*. Caracas: Fondo Editorial Tropykos.
- Waldman, P. (2006). *El estado anómico: derecho, seguridad pública y vida cotidiana en América Latina*. Madrid: Editorial Iberoamericana.
- Watson, J. D. (2002). *Pasión por el ADN. Genes, genomas y sociedad*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Yaber, M. (2004). *José Gregorio Hernández. Académico-Científico. Apóstol de la Justicia Social, Misionero de la Esperanza*. Caracas: Ediciones de la OPSU.

Zea, L. (1976). "El positivismo". En: AA.VV. *Pensamiento positivista latinoamericano*. Caracas: Biblioteca Ayacucho, 3 tomos.

Ziems, A. (1995). "Un ejército de alcance nacional". En: Pino Iturrieta, E. (compilador): *Juan Vicente Gómez y su época*. Caracas: Monte Ávila Editores Latinoamericana.

Zúñiga Cisneros, M. (1978). *Historia de la Medicina*. Madrid: Editorial Mediterráneo, 3 vols.

Referencias Hemerográficas

Periódicos Extranjeros

Bradsher, K. (2007). Alta tecnología para controlar a los chinos. *The New York Times* (edición en español), 18 de agosto, 2007.

Periódicos Venezolanos

Bastidas, A. (1983). *A un año de la fundación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social*. *El Nacional*, edición XL Aniversario, agosto, Cuerpo 6, p. 8.

Chen, Ch. (1978). *Dinámica de la población*. *El Nacional*, edición XXXVI Aniversario, agosto.

Fernández Alonso, N. (2005). *La crisis sanitaria no ha terminado: Entrevista al doctor Alexis Bello*. *El Universal*, edición del 2 de febrero.

Muci-Mendoza, R. (2011). *El hospital inhóspito*. *El Universal*, edición del 23 de diciembre, Caracas.

Uslar Pietri, A. (1936). *Sembrar el petróleo* (editorial). *Ahora*, 14 de julio.

Revistas Generales y Folletos

Bayona-Aznar, M. (2007). "Marsilio de Padua y Maquiavelo. Una lectura comparada". *Foro Interno*, vol. 7. Universidad Complutense.

- Buttó, L. A. (2002). "Síntesis histórica de los cambios ocurridos en el Índice de Desarrollo Humano en Venezuela entre 1930 y 1945". *Investigación y postgrado*, Vol.17. No.2.
- Ewart, W. (1907). *Res medica, res publica. The profesión of Medicina, its future work and wage*. Nabu Public Domain Reprints.
- GISSI, Gruppo Italiano per lo Studio Della Streptokinasa nell Infarto del miocardio. (1986). *Lancet*; 1: 387-402.
- Knudsen T Y Rothstein, B. (Jan. 1994). "State building in Scandinavia". JSTOR: Comparative politics, Vol. 26, No. 2, pp. 205-220.
- Martín-Frechilla, J. J. (2008). "El dispositivo venezolano de sanidad y la incorporación de los médicos exiliados de la Guerra Civil española". *Hist.Cienc.Saúde-Manguinhos*; 15(2):519-541, abril-junio.
- Mc. Cormick, N. (1989). "Orden espontáneo e Imperio de la ley: algunos problemas". *Doxa*—6.
- Merton, R. (1968). *The Matthew effect in science. The reward and communication systems of sciences are considered*. *Science*, vol. 159: 3810.
- Mundie, C. (2005). *Hoy están, mañana no. ¿cuáles ideas, valores e instituciones podrían desaparecer en los próximos treinta y cinco años?* *Foreign Policy*, No. 150, septiembre-octubre.
- Osuna Gómez, A (2009). *Evolución histórica de la salud pública en Venezuela* (mimeo). Caracas: Ediciones de la Biblioteca Central, Dirección General de Investigación y Educación, Viceministerio de Recursos para la Salud, Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- Pineda, M. V. (1996). "Renacimiento italiano y barroco español (el desarrollo de la teoría artística, de la palabra a la imagen)". *Anuario de Estudios Filológicos*, XIX/ 1996, pp. 397-415.
- Pocock, J.G.A (2001). "Historia Intelectual: Un estado del arte", en: *Prismas, Revista de Historia Intelectual*, nº 5, Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, 2001, pp. 145-175.

Van Parijs, P. (1994). *Au delà de la solidarité: les foyers éthiques de l'état-providence et son dépassement*. *Futuribles*, No. 184 (février).

Venezuela

Blanco, J. J. (2009). *El lenguaje republicano en Siéyes y Rousseau*. *Politeia*, Vol. 32, No. 43.

Briceño Irigaray, M. (1952). *Orígenes de la Sanidad Pública*. *Crónica de Caracas*, No. 10.

López-Maya, M. (1996). *Venezuela. La rebelión popular del 27 de febrero de 1989. resistencia a la modernidad?* *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, Vol. 5, No. 2-3, abril-septiembre.

Plaza, E. (2002). "El "patriotismo ilustrado" o la organización de los poderes públicos en Venezuela, 1830-1847". *Politeia*, Vol. 29, No. 29.

Documentos Electrónicos

Cabanis, P.J.G. (1805). *Rapport du physique et du moral de l'homme*, Septième Mémoire, [On line]. Disponible en: http://fr.wikisource.org/wiki/Rapports_du_physique_et_du_moral_de_l%27E2%80%99homme/Septi%C3%A8me_M%C3%A9moire. Recuperado mayo 2012.

Disraeli, B. (1872). *Sanitas Sanitatum Omnia Sanitas*. Discurso pronunciado en el Free Trade Hall, Manchester, Inglaterra, abril 3, 1872.[On line].Disponible en:http://www.emersonkent.com/speeches/sanitas_sanitatum_omnia_sanitas.htm. Recuperado septiembre 2011.

Himno de las tropas federales. Disponible en: http://www.auyantepui.com/historia/him_fed.html. Recuperado mayo 2012.

Programa de Formación de Médicos Integrales Comunitarios. (2011).Caracas: Misión Barrio Adentro. [On line]. Disponible en: <http://mic.net.ve/programamic-principal.htm>. Recuperado mayo 2012.

Sentencia T 406, Corte Constitucional de Colombia. [On line]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/>. Recuperado mayo 2012.

Artículos en Revistas Electrónicas Generales

Barahona, A y E.Torrens. (2004). *Telos aristotélico y Biología moderna*. Ludis Vitales, Vol. XII, [On line], 24. Disponible En: http://www.ludusvitalis.org/textos/21/21_barahona_torrens.pdf Recuperado noviembre 2011.

Bastías S. y cols, G. (2007) *Reforma de la salud en Chile; el plan AUGE o Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Su origen y evolución*. Boletín de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, [On line], 32, No.2. Disponible en: http://contacto.med.puc.cl/destacados/boletin_02_07/completo_final.pdf Recuperado noviembre 2011.

Briceño Gil, M. A. (2005). *Epistemología y Medicina compleja*. Texto Contexto Enferm. [On line], Vol. 14 (13), julio-septiembre. Brasil: Universidad Federal de Santa Catarina. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71414307> Recuperado noviembre 2011.

Capriles, R. (s.f.). (s.t.). [On line]. Disponible en: <http://www.eluniversal.com/verbigracia/memoria/N175/apertura.html>. Recuperado noviembre de 2011

Carrera Damas, G. (2008). *Mi voz de alerta: ¡la república está amenazada!* [On line]. Disponible en: <http://www.lahistoriaparalela.com.ar/2008/11/14/mi-voz-de-alerta-%C2%A.la-republica-esta-amenazada/> Recuperado noviembre 2011.

Escarpa Sánchez-Gandica, D. (1992). *Ciencia y filosofía en la creación de la teoría celular*. [On line]. Disponible en: [http:// www.](http://www.)

gonzalezrecio.com/bionomos/textos/publicaciones/descarpa/txt1.pdf.

Recuperado noviembre de 2011.

Fernández Heres, R. (2000). *Intolerancia condenada 1826*. En: UNA Documenta, Vol.14., No.2. [On line]. Disponible en: <http://biblo.una.edu.ve/ojs/index.php/UNADO/article/view/206/196>.

Recuperado mayo 2012.

Gazeta de Madrid. (1806). Fuentes Primarias en la investigación de F.X Balmis. En: Fundación Francisco X. Balmis (s.f.). [On line]. Disponible en: <http://www.balmis.org/fprimarias.htm>.

Jovellanos, G.M de (1797). *Oración sobre la necesidad de unir el estudio de la literatura al de las ciencias* [On line] Textos científico-técnicos (s.f.). Disponible en: <http://mimosas.pntic.mec.es/ajuan3/blog/index.php?/pages/cientificos.html>. Recuperado en noviembre 2011.

Ossembach Sauter, G. (1993). *Estado y Educación en América Latina a partir de su independencia (siglos XIX y XX)* Revista Iberoamericana de Educación, No.1, Estado y Educación. Enero-abril 1993. [On line]. Disponible en: <http://www.oei.es/oeivirt/rie01a04.htm>. Recuperado noviembre 2011.

Palti, E. (2005). *De la historia de las "ideas" a la historia de los "lenguajes políticos". Las escuelas recientes de análisis conceptual. El panorama latinoamericano*, en Anales Nueva Época, nº 7/8, Instituto Ibero Americano: Universidad de Goteborg. [On line]. Disponible en: <https://guoa.ub.gu.se/dspace/handle/2077/3275>. Recuperado noviembre 2009.

Trujillo, A.E. (2007). *Creación de un partido político del Gobierno- Medina Angarita, 1943*. CONHISREMI, Revista Universitaria de Investigación y Diálogo Académico, Volumen 3, Número 2. [On line]. Disponible en: conhisremi.iuttol.edu.ve/pdf/ARTI000034.pdf

Venezuela

García T, C. (2004). *Tres momentos en la historia de la ciencia y la técnica en Venezuela*. Tierra Firme, [On line], 22, No.87. Disponible en: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S079829682004000300005&lng=es&nrm=is Recuperado noviembre 2011.

Pino de Casanova, M. (2002, mayo). *La Medicina y la emergencia de un nuevo modelo conceptual (o, de la Psiconeuroinmunología y el regreso de Dyonisos en los nuevos paradigmas médicos)*. Rev. Vzolana. de Soc. y Ant. [On line],36.Disponible en:http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-30692002000200009&lng=en&nrm=is Recuperado noviembre 2011.

Documentos Técnicos

Jenks, C. W. (1938). Informe presentado al Ministro del Trabajo y de Comunicaciones de los Estados Unidos de Venezuela acerca del proyecto del Código del Trabajo venezolano, 10 de octubre de 1938, p.232.

Tesis de Grado inéditas

Villasmil, G. (2005). *Jornada laboral, conformación de equipos de trabajo y toma de decisiones en Medicina Crítica: desarrollo de un modelo predictivo de mortalidad con base en el estudio de las prácticas organizacionales de la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital Vargas de Caracas* (Tesis de Grado). Universidad Católica Andrés Bello

Trabajos Inéditos

Vázquez, B. (2007). *Ciudadanía y educación pública para el proyecto republicano en Venezuela, 1811- 1830* (trabajo presentado en el simposio: "El mundo norandino desde las reformas borbónicas hasta la actualidad", V Congreso Europeo CEISAL de latinoamericanistas, Bruselas, abril 11-14.

Villasmil, G. (2007). *Políticas públicas y pandemia en Ciudad Pánico: un juego hipotético para una aproximación al riesgo en la perspectiva de Paul Virilio.*