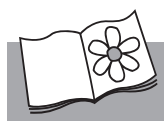


SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMÉRICA LATINA

Antropología de la salud
y crítica intercultural



Este libro se
escribió para ti
protégelo de
la fotocopia

AEDRA

Dr. Gerardo Fernández Juárez
(Coordinador)

SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMÉRICA LATINA

Antropología de la salud
y crítica intercultural



SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMÉRICA LATINA

Antropología de la salud y Crítica Intercultural

Dr. Gerardo Fernández Juárez (Coordinador)

1ª Edición

Ediciones Abya-Yala
Av. 12 de Octubre 14-30 y Wilson
Casilla 17-12-719
Telf.: 2 506-251 / 2 506-247
TeleFax: 2 506-267 / 2 506-255
e-mail: editorial@abyayala.org
<http://www.abayala.org>
Quito- Ecuador

Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI)
Programa de Salud
Av. Arce, n° 2856, La Paz, Bolivia
Teléfono: 2433460
Fax: 2433461
e-mail: joseluis.baixeras@aeci.int.bo
www.aeci.int.bo

Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha
e.mail: Carmen.Vazquez@uclm.es
www.uclm.es/publicaciones

Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III
C, Sinesio Delgado, 6; 28029 , Madrid,España
e.mail: csai@fcsai.es
<http://fcsai.isciii.es>

Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha
www.jccm.es
Proyecto: Sanidad e Integración Social del Inmigrante. Prospección y actuación
PAC05-004-1

Autoedición:

Ediciones Abya-Yala
Quito-Ecuador

ISBN 10:

9978-22-635-4

ISBN 13:

978-9978-22-645-3

Impresión:

Producciones digitales Abya-Yala
Quito-Ecuador

Las fotografías incluidas en cada artículo son del autor del mismo,
salvo que se especifique a pie de foto otra autoría diferente.

Impreso en Quito-Ecuador,

ÍNDICE

1. Un teléfono de urgencias y ...casi perder la fe <i>Gerardo Fernández Juárez (Coordinador). Universidad de Castilla-La Mancha. España</i>	9
2. De la hegemonía de la clínica a la etnografía en la investigación intercultural en salud <i>Xavier Allué, Laura Mascarella, Mariola Bernal, Josep M. Comelles Universitat Rovira i Virgili, Hospital Universitari Joan XXIII, Institut Català de la Salut, España</i>	15
3. Una reflexión sobre el pluralismo médico <i>Enrique Perdigüero. Universidad Miguel Hernández, España</i>	33
4. Interculturalidad, 'diferencias' y Antropología "at home". Algunas cuestiones metodológicas <i>Eduardo L. Menéndez. CIESAS, México.....</i>	51
5. El sistema médico de una sociedad africana. Los evuzok del Camerún <i>Lluís Mallart Guimerà. Laboratoire d'ethnologie et sociologie comparative, (Universidad Paris X-CNRS) Francia.....</i>	67
6. Migraciones y salud – Préstamos de ida y vuelta <i>José M^a Uribe. Universidad Pública de Navarra, España.....</i>	83
7. La "multiculturalidad" de la biomedicina. El envío de medicamentos en familias migrantes ecuatorianas <i>Arantza Meñaca. Universitat Rovira i Virgili, España.</i>	93
8. Salud e Interculturalidad: Reflexiones en torno a un caso <i>M^a Teresa Caramés García. Universidad de Castilla-La Mancha, España</i>	109
9. Más allá de la diferencia, tras el cristal de la diversidad. La "inmigración" en la literatura biomédica en España <i>M^a Teresa Gijón Sánchez, María Luisa Jiménez Rodrigo, Emilia Martínez Morante Universidad de Granada y Escuela Andaluza de Salud Pública, España.....</i>	115
10. ¿Hablar por hablar? Los distintos términos empleados por los enfermos y familiares para referir al médico signos y síntomas en España <i>Armando Nevado Loro. Médico de Familia. CS Espronceda. Área 7. Madrid Irene Nevado Caparros. Enfermera. Fraternidad MUPRESA. Palma de Mallorca Isabel Muñoz García. Médico Residente de MFYC. CS Espronceda. Área 7. Madrid Ana Tovar Cifuentes. Médico Residente de MFYC. CS Espronceda. Área 7. Madrid Alfredo Rivas Antón. Médico. Instituto de Salud Carlos III. Madrid</i>	133
11. El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito–historia en los Andes <i>Tristan Platt. University of St Andrews, Escocia.</i>	145
12. Mortalidad materna en Bolivia ¿Qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres? <i>Graciela Uriburu. Argentina</i>	173

13	El <i>samay</i> , el “susto” y el concepto de persona en Ayacucho, Perú <i>Isabel Neila Boyer. Universidad Complutense, España</i>	187
14	¿Fármacos contra el susto? Paradojas y posiciones enfrentadas en la concepción de la enfermedad en el altiplano boliviano <i>Francisco M. Gil García. Universidad Complutense, España</i>	217
15.	La enfermedad no sólo enferma. Enfermedades e identidad profesional entre los mineros de Potosí, Bolivia <i>Pascale Absi. IRD, Francia</i>	229
16.	Curación de una enfermedad espiritual desde una perspectiva aymara <i>Raquel Nava Cerball. UMSA, Bolivia</i>	245
17	LA VERGÜENZA. Enfermedad y tensiones sociales entre los indígenas choles de Chiapas, México <i>Gracia Imbertón. Instituto de Estudios Indígenas-Universidad Autónoma de Chiapas, México</i>	257
18.	Salud intercultural. Relación de la medicina kallawayá con el sistema de salud pública en San Pedro de Curva <i>Jose Luis Baixeras Divar. Programa de Salud. Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), Bolivia</i>	271
19	El Hospital Kallawayá “Shoquena Husi” de Curva: Un Experimento en Salud Intercultural <i>Mollie Callahan. Universidad de Michigan—Ann Arbor, E.E.U.U.</i>	289
6	20 Y sin embargo son ellas las que más hacen por la “Salud Intercultural” <i>M^a Dolores González Guardiola. Universidad de Castilla-La Mancha, España</i> <i>Carlos M. Caravantes García. Universidad Complutense, España</i>	305
21	“Al hospital van los que mueren” Desencuentros en salud intercultural en los Andes Bolivianos <i>Gerardo Fernández Juárez. Universidad de Castilla-La Mancha, España</i>	317
22	Un aspecto de la sanidad americana del Antiguo Régimen. Las boticas coloniales del ámbito de Charcas <i>Alfredo Rodríguez González. Universidad de Castilla-La Mancha, España</i>	337
23	Cuando el remedio encuentra al enfermo. Vendedores de salud en Iberoamérica <i>Julián López García. Universidad de Córdoba, España</i>	348
24	Procesos de legalización e interculturalidad en las medicinas indígenas de México y Bolivia (1996-2006) <i>Roberto Campos Navarro. UNAM, México</i>	373
25	Bolivia, un ejemplo de mutua exclusión cultural en salud con dramáticas consecuencias. Un desafío que no puede esperar <i>Jaime Zalles Asin. Viceministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad, Bolivia</i>	389
26	La interculturalidad sin todos sus agentes sociales. El problema de la salud Intercultural en Bolivia <i>Susana Ramírez Hita. Universitat Rovira i Virgili, España</i>	405
27	El reto de la “medicina intercultural” y la historia de la “medicina tradicional” indígena contemporánea <i>Michael Knipper. Universidad de Gießen, Alemania</i>	413
28	Imaginario rural en torno de las discapacidades <i>Iván Castellón Quiroga. Proyecto Willaqkuna, Bolivia</i>	433

A los médicos y trabajadores de salud que desempeñan su labor en áreas indígenas.

A los “predicadores” de la interculturalidad... que no nos falte su aliento.

UN TELÉFONO DE URGENCIAS Y... CASI PERDER LA FE

A modo de presentación

Gerardo Fernández Juárez
Universidad de Castilla-La Mancha
España

San Pedro de Curva, una pequeña población kallawayaya en la provincia Bautista Saavedra del Departamento de La Paz, en Bolivia. Acompaño al equipo de salud en una emergencia que acaba de notificarse en el pequeño centro de salud de la aldea. Nos adentramos en la espesa negrura de la noche, cruzando las sombras indiferenciadas que percibimos en la pequeña plaza del pueblo, ajena aparentemente a los dramas de salud de sus vecinos; los niños corretean a perseguirse mientras los ancianos parecen esperar acomodados en los bancos el milagro de la luz eléctrica cuyos postes acaban de colocarse. Siento el perfil de la vieja iglesia coronada en su dignidad por un campanario envejecido que da cobertura a las campanas rotas que agonizan al paso del tiempo. Entramos en la casa donde se encuentra el enfermo. Adivinamos la presencia del señor Bustillos¹, por los quejidos que se desatan debajo de media docena de frazadas colocadas sobre su cuerpo a modo de truculento sandwich ; el frío es intenso, y el enfermo titira. Se cubre con un *lluch'u* multicolor, al tiempo que su mujer, en quechua, nos informa sobre la situación . Al parecer el enfermo lleva cerca de diez días languideciendo de fiebre. El médico titular del Centro de Salud ha viajado a La Paz , a celebrar un taller con sus colegas, sin informar a su equipo sobre la situación del enfermo. La mujer está desesperada, ya no confía en las inyecciones ni en el equipo de salud; el médico le colocó un complejo vitamínico y un anti inflamatorio, pero nada le ha servido. Adivinamos sobre la mesa la presencia de medicinas tradicionales e infusiones junto a ciertos objetos ceremoniales empleados en las prácticas rituales kallawayas. El señor Bustillos sigue tiritando; presenta un cuadro preocupante: fiebre, 39,8 grados de temperatura; esputos de sangre; orina de color oscuro; estreñido, apenas puede hacer sus necesidades... El equipo de salud no sabe qué hacer. El médico se ha ido a La Paz dejando la responsabilidad en manos de una odontóloga, recién egresada de la universidad, sin ninguna experiencia, casi una cría, cumpliendo su Servicio Social de Salud Rural Obligatorio de tres meses, que está a punto de terminar y una enfermera de origen aymara que sabe colocar inyecciones y tomar la tensión....bueno claro y un antropólogo que no sabe nada... “Hay que trasladar al hospital de Charazani”, el hospital de superior nivel de la capital Bautista Saavedra, a unas dos horas de distancia en coche, sentencia la odontóloga... “se puede morir”, insisten enfermera y odontóloga... “¡Manan!” (¡NO!) responde la mujer con contundencia. “No, peor le van a hacer en el hospital”... “peor va a ser”, “peor va a ser en el hospital”... “inyección ya no sirve”. La mujer insiste en su negativa enfadada con el equipo de salud, adivinando lo que puede resultar en el hospital con enorme preocupación. “Llamaremos a Charazani por radio para pedir consejo” decide la odontóloga... El señor Bustillos asiste resignado a la pugna entre su mujer y el equipo de salud... imposible parar su temblores. La enfermera consigue colocarle un antibiótico en inyección al tiempo que le toma las manos y le sugiere fervorosa “pídele del Señor...te va a ayudar”; “mañana vamos a volver ¿ya?” “ya señorita”... contesta el enfermo rasgándosele la voz en diferentes tonos incapaz de contener sus temblores. Aquella expresión de fe supuso el clímax de la dificultosa escena que se estaba desarrollando en el interior de aquella casa kallawayaya, a la incierta luz de unas velas, ante mis ojos. Salimos al exterior confundidos, cruzamos la plaza a la velo-

ciudad que permitían nuestras piernas rompiendo las tinieblas con el fogonazo de nuestras linternas, como si pudiéramos, a la manera de un faro costero despertar a todo el valle de su insolidaria somnolencia, con el grito cáustico de nuestras luces. Alcanzamos la radio en el interior del hospital...el zumbido característico del aparato apenas seguido por la urgencia de la voz de alarma “Charazani, Charazani, Charazani...”...(nadie responde) , nuevo intento...”Charazani, Charazani. Charazani...” .Nos miramos incrédulos... todos los médicos se han trasladado al taller de La Paz...pero alguien debe quedar a la escucha... “Charazani, Charazani, Charazani” (...) sólo el aparato devuelve el ruido peculiar de la emisora, abierto al inmenso escenario de la serranía de Apolobamba. “Amarete, Amarete, Amarete...” (...) nadie, ninguna de las localidades de la red de Apolobamba en las inmediaciones de San Pedro de Curva, responde a nuestra llamada de emergencia. ¿Qué hacer? El hospital dispone de un todoterreno que depende tanto de la Alcaldía como del hospital, pero hay que buscar al chófer. Es temporada de quinoa y las familias se retiran tarde a sus casas. No encontramos al chófer...no hay chófer...hay flamante auto todo terreno, pero ¡!!No hay chófer!!! El chófer coopera cuando le apetece con el hospital, y con la Alcaldía (más con la Alcaldía cuyos argumentos son siempre considerados, por encima, muy por encima de las necesidades y deseos del hospital), pero no recibe ninguna compensación económica a cambio... malos tiempos para hacer favores gratuitos... Por casualidad aparece una camioneta en la plaza del pueblo. Son de una institución paceña y parece que se han perdido en la noche. La niebla ha caído sobre el valle haciendo muy peligrosa la conducción. Les pedimos por favor el traslado del enfermo a Charazani...hay que pagar la gasolina del carro... Petrona, la enfermera no quiere acceder... “su mujer no quiere llevar a Charazani..no va a querer pagar... si algo pasa nosotros seremos responsables, es mejor no llevar...” No puedo creer lo que estoy escuchando, la sabia voz de una mujer enfermera curtida en mil batallas con los enfermos indígenas, reconoce que trasladar a un enfermo sin el consentimiento de la familia, supone catástrofe segura... De repente, el antropólogo “solucionaproblemas” hace su magnífica contribución al esperpento. ¿Por qué no hacer una llamada a un amigo médico en la ciudad de La Paz? Dicho y hecho, el único teléfono de San Pedro de Curva se encuentra en la plaza, conectado a una de las tiendas de la localidad, cubierto de plásticos para evitar la lluvia. Es la única comunicación de San Pedro con el exterior. Los jóvenes hacen cola por la noche para comunicarse con sus enamoradas...; en un paréntesis entre declaraciones de amor conseguimos hacernos con el aparato. Petrona tiene una tarjeta para el teléfono...marco...desesperado, me responde la voz automática “tiene... 4 minutos... para hablar...” ¡!!!!Un diagnóstico en cuatro minutos!!!! No puedo ni rememorar aquella conversación a las tantas de la noche. Imposible, si quiera, pedir disculpas por llamar tan tarde, no hay preámbulo ni saludo introductorio, voy a saco: “Jorge, no me cortes, tenemos un enfermo grave en San Pedro de Curva, fiebre, 39,8; esputos de sangre, orín oscuro... no hay médico, no hay chófer, no funciona la alarma de la red de emergencias de la Red... ¿qué hacemos?”

Aquella dramática experiencia me movió seriamente el piso; la interculturalidad en ese momento me pareció un recurso “snob” de antropólogos, a la caza de recursos de moda. Pensé en las sabias palabras de Fabio Garvari director del Equipo de Salud Altiplano, tras la enfermedad y muerte de nuestro querido y añorado José Fernández de Henestrosa (PPH) “La interculturalidad estará bien en un hospital sueco, pero aquí tenemos que pelear hasta la última jeringuilla”. ¿Todo se reduce fundamentalmente a una cuestión económica? Era lo que añoraba entonces, un reparto equitativo de la riqueza del país...De nuevo la pobreza, el dolor y la muerte laceraban mi rostro en medio de muecas esperpénticas, al tiempo que quebraban mis “seguridades” teóricas y metodológicas. “El reto no es la interculturalidad, sino el reparto adecuado de la riqueza, el impulso económico de la zona y el desarrollo sostenible”, pensaba para mis adentros. Otra vez el dolor y la muerte como “informantes clave”, como ya me sucediera durante el apoyo antropológico en salud intercultural otorgado al Equipo de Salud Altiplano en las pampas de Machaqa durante los semestres del año 1995 y 1996. Recientemente mis amigos y compañeros de la Universidad de Castilla-La Mancha, Luisa Abad y Juan Antonio Flores, me ofrecieron la posibilidad de participar en el libro “La muerte y las culturas en América Latina” que están coordinando y que será próximamente publicado por la Universidad de Castilla-La Mancha con el

apoyo financiero del Programa de Salud de la AECI en La Paz. Me solicitaron realizar algo sobre la muerte y el compromiso del antropólogo... fui incapaz de hacerlo... Aquello suponía afrontar de nuevo el dolor y la pérdida por aquel entonces de Raulito Condori y otros varios niños víctimas de una “coqueluche” que se extendía por contagio en las escuelas de Ajllata Grande. Ahora desde San Pedro de Curva, la desazón y desesperanza del señor Bustillos y su familia, golpeaban de nuevo mi racionalidad intercultural. Pero pasó algo aquella noche. Cuando regresamos al alba para ver la evolución del enfermo, comprobamos que la fiebre había disminuido (37,5), el enfermo estaba más relajado y tranquilo, no tiritaba y, de hecho, se había animado a tomar un caldo. Vimos restos de mate de tilo y otras hierbas medicinales, junto con deshechos procedentes de ofrendas rituales de las empleadas para hacer limpias ceremoniales en el cuerpo del enfermo; al entrar en la casa comprobamos la presencia de un reconocido médico kallawayaya del pueblo que, de forma discreta, “como quien pasa por ahí”, nos comentaba la evolución del enfermo. Según supimos luego, los médicos kallawayas, llevaban tiempo tratando al enfermo preocupados por su evolución, realizando sus estrategias curativas en casa del enfermo, sin ningún tipo de información ni actuación complementaria por parte del equipo de salud. Cuando interviene la medicina tradicional, no hay que mezclar los tratamientos... Fue el último día que vimos al señor Bustillos. Al día siguiente la puerta de su casa estaba cerrada con candado evitando el paso del equipo de salud, igual que la terapia indígena, en este caso obviaba la actuación de la biomedicina sobre el cuerpo del enfermo. Debió mejorar en gran medida ya que nos enteramos que había viajado a La Paz a trabajar de albañil. Sonreí lamentando toda mi desazón y alarmismo. Pensé en mi amigo médico paceño, “acorralado” a horas inadecuadas para realizar un diagnóstico “telefónico” en cuatro minutos. Me sentí ridículo y a la vez me di cuenta de mi indómita arrogancia al haberme creído responsable de solución alguna por encima de la capacidad demostrada de los propios kallawayas. De nuevo la fe, cómo la célebre película boliviana “cuestión de fe”, ahora se trataba de trasladar la imagen de las relaciones interculturales aplicadas a la salud entre los vericuetos peligrosos de unos “valles yungueños” simbólicos que deben concluir estableciendo dinámicas de relación entre los equipos biomédicos, los enfermos indígenas y los médicos originarios.

Durante los años 2001-2003 un grupo de antropólogos de la Universidad de Castilla-La Mancha, realizamos una investigación en Bolivia con la intención de recoger información sobre las consideraciones indígenas que en relación con los conceptos de salud y enfermedad es necesario tener en cuenta para evitar conflictos y malentendidos en la aplicación de políticas interculturales de salud. Es decir, dentro de los intereses de la Antropología Médica o de la Antropología de la Salud y de la Enfermedad, pretendíamos incidir en la necesidad de afrontar de una forma decidida y aplicada un enfoque intercultural a la salud y la enfermedad en contextos indígenas de Bolivia con la esperanza de que este tipo de investigación pudiera aportar datos y sugerencias concretas para el mejor entendimiento entre los diferentes actores implicados en actividades relacionadas con la salud y la enfermedad en dichos poblaciones indígenas. Fruto de las investigaciones realizadas entonces y de los contactos propiciados con otros investigadores sensibles a esta temática ha resultado una publicación que ha tenido una exitosa acogida en el ámbito internacional² que se constituye en el precedente de referencia del libro que ahora presentamos. Anteriormente y gracias a la colaboración establecida durante los años 1995 y 1996 entre el Departamento de Antropología de España y América del CSIC en España y el Centro de Investigación y Promoción del Campesinado de La Paz (CIPCA), llevé a cabo un proyecto postdoctoral en territorio aymara con el Equipo de Salud Altiplano en la zona de Jesús de Machaca (Provincia Ingavi del Departamento de La Paz). La experiencia de aquellos dos años de investigación se concretó en otra publicación coauspiciada por CIPCA, el Ministerio de Salud y Previsión Social boliviano y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)³. La cooperación italiana viene desempeñando en la ciudad de Potosí una maestría sobre salud e interculturalidad con la participación de profesionales de diferentes sectores sanitarios del Departamento de Potosí, que se pretendía posteriormente ampliar a todo el continente americano. Igualmente, la organización *Yoltpahtli*, constituida por médicos y antropólogos, algunos de ellos vinculados con la UNAM, desarrollan diferentes actividades y publicaciones que pretenden sensi-

bilizar y potenciar la aplicación intercultural en el marco de la salud en pueblos indígenas de México (Yolpahtli 2003). La Comisión Europea está apoyando en la actualidad un proyecto sobre salud e interculturalidad en la localidad peruana de Ayacucho; del mismo modo, el Programa de Salud de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) está apostando, en cooperación estrecha con el Servicio Departamental de Salud de La Paz (SEDES-La Paz), por el desarrollo de una Especialidad en Salud Intercultural que se ha desarrollado en su primera versión entre Septiembre de 2005 y Junio de 2006, en el dominio del departamento pazeño. Igualmente parece que hay interés por parte del Ministerio de Salud chileno de realizar semejantes propuestas de formación en Salud Intercultural tanto en el sector Norte (con población Aymara) como en su zona meridional con presencia representativa de grupos Mapuche.

Todas estas iniciativas no hacen sino incidir en el hecho cualitativamente significativo de que finalmente las instituciones y autoridades políticas, académicas y sanitarias empiezan a valorar de una forma positiva las aplicaciones interculturales en salud y el necesario componente antropológico que deben incorporar para el análisis de la compleja realidad intercultural no sólo de Bolivia, donde registramos la existencia de cerca de cuarenta grupos lingüísticos, sino de la mayor parte de los estados de América Latina.

El libro que el lector tiene en sus manos, *Salud e Interculturalidad en América Latina, Volumen II: Antropología de la salud y crítica intercultural*, pretende favorecer la reflexión sobre las aplicaciones teóricas y prácticas que la perspectiva intercultural puede ofrecer en el dominio de la salud, particularmente en América Latina. La generosa aceptación que el primer volumen ha tenido pone de relieve la escasez de textos en castellano que pudieran servir de reflexión a los cuadros formativos y a los alumnos (médicos, enfermeras y trabajadores sociales, especialmente) de los diferentes cursos y especialidades que de esta temática están en pleno desarrollo en los medios académicos de América Latina. Por otra parte las situaciones peculiares que los fenómenos migratorios están ocasionando en Europa en relación con los servicios de salud, nos obligan a considerar esta cuestión desde la perspectiva intercultural para evaluar los alcances posibles del fenómeno⁴. Una vez más nos mueve la confianza en que estos materiales contribuyan a la formación adecuada de los profesionales de la salud, con sensibilidad intercultural, que haga factible otro tipo distinto de gestión de la salud y la enfermedad en América Latina, particularmente en contextos indígenas, que beneficie los intereses de los enfermos dentro de los sistemas plurales de atención a su salud y evite los bloqueos culturales que puedan producirse.

El libro presenta tres bloques diferenciados; el primero de ellos configurado por las aportaciones teóricas que analizan el fenómeno de la interculturalidad aplicada a la salud en diferentes perspectivas (Allué *et al*, Perdiguero, Menéndez y Mallart) vinculadas con planteamientos propios de la Antropología Médica o Antropología de la Salud y de la Enfermedad, enriquecidas con el ejemplo africano de los Evuzok que presenta el propio Mallart. El segundo bloque se centra en los planteamientos interculturales derivados de los procesos migratorios en España y su implicación en las políticas de salud, que afecta a un número importante de personas tanto de América Latina, como del Magreb y del África subsahariana, analizando casos concretos y formulando críticas inherentes al propio concepto de interculturalidad, su escasa relevancia y sensibilidad en las publicaciones médicas españolas y en las actuaciones concretas de los profesionales de la salud en España; las construcciones diversas sobre los fármacos y “las biomedicinas” por parte de los emigrantes ecuatorianos en España y concluye con un planteamiento de la diversidad lingüística española en términos aplicados a la salud por parte de un equipo de médicos y profesionales de la salud (Uribe, Meñaca, Caramés, Gijón *et al*, Nevado *et al*). El tercer bloque, el más extenso y variado, incorpora ejemplos etnográficos de algunas concepciones indígenas sobre salud y enfermedad, particularmente en Bolivia, México, Perú y Ecuador así como diferentes formas de conflicto expresado en sus relaciones con los procedimientos asistenciales y terapéuticos propios de la biomedicina. Encontramos aportaciones que tienen que ver con conceptos bioculturales (Platt, Uriburu), síndromes de filiación cultural (Neila, Gil, Absi, Nava, Imbertson) y bloqueos culturales en el reconocimiento de los servicios hospitalarios convencionales en contextos indígenas (Callahan, Fer-

nández) junto a experiencias de institucionalización de las propias medicinas indígenas en hospitales (Baixeras) y reflexiones críticas sobre la interculturalidad y la salud a partir de las variables de género (González y Caravantes) . En este capítulo, hemos valorado la presencia, igualmente, de artículos relacionados con la medicina tradicional, tanto en México como en Bolivia (Campos, Zalles), los vendedores de remedios populares y farmacias ambulantes en México, Guatemala , Bolivia y Ecuador (López) , así como una aproximación a las propias boticas coloniales a través del ejemplo analizado en la Charcas colonial (Rodríguez) . El bloque concluye con sendos análisis sobre la problemática intercultural aplicada a la salud tanto en Bolivia, (Ramírez) como en Ecuador (Knipper) y un ejemplo sobre ciertas categorías indígenas en relación con discapacitados en las alturas de Cochabamba , Bolivia (Castellón).

No me queda sino agradecer profundamente a todos los autores que se han implicado en la realización de este libro y a todos aquellos otros que no han podido hacerlo por falta de tiempo y excesiva agenda de trabajo. La entusiasta adhesión de los colaboradores ha sido un estímulo permanente para llevar a cabo la tarea de coordinación de este proyecto editorial, por eso un coordinador no puede sino sentirse endeudado y agradecido por todas las aportaciones realizadas.

Igualmente agradecer a las instituciones que, una vez más, han creído en este proyecto y lo han financiado. A Jose Luis Baixeras Dívar , Director del Programa de Salud de la Agencia Española de Cooperación Internacional en La Paz, Bolivia; Alfredo Rivas Antón, Director General de la Fundación para la Cooperación y Salud Internacional del Instituto de Salud Carlos III de Madrid; A la Junta de Comunidades de Castilla – La Mancha, “Proyecto: Sanidad e Integración Social del Inmigrante: Prospección y actuación” (PAC 05-004-1). Igualmente nuestro agradecimiento a la labor y entusiasmo editorial tanto de Anabel Castillo, directora de publicaciones de la Editorial Abya-Yala de Ecuador, como de Carmen Vázquez, directora del Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha .

Toledo, 6 de Agosto de 2006.

Festividad de Bolivia, con la esperanza de una
Constituyente que ampare los intereses legítimos
y los anhelos de todos los bolivianos.

Notas

- 1 Nombre ficticio
- 2 Gerardo Fernández Juárez (Coordinador). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Edit, Abya-Yala, Bolshispania, UCLM, Quito, 2004
- 3 Gerardo Fernández Juárez. *Médicos y yatiris. Salud e interculturalidad en el altiplano aymara*, CIPCA, OMS-OPS, Ministerio de Salud y Previsión Social, La Paz, 1999
- 4 No he conseguido en este volumen, salvo el generoso trabajo de Lluís Mallart, por falta de tiempo como había proyectado en principio, implicar a profesionales que pudieran hacernos ver sus experiencias en ámbitos tan diversos como el Magreb o el África subsahariana, aunque , una futura publicación por parte de la Universidad de Castilla – La Mancha, encarará este nuevo reto próximamente .

DE LA HEGEMONÍA DE LA CLÍNICA A LA ETNOGRAFÍA EN LA INVESTIGACIÓN INTERCULTURAL EN SALUD

Xavier Allué, Laura Mascarella, Mariola Bernal, Josep M.
Universitat Rovira i Virgili
Hospital Universitari Joan XXIII
Comelles. Institut Català de la Salut
España

“Cada escuela médica, cada nuevo profeta de la patología, no limita su influencia tras los muros de la universidad o del hospital; su propagación y difusión acaba en manos de los ignorantes que lejos de las cátedras, las clínicas o las bibliotecas las oyen con fruición y recogen con celo cualquier palabra aun incomprensible, y después las reconstruyen y las adaptan a su ignorancia y a su nivel de inteligencia. Es así que tras tantos siglos nuestro vulgo tiene aun supersticiones médicas, que pueden hallarse en las páginas de Averroes y Avicena. Cada día oímos las palabras “inflamación”, “crisis” y “temperamento” cosidas a cualquier expresión torpe y absurda. ¿Quién sabe a cuantas supersticiones va a dar lugar en el vulgo la doctrina de los microbios? y cuando sea adoptada y modificada por el trabajo de destrucción científica los bacilos actuarán en forma fantástica o mágica en la mente de las clases ignorantes” (Mantegazza [1891] 1978: XIII).

15

Más allá de la clínica

Las metodologías clínicas son métodos cualitativos de investigación dentro de los parámetros del individualismo metodológico. Desde fines del s.XIX y como consecuencia de la hegemonía del modelo anátomo-clínico y experimental, de las teorías degeneracionistas y del pastorianismo, las Ciencias de la Salud, las distintas escuelas psicológicas e incluso el Trabajo Social las han incorporado como instrumentos casi exclusivos de producción del conocimiento pues se adaptaban muy bien a los intereses subyacentes y a la ideología individualista del Estado Liberal contemporáneo. De ahí que se hable de “Estado clínico”, fruto de una convergencia explicable por la economía política de los intereses corporativos de los profesionales. Como buen proceso dialéctico, la simbiosis entre práctica clínica y política ha relegado a una posición marginal a otros instrumentos de investigación empleados históricamente por los médicos para la producción de conocimiento local sobre la enfermedad y sus pacientes, muy especialmente los vinculados a la etnografía¹.

Hasta finales del s.XIX, médicos, psiquiatras, sacerdotes y juristas compartieron metodologías e instrumentos de matriz naturalista – de naturaleza etnográfica - para indagar sobre la realidad. Sus fundamentos metodológicos comunes procedían de la relectura bajomedieval de los textos hipocráticos y galénicos y de la revisión de la ciencia aristotélica por el Doctor Angélico (COMELLES, 1996). Combinaban unos y otros en grado distinto, la *observación y la escucha del caso* – esta no necesariamente en boca del paciente sino de su entorno -, la *exploración física del paciente* mediante los sentidos del observador, y el *conocimiento local* del mismo basado en observaciones del entorno, y que permitían *comprender y explicar* las causas de la enfermedad y el *contexto* de su curso. Por eso ya en plena modernidad, se proponía la siguiente agenda para el médico:

“La inmensidad de objetos sobre los que debe fijar su atención el Médico Observador que no quiere dexar de saber quanto pueda influir sobre la salud y enfermedades del hombre [...] 1. Describir la situación y las desigualdades del terreno, del mismo modo que los meteoros comunes a las diversas estaciones del año, 2º Indagar la naturaleza del terreno [...]. 3º Examinar si hay aguas cenagosas estancadas, o bien si manan de una fuente pura [...]. 4º Caracterizar las producciones vegetales que se usan como alimentos [...]. 5º Hacer mención de los animales cuadrúpedos y volátiles que sirven para los usos económicos, describir sus enfermedades y quales son sus remedios, caracterizar los reptiles o los insectos venenosos del lugar, aprender a reconocer el domicilio particular de los insectos perjudiciales a las frutas, cosechas y a todas las sustancias alimenticias. 6º Describir finalmente la constitución física y moral de los habitantes, su modo de vivir, sus enfermedades endemias, las que siguen el orden de sus estaciones, las causas generales que puedan producirlas, y los medios de remediarlas, habiendo confirmado la observación y experiencia sus utilidades. En semejantes tareas emprendidas con grandes luces, apoyadas por conocimientos locales muy vastos y continuadas con un celo constante, se presenta la Medicina con toda su dignidad” (Pinel, 1803:418-419).

Adquirida esa experiencia “un hombre de tino [práctico], echa una ojeada sobre todo lo que le rodea, al instante lo reúne bajo un solo punto de vista, nada le escapa, y comprendiendo luego el encañamiento de las partes que componen el todo, deduce de ello incontestables verdades y consecuencias” (PORTA, 1845:10-11).

El “tino práctico” llevó a centenares de médicos no solo a ver enfermos sino también a escribir su *experiencia local* en forma de topografías y geografías médicas, una práctica que se mantuvo bien entrado el s.XX². Su decadencia tuvo que ver con la crisis de la teoría etiológica vinculada a la necesidad del conocimiento local – el determinismo ambientalista de los hipocráticos y la teoría miasmática (LARREA, 1997) –, y sobre todo por la incorporación a la etnografía de la teoría crítica social y del marxismo que ya no percibían el mal solo como el efecto del clima o de las variables materiales sino como consecuencia de los efectos colaterales del capitalismo³ y de la incapacidad del estado Liberal pre-keynesiano en atajarlos. Escritos como el que sigue:

“El abandono de un niño puede revestir multitud de formas. Hay en primer lugar la orfandad. El hogar del obrero, que tiene como base económica única el trabajo del padre, se deshace muchas veces a la muerte de aquél. La mujer de clase baja no está capacitada casi nunca para hacer frente a las necesidades imperiosas del sostenimiento de la familia. Cuando valerosamente quiere luchar con las circunstancias, encuéntrase constreñida a trabajar en las condiciones ominosas, que a pesar de las leyes protectoras, la industria moderna impone a las obreras. Casi empuja a la mujer a extremar su esfuerzo y su propia debilidad orgánica le opone un infranqueable límite, ella pierde la vida arrebatada por cualquiera de esos morbos patrimonio de la depauperación orgánica. Y entonces los niños, no auxiliados por una beneficencia pública jamás basada en el derecho, sino en el más descarado de los favoritismos, hállese abandonados a merced de toda acción adversa del ambiente social. Tienen hambre y para satisfacerla procuran casi siempre recurrir a los medios lícitos; cuando estos son ineficaces, todo el inmenso campo del delito ábrese ante ellos. Harto hará, si orientados sus impulsos en el sentido socialmente menos dañino, pasea sus andrajos por la ciudad, rebelde e independiente, porque la vida le enseñó qué solo de su personal esfuerzo debe esperar la satisfacción de sus necesidades” (Sanchís Banús, 1916:182).

Tenían el inconveniente de presentar con todo el dramatismo de la mejor literatura naturalista cuales eran las razones estructurales del mal. Y ese era el producto de narrativas etnográficas, que en manos de médicos o de narradores críticos eran retratos demasiado vivos, demasiado certeros en su diagnóstico de las condiciones de trabajo y de alojamiento del proletariado y de sus efectos en la salud⁴. Por eso tenderán a prevalecer interpretaciones individuales, clínicas, basadas en las teorías degenerativas, la herencia y más tarde la genética, la vulnerabilidad psicológica individual, o las malas influencias que tan bien satirizaría un cuplé catalán de principios de siglo XX:

“Sóc filla de Sants,/ tinc les males sangs i les tares /de la llibertat /que m’havien dat els meus pares”.

La libertad producía monstruos, pero tras el manifiesto experimental de Claude BERNARD (1865), el pastorianismo, la introducción de la tecnología radiológica y del laboratorio, el desarrollo de la estadística sanitaria y la epidemiología y los cambios en la organización y administración hospitalarias relegaron las etnografías a los reportes de folklore médico -la medicina “popular”- (COMELLES, 1996; PERDIGUERO, 2004); o a lo que hoy llamamos salud internacional (MARTÍNEZ HERNÁEZ & COMELLES, 1994). La escucha y la exploración física perdieron terreno frente a la tecnología en el diagnóstico⁵.

La crisis de la etnografía como instrumento de conocimiento médico se consagró con la revolución en educación médica que propició el *Flexner Report* en los Estados Unidos de los años veinte⁶ y cuyo hospitalocentrismo (ver RISSE 1999), ha supuesto una creciente reducción del significado patográfico de los relatos (*narratives*) del paciente⁷ y de su entorno y ha convertido a la anamnesis de relato estructurado en una colección de palabras en una matriz previamente impresa cuyo único objetivo es designar signos y síntomas cuanto más patognomónicos, mejor. Con ello, la anamnesis ha perdido su valor narrativo y su condición de instrumento dialéctico para construir la relación mutua entre el enfermo, el paciente y su red social.

La transición entre lo que daba como bueno Porta y protocolos como los del DSM-IV o el CIE-10 es, probablemente, irreversible. En tiempos de Porta dominaba la idea según la cual “*la natura fara da se*”. Era muy importante que el profesional tuviese el máximo de conocimiento contextual que le acreditase, y dispusiese de alianzas con el entorno para facilitar el trabajo de la naturaleza (ver COMELLES, 1998) y administrar los tiempos de espera, “debemos volar a nuestros pacientes cuando la mano de la muerte está sobre ellos; no porque podamos resolver sus sufrimientos, sino porque nuestra presencia sirva de apoyo y soporte a sus amigos” (WARE, 1849: 12). No por ello renegando de una buena formación pues “ningún hombre puede triunfar en el ejercicio de la medicina, a menos que esté bien informado y que lo merezca. Pocos, creo, alcanzan un verdaderamente deseable nivel de reputación sin estar bien formados; pero muchos que lo están fracasan en ello y se hallan a sí mismos por debajo de muchos que no tienen ni la mitad de sus talentos o de sus conocimientos médicos.” (WARE, 1849: 2).

El equilibrio entre formación y experiencia del siglo antepasado, se ha modificado en el actual a favor de la primera, aunque los protocolos no renieguen del principio de “*la natura fara da se*”. Pero ahora se basan en una lógica distinta donde es fundamental asegurar el soporte vital, y sólo después abordar el diagnóstico causal. Ello lleva a prescindir del contexto, a centrarse en el cuerpo, “disparar primero y preguntar después”, para establecer prioridades. Pero si este modelo es casi perfecto para cualquier emergencia vital, y ha permitido la enorme capacidad resolutoria de la medicina actual también ha impuesto un modelo de educación médica *ad hoc*, prescindiendo de los infinitos escenarios de la práctica en la cual no se está jugando la vida sino muchas veces solo malestares⁸, precisamente el escenario dialéctico que propiciaba la construcción de experiencia:

“It is from the nature of this relation, in part at least, that confidence in physicians is of so slow and gradual growth. No doubt the well-founded opinion, that experience is essential to excellence, contributes much to the same effect; but independently of this, long personal intercourse is necessary to give patients that entire and undoubting reliance, which is so often felt by them” (Ware 1849:14)

y que inevitablemente implica la elaboración y la gestión de los delicados procesos de relación ínter subjetiva en la red constituida por el profesional, el paciente y sus entornos sociales y culturales.

El despliegue tecnológico en medicina, la confianza a menudo excesiva en su potencial y, porque no, su mitificación mediática, alienta el escepticismo sobre el valor de la experiencia profesional entre los médicos, y da lugar a sectas médicas como la medicina basada en la evidencia, en la cual las herramientas clínicas más clásicas como la observación o la escucha son casi irrelevantes y lo fundamental es estar ante una buena base de datos para tomar decisiones. Frente a la necesidad de manejar e interpretar los datos procedentes de la tecnología diagnóstica y una documentación impresa que crece exponencialmente, parece más relevante enseñar al estudiante a manejarla que entrenarle en el trato, en la capacidad de entrevistar y mucho menos en explicarle cómo conocer y comprender el contexto o circunstancia del caso.

Y sin embargo, allá donde el acceso a la documentación es difícil, los recursos diagnósticos son más limitados, allí donde la soledad es mayor y, donde el perfil de la patología dominante no se compone de emergencias vitales sino de infinitos malestares menores, resulta que el modelo de formación, la falta de entrenamiento en determinadas herramientas de conocimiento de la realidad, o simplemente la falta de entrenamiento en manejar las relaciones simbólicas y la dialéctica entre el profesional y el entorno que incluye al enfermo, se revela incapaz de dar respuestas adecuadas o motiva la deserción o la crisis personal de los profesionales.

La respuesta al problema no puede venir de la nostalgia del pasado – que es el peor defecto del discurso que sostuvo a mediados del siglo pasado, Pedro Laín Entralgo –, puesto que tal modelo de práctica se sostenía sobre unas bases profesionales, científicas e ideológicas hoy imposibles de reproducir. La posición crítica debe proceder de la revisión de los elementos más ideológicos y corporativos que presiden hoy la estructura y el proyecto de la educación médica, y que son los responsables de la hegemonía del hospitalocentrismo, del especialismo, de los intereses del complejo económico, tecnológico e industrial y de su progresivo alejamiento de los escenarios de la práctica cotidiana fuera de los dispositivos, y en contextos políticos y sociales que nada tienen que ver con los centrales en el primer mundo.

Esto plantea problemas. En primer lugar el que la tecnología diagnóstica actual y la formación del conocimiento científico han dejado de ser el producto de investigadores solitarios para adquirir una dimensión colectiva. El diagnóstico deja de ser una responsabilidad personal, para ser compartida y la relación personal con el enfermo se convierte en la relación de un grupo de trabajo multidisciplinar con el enfermo y su entorno, incluso en los contextos hospitalarios más sofisticados (ver por ejemplo ALLUÉ, 1996 y COMELLES, 2002), pero el aislamiento que implica el diagnóstico *instrumental* relega a un segundo o tercer plano el contexto social y cultural de los pacientes. La observación del contexto y las propias narrativas de los pacientes parecen inútiles. Es por esto que, en educación médica, no tiene sentido formar a los estudiantes de medicina o enfermería en técnicas de análisis cualitativo ni adiestrarles en el uso de herramientas para analizarlas e interpretarlas. Pero quizás sean también necesarias puesto que encontramos discursos recientes como el que sigue:

“I have a prediction. The family physician’s practice in the future will not be 24 or more visits per day on a standardized schedule of work units. Imagine this: The family physician sees 12 patients in a day. Each visit is an intense personal discussion and examination of the patient’s health problems, often in the context of the family and social situation. However, with the collaboration of a nurse practitioner or physician assistant, a well-trained advice nurse, a well-trained telephone worker and E-mail, the physician is able to meet the health care needs of 50 patients in one day. This family physician still takes responsibility for as many patients as the one now seeing 30 patients a day.

I spend much of my time now as a health care executive. Curiously, a busy 10-hour day for an executive is about eight appointments or meetings. After all, it takes time to sort out and process the problems of an organization. I also spend time as a mentor. A busy day advising students is about eight appointments. After all, it takes time to sort out all the issues. Are our patients’ illnesses any less complex? Do we not require just as much time to achieve therapeutic success? Certainly we physicians receive enough training to serve as executives or mentors in the care of our patients. When I was in a private fee-for-service practice, where I could generate revenue only by seeing patients, I averaged 27 patient visits per day. Driving home, I often wished I’d had more time with the 12 or so patients who really needed me that day - time I couldn’t give because I was busy attending to the needs of the rest. While managed care today seems to be giving doctors less time with patients, I am optimistic that this will change. Spinning our wheels and not treating the complexity of illness is not only poor care; it’s poor business in the long run. Physicians and patients are becoming progressively unhappier. But capitated care uncouples amount of revenue from number of visits, and team care unshackles the physician from routine complaints. Together, they have the potential to free physicians to concentrate on the patients who really need their help while not neglecting the rest. Marcus Welby returns!

The family physicians of the future will have many ways to care for their patients. They will have computers in their desks, at home and in their exam rooms. Much of their communication with patients will be electronic. (Think of the number of patients who would rather not leave the house, fight traffic, find a parking spot and survive the waiting room just to have a question answered or an obvious problem treated.) Each physician will have a talented staff helping to care for a population of patients. Each will have an intense personal relationship with those patients who want or need him or her. And, just maybe, each physician will achieve a major therapeutic triumph every week.”

Esto lo escribió una autoridad en medicina de familia en 1997 y aunque corresponde a los Estados Unidos, lo que cuenta es generalizable a todos los contextos sociales y culturales en que es necesaria la interacción del profesional de la salud con el enfermo y su red social en la arena cotidiana de estos últimos. Significa que el “conocimiento local” por parte del profesional es indispensable para una buena práctica de salud tanto en los tiempos en que John Ware conferenciaba a los estudiantes del Harvard anterior a la Guerra Civil americana⁹, como en los actuales, y sin embargo algunos se alertan de la falta de interés de los estudiantes por esas facetas del trabajo en salud:

“Seems like serving others is a strong point about Family Medicine. It is a characteristic that you can identify in family physicians before, during, and after medical school and residency. It is also a strong point in physicians doing mental health, geriatrics, surgery, and obstetrics. Not surprisingly family physicians also take on these tasks, in addition to holding up the fine and honored tradition of General Practice.

Did you know that the numbers of medical students choosing family medicine are dropping rapidly? Did you know that top medical school leaders have recommended getting doctors who had broader characteristics, but medical schools continue to choose based primarily on intellectual scores on tests and grades in college? Not surprisingly we have fewer and fewer interested in serving, especially serving in underserved areas. We also have more and more medical schools interested in getting students who will become researchers. After all, the way medical schools get more dollars is by having more researchers, not by graduating doctors who leave medical schools and serve in other locations. Research demands a person with an inward focus, and ability to concentrate and immerse in concepts and data. Selecting for research means selecting away from service and involvement.

Do you think that this might be a reason why you have a hard time talking to your doctor anymore? Guess who leads medical schools in the fight to have students understand the importance of communicating with patients, or trying to prevent disease, or understanding how to serve the elderly, people from other cultures, those who have been abused, or people who are mired in poverty and ignorance?”¹⁰.

La agenda de la *University of Nebraska Medical School* quizás sorprenda a los europeos, pero no es muy distinta de lo que podría proponer cualquier sistema de salud latinoamericano, y ni está lejos de la filosofía que, bajo el cardenismo en los años treinta, motivó la implantación, entonces vanguardista, del sistema de pasantías en la república mexicana. Propone una formación distinta para los médicos y un proyecto profesional que poco tiene que ver con las expectativas de ganancia de los cardiólogos norteamericanos más punteros, sino con otros acentos:

“The battle for better physicians involves admissions of a much wider variety of students, particularly lower income students from both rural and urban areas. US medical schools are admitting more and more students who are less and less likely to serve or understand those with the most challenging situations. Changes must begin in education and move throughout all levels to medical school and medical practice. Physician Distribution means Health Policy, Education Policy, Admissions Policy, all focusing on Breadth, not Depth! Choice of rural practice and family medicine is about trust: trust that you have overcome challenges and will do well whatever you choose, trust that your training has prepared you for underserved primary care, and trust that your leaders will support primary care so that you will be able

to care for patients in a comprehensive way. Current admissions are selecting more and more students who have overcome less and less to gain admission. Current medical training is challenging students less and less. Current health policy makes it most difficult to care for patients in the most effective ways. In only one decade the US has completely reversed course away from the best distribution of physicians in the nation's history. It will have to make such a choice again. There is no other course that the nation can afford and no other course that all of its people will be able to live with" (Bowman, 2006)¹¹.

Estos nuevos estudiantes precisan, además de una excelente formación clínica, de otros instrumentos. Este hecho coincide con el notable desarrollo del interés por las metodologías cualitativas apreciable en salud pública desde hace más o menos un cuarto de siglo¹². Son fruto de la necesidad de afrontar una sociedad global que, por el hecho de serlo, es más híbrida y compleja que nunca. Y es la práctica sanitaria la que debe adaptarse a esa diversidad hibridada y a la fluidez de su demanda y no al revés. Para comprender y entender la evolución de la enfermedad y la carrera moral de cada paciente los profesionales requieren nuevas herramientas que les permitan comprender las lógicas locales y contextualizar la situación social y cultural del enfermo para asegurar la buena marcha del proceso técnico. Aquí las tecnologías diagnósticas, pronósticas y terapéuticas alcanzan sus límites, y los profesionales se ven en la tesitura de incorporar otras variables y dimensiones a su proceso de toma de decisiones en los campos referidos.

Si en los países occidentales las representaciones y las prácticas de los profesionales han podido sortear, solo en parte, el problema que esas variables producen por el uso masivo de los dispositivos institucionales y por la tendencia a derivar a los profesionales de cualquier orden cualquier problemática relativa a la salud, en otros ámbitos son indispensables: en la llamada "salud internacional", donde la tecnología diagnóstica y pronóstica no es asequible por falta de recursos o por alejamiento, en el caso de grupos de ciudadanos culturalmente diversos que plantean desafíos comunicativos, protagonizan formas de discriminación o precisan de adaptaciones de unos protocolos pensados con criterios sumamente rígidos, y aun en los países del primer mundo la mayor parte de problemáticas vinculadas a la morbilidad crónica, a la gestión de los malestares y al sostenimiento de las personas que han de asumir la continuidad de cuidados en su red social.

El acercamiento de los clínicos – y de los epidemiólogos –, a esas metodologías suele ser relativamente acrítico. Queda bien incorporar *gadgets* teóricos y metodológicos que no pongan en cuestión los ejes centrales de la epistemología y de las narrativas médico-clínicas, es decir, su condición de productoras de signos o de indicadores que permitan clasificaciones o que se puedan introducir fácilmente en los protocolos. De ahí que se prefieran a menudo los recursos procedentes de psicólogos sociales o sociólogos puesto que su positivismo se adecua fácilmente al de los médicos y se acomodan con no menos facilidad al modelo de narrativa basado en introducción, material y métodos, resultados, discusión y conclusiones sin más referentes bibliográficos que proyectos y diseños similares que se reduplican mecánicamente puesto que están disponibles en la mayor parte de las revistas mal llamadas de "alto índice de impacto". En las principales revistas médicas, la estructura de los artículos está moldeada por un marco experimental y las metodologías cualitativas son marginales y a menudo rechazadas. El desequilibrio en ellas entre investigaciones cualitativas y cuantitativas no responde tanto a razones científicas como culturales: los *peer reviewers* no son casi nunca competentes en técnicas cualitativas – puesto que la competencia en ellas es más complicada y difícil de adquirir –, de modo que la presencia de artículos suele ser minoritaria. Además, los clínicos no reciben, en general, formación en estas técnicas o se limitan a explorarlas desde una mirada "externa", sin reflexionar sobre sus implicaciones epistemológicas y teóricas si se desea utilizarlas con propiedad y críticamente. Por eso, el interés por lo cualitativo no va más allá de sus versiones *soft*, las más próximas a los modelos de referencia de la medicina experimental, y que desarrollan con una especial capacidad de marketing sobre todo los psicólogos sociales, los sociólogos empíricos y hasta los geógrafos sin poner nunca en cuestión las limitaciones epistemológicas de la investigación biomédica¹³.

La clave de bóveda de las metodologías cualitativas depende del análisis crítico de la posición y los condicionamientos contextuales del propio equipo de investigación. Sin él es casi imposible controlar los sesgos de posición de los investigadores. Esto exige elaborar la *experiencia* -algo que no puede improvisarse- siendo necesaria una apertura de mente que desborda siempre los límites de la disciplina desde la que se parte para entrar en un espacio de diálogo con otras, y muy especialmente con los conceptos utilizados y su operativización. Las críticas que algunos de nosotros hemos efectuado al uso del concepto de cultura en el campo de la investigación biomédica van en este sentido pues pensamos que tienen mucho que ver con un concepto de cultura obsoleto desde el punto de vista del análisis cultural, pero cuya obsolescencia le permite a la biomedicina pensar ilusamente que resuelve el problema de la dosis aceptable de cualitativismo (ALLUÉ, 2000, 2002; COMELLES, 2004).

La tarea de producción de *experiencia*, hace referencia a menudo a los ejercicios autocríticos en relación a los parámetros teóricos e ideológicos y al ejercicio de la propia práctica, y eso no se improvisa. Esa maduración reflexiva requiere elaboración, a menudo supervisión, y muchas veces conduce al rechazo, requiriendo una de-construcción durante el proceso de formación o bien una relativización de los objetivos curriculares que se diseñan. Por ejemplo, resulta fascinante que en un país como España donde la inmensa mayoría de los profesionales deben orientarse profesionalmente hacia escenarios de atención primaria, no haya departamentos de medicina de familia, de medicina social o de enfermería comunitaria, y se siga denominando *medicina preventiva* al área de conocimiento donde se ubica la salud pública... Ciertamente que la medicina de familia y la salud pública no son plenamente superponibles, pero nos preguntamos cómo puede formarse un médico/a o una enfermera/o de familia sin una fuerte formación en la problemática de la práctica general... El lugar que ocupan esas técnicas y esos espacios de reflexión en las escuelas de Enfermería o Medicina es poco relevante puesto que en aras del pragmatismo el entrenamiento de los profesionales se centra de manera casi exclusiva en habilidades en técnicas clínicas pero en poca o nula reflexión teórica y crítica¹⁴.

Para conciliar la eficiencia técnica con la capacidad de comprender el contexto de los enfermos es necesario un cambio cultural entre los profesionales. Se trata de un cambio complejo y nada fácil, pues significa recorrer un camino distinto, que permita que, sin sacrificar la eficiencia, las habilidades de los profesionales se adecuen a la resolución de los problemas de quienes demandan ayuda y no al revés como está ocurriendo, donde son los pacientes lo que se han de adaptar a lo que los profesionales les ofrecen. El objetivo es dotar a los profesionales de herramientas para capturar el contexto de la enfermedad – el mundo –, junto a la captura y comprensión del caso individual. Lo difícil es cómo hacerlo.

Comprender el mundo

“Uscito il medico vero, se l’impressione prodotta da questo sul giudice maschio o femmina, fu buona; se le sue parole ebbero una certa assonanza coi termini tecnici errati appresi qua è la dal pretenzioso consulente, se la pratica manuale consigliata avrà una qualche relazione con altre pratiche superstiziose, se la pozione ordinata sia composta di erbe ben note, si è securi dell’ appoggio morale dell’ individuo misterioso. ma se il medico avrà usato un linguaggio poco alla portata della intelligenza che si trovava a lui presente, se avrà consigliato medicine conosciute o si sarà opposto ad una pratica sciocca già iniziata, può essere certo che il suo infermo non sarà trattato secondo le sue prescrizioni, ma secondo quelle del così detto medicone o della medica” (Zanetti, [1892] 1978:12).

Zeno ZANETTI (1978) visitó los domicilios de sus pacientes durante años. Nos legó un extraordinario estudio sobre las prácticas de salud de las mujeres de Umbría. Hoy siguen siendo miles los profesionales en todo el mundo que siguen viajando, de casa en casa para atender a los pacientes. Zanetti practicaba, como todos los neohipocráticos, la *observación participante*, si bien es cierto que dentro de los modestos límites que aprendiera leyendo *Aires, aguas y lugares*, topografías médicas, o los distintos manuales que circulaban por la Europa culta. Zanetti no quedó atrapado por la rigidez de la epistemología

positivista: “yo soy la autoridad y lo que yo veo y escribo va a misa”. Aprendió a escuchar y a aprender de sus pacientes en sus años de *condotto* que ellos y sus vecinos no eran pobres ignorantes, sino gentes con las que podía compartir y aprender y de los que debía comprender la lógica cultural de sus actos. A eso lo llamamos hoy observación participante. Su aprendizaje formal es, probablemente muy difícil, puesto que la observación participante es algo así como aprender a vivir, a observar y escuchar todo a la vez. Necesita de una actitud y una comprensión particulares de uno mismo: la necesidad de aceptar que uno no sabe lo que otros saben y que ese saber de los otros nos enriquece y hace el nuestro más poderoso.

Interrogar en un despacho de hospital a un paciente, habiéndose aprendido de memoria el protocolo correspondiente, es relativamente fácil. Uno puede simplemente enunciar frases completas que identifican signos y síntomas y hacer que el enfermo conteste si o no. Es cómodo cuando en una mañana deben atenderse tres docenas de enfermos de la seguridad social. El despacho es el territorio del clínico actual, donde el paciente no es más que un intruso sometido a una jerarquía que protege al clínico de su implicación con el paciente. En cambio, cuando el profesional cruza el umbral del domicilio ajeno, los papeles se intercambian. En ese contexto el profesional es el intruso, el que no sabe, el que debe comprender, ocupando una posición horizontal, nada jerárquica si se quiere. Por eso no hay gran diferencia entre la actitud del antropólogo y la del médico *condotto*, si acaso la dimensión aplicada del trabajo de este último, y la nada aplicada del antropólogo académico que acaba teniendo problemas de reciprocidad con sus informantes hasta el punto que recientemente el pago por servicio se generaliza. La coincidencia no es casual entre el médico y el antropólogo. Fueron los mismos hasta principios del s.XX.

Pero, ¿es posible que en el albor del s.XXI sean lo mismo? Será posible, en el futuro, que el antropólogo – o el sociólogo - médico no sean profesionales de la salud. Dicho de otra manera, las especializaciones instrumentales, la observación participante, ¿pueden ser apropiadas solo por unas etiquetas académicas y no por otras? O por el contrario, las herramientas de conocimiento deben ser transversales y ¿sólo los problemas específicos deben ser abordados desde perspectivas distintas? De algún modo la cuestión la planteó hace una década el médico y antropólogo Robert HAHN (1995) al sugerir que la antropología médica – lo mismo valdría para cualquier otra disciplina sanitaria, debería estar ocupada por profesionales con doble formación, quedando los antropólogos - o los sociólogos – “puros” como meros formadores. En un libro sobre salud e interculturalidad la discusión no es vana. No estamos de acuerdo con la afirmación de Hahn en la medida que si bien es cierto que en tareas de intervención clínica la doble formación puede ser muy interesante, por la misma vía la complejidad de la investigación en equipo actual limita mucho la participación de clínicos, y conviene a su vez, que en términos de técnicas cualitativas pueda haber en los equipos investigadores que puedan tomar distancia de los que son los compromisos de la clínica.

Por eso conviene distinguir entre el investigador y el clínico, aunque ambas figuras puedan ser intercambiables. El clínico que quiere ir más allá de los límites que hemos enunciado debe tener una percepción de su propia cultura y su status, de las diferencias en control y poder existentes en la relación médico/paciente – y con la red social suya y del paciente-, y un conocimiento básico de cómo la teoría y la práctica de la Medicina están condicionadas culturalmente por la existencia de fenómenos de exclusión (racismo), por las diferencias en las estructuras familiares, por los diferentes roles asumidos por los miembros de las familias en las diferentes culturas, por factores sociopolíticos que repercuten sobre la existencia de los pacientes y por los síndromes o enfermedades culturalmente contruidos (*culture-bound syndroms*) y de-construidos puesto que no se trata de entidades estáticas sino sometidas a cambios y evoluciones constantes. Además debe adquirir habilidades o destrezas que le permitan identificar y comprender los modelos explicativos de la enfermedad de los pacientes, ser capaz de modificar sus instrumentos de interacción con el paciente en función de las diferencias culturales y procurar evitar prejuicios o conceptualizaciones preestablecidas. Para ello necesita instrumentos que le permitan una buena práctica – una práctica profesional adecuada -, pero no por ello debería obligatoriamente efectuar, por ejemplo, investigación básica. Por el camino inverso al investigador básico –al más académico-, mucho le convendría de tanto en cuanto el diálogo con el profesional que hemos definido.

Por tanto, en las cualidades del buen profesional se deben incluir la empatía, el respeto, la capacidad de inspirar confianza, la comprensión y la capacidad de establecer lazos y alianzas que faciliten la colaboración, que proporcionen esperanza y ánimo y que permitan al paciente asumir el control propio de su proceso (*empowering*).

Esos instrumentos no solo sirven para conocer. Son fundamentales, en la esfera de la intervención para el diagnóstico pues este debe situarse en una arena social y cultural específica en la que conviene queden bien definidas tanto variables como etnia, ciudadanía, religión, orientación sexual o de género, precisiones sobre la lengua preferida, conocimiento de las lenguas oficiales, grado de alfabetización y, en entornos multiculturales, el grado de hibridación que todo ello con lo local ha producido. Si de migrantes se trata, el proceso migratorio en sí mismo puede condicionar su actitud y su percepción de la enfermedad, lo cual puede afectar al pronóstico y definitivamente al tratamiento y al seguimiento. Estos últimos deben construirse como una “alianza”, como un proceso de complicidad aceptable y aceptado por ambas partes para que tenga viabilidad. Debe ser realista, centrado en la persona, fácilmente comprensible, apropiado a la cultura del paciente, consistente con los deseos de autonomía y autocontrol y organizado en términos positivos, es decir, que en lo posible resulte exento de prohibiciones. Debe obtenerse una seguridad de cumplimiento y se deben introducir en las recomendaciones los conocimientos para que el propio paciente pueda evaluar los resultados y los progresos. No se deben desdeñar los remedios de origen cultural que estén desprovistos de efectos indeseables sino, por el contrario, aprovecharlos para reforzar la idea de autocontrol del paciente. La competencia profesional no consiste únicamente en estar al tanto de la literatura científica y conocer los protocolos de manera eficiente, ni siquiera en atender bien a las minorías, sino en comprender que la atención a cualquier paciente debe pasar por ello.

Del trabajo en el campo de los clínicos

23

“Imagine yourself suddenly set down surrounded by all your gear, alone on a tropical beach close to a native village, while the launch or dinghy which has brought you sails away out of sight... Imagine further that you are a beginner, without previous experience, with nothing to guide you and no one to help you. For the white man is temporarily absent, or else unable or unwilling to waste any of his time on you. This exactly describes my first initiation into fieldwork on the south coast of New Guinea” (Malinowski, 1922: 4).

Cuando Malinowski escribía estas páginas que inauguraban un nuevo modo de hacer trabajo de campo, pero cuyas raíces procedían de su maestro, William H.R. Rivers, un neuropsiquiatra (RIVERS, 1912), no sabía que a pesar de la influencia de la medicina positivista y experimental en el diseño de las nuevas técnicas de campo, su tarea iba a conducir al trabajo de campo a un desarrollo que ya no sería compartido por la medicina¹⁵. Medio siglo más tarde, la apreciación de los déficit en formación socio-sanitaria de los médicos y las enfermeras¹⁶ y de no pocos salubristas han dado lugar, en las dos últimas décadas a una serie de esfuerzos formativos para resolver la distancia entre la educación formal médico clínica y las necesidades de comprensión del entorno del enfermo cuyo proceso se desarrolla fuera de las instituciones sanitarias o cuando gira en torno a problemáticas como las drogas, el SIDA, la salud mental, las desigualdades en salud o la adaptación de los dispositivos a la diversidad cultural.

En la medida que, como hemos visto, estos no son “nuevos problemas” sino la relectura de “viejos problemas”, desde las ciencias sociales durante el siglo XX se desarrollaron herramientas y metodologías de investigación social y cultural aplicada que respondían a un nuevo encuentro entre la Medicina y las Ciencias Sociales consagrado por las expresiones Sociología o Antropología *en* la Medicina (COMELLES & MARTINEZ, 1993), y que ha dado lugar, en las últimas décadas a una implicación de ambos campos en el desarrollo de las Ciencias de la Salud¹⁷. De la renovación de esas colaboraciones han surgido campos enteros de la Medicina, como la Psiquiatría Transcultural o Cultural (MARTÍNEZ HERNÁNDEZ,

OROBITG & COMELLES, 2000), y significativos desarrollos en metodología e instrumentos de producción de conocimiento. Los más conocidos son, probablemente, las *metodologías de intervención-acción participativa* desarrolladas en los años treinta y que han tenido un amplio espacio de aplicación en América Latina y los *procedimientos de asesoría rápida (rapid assessment procedures)*¹⁸.

Los primeros proceden de una concepción de la acción social en la que se considera ineludible el compromiso social de las personas involucradas en el proceso de cambio. Llevan consigo la necesidad de una intervención que contribuya a dar poder a los sujetos sobre los que se produce la intervención. Existe una abundante literatura al respecto, y una larguísima producción bibliográfica¹⁹.

En cambio los RAP proceden de un planteamiento distinto y sus objetivos son también diferentes. No pretenden el compromiso de la intervención sino la acreditación rápida de profesionales en lo que los latinoamericanos llaman “levantamiento de datos” dentro de un contexto de investigación cuya financiación tiende a ser competitiva y se basa en criterios de mercado, en el sentido de buscar la máxima producción al mínimo costo. Si los primeros apuntan al *empowerment* de los sujetos de la intervención, los RAP se limitan a ser instrumentos para formar profesionales de la salud que necesitan información para aplicar directivas desde una perspectiva “externa” si conviene a los propios sujetos de la investigación.

Los RAP como “cajas de herramientas” pueden ser aprehendidas con cierta rapidez por profanos y producir datos homologables en los términos en que esta homologabilidad se maneja en el actual sistema de producción y divulgación científica. A diferencia de los procedimientos de intervención-acción que no admiten replicabilidad más allá de su valor ejemplar -puesto que los compromisos de los actores obedecen a una dialéctica buscadamente local-, los RAP pretenden una neutralidad científica y una transversalidad que haga comparables los datos obtenidos en un lugar o en un contexto con otros.

Los primeros RAP nacieron a finales de los setenta en el campo de la salud internacional con el objeto de resolver los problemas que planteaban unos diseños de investigación cualitativa generados fundamentalmente por la antropología académica, que implicaban procesos investigativos muy largos, y que, en general, habían sido diseñados para investigadores aislados o para equipos no interdisciplinarios.

“La idea de una evaluación rápida es simple. Incluye la aceleración de la investigación de las ciencias sociales y el enlace explícito de la evaluación y la acción, dando así prioridad a los resultados pragmáticos antes que específicos. Todavía, dada la diversidad de perspectivas metodológicas y disciplinarias por las que la idea ha evolucionado, los intentos han ido enfocados a una mejor estandarización del método de evaluación rápido. Esto ha dado lugar a la aparición de multitud de guías y manuales para su uso en diferentes campos de la salud y entornos culturales” (RHODES et al., 1999:65).

Estas guías, son la versión actual de lo que fueron las redactadas por Tylor²⁰ y revisadas por RIVERS (1912), para ofrecer a los entonces etnógrafos matrices de organización de los datos de campo que permitiesen su comparabilidad transcultural²¹. Eran pues manuales destinados a no académicos que quisieran tener un soporte de autoridad para organizar sus observaciones y sus datos. Los RAP obedecen al mismo principio y están orientados a ser instrumentos destinados a clínicos sin formación en ciencias sociales y sin un entrenamiento específico en investigación social o cultural cualitativa de campo. Los RAP son un camino más fácil para formar en metodología cualitativa a estudiantes de medicina y enfermería²². Correctamente orientados y explicados, constituyen instrumentos poderosos para recoger datos cualitativos de buena calidad mediante equipos multidisciplinares. Desarrollados a partir de la investigación aplicada o acción participativa (FOOTE WHYTE, 1991), frecuentemente utilizadas por ONG, su objetivo ha sido la recolección de grandes cantidades de datos cualitativos y cuantitativos en un corto periodo de tiempo, estando dirigidos a investigadores con una escasa formación en ciencias sociales en contextos sociales y culturales sin estadísticas de salud, o muy deficientes.

En la actualidad existen unos cincuenta RAP específicos orientados a diferentes problemas, de los cuales algunos de los más difundidos y conocidos por ser descargables en Internet, son los siguientes²³:

Scrimshaw, Susan ; Hurtado, Elena (1988) Procedimientos de asesoría rápida para programas de nutrición y atención primaria de salud. Enfoques antropológicos para mejorar la efectividad de los programas. Tokio, Universidad de las Naciones Unidas. [Versión inglesa: Rapid assessment procedures for nutrition and primary health care: anthropological approaches to improving programme effectiveness. Los Angeles: UCLA Latin America Center Publications, University of California, 1987].

Scrimshaw S, Gleason G, eds. (1992) Rapid anthropological procedures: qualitative methodologies for planning and evaluation of health-related programs. Boston: International Nutrition Foundation for Developing Countries, 1992.

WHO/SAB (1988) The Rapid Assessment and Response Guide on Substance Use and Sexual Risk Behaviour (Draft for Field Testing). Geneva: WHO/SAB

WHO/SAB (1998) The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use (Draft for Field Testing), Geneva: WHO/SAB

WHO/SAB 1998 The Rapid Assessment and Response guide on psychoactive substance use and especially vulnerable young people. Geneva: WHO/SAB

Nevin S. Scrimshaw and Gary R. Gleason, Editors 1992. Rapid Assessment Procedures - Qualitative Methodologies for Planning and Evaluation of Health Related Programmes International Nutrition Foundation for Developing Countries (INFDC), Boston, MA.USA, 27.

John C. Waterlow and Beat Schürch, 1992. Rapid Assessment Procedures (RAP) - Ethnographic Methods to Investigate Women's Health. International Nutrition Foundation for Developing Countries (INFDC), Boston, MA. USA.

La mayoría han sido desarrollados por científicos sociales, incluyendo la colaboración de personal de la administración sanitaria y de médicos, y ofrecen criterios cualificados. Incluso si han sido desarrollados mediante una formación rápida, son hoy también referencias para proyectos a largo plazo porque incluyen ejemplos prácticos explicados en un lenguaje sencillo. En general incluyen la elaboración de registros, diarios de campo, notas de campo y otras técnicas que ofrecen mayores ventajas en relación al tipo de asesoramiento proporcionado por otros manuales “más antropológicos”. Por eso suelen ser buenos y sencillos manuales utilizables en la formación de estudiantes de antropología o sociología, por su sencillez y asequibilidad. Todos incluyen pautas de técnicas básicas como:

- Observación participante
- Observación
- Entrevistas
- Métodos genealógicos para trazar parentescos
- Criterios elementales para construir redes sociales, etc.
- *Briefings* sobre técnicas específicas, como realizar grupos de discusión para los objetivos de la investigación aplicada.

Lo más interesante es la descripción y las herramientas para registrar datos de observaciones y narrativas. Si muchos médicos y enfermeras tienen experiencia en entrevistar, y algunas veces en observación no estructurada, sus mayores problemas son los relacionados con el registro y la clasificación de datos, así como con los marcos metodológicos para analizarlos. Lo mismo sucede con los estudiantes de ciencias sociales, que tienen dificultades en transcribir las observaciones o las narrativas orales a soportes escritos como diarios o notas de campo, informes, fichas, etc...²⁴ Proporcionan una formación rápida – y básica-, a trabajadores de campo para que recojan información, la clasifiquen y la presenten de manera descriptiva. En una segunda etapa los equipos multidisciplinares interpretan los datos, pero

para ello es necesario que tengan un conocimiento profundo de las condiciones en las que los investigadores de campo los han recogido. Este es su talón de Aquiles: no asegura la calidad de los datos porque obliga a utilizar matrices rígidas no muy adaptables a las circunstancias específicas del campo y el entrenamiento somero de los investigadores de campo no es garantía de una buena acreditación para técnicas cualitativas.

La mayoría de los RAP han sido aplicados en proyectos de salud internacional, pero existe la posibilidad de desarrollar RAP para evaluar espacios clínicos e institucionales y, en general, ámbitos sociales. Actualmente en algunos campos están teniendo lugar desarrollos en auto-evaluación basados en criterios cuantitativos que aparecen como “datos objetivos”. Pero la utilización de procedimientos de evaluación basados en cuestionarios o encuestas cuando el objetivo de la investigación es analizar conflicto, discriminación o exclusión, tiene un alcance limitado. Los métodos cualitativos son más potentes para aplicar a estas cuestiones. Sin embargo, suelen ser descalificados con argumentos tales como la falta de valor “estadístico” de la muestra, la manera narrativa en la que los datos son presentados, o argumentando que los informes cualitativos son meras colecciones de anécdotas.

Los RAP ofrecen la posibilidad de enseñarnos cómo los datos cualitativos nos permiten describir un hecho singular desde el cual podemos llegar a comprender situaciones complejas. No obstante, el sesgo de la posición del observador necesita ser explicado de manera clara a los observadores así como mostrarles que este tipo de técnicas requieren de una formación, experiencia y supervisión externa para poder tomar distancia. En la mayoría de los casos, los RAP son llevados a cabo en el campo por los investigadores comprometidos con el problema que estudian. Establecer una distancia se hace necesario para poder realizar una buena explotación de datos, y este es el objetivo de la formación.

Una de las mayores ventajas de los RAP es su balance equilibrado de técnicas. De hecho, un RAP es un paquete de técnicas (cuantitativas y cualitativas) articuladas de manera razonable para producir datos sobre una cuestión específica. Esto es positivo de enseñar a los profesionales sanitarios, porque ciertas técnicas pueden ser parte de su formación profesional (grupos de discusión en psicólogos, por ejemplo). Sin embargo, la aplicación de un RAP obliga al investigador y al equipo completo a discutir los límites de cada una, o a ser conscientes que la combinación de técnicas es también una herramienta para controlar los límites de cada una y permiten la posibilidad de cruzar datos para llegar a la evidencia.

Un RAP específico puede ser una herramienta útil – y poderosa- para trabajar en entornos culturalmente diversos, porque puede ser incluido en un programa de enseñanza para profesionales de la salud que busquen una mayor sensibilidad de las variables contextuales. La formación en estas técnicas obliga al observador a sustituir sus estrechas perspectivas clínicas por una más amplia así como la necesidad de protocolizar las observaciones y los datos sociales y culturales les permite adoptar una actitud menos reticente sobre el valor que poseen las técnicas cualitativas. Si los investigadores tienen una mentalidad abierta y no dogmática los RAP constituyen una buena puerta abierta a la formación densa en Ciencias Sociales, lo cual es deseable.

Por otra parte los RAP son instrumentos controvertidos por tres razones. En primer lugar los mejores resultados se asocian a su utilización por equipos multidisciplinares porque así debería procederse a una recogida de datos, análisis y tratamiento más crítico. En segundo lugar, existe el peligro de un trabajo participativo insignificante si el tiempo de investigación es muy corto. Y, finalmente, existen dudas respecto a la actitud ética en relación a los informantes. Por ello tienden a desarrollarse hoy protocolos equivalentes a los del consentimiento informado. Además, debe tenerse en cuenta que para la obtención de información comienza a generalizarse, como hemos mencionado anteriormente, el pago de servicios.

Mientras que los RAP emergen desde la salud internacional con los objetivos de prevención, de políticas públicas y, en general, de salud pública, los psiquiatras en las sociedades occidentales que están tratando con pacientes de diversos orígenes y lenguas han desarrollado metodologías clínicas para gestionar esta diferencia cultural y producir conocimiento clínico. De esta manera vemos como los RAP

recogen los datos en el *espacio* del *paciente*, mientras que las historias clínicas recogen los datos de las narrativas de los pacientes en el espacio clínico, es decir, en el *espacio* de los *profesionales*.

Tanto la investigación-acción participativa como los RAP producen un conocimiento holístico basado en la articulación entre el entorno físico y variables sociales y culturales, siempre en un sentido global y de un modo articulado. Las diferencias residen en el significado que se da a la investigación. En un primer escenario los RAP pueden ser de utilidad para el entrenamiento de los cooperantes, pero en un segundo escenario, en su versión de procedimientos de obtención rápida de datos cualitativos los riesgos y los problemas éticos deben estar siempre presentes en la medida que pueden ser utilizados también – como desgraciadamente existen no pocos ejemplos –, en operaciones de inteligencia o contrainsurgencia. Son los riesgos de una metodología poderosa pero que debería estar siempre sometida a algún tipo de acreditación o validación neutral y crítica en relación con el eventual uso político de los datos, o con las implicaciones económicas que ello pueda representar en un contexto de políticas de desarrollo.

Notas

- 1 Ver COMELLES (1998, 1998a, 1999, 2000) sobre las razones por las cuales la hegemonía de las metodologías etnográficas en el campo de la salud fue suplantada por el desarrollo de las metodologías clínicas. Sobre los orígenes del proceso conviene no quedarse exclusivamente con FOUCAULT (1978), sino matizarlo con las interesantísimas aportaciones de VON BUELTZINGSLOEWEN (1997) y RISSE (1999).
- 2 Hay bibliografía internacional al respecto, ver por ejemplo RILEY (1987). Sobre España están los excelentes estudios de URTEAGA (1980), PRATS (1996), LARREA (1997) y BERNABEU, BUJOSA Y VIDAL HERNÁNDEZ (1999). Sobre su interés ver PERDIGUERO (1988), y COMELLES (1996). Vale la pena destacar que en América Latina la documentación al respecto es abundante, entre otros por la existencia de miles de informes de pasantía en la Biblioteca de medicina de la UNAM, bastantes artículos de la revista *Manguitos*. Un ejemplo del uso de ese material está en CUETO (2000).
- 3 Ver a ese respecto los brillantes análisis de EWALD (1989) y CASTEL (1995).
- 4 Véase naturalmente el célebre texto de ENGELS (1968), cuyos datos procedían de una topografía médica.
- 5 Para una síntesis de la evolución ver COMELLES (2003). El peso de esa tecnología tiene sus bases en el siglo XIX (ver sobre todo ROSENBERG, 1992), pero sobre el nacimiento del hospital diagnóstico conviene la síntesis hecha por SALMON, GARCÍA BALLESTER & ARRIZABALAGA (1990), y muy especialmente VOGEL (1980), ROSENBERG (1986) y RISSE (1999). La literatura sobre el impacto de la tecnología en la medicina actual es inmensa de la mano del desarrollo de los *science studies* e incluso de los *post-colonial studies*. Véase por ejemplo el excelente *reader* de LOCK, YOUNG & CAMBROSIO (2000).
- 6 El tema ha propiciado una inmensa literatura. Ver entre los clásicos PERROW (1963) y VOGEL (1980), y entre los textos más recientes sobre educación médica FREIDSON (1980) y DELVECCHIO GOOD (1995) entre otros. También el testimonio del antropólogo y médico KONNER (1987).
- 7 En sus escritos clásicos de los cincuenta LAÍN ENTRALGO (1950, 1965) refleja un periodo pre-tecnológico, en el sentido al que aludíamos, de la práctica médica. Aunque lector de la sociología empírica norteamericana, entre la medicina descrita por Parsons, por ejemplo y la suya en España había poca diferencia: ninguno de los dos describe a los enfermos presentes en las etnografías hospitalarias de RISSE (1999) sobre ese tiempo.
- 8 Sobre la ideología del riesgo, las razones de su éxito y las implicaciones económico-políticas puede leerse con provecho CASTEL (1981) y BECK (1986).
- 9 La revisión sobre las relaciones entre nivel económico, capital social y desigualdades de salud que efectúa SOBREMONTÉ (2006), pone de relieve como, en los países desarrollados y con cobertura universal de prestaciones hay una evidente reducción de las mismas. Es particularmente interesante el caso de Euskadi en la medida que el tamaño del país tiende a favorecer la igualdad incluso entre ámbitos tradicionalmente etiquetados como “rurales”. De paso pone de manifiesto como las etiquetas rural/urbano en Europa prácticamente no tienen sentido.
- 10 http://www.unmc.edu/Community/ruralmeded/marcus_welby.htm (visitada 14 de abril de 2006). *University of Nebraska Medical Center*
- 11 BOWMAN, Robert C. <http://www.unmc.edu/Community/ruralmeded/> (visitada 14 de Abril de 2006).
- 12 El interés creciente del sector salud por las “metodologías cualitativas” es un hecho. Revistas como *Sociology of Health and Illness*, o *Health* eran casi impensables hace un cuarto de siglo. La primera tiene un índice de impacto muy elevado en el terreno de las revistas de ciencias socio-sanitarias. En España y en América Latina se han desarrollado recientemente nuevas publicaciones (ver MERCADO & TORRES, 2000). En el caso de España conviene revisar la bibliografía sobre el tema en PERDIGUERO, COMELLES & ERKOREKA (2000), complementándose con las últimas versiones de los informes SESPAS sobre salud en España publicados en *Gaceta Sanitaria*.

- 13 Crece hoy el uso del software de análisis de dominios culturales. Se utiliza las más de las veces para producir taxonomías culturales sin el necesario ejercicio, fundamental en técnicas cualitativas, de triangulación de datos de muy diversa procedencia y a menudo originados desde disciplinas distintas.
- 14 En una facultad de medicina de una universidad española una encuesta descubrió que los estudiantes redactaban apenas dos páginas a lo largo de la carrera entera puesto que las evaluaciones se hacían mediante *multiple choice questions*. Obviamente, en ese medio queda poco espacio para la discusión conceptual, para la teoría o para la reflexión.
- 15 Un par de introducciones autobiográficas al trabajo de campo antropológico son los conocidos libros de BARLEY (1989) y MALLART (1996), este último centrado en temas de antropología médica. Hay una interesante bibliografía anotada sobre trabajo de campo en BETTEZ GRAVES & MARKS RIDINGER (1988)
- 16 Sobre las relaciones entre medicina y antropología en el siglo XX ver COMELLES & MARTÍNEZ HERNÁEZ (1993), MARTÍNEZ HERNÁEZ & COMELLES (1994) y sobre las relaciones específica entre psiquiatría y antropología (MARTÍNEZ HERNÁEZ, 2000).
- 17 Véase por ejemplo la obra de KLEINMAN (1995) o HAHN (1995) al respecto.
- 18 Sobre la construcción de la experiencia de campo en tareas de investigación-acción participativa conviene ir al clásico de FOOTE WHYTE (1984).
- 19 Existe una abundante bibliografía al respecto, pero creemos que los ejemplos reunidos por William FOOTE WHYTE (1991) sobre esta metodología en agricultura e industria pueden abrir perspectivas más amplias que las centradas exclusivamente en el sector salud. En el sector salud puede verse el clásico de FARMER (1998), así como la excelente tesis de GONZÁLEZ CHEVEZ (1996).
- 20 British Association for the Advancement of Science (1874). *Notes and Queries on Anthropology, for the Use of Travellers and Residents in Uncivilised Lands*. Londres.
- 21 Tampoco era una novedad. El cuestionario de las Relaciones Geográficas (*Relaciones de los pueblos de España*, 1575). Sobre su significado ver LÓPEZ PIÑERO (1989)
- 22 Aunque ahora proliferan los textos sencillos que ofrecen también esa información. Ver por ejemplo la pequeña colección de manuales que publica Sage, por ejemplo SCHEIN (1987), o la colección *Cuadernos metodológicos* equivalente que publica en España el Centro de Investigaciones Sociológicas. Ver por ejemplo GUASCH (1997) y GARCÍA JORBA (2000). Pero hay hoy numerosos manuales al respecto, ver por ejemplo ROSSMAN & RALLIS (1998) o MORSE (1992). En castellano ver MERCADO & TORRES (2000) y MERCADO, VILLASEÑOR *et al.* (1999-2000), así como la edición no venal de DENMAN & HARO (2000).
- 23 Hay un buen estado de la cuestión en RHODES, STIMSON, FITCH, BALL, ANDREW Y RENTON (1999) con 32 referencias y un buen análisis de conjunto.
- 24 Desde hace más de una década hay textos sobre como redactar narrativas etnográficas, ver por ejemplo ANJEK (1990) y EMERSON, FRETZ & SHAW (1995).

Bibliografía

- Allué Martínez, Marta
1996 *Perder la Piel*. Barcelona: Planeta Seix Barral.
- Allué Martínez, Xavier
2000 “De que hablamos los pediatras cuando hablamos de factores culturales”. En: Perdiguero, Enrique; Comelles, Josep M. (eds.), *Medicina y Cultura, Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Ed. Bellaterra.
- Allué Martínez, Xavier
2002 “Culturas de las instituciones sanitarias y participación”. *Trabajo Social y Salud*, 41.
- Barley, Nigel
1989 *El antropólogo inocente. Notas desde una choza de barro*. Barcelona: Anagrama.
- Beck, Ulrich
1986, 2001 *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. París: Flammarion (hay ed. cast.)
- Bernabeu Mestre, Josep; Bujosa, Francesc; Vidal Hernández, Josep M. (comps.)
1999 *Clima, microbis i desigualtat social: de les topografies mèdiques als diagnòstics de salut*. Menorca: Institut Menorquí d' estudis.
- Bernard, Claude
1865, 1984 *Introduction a l' étude de la médecine expérimentale*. París: Flammarion.
- Bettez Gravel, P.; Marks, R. (comps.)
1988 *Anthropological fieldwork. An annotated bibliography*. Nueva York: Garland.

- British Association for the Advancement of Science
1874 *Notes and Queries on Anthropology, for the Use of Travellers and Residents in Uncivilised Lands*. Londres.
- British Association for the Advancement of Science
1912 *Notes and Queries on Anthropology, for the Use of Travellers and Residents in Uncivilised Lands*. Londres (Fourth Edition).
- Bueltzingsloewen, Isabelle von
1997 *Machines à instruire, machines à guérir. Les hôpitaux universitaires et la medicalisation de la société allemande 1730-1850*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Castel, Robert
1981 *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*. París: Editions de Minuit. (hay ed. cast.)
- Castel, Robert
1995 *Les Métamorphoses de la Question Sociale. Une Chronique du salariat*. París: Fayard. (hay ed. cast.)
- Comelles, Josep M.
1996 "Da superstizioni a medicina popolare: La transizione da un concetto religioso a un concetto médico". *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 1-2: 57-89.
- Comelles, Josep M.
1998 "Parole de médecin. Le récit sur la pratique dans la médecine contemporaine". En: Laplantine, François; Lévy, Joseph; Martin, Jean B.; Nouss, Alexis (eds.), *Récit et connaissance*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.
- Comelles, Josep M.
1998a "De la práctica etnográfica a la práctica clínica en la construcción del estado contemporáneo". En: Greenwood, Davydd J.; Greenhouse, Carol J. (eds.), *Democracia y diferencia. Cultura, poder y representación en los Estados Unidos y en España*. Madrid: UNED.
- Comelles, Josep M.
1998a "From ethnography to clinical practice in the construction of the contemporary State". En: Greenhouse, Carol J. (eds.), *Democracy and Ethnography. Constructing identities in multicultural liberal states*. Albany: State University of New York Press.
- Comelles, Josep M.
1999 "Medical Practice and Local Knowledge. The Role of ethnography in the medical hegemony". En: Otsuka, Yasuo; Sakai, Shizu; Kuriyama, Shigehisa (eds.), *Medicine and the History of The Body*. Tokyo: Ishiyaku EuroAmerica, Inc. Publishers.
- Comelles, Josep M.
2000 "The Role of Local Knowledge in Medical Practice: A Trans-Historical Perspective". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24: 41-75.
- Comelles, Josep M.
2002 "Medicine, magic and religion in a hospital ward. An anthropologist as patient". En: Comelles, Josep M.; Dongen, Els van (eds.), *Themes in Medical Anthropology*. Perugia: Fondazione Angelo Celli Argo.
- Comelles, Josep M.
2004 "Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI", en Fernández Juárez, Gerardo (eds.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: Abya-Alia, 17-30.
- Comelles, Josep M.; Martínez-Hernández, Angel
1993 *Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*. Madrid: Eudema.
- Cueto, Marcos
2001 *Visiones de medicina y exclusión en los Andes y Amazonas peruanos en la década de los cuarenta*. Nueva York: NYU.
- Delvecchio Good, Mary-JoJo
1995 *American Medicine: the Quest for Competence*. Berkeley: University of California Press.
- Denman, Catalina A.; Haro, Jesús A. (comps.)
2000 *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.

- Emerson, Robert M.; Fretz, Rachel I.; Shaw, Linda L.
1995 *Writing ethnographic fieldnotes*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Engels, Friedrich
1847, 1968 *Aportacions a la historia del moviment obrer*. Barcelona: Edicions 62.
- Ewald, François
1986, 1996 *Histoire de l'Etat Providence. Les origines de la solidarité*. París: Le Livre de Poche.
- Farmer, Paul
1998 "Culture, Poverty, and HIV Transmission. The Case of Rural Haiti". En: Geest, Sjaak van der; Rienks, Ari (comps.), *The Art of Medical Anthropology. Readings*. Amsterdam: Het Spinhuis. Universiteit van Amsterdam.
- Freidson, Eliot
1980 *Doctoring Together. A Study of Professional Social Control*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Foucault, Michel
1963, 1978 *Naissance de la clinique*. París: Presses Universitaires de France.
- García Jorba, Juan M.
2001 *Diarios de campo*. Madrid: CIS.
- González Chévez, Lillian
1998 *El pulso de la sobrevivencia. Estrategias de atención para la salud en un colectivo de mujeres del subproletariado urbano*. Tesis de Doctorado. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Guasch Andreu, Oscar
1997 *Observación participante*. Madrid: C.I.S..
- Hahn, Robert A.
1995 *Sickness and Healing. An Anthropological perspective*. Cambridge: Yale University Press.
- Konner, Melvin
1988 *Becoming a doctor*. Penguin.
- Kleinman, Arthur
1995 *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.
- Laín Entralgo, Pedro
1950, 1998 *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*. Madrid: Triacastela.
- Laín Entralgo, Pedro
1964 *La relación médico-enfermo*. Historia y Teoría. Madrid: Revista de Occidente.
- Larrea Killingier, Cristina
1997 *La cultura de los olores. Una aproximación a la antropología de los sentidos*. Quito: Abya-Yala.
- Lock, Margaret; Young, Allan; Cambrosio, Alberto (comps.) (2000). *Living and working with the new medical technologies. Intersections of inquiry*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- López Piñero, José M. (comp.)
1989 *Los orígenes en España de los estudios sobre Salud Pública*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Malinowski, Bronislaw
1922, 1974 *Los Argonautas del Pacífico Occidental. Un estudio sobre comercio y aventura entre los indígenas de los archipiélagos de la Nueva Guinea melanésica*. Barcelona: Península.
- Mallart Guimerà, Lluís
1996 *Soy hijo de los Evuzok*. Barcelona: Ariel.
- Mantegazza, Paolo
1876 *Rio de la Plata e Tenerife. Viaggi e studi di Paolo Mantegazza*. Milan: Brigola.
- Martínez Hernández, Angel
2000 *What's Behind the Symptom. On Psychiatric observation and Anthropological Understanding*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Martínez-Hernández, Angel; Comelles, Josep M.
1994 "La medicina popular. ¿Los límites culturales del modelo médico?". *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 39: 109-136.

- Martínez-Hernández, Angel; Orobitg, Gemma; Comelles, Josep M.
2000 "Antropología y Psiquiatría. Una genealogía sobre la cultura, el saber y la alteridad". En: González, Emilio; Comelles Josep M. (comps.), *Psiquiatría Transcultural*. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 117-246.
- Mercado, Francisco J.; Torres López, Teresa M. (comps.)
2000 *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. Guadalajara: Plaza y Valdés Editores.
- Mercado, Francisco J.; Villaseñor, Martha; Lizardi Gómez, Alejandra
1999-2000 "Situación actual de la investigación cualitativa en salud", *Revista Universidad de Guadalajara*, 17: 19-30.
- Morse, Janice M. (comp.)
1992 *Qualitative Health Research*. Londres: Sage.
- Perdiguero, Enrique
1988 "Las topografías médicas en la España del siglo XIX. Los Estudios sobre la Topografía Médica de Alicante" (1883) de E. Manero Mollá". En: Valera, M.; Egea, M.A.; Blázquez, M.D. (eds.), *Libro de Actas del VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina*. Murcia: Departamento de Historia de la Medicina Vol.I. pp. 263-279.
- Perdiguero Enrique; Ballester Rosa
2003 "Federico Rubio y el Folklore médico". En: Carrillo JL (eds.), *El Dr. Federico Rubio Galí: Medicina y Sociedad del siglo XIX*. El Puerto de Santa María: Ayuntamiento de El Puerto de Santa María.
- Perdiguero, Enrique; Comelles, Josep M.; Erkoreka, Antón
2000 "Cuarenta años de antropología de la medicina en España (1960-2000)". En Perdiguero, Enrique; Comelles, Josep M. (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, 353-446.
- Perrow, Charles
1963 "Goals and Power Structures: A Historical Case Study". En: Freidson, Eliot (dir.), *The Hospital in Modern Society*. Nueva York: The Free Press.
- Pinel, Philippe
1803 *Nosografía Filosófica, Tomo II. Aplicación del método analítico a la medicina*. Madrid: Imprenta Real.
- Porta, Ignacio
1845 *Del verdadero tino práctico. Discurso Inaugural del curso académico de la Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona*. Barcelona: Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona.
- Prats i Canals, Llorenç
1996 *La Catalunya rànica. Les condicions de vida materials de les classes populars a la Catalunya de la Restauració segons les Topografies mèdiques*. Barcelona: Alta-Fulla.
- Rhodes, Tim; Stimson, Gerry V; Fitch, Chris; Ball, Andrew; Renton, Adrian
1999 "Rapid assessment, injecting drug use, and public health". *The Lancet*, 354: 65-68.
- Riley, James C.
1987 *"The Eighteenth Century Campaign to Avoid Disease"*. Londres: MacMillan Press.
- Risse, Guenter B.
1999 *Mending bodies, saving souls*. Oxford: Oxford University Press.
- Rivers William H.R.
1912 "A General Account of Method". En: British Association for the Advancement of Science (eds.), *Notes and Queries on Anthropology, for the Use of Travellers and Residents in Uncivilised Lands*. Londres.
- Rosenberg, Charles E.
1986 *The Care of Strangers. The Rise of America's Hospital System*. Nueva York: Basic Books.
- Rosenberg, Charles E.
1992 "The Therapeutic Revolution: Medicine, meaning, and social change in nineteenth-century America". En: Rosenberg, Charles A. (dir.), *Explaining Epidemics and Other Essays*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rossmann, Gretchen B.; Rallis, Sharon E.
1998 *Learning in the field. An introduction to qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Salmón, Fernando; Garcia Ballester, Luis; Arrizabalaga, Jon
 1990 *La Casa de Salud Valdecilla. la introducción del hospital contemporáneo en España. Origen y antecedentes.* Santander: Universidad de Cantabria-Asamblea Regional de Cantabria.
- Sanchís Banús, José
 1916, 1990 “Estudio medico-social sobre el niño golfo”. En: Rey González, Antonio (dir.), *Estudios medico-sociales sobre marginados en la España del siglo XIX.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Sanjek, Roger (comp.)
 1990 *Fieldnotes. The makings of Anthropology.* Ithaca, N.Y.: Cornell University Press.
- Schein, Edgar H.
 1987 *The clinical perspective in fieldwork.* Newbury Park: Sage.
- Sobremonte de Mendicuti, Emma
 2006 *Desigualdades sociales en salud: el caso de la Comunidad Autónoma de Euskadi.* Tesis de Doctorado. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Urteaga, Luis
 1980 *Miseria, miasmas y microbios. Las Topografías Médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX.* Barcelona: Geocrítica. Universidad de Barcelona.
- Vogel, Morris J.
 1980 *The invention of modern hospital. Boston 1870-1930.* Chicago: University of Chicago Press.
- Ware, John
 1849 *Duties and Qualifications of Physicians. An Introductory Lecture.* Londres: John Henry Parker.
- Whyte Foote, William (comp.)
 1989 *Learning from the field. A guide from experience.* Newbury Park: Sage.
- Whyte Foote, William (ed.)
 1991 *Participatory Action Research.* Newbury Park: Sage.
- Zanetti, Zeno
 1892, 1978 *La medicina delle nostre donne.* Foligno, Ediclio. Zanetti, Z.

UNA REFLEXIÓN SOBRE EL PLURALISMO MÉDICO

Enrique Perdiguero
Universidad Miguel Hernández
España

¿Por qué hablamos ahora de pluralismo médico?

La existencia en una gran parte de las sociedades humanas de este mundo globalizado de modos diversos de entender la salud y la enfermedad, de diagnosticar y tratar los padecimientos, lo que se conoce como pluralismo médico, terapéutico, o asistencial es una realidad innegable. En casi todos los grupos humanos hay, hoy día, diversas instancias asistenciales y terapéuticas que pueden ser utilizadas por sus miembros para resolver sus problemas de salud. La definición y valoración de los propios problemas de salud y su relación con el contexto social económico, político y cultural entra, por supuesto, en el ámbito de estudio del pluralismo asistencial. La gran mayoría de los capítulos de este volumen, como del anterior (Fernández Juárez, 2004) se ocuparon y se ocupan de este fenómeno a través de un rico panorama de conceptualizaciones y experiencias en torno a la interculturalidad y la salud en el ámbito de América Latina. En muchos de ellos se habla de éxitos, dificultades y fracasos, pero también se incide en que solo en las últimas décadas se ha comenzado a prestar una atención más seria a la necesidad de abordar la interculturalidad en el ámbito de la salud. Y esto es así no solo en América Latina. En todo el mundo parece haberse descubierto el pluralismo médico en los últimos años, a pesar de tratarse de un fenómeno estructural. Y es que, de hecho, la atención prestada al fenómeno del pluralismo médico no ha corrido pareja con su importancia real entre la población.

El presente capítulo pretende mostrar como muchos de los modelos teóricos utilizados desde las ciencias de la salud o desde las ciencias sociales para explicar el comportamiento frente a la enfermedad han impedido comprender en toda su extensión el pluralismo asistencial. La mayoría de los modelos se han centrado, sobre todo, en el estudio del uso de una de las alternativas terapéuticas: la dominante medicina científico-occidental. Parece como si esta fuese la única medicina vigente en el mundo, y no un producto histórico, surgido como hoy lo conocemos en la Europa del XVIII y XIX, y extendido, posteriormente a gran parte del mundo, primando un entendimiento biológico de los procesos relacionados con la salud y la enfermedad¹. Los estudios generados por los propios profesionales sanitarios, por la sociología de la salud anglosajona, o por la psicología social, al adoptar en muchas ocasiones esta perspectiva basada en el uso de servicios han desenfocado gran parte de lo que la población hace habitualmente para recuperar su salud, impidiendo una comprensión completa del fenómeno en toda su complejidad. Además, han transformado ciertos modelos de descripción del comportamiento de la enfermedad, en modelos 'prescriptivos' de tal comportamiento. Esto es, ciertos modelos han pasado a ser considerados 'norma' por parte de los actores sociales, especialmente por una gran mayoría de profesionales sanitarios, de modo que han acabado definiendo lo que es actuar bien o mal cuando se quiere recuperar la salud. La constatación, provocada en los países más desarrollados por el creciente uso de las medicinas alternativas y complementarias (MAC, CAM en sus siglas inglesas) de que la resolución de los problemas de salud no es un asunto que se maneje solo a través del uso de la medicina científico-occidental; y la necesidad de contar, en gran parte del mundo, con todos los recursos asistenciales y terapéuticos disponibles para luchar contra la enfermedad y la muerte en los países del sur social y po-

lítico, ha puesto en tela de juicio estos modelos ‘prescriptivos’ y ha fijado la atención en el tema del pluralismo médico y en todas las medicinas que la población utiliza (Goldstein, 2004).

Es cierto que en el ámbito de los países desarrollados si ha habido en las últimas décadas un aspecto de los comportamientos de la población en el marco del pluralismo asistencial, más allá del recurso a los profesionales, que ha venido recibiendo una atención más o menos relevante: la automedicación (Jubete, 2004). Pero esta atención la ha recibido por su implicación en la generación de gasto sanitario y, porque al fin y al cabo se considera una desviación potencialmente peligrosa del uso de recursos provenientes de la propia medicina científica-occidental. En el estudio de la automedicación no ha habido, en realidad, lugar para la consideración del fenómeno del pluralismo asistencial

Antes de revisar de manera sumaria los modelos de estudio del pluralismo médico desde diversas perspectivas y valorar su contribución a la comprensión del problema conviene describir, brevemente, tanto el fenómeno de las MAC como las iniciativas en torno a la medicina tradicional, puesto que, como se ha dicho, ha sido su emergencia en las últimas décadas lo que ha obligado a reexaminar esquemas de entendimiento del comportamiento frente a la enfermedad que parecían intocables.

Medicinas Alternativas, Complementarias y Tradicionales: evidencias recientes

Las MAC más conocidas –homeopatía, acupuntura, naturismo, terapias manipulativas, uso de hierbas medicinales- han recibido en los últimos lustros una atención creciente en el marco del mundo más desarrollado, especialmente en el caso del mundo anglosajón: Gran Bretaña, Norteamérica y Oceanía, así como en el marco de algunos países de la Unión Europea (Salmon, 1984; Lewith, Aldridge, 1991; Sharma, 1992; Fisher, Ward, 1994; Cant, Sharma, 1996; Kelner et al, 2000; Tovey et al., 2003; Ruggy, 2004; Johannsen, Lázár, 2006). De esta creciente atención son buen testimonio los artículos o secciones que dedican al tema revistas de gran renombre como el *British Medical Journal*, el *Journal of the American Medical Association*, o *Annals of Internal Medicine* (Barnes, Abbot, Ernst, 1999; Eisenberg, 2001), así como la creación de un subconjunto dedicado a la materia en MEDLINE, la base de datos de la “National Library of Medicine” de los Estados Unidos de Norteamérica.

Este interés ha sido generado por la constatación del uso creciente de las MAC en las sociedades en las que la medicina científica-occidental se encuentra más desarrollada y extendida, lo que ha supuesto una cierta sorpresa, dado que se pensaba que su marcha triunfante iba a resultar imparable. Ernst (2000) en su revisión de aquellos trabajos que han investigado la prevalencia del uso de las MAC en población general cita porcentajes de utilización durante el año previo al estudio que van del 9%, de algunos estudios referidos a los estadounidenses, al 65% de los referidos a los australianos, aunque las variaciones metodológicas, sobre todo en torno al concepto de ‘uso’, son muy grandes y restan consistencia a los hallazgos. Una revisión de similares características (Harris, Rees, 2000) constata también la poca uniformidad metodológica de las encuestas llevadas a cabo hasta ahora, pero subraya, igualmente, la importancia del fenómeno en países como Australia, Estado Unidos o Canadá. Si en vez de población general se investiga a población enferma los datos de utilización de las MAC suelen conducir a porcentajes todavía mayores².

Se ha demostrado que uno de los obstáculos principales para medir la prevalencia de uso de las MAC es la enorme dificultad que supone definir, precisamente, lo que entendemos por medicinas alternativas y complementarias (Kaptchuk, Eisenberg, 2001a; 2001b). Si este problema lo extendemos al tema de las medicinas tradicionales (Nigenda, 1999), sobre el que se volverá más abajo, tan fundamentales en muchos países del mundo el problema se hace todavía más complejo y resulta muy difícil llegar a un consenso. Bajo estas etiquetas se consideran tanto formas de sanar milenarias con tradiciones doctrinales bien establecidas como modas dietéticas de efímera vida, pasando por otras muchas formas tradicionales de entender la salud y la enfermedad que sin tener un corpus doctrinal tan rígido se encuentran totalmente arraigadas en las comunidades en las que cumplen su función. Aclarar este asunto es, sin em-

bargo, imprescindible para poder valorar su importancia en el conjunto de estrategias que utiliza la población para luchar contra la enfermedad. Así, por ejemplo, un reciente artículo sobre el uso de las MAC en los Estados Unidos de América (Barnes et al., 2004) eleva a 62% el porcentaje de mayores de 18 años que recurrieron a ellas en el año previo, si se considera la oración con fin terapéutico o paliativo dentro de estas formas de sanar. Si no se considera la oración terapéutica el uso de las MAC baja a un 36%.

En el mismo sentido, otro punto de difícil acuerdo se centra en si se debe incluir en el concepto de 'uso' el consumo de productos como complejos vitamínicos o hierbas, tan común en muchos países (Taddei-Bringas et al., 1999; Fresquet, Aguirre, 2005) o tan solo el hecho de acudir a un proveedor de MAC o medicinas tradicionales. La decisión sobre este asunto explica no pocas de las discrepancias encontradas en la prevalencia de uso de las MAC y las medicinas tradicionales, incluso dentro del mismo país, tal y como ocurre en los Estados Unidos de América, con cifras muy variables que van desde el 6,5% al 42,1%. (Ni, Simile, Hardy, 2002).

La utilización de las MAC en los países desarrollados varía en función del género y de la clase social. En los estudios realizados las mujeres con educación media o superior y con niveles de ingresos medios o altos son, habitualmente, las que usan con mayor frecuencia estas opciones. En cuanto a las MAC más usadas varían mucho según los contextos investigados por lo que no podemos señalar aquí ni siquiera una tendencia general. Las opciones disponibles, la consideración de tales opciones como alternativas o no³, según los ámbitos, hacen muy variable el panorama de las MAC más usadas. Los motivos que llevan a la población de los países más desarrollados a utilizar este tipo de opciones es uno de los problemas que no son bien conocidos todavía (Coulter, Willis, 2004). En las sociedades investigadas el cambio del patrón epidemiológico que conlleva un predominio de los padecimientos crónicos, con los que hay que convivir; cierto rechazo del consumo de productos químicos y de las terapias invasivas, y, la consideración de todo lo relacionado con la salud en un objeto de consumo más (Doel, Segrott, 2003), son razones que parecen explicar parte del auge de estas formas de sanar y entender la salud y la enfermedad.

La creciente tendencia de uso de las MAC y la importante repercusión económica que supone en los países desarrollados⁴ ha provocado que diversos gobiernos como, por ejemplo, los de Canadá (1999), Reino Unido (2002) y Estados Unidos (2002) hayan publicado informes oficiales sobre la materia. En ellos se trata de ir avanzando en variados aspectos como la financiación de las MAC, la acreditación de los proveedores de las mismas⁵ y la formación de los profesionales sanitarios en estas terapias.

La importancia de las MAC en otros ámbitos ha sido menos estudiada, aunque cada vez hay más trabajos que nos hablan de su importancia (Thomas y Coleman, 2004; Hanssen et al., 2005). En Europa, la prevalencia conocida de uso es muy variable – entre un 3-4% en Suiza y un 49% en Francia – dada la diversa metodología de los estudios llevados a cabo hasta ahora (Sharma, 1992; Fisher, Ward, 1994). Es pues, muy llamativo, que en el momento de escribir estas líneas no haya todavía, excepto para el caso de los medicamentos homeopáticos –que es la que se aplica, por ejemplo, al caso español (Vidal Casero, 2002)– ninguna directiva comunitaria que tome en consideración la importancia que va adquiriendo el uso de las MAC⁶.

Como he tenido ocasión de exponer recientemente (Perdiguero, 2004⁷) en el caso de España la atención prestada al fenómeno de las MAC ha sido escasa, aunque en los últimos años se advierte mayor interés (Bruguera et al., 2004; García-Nieto et al. 2004; Devesa et al. 2004, 2005; Borrell, 2005; Junyent, Camp, Fernández, 2005) anunciándose incluso un proceso de regulación en el ámbito catalán (Caminall, 2005, 38), único territorio⁸ sobre el que tenemos datos de uso⁹ referidos a población general. Las cifras sitúan el uso que la población catalana hace de las MAC por debajo de la media europea (Sharma, 1992; Fisher, Ward, 1994; Ernst, White, 2000), si bien las tendencias son las mismas que en el resto del continente. Así, las mujeres de edad media son las que más visitan a los diferentes proveedores de MAC, siendo estas instancias usadas con mayor frecuencia por las clases medias y altas. Los datos de los estudios de la ciudad de Barcelona confirman la tendencia de la totalidad de Cataluña, si bien al tratarse de un ámbito urbano resultan algo más altos.

Esta diferencia de uso de las MAC por parte de la población española¹⁰ con respecto a la Europa más desarrollada, probablemente pueda explicarse por razones históricas. Aunque las MAC tuvieron bastante vitalidad en el XIX y en el primer tercio del XX¹¹ los largos años de la dictadura franquista, tan refractarios a cualquier heterodoxia, no permitieron la continuidad histórica de estas formas de cuidar y sanar. Ha sido necesario que transcurriesen unas décadas para que se reorganice la provisión de este tipo de prácticas. También hay que tener en cuenta las condiciones de acceso a los proveedores de MAC. En muchos países europeos es posible tanto la financiación estatal como por parte de aseguradoras privadas, algo que, por ahora, no está extendido en España. Ahora bien, también habría que tener en cuenta, para hacernos una idea cabal del pluralismo asistencial en España, la existencia de otras formas de sanar cuyo papel debe ser importante (Perdiguero, 2004) y que no entran dentro de las MAC, sino de la medicina tradicional, tan fundamental en otros contextos.

Y es que fuera del ámbito de las sociedades occidentales más opulentas más que de MAC es mejor hablar de medicina tradicional (Nigenda, 1999:5-8 y 85; Nigenda et al, 2001a; Bodeker, Kronenberg, 2002). Así ha ocurrido en el programa lanzado por la OMS, en su *Estrategia sobre medicina tradicional* (2002-2005), en el que ha pretendido adoptar un punto de vista amplio sobre el pluralismo asistencial entendiendo como medicina tradicional “[...] un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas de medicina tradicional como por ejemplo la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe, y a las diversas formas de medicina indígena. Las terapias de la medicina tradicional incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas con base de hierbas, partes de animales y/o minerales, y terapias sin medicación, si se realizan principalmente sin el uso de medicación, como en el caso de la acupuntura, las terapias manuales y las terapias espirituales [...]” (OMS, 2002:1). El objetivo de esta estrategia, como es sabido, ha sido hacer que la medicina tradicional esté disponible y asequible y asegurar sus uso racional, un objetivo que, en cierto modo, comparte con las iniciativas llevadas a cabo, sobre todo, en los países anglosajones, y con las preocupaciones expresadas desde la salud pública (Bodeker, Kronenberg, 2002). En el caso de Latinoamérica estas preocupaciones han fraguado en torno a la Iniciativa (luego Programa) de Salud de los Pueblos Indígenas apoyados por las resoluciones de la OPS de 1993 y 1997, como es suficientemente conocido (Rojas, 2005)

No obstante las dificultades terminológicas persisten a la hora de llamar a las diferentes medicinas usadas por los latinoamericanos (Nigenda et al. 2001a: 7; Nigenda et al., 2004:416). Luisa Abad (2004:347) también se refirió a ellas en el epílogo al primer volumen de esta serie, y resulta sintomático el eclecticismo de la denominación del ‘taller de medicina y terapias tradicionales, complementarias y alternativas en la Américas’, celebrado en Guatemala en 2001 (OPS, 2002). En todo caso parece evidente la relevancia del uso de la medicina tradicional y su importancia al utilizar una perspectiva intercultural para entender cabalmente, en pie de igualdad, la existencia de diferentes sistemas médicos usados por los latinoamericanos. Los dos volúmenes de esta serie y otros trabajos publicados en los últimos años también reflexionan sobre la problemática (Duarte, 2003; Carreazo, 2004, por citar solo algunos); y sobre las dificultades y los éxitos en las experiencias de integración de los diversos sistemas médicos (Rodríguez y Vinent, 2000; Nigenda et al, 2001b; Duarte et al. 2004). Pero también algunas MAC, en el sentido en que estas son entendidas en los países más desarrollados, son importantes en Latinoamérica. Aunque mi conocimiento es de segunda mano, y se podrían aducir otros muchos trabajos, varios estudios recientes avalan esta aseveración, tanto para el caso de población general o atendida en centros sanitarios (Franco, 2000; Romero y Ballesteros, 2000; Nigenda, et al, 2001a: 12-21; Franco y Pecci, 2002; Nigenda et al. 2004), como en el caso de las enfermos terminales o crónicos (Caballero et al, 2002; Elias y Alves, 2002; Argáez-López et al. 2003; Samano et al, 2005). Especialmente en el caso brasileño en el que homeopatía y acupuntura han recibido, como es sabido, respaldo legal se ha estimulado de manera muy importante el interés¹² por su integración en el sistema de salud y en la enseñanza de las profesiones sanitarias (Martins et al. 2003; Teixeira et al., 2004; Teixeira et al, 2005).

El pluralismo asistencial y terapéutico es, pues, en realidad, un fenómeno estructural en la mayoría de las sociedades, y por supuesto, en las latinoamericanas, pero para hacerlo visible es preciso re-

visar críticamente los modelos dominantes de concebir el comportamiento frente a la salud y la enfermedad. Estos modelos se han ido mostrando progresivamente insuficientes para explicar lo que la población hace para intentar recuperar su salud, para mantenerla o para mejorarla. Se hace necesario ‘descentrar’ el papel totalizador que a veces se asigna al sistema y a los servicios sanitarios formales y contextualizar su papel en el marco de otras posibilidades que la población ha venido utilizando y utiliza para mejorar y conservar su salud y para enfrentarse a la enfermedad y a la muerte. Este ‘descentramiento’, necesario en todas las sociedades es todavía más imprescindible allí donde la presencia de la existencia de varias culturas es más obvia. Pero lo cierto es que la diversidad cultural está presente de una manera u otra en todas partes. No es solo la presencia de arraigadas tradiciones sanadoras las que obliga a ese ‘descentramiento’. Los procesos migratorios suponen que la coexistencia de modos de entender la salud y la enfermedad es un fenómeno que se va a acrecentar en los próximos decenios en muchos países del mundo. En realidad el fenómeno del creciente uso de las MAC es solo un episodio más de la coexistencia de sistemas médicos, que ha llamado tanto la atención porque se ha producido allí donde se creía que la medicina científico-occidental no tenía parangón. Revisemos pues críticamente los modelos que han abocado a una concepción del comportamiento frente a la enfermedad, tan estrecha y rígida que ha supuesto dificultades para la asunción de la pluralidad asistencial como la norma en la atención a la salud y la enfermedad.

La insuficiencia de los modelos de estudio del pluralismo asistencial

Recientemente¹³, han sido publicadas un par de revisiones (Young, 2004; MacKian, Bedri, Lovel, 2004) que han tratado de hacer balance crítico de los modelos de descripción del “illness behaviour” o comportamiento frente a la enfermedad que se han venido utilizando en los últimos decenios. Se entiende aquí comportamiento frente a la enfermedad como los modos diferentes de respuesta de los individuos a las señales corporales, los modos diversos de prestar atención a sus estados internos, como definen e interpretan los síntomas, realizan atribuciones causales, eligen tratamiento y utilizan varios recursos asistenciales tanto formales como informales (Mechanic, 1995, 1208). El concepto de comportamiento frente a la enfermedad tuvo sus primeras formulaciones en las contribuciones fundacionales del historiador de la medicina Henry Sigerist a la Sociología de la Medicina, acuñándose, como tal, en los años sesenta del pasado siglo (Young, 2004:1-2). El concepto surgió para diferenciar lo que se hace frente a la enfermedad de comportamientos más genéricos relacionados con la salud (el denominado ‘comportamiento de salud’: Kasl, Cobb 1966¹⁴) en los que acciones relacionadas con la conservación y la mejora de la salud, así como con la prevención de la enfermedad, también tienen cabida.

El concepto de comportamiento frente a la enfermedad, o el similar de búsqueda de la salud (“health-seeking behaviour”) considera los modos de entender la salud y la enfermedad y buscar tratamiento como socialmente contruidos. Pero en la práctica la mayoría de los estudios se han centrado en conocer qué tipos de servicios sanitarios formales se utilizan, qué factores determinan su uso, así como las variables que pueden explicar su frecuentación diferenciada. Toda la complejidad que requiere el estudio del concepto de “illness behavior” ha quedado con frecuencia fuera del ámbito de la investigación, especialmente cuando ha sido llevada a cabo, sobre todo, desde ámbitos sanitarios, sociológicos o psicológicos. Tales insuficiencias son reconocidas por algunos de los trabajos de revisión citados con anterioridad como el de Mackian, Bedri y Lovel (2004), pero a su vez un manejo muy ‘insular’ de la literatura (tanto desde el punto de vista idiomático como disciplinar¹⁵) impide que superen las limitaciones que denuncian.

Desde los años cincuenta del siglo XX han sido muchos los modelos propuestos para el estudio del comportamiento frente a la enfermedad. Se ha tratado de agruparlos utilizando para ello diversos criterios. Así, se les puede considerar como pertenecientes a una de las siguientes categorías según la clave explicativa escogida: micro-sociológicos, económicos, geográficos, sociodemográficos o de redes

sociales (Young, 2004). También es posible asignar los modelos de estudio utilizados a dos grandes categorías según como traten de organizar el modo de comprender lo que se hace frente la enfermedad. En este sentido una serie de modelos, de corte micro-sociológico, han tratado de describir por qué etapas va desplazándose una persona desde que percibe que tiene un problema de salud hasta que consigue la solución del mismo. Otros modelos, llamados de determinantes, y generalmente de corte macro-sociológico, han tratado de averiguar los factores que explicarían el proceso de decisión que supone la utilización de una o varias alternativas terapéuticas, frente a otras, también disponible, y además en un determinado orden (Mackian, Bedri, Lovel, 2004: 137-138). Otra posibilidad, también sugerida por las revisiones manejadas, es agrupar los modelos según se fijen más en el proceso, esto es en todo el comportamiento frente a la enfermedad, o en el punto final, es decir en la utilización de un determinado servicio, (Mackian, Bedri, Lovel, 2004: 137).

No pretendo repasar aquí todos los modelos utilizados en los últimos cuarenta años, sino apuntar alguna reflexión crítica sobre la influencia de los más relevantes en el entendimiento del fenómeno del comportamiento frente a la enfermedad.

El uso de técnicas cuantitativas en el caso de los modelos de determinantes ha hecho que, sobre todo en el ámbito sanitario, hayan sido dominantes a la hora de entender el comportamiento frente a la enfermedad. Debemos de tener en cuenta, además, que estos modelos son generados en ámbitos sociales, políticos y económicos determinados. Así muchos de los modelos de determinantes, de origen estadounidense, se han gestado en una situación donde la accesibilidad económica es un elemento de singular importancia para tratar de explicar la utilización de una u otra alternativa asistencial. Como resultado, los modelos de determinantes que han privilegiado el factor económico como explicación principal del comportamiento frente a la enfermedad han tenido gran aceptación, dejando de lado explicaciones culturales y sociales, también muy a tener en cuenta. Hoy día se ha constatado suficientemente las limitaciones del factor económico como única o fundamental explicación del comportamiento frente a la enfermedad, especialmente es aquellos contextos en los que existe un acceso más o menos universal a las asistencia sanitaria formal (Young, 2004: 14-16), si bien mantiene su importancia en contextos en los que las barreras de acceso están creadas fundamentalmente por las limitaciones económicas.

La accesibilidad geográfica ha sido, junto el factor económico, una clave explicativa considerada con mucha frecuencia. Hoy día su poder explicativo sigue siendo relevante en áreas en las que la orografía o los transportes son una barrera insalvable, pero ha perdido importancia en muchas otras áreas en las que las infraestructuras de comunicación han variado el significado de los conceptos cerca/lejos. (Young, 2004: 16-17).

Otros determinantes socio-demográficos clásicamente considerados para tratar de entender desde un punto de vista macro-sociológico el modo en el que la población trata de recuperar su salud han sido variables como la edad, el sexo, el nivel de instrucción, la clase social, el estatus socio-económico, la etnia, la religión, el estado civil, etc. Aunque algunos hallazgos se muestran más o menos constantes en los muy diversos estudios realizados, por ejemplo el mayor uso de todo tipo de instancias asistenciales por parte de las mujeres, lo cierto es que con frecuencia los resultados de estos trabajos no resultan congruentes. En unos estudios una variable puede resultar más importante, pero en otro contexto puede perder toda su significación, por lo que no se han encontrado, como, por otro lado era de esperar, tendencias universales que puedan identificar ‘perfiles’ de usuarios de unas u otras instancias asistenciales, o que puedan ayudar a trazar generalizaciones sobre el comportamiento frente a la enfermedad.

Los enfoques de corte macro-sociológico han recibido, además, una crítica de mayor calado. Se ha señalado que este tipo de estudios no son capaces de tomar en consideración en toda su amplitud las complejas experiencias individuales vividas en el contexto de conjuntos de significados sociales, culturales y de poder. Y son precisamente las experiencias individuales, consideradas en toda su complejidad, las que acaban gobernando el proceso de toma de decisiones ante un problema de salud.

En el extremo opuesto al de los modelos de determinantes se sitúan los modelos de corte micro-sociológico que, aunque con el transcurso de los años han ido ganando en sofisticación, incluyen-

do más niveles de análisis¹⁶, siguen basándose fundamentalmente en el proceso individual de búsqueda de la salud. Con frecuencia estos modelos se han formalizado como un serie de etapas ('pathways') que las personas siguen para recuperar su salud. Habitualmente la interacción con los profesionales sanitarios 'oficiales' ha sido un ingrediente fundamental de este tipo de formalizaciones teóricas.

De los modos de abordar el problema del comportamiento frente a la enfermedad que ponen el énfasis en la esfera micro-sociológica, el que ha ejercido más influencia es, sin duda, el tándem formado por el modelo de etapas de Suchman (1965) y la descripción del papel de enfermo que realizó dentro de su obra "El sistema social" (1951)¹⁷ el sociólogo funcionalista Talcott Parsons, rectificada, en algunos aspectos, un cuarto de siglo después (Parsons, 1975), ante el alubión de críticas recibidas. Como es sabido Suchman, para describir el comportamiento frente a la enfermedad, estableció una serie de etapas que comienzan con la experiencia de los síntomas, para llevar a la aceptación del papel de enfermo, y a su vez a la entrada en contacto con la asistencia sanitaria y a la aceptación de la figura del paciente-dependiente. Todo el proceso conduciría a la recuperación o rehabilitación de la persona que experimentó un problema de salud. Suchman consideró en su descripción que el individuo actúa guiado, sobre todo, por la evaluación que hace de sus síntomas. La figura del paciente dependiente, como también es suficientemente conocido, fue descrita por Parsons como un 'rol' social con derechos y deberes. Entre los derechos se encuentra el hecho de que al acceder a este papel el individuo resulta temporalmente liberado de sus obligaciones sociales. Además no se le considera responsable de su enfermedad. Como contrapartida el paciente debe tratar de ponerse bien lo antes posible, evitando así la 'ganancia secundaria' que supondría la prolongación en el tiempo de las ventajas del papel del paciente dependiente. Para conseguir abandonar lo antes posible el 'rol' es preciso cooperar con las personas técnicamente competentes para solucionar las enfermedades: los médicos.

Estos dos modelos de comprensión del comportamiento frente a la enfermedad, habitualmente usados en combinación, no solo han ejercido una enorme influencia a la hora de entender el comportamiento frente a la enfermedad sino que han acabado sirviendo como norma de lo que debería ser el comportamiento adecuado. Lo descrito por Suchman y Parsons es, especialmente para los profesionales sanitarios, lo que 'debería' hacerse. De tal modo que se ha generado toda una enorme cantidad de literatura que gira en torno a las desviaciones de esta norma, sobre todo en lo que se refiere al momento y modo de acudir a los profesionales sanitarios: no acudir cuando se debería, acudir cuando no se debe, acudir tarde o acudir pronto. Mucha de esta literatura esta llena de incongruencias pues aun pretendiendo mantener la dependencia de la población de los profesionales sanitarios les exige una autonomía que racionalice el uso de los servicios, desde luego con criterios definidos por los propios profesionales o por los gestores de los servicios, nunca por la población.

Tanto el modelo de Suchman como el modelo de Parsons han sido puestos en tela de juicio desde muchos puntos de vista. Muchas de las críticas han tomado como punto de partida la concepción apromblemática de los síntomas que en ellos aparece. Es suficientemente sabido que el cuerpo no habla por si mismo sino que lo hace a través de filtros bioculturales. El cuerpo está construido socialmente, en un momento histórico determinado, y no nos es posible percibir sensaciones biológicas, sin tomar en consideración el contexto cultural. Lo que nos llega, lo que entendemos son 'señales' con significados construidos social y culturalmente, en el marco de la manera de entender la salud y la enfermedad de nuestro grupo social. Por tanto el propio inicio del proceso de búsqueda de la salud se basa no en los síntomas sino en la valoración que se hace de ellos, tal y como puso de manifiesto Zola (1973), al describir una serie de situaciones sociales que podían llevar o no a considerar una determinada sensación como un síntoma digno de ser llevado a los profesionales sanitarios. Numerosos estudios posteriores, basados en puntos de vista psicofisiológicos, fenomenológicos o antropológicos han puesto de manifiesto que la consideración de una sensación como síntoma y tomar alguna acción al respecto es un proceso mucho más complejo que requiere situar al individuo en su contexto para comprender por qué toma o no toma determinadas decisiones en relación con asuntos que puede considerar o no de incumbencia para su salud (Armstrong, 2003: 10-14). Por tanto, el "modelo clásico" de comportamiento fren-

te a la enfermedad no acierta, desde un principio, a explicar las variaciones de conducta debidas a diferencias sociales, culturales y económicas.

Otras críticas se han centrado en la falta de consideración de los posibles desacuerdos en torno a la legitimidad del papel de enfermo, muy importantes en la cotidianeidad de las relaciones entre profesionales y pacientes. También se ha reparado en la ausencia de lugar en el modelo para las enfermedades crónicas, algo que rectificó Parsons en 1975. Una crítica reciente toma en consideración que el 'rol' del paciente-dependiente, tal y como fue formulado, no permite dar cuenta de las variaciones que es están produciendo en los modos de relación entre los profesionales sanitarios y los pacientes (en especial médicos y pacientes), sobre todo, en lo que se refiere a los cambios en la asimetría de poder entre unos y otros, según el contexto en el que ejerzan los profesionales. El modelo es aplicable a contextos en los que la hegemonía profesional es indiscutible. Pero las nuevas formas de gestión y los diferentes contextos políticos y sociales no deben hacer presuponer esta hegemonía como una circunstancia invariable.

Por último, en este elenco de críticas a Suchman y Parsons, resulta evidente que este "modelo clásico" de comportamiento frente a la enfermedad está absolutamente imbuido de los valores propios del optimismo de la clase médica occidental posterior a la II Guerra Mundial y que, por tanto, no tiene explicaciones para muchos de los fracasos que ha ido cosechando la medicina científica-occidental en los últimos años, de los cuales el aumento de las desigualdades en salud en el mundo y en los propios países desarrollados es una buena prueba (Evans et al. 1996; Farmer, 1999, 2003; Navarro, Shi, 2001). Por supuesto tampoco hay lugar en estos modelos para la interculturalidad en salud, el fenómeno de las MAC o el del pluralismo asistencial en su conjunto.

Desde la tradición sociológica un intento de establecer puentes entre los enfoques económicos, geográficos, socio-demográficos y micro-sociológicos ha sido llevado a cabo por Bernice Pescosolido (1992)¹⁸ que ha centrado su estudio en las redes sociales. Según la socióloga norteamericana las redes sociales actuarían como 'grupos de gestión terapéutica', un concepto próximo al utilizado previamente en antropología por Janzen (2002: 220,258). Estos grupos, y no tan solo el individuo serían verdaderamente los que irían tomando las decisiones en el proceso de búsqueda de la salud. Se trata así de 'descentrar' el énfasis en las decisiones racionales individuales que priman en otros abordajes de corte micro-sociológico y que no deja espacio a otras variables que también juegan su papel a la hora de decidir lo que se hace cuando se percibe que se ha presentado un problema de salud.

La aportación de la Antropología de la Medicina: un lugar para el pluralismo médico

Cercanos, en parte, a los presupuestos usados por las últimas propuestas micro-sociológicas, y tratando de superar todas las críticas que han ido cosechando los diversos modelos surgidos desde la sociología, la psicología social y desde el propio sector salud, surgieron hace años, desde diversas tradiciones antropológicas, otros modos de abordar el entendimiento del comportamiento frente a la enfermedad. Al gestarse, en no pocas ocasiones, en contextos donde la medicina científico-occidental no solía ser la hegemónica su capacidad de comprensión del pluralismo asistencial ha sido mucho mayor. Estos acercamientos de corte antropológico han sido en general ignorados o apenas tenidos en cuenta por la literatura de uso de servicios sanitarios asentada en la salud pública, la sociología o la psicología.

Entre estos acercamientos las aportaciones mas conocidas, por provenir del mundo anglosajón, son las generadas por el grupo nucleado en torno al psiquiatra y antropólogo Arthur Kleinman. Probablemente las más paradigmáticas del enfoque de este grupo sean la de Noel J. Chrisman (1977) y la del propio Kleinman (1980). Chrisman se ocupó, en el significativo número uno de la revista *Culture, Medicine and Psychiatry* del concepto de búsqueda de la salud. Como es sabido la autora trató de explicar la elección de una instancia terapéutica determinada para recuperar la salud como un proceso de integración sociocultural en el que serían elementos clave la definición de los síntomas, el cambio de rol

exigido por la opción terapéutica sujeta a valoración, y las referencias ofrecidas por la red profana de referencia. En cuanto a Kleinman en su influyente obra de 1980 propuso la clasificación de todos las instancias asistenciales y terapéuticas existentes en una sociedad en tres grandes sectores: el popular, profano y no especializado en el que la enfermedad es reconocida y definida y tratada en la mayoría de las ocasiones; el profesional, formado por los sanitarios organizados y legalmente facultados para ejercer¹⁹; y, por último, el folk, formado por sanadores locales, terapeutas especializados, pero, habitualmente, sin estar tan organizados como las profesiones sanitarias ni con el mismo grado de sanción legal²⁰. El uso de estos sectores estaría gobernado por los modelos explicativos generados ante cada episodio de enfermedad, esto es por las ideas sobre cada padecimiento que tienen los implicados en él. El enfermo utilizaría uno o varios de estos sectores, secuencial o simultáneamente, estando situado en el centro de una 'red terapéutica' en la que la importancia de los consejos y opiniones del ámbito doméstico sería decisiva. La repercusión de las propuestas de Kleinman en el ámbito sanitario próximo a las ciencias sociales, aunque fueron fuertemente criticadas desde el principio por sus limitaciones (Young, 1981; Comelles, Martínez, 1993: 61-64), ha sido magnificada por su inclusión en el libro de Helman (2000: 50-78), el más usado en muchos medios para la enseñanza de la 'medical anthropology' anglosajona, con mucho la más influyente.

La aportación de la antropología francesa al problema del pluralismo médico se ha centrado en el concepto de 'itinerario terapéutico', gestado en el trabajo de campo en África y utilizado por los promotores de la antropología de la enfermedad, agrupados en torno a Marc Augé (1986: 10-12) y Andrés Zempleni (1985), así como por otros antropólogos como Janzen (2002: 220 y 258). Para explicar lo que son los 'itinerarios terapéuticos' suele citarse la definición de Sindzingre (1985:14) que considera como tales a todos los procesos que se llevan a cabo para buscar una terapia, desde que aparece el problema, se ponen en marcha diversos tipos de interpretación y cura, y se utilizan diversas instancias terapéuticas, institucionales o no, todo ello en un contexto de pluralismo médico. Augé (1996: 113)²¹ ha subrayado posteriormente cómo estos itinerarios constituyen procesos privilegiados para el estudio de las relaciones entre lo corporal y lo social y corresponden a un estado de la sociedad en el que los signos distintivos de la identidad y de la relación ya no son evidentes. Los itinerarios terapéuticos se adentran en los usos sociales de la enfermedad y en las interrelaciones entre lo biológico, lo social y lo cultural superando las limitaciones de los enfoques micro-sociológicos y macro-sociológicos. Desde ese punto de vista, tratan de tomar en cuenta las experiencias personales como parte fundamental en la comprensión del pluralismo médico. Hoy día el concepto de itinerario terapéutico se ha transformado en un lugar común en el ámbito francófono, de tal modo que ha comenzado a sufrir el fenómeno de la obliteración: no se cita su procedencia ni se aclara su significado, por lo que en ocasiones no resulta bien precisada la visión del pluralismo asistencial que está describiendo el uso de este concepto.

En el ámbito hispano-hablante y, por tanto, más conocidas y accesibles, tenemos, sobre todo, las aportaciones que se han realizado desde España, por parte del grupo de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona y, sobre todo, por Eduardo L. Menéndez desde México, muy influidas a su vez por la antropología italiana proveniente de De Martino²². Ambas aportaciones tratan de afrontar en toda su complejidad lo que las personas hacen en el seno de sus grupos sociales cuando tratan de afrontar la enfermedad.

Josep Maria Comelles (1982; 2000: 151-158), ha centrado su atención en los procesos y complejos asistenciales, elección que se justifica por su interés en enfatizar las prácticas y no los discursos o las representaciones. En su opción conceptual se trata de abrir lo más posible el abanico de las categorías 'asistibles', sin tener que estar forzado por el corsé de las entidades nosológicas que ha ido forjando la medicina científico-occidental. Una característica fundamental de la postura teórica de Comelles en la necesidad de tomar en consideración las dimensiones diacrónicas de procesos, complejos y dispositivos asistenciales.

Por su parte, Eduardo Menéndez ha fraguado su armazón teórico en torno al estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención. Estos procesos universales, aunque, por supuesto, actuando de

forma diferenciada según los distintos grupos humanos, suponen “la existencia en toda sociedad de representaciones y técnicas para entender, enfrentar y, a ser posible, solucionar la incidencia y consecuencia generadas por los daños a la salud” (Menéndez, 1996: 32). El resultado es una gran cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas, así como diversos modelos de enfrentamiento a la enfermedad (médico, de autoatención, alternativo) entre los que se producen relaciones de hegemonía y subalternidad (Menéndez 1984a; 1984b; 1990; 1992; 1996; 2003). Se trata de un esfuerzo teórico en el que la integración de los planos biológicos y culturales desde perspectivas tanto sincrónicas como diacrónicas aporta una finura de análisis de gran calado. Su influencia en el mundo latinoamericano no necesita ser enfatizada aquí pues muchos de los que nos dedicamos a la Antropología de la Medicina en España y Latinoamérica hemos organizado nuestros acercamientos teóricos en torno a las propuestas generadas por Menéndez.

La utilización de cualquiera de los modelos antropológicos apuntados aquí muy sumariamente ofrece, sin duda, múltiples ventajas teóricas para comprender el fenómeno del pluralismo asistencial en su conjunto y el de la interculturalidad en particular. Así se ha puesto de manifiesto en el quehacer de otras tradiciones académicas, como la historia de la medicina, de la que provengo. Los estudios histórico-médicos estuvieron, en las década de los setenta y ochenta del pasado siglo, fuertemente influenciados por modelos en los que las leyes de la oferta y la demanda trataron de explicar el comportamiento frente a la enfermedad, bajo la égida del modelo del mercado médico. Así mismo se cayó en la trampa del uso de la dicotomía popular/ profesional, para estudiar cómo la población reaccionaba frente a los problemas de salud. En las dos últimas décadas, sin embargo, los referentes teóricos usados han sido inspirados por los puntos de vista que ponen el énfasis en las representaciones colectivas y la relación entre sectores o modelos asistenciales (Perdiguero, 2003; 2005). Si hemos, por tanto, de dar cuenta del conjunto del fenómeno del pluralismo médico es preciso que a nivel teórico se abandone la rigidez de los modelos de uso de servicios sanitarios que no consiguen entender la inextricable naturaleza social, cultural y biológica de la salud y la enfermedad. Si las MAC han contribuido a que nos planteemos este problema no será poca su contribución, aunque, en realidad, como ya se ha señalado nos encontramos ante un fenómeno estructural que en ocasiones, simplemente, no se ha querido o no se quiere ver.

Notas

- 1 Prefiero esta etiqueta a otras utilizadas por la literatura como biomedicina (que a veces oculta la existencia de praxis muy diferentes según el locus en el que es desarrollada la atención) puesto que subraya su componente histórico y la sitúa, por tanto, en pie de igualdad en lo que a la pesquisa antropológica se refiere, con otras formas de entender la salud y la enfermedad. Trata, por tanto, de ayudar a no caer en la trampa de no considerarla susceptible de estudio etnográfico, común en los primeros desarrollos de la Antropología de la Medicina (Comelles, Martínez-Hernández, 1993; 55).
- 2 En un estudio en el Reino Unido, los niños con cáncer los usan en el 32,7% de los casos (Molassiotis, Cubbin, 2004) y en la Columbia británica el 39 % de los hombres con cáncer de próstata (Eng et al., 2003), por poner solo dos ejemplos de los muchos existentes en la literatura para el caso de la oncología o para otros muchos padecimientos.
- 3 Por ejemplo, las terapias manipulativas, varían mucho en sus estatus de ‘oficialidad’ según los países. Pero lo mismo ocurre con otras opciones como la homeopatía y la acupuntura.
- 4 El grupo de la Universidad de Harvard capitaneado por Eisenberg (1993, 1998) estimó un aumento del 45% en el gasto en proveedores de medicinas alternativas entre 1990 y 1997, y en Australia se ha encontrado un aumento de un 120% en el gasto en medicaciones alternativas entre 1993 y el 2000 (MacLennan, Wilson, Taylor, 2002)
- 5 La creciente profesionalización de los proveedores de MAC ha concitado gran atención sociológica (Saks, 1994; Allsop, Saks, 2002).
- 6 (Pregunta escrita E-0566/99), si bien en el marco de la *Co-operation in Science and Technology* se ha prestado atención en los últimos años a la significación terapéutica de lo que se ha denominado ‘unconventional medicine’ (COST – B4, 1999).
- 7 Remitimos a este artículo para todas las precisiones referidas a la Encuestas de Salud realizadas en Cataluña, muy sumariamente resumidas aquí.

- 8 Un referente cuantitativo de poco interés son los datos publicados por la OCU en 1991. Se afirmaba que un 9% de los encuestados, una muestra de la población española mayor de 15 años, había consultado a un practicante de las medicinas alternativas en los 12 meses anteriores. Pero no hay información sobre la calidad técnica de esta encuesta. También existen datos de 1991 sobre el consumo en medicamentos homeopáticos (Fisher, Ward, 1994). España, en comparación con otros países europeos, era de las naciones que menor gasto per cápita realizaba.
- 9 Desde la óptica antropológica Eduard Pardo Jávega defendió en 1996 una tesis sobre el modelo de las medicinas alternativas en Cataluña, precedida y seguida de algunos otros trabajos. Para una relación completa ver: Perdiguero, Comelles, Erkoreka (2000:425).
- 10 No obstante todavía no se cuenta con suficientes estudios como para hacer un diagnóstico de situación, tal. A la misma conclusión llega el reciente número sobre el particular de la revista *Humanitas* (Ballvé, 2003; Gol-Freixas, 2003).
- 11 Ver la bibliografía aportada en Pascual, Perdiguero (2004).
- 12 Una búsqueda en la base de datos LILACS arroja centenares de referencias sobre el particular, algunas de las cuales son tesis doctorales que abordan en profundidad el fenómeno.
- 13 Young (2004:3) hace referencia a que la última revisión fue escrita por McKinlay en 1972, pero el artículo de Kroeger (1983), aun solo referido a los países en desarrollo realiza una valiosa revisión de la literatura sobre el comportamiento frente a la enfermedad. Para el caso latinoamericano también hemos de tener en cuenta los valiosos comentarios de Nigenda et al. (2001a:5-6)
- 14 Este concepto ha tenido mucho menos éxito en la literatura posterior.
- 15 El trabajo no cita un solo artículo que no haya sido escrito en lengua inglesa. Así mismo son pocas las referencias a estudios planteados desde una perspectiva antropológica. Lo cierto es que este autismo lingüístico y disciplinar mas que la excepción suele ser la norma, y explica no pocas de las limitaciones conceptuales de lo publicado sobre comportamiento ante la enfermedad.
- 16 En especial con la aportación de la psicología social (Aday, Awe, 1997). No obstante aunque se han incluido más niveles de análisis este proceso no se ha visto acompañado de una clarificación de la relación entre los diferentes niveles, por lo que la mayor sofisticación no ha conseguido siempre una mejor comprensión del fenómeno.
- 17 Manejamos una edición española (Parsons, 1976)
- 18 Ver también, entre otros trabajos, Pescosolido y Levy (2002)
- 19 En muchos grupos humanos este sector solo está compuesto por la medicina científica-occidental pero, como es sabido, grandes países como China e India tienen sectores profesionales basados en sus propias tradiciones médicas.
- 20 La mayoría de los practicantes de la medicina tradicional se incluyen en este sector, aunque, como es sabido, en varios países de América Latina estos sanadores si se encuentran organizados (Ver varios de los trabajos publicados en Fernández Juárez, 2004, así como Nigenda, 1999: 8-24 y 85). En cuanto a los practicantes de medicinas alternativas y complementarias, según los países pueden ser considerados como pertenecientes a este sector o al profesional. En los países más ricos, como ya se ha señalado, la tendencia es hacia la profesionalización.
- 21 La edición original en francés de *Le sens des autres. Actualité de l'anthropologie* es de 1994.
- 22 Conviene resaltar que desde hace décadas la Antropología de la Medicina española nucleada en torno a Tarragona, la italiana heredera de De Martino y encabezada hoy día por Tullio Sepilli, y Eduardo Menéndez mantienen fuertes lazos de colaboración

Bibliografía:

- ABAD, L.
2004 "Epílogo. Reflexiones en voz alta acerca de las precisiones e imprecisiones de la llamada salud intercultural". En, FERNÁNDEZ JUÁREZ, G., coord. *Salud e Interculturalidad en América Latina*. pp. 347-350. Bolhispania. Abya-Yala. UCLM. Quito
- ADAY, L.A; AWE, W.C.
1996 "Health Services Utilization Models". En: GOCHMAN, D. S. ed.. *Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants*., pp. 153-172. Plenum Press, New York.
- ALLSOP, J; SAKS, M. (eds.)
2002 *Regulating the Health Professions*. Sage. London.
- ARGAZ-LÓPEZ, N. et al.
2003 "The Use of Complementary and Alternative Medicine Therapies in Type 2 Diabetic Patients in Mexico", *Diabetes Care*, 26, p. 2470.
- ARMSTRONG, D.
2003 *Outline of Sociology as applied to Medicine*. 5th ed. Arnold. London.

- AUGÉ, M.
1985 "Introduction". En: AUGÉ, M. ed. *Interpreting Illness. (History and Anthropology)*. pp. 1-15. 2ª ed. Harwood Academic, Chur, Suiza.
- AUGÉ, M.
1996 *El sentido de los otros. Actualidad de la antropología*. Paidós, Barcelona
- BALLVÉ, J.L.
2003 "¿Quién utiliza las medicinas no convencionales y por qué?", *Humanitas. Humanidades Médicas*, 1, pp. 125-134.
- BARNES, J.N.; ABBOT, E.H.; ERNST E.
1999 "Articles on Complementary Medicine in the Mainstream Medical Literature", *Archives of Internal Medicine*, 159, pp. 1721-1725.
- BARNES, PM; POWELL-GRINER, E; MACFANN, K; NAHIN, RL.
2004 "Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002", *Advance Data*, 27, pp.1-19.
- BODEKER G; KRONENBERG, F.
2002 "A Public Health Agenda for Traditional, Complementary, and Alternative Medicine", *American Journal of Public Health*, 92:1582-1591.
- BORRELL i CARRIÓ, F.
2005 "Medicinas complementarias y alternativas: algunas reflexiones desde la bioética", *Atención Primaria*, 35, pp. 311-313.
- BRUGUERA, M; BARRERA, JM, AMPURDANÉS, S; FORNS, X; SÁNCHEZ TAPIAS, JM.
2004 "Utilización de las CAM por los pacientes con hepatitis C crónica", *Medicina Clínica*, 122, pp. 334-335.
- CABALLERO URIBE, C.V., et al.
2002 "Utilización de medicinas alternativas en la consulta reumatológica en la ciudad de Barranquilla", *Revista Colombiana de Reumatología*, 9, pp. 194-200.
- CAMINAL HOMAR, J.
2005 "Medicinas complementarias o alternativas? Un dilema para el sistema público", *Atención Primaria*, 35, pp. 389-391.
- CARREAZO PARISIACA, J.
2004 "Salud intercultural: Atisbos de un enfoque multidisciplinario", *Paediatrica*, 6, pp. 101-107.
- CANT, S; SHARMA U. (eds.)
1996 *Complementary and Alternative Medicines. Knowledge in Practice*. Free Books, London and New York
- CHRISMAN, N.J.
1977 "The health seeking process: an approach to the natural history of illness", *Culture Medicine and Psychiatry*, 1, pp. 351-377.
- COMELLES, J.M.
1982 "Aproximación a un modelo sobre Antropología de la Asistencia", *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 1, pp. 13-29.
- COMELLES, J.M
2000 "De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual", *Trabajo Social y Salud*, 35, pp. 151-172
- COMELLES, J.M.; MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A.
1993 *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. Eudema, Madrid
- CO-OPERATION IN SCIENCE AND TECHNOLOGY.
1999 *A survey of Knowledge and Understanding of Unconventional Medicine. Cost B4*. [visitado 18 de enero de 2004] Disponible en URL: <http://www.osteopathie-france.net/Information/cost-original.htm>
- COULTER, I.D. WILLIS, EM.
2004. "The rise and rise of complementary medicine: a sociological perspective", *Medical Journal of Australia*, 180, pp. 587-589.
- DEVEJA JORDÁ, F. et alii
2004 "Consumo de hierbas medicinales en los pacientes de consultas externas de digestivo", *Gastroenterología y Hepatología*, 27, pp. 244-249.

- DOEL M.A.; SEGROTT, J.
2003 "Beyond belief? Consumer culture, complementary medicine, and the dis-ease o everyday life", *Environment and Planning D: Society and Space*, 21, pp. 739-759.
- DUARTE GÓMEZ, M.B.
2003 "Medicina oocidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales", *Cadernos de Saúde Pública*, 19, pp. 635-643.
- DUARTE-GÓMEZ, M.B.; BRACHET-MÁRQUEZ, V.; CAMPOS-NAVARRO, R.; NIGENDA, G.
2004 "Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuert-zalan, Puebla", *Salud Pública de México*, 46, pp. 388-398.
- EISENBERG, D.M.; KAPTCHUK, T.J.; LAINE, C.; DAVIDOFF, F.
2001 "Complementary and Alternative Medicine-An *Annals* Series". *Annals of Internal Medicine* 2001, 135, p. 208.
- EISENBERG, D.M.; KESSLER, R.C.; FOSTER, C.; NORLOCK, F.E.; CALKINS, D.R.; DELBANCO, T.L.
1993 "Unconventional medicine in the United States". *New England Journal of Medicine*, 328, pp. 246-252.
- EISENBERG, D.M.; DAVID, R.B.; ETTNER, S.L.
1998 "Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997. Results of a Follow-up National Survey", *Journal of the American Medical Association*, 28, pp. 1569-1575.
- ELIAS, M.C.; ALVES, E.
2002 "Medicina não-convencional: prevalencia em pacientes oncológicos", *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48, pp. 523-532.
- ENG, J; RAMSUM, D; VERHOEF, M; GUNS, E.; DAVISON, J; GALLAGHER, R.
2003 "A population based survey of complementary and alternative medicine use in men recently diagnosed with prostate cancer". *Integrative Cancer Therapies*, 2, pp. 212-216.
- ERNST, E.
2000 "Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review". *Bulletin of the World Health Organization*, 78, pp. 252-257
- ERNST, E, WHITE, A.
2000 "The BBC Survey of complementary medicine in the UK". *Complementary Therapies in Medicine*, 8, pp. 32-36.
- EVANS, R.G.; BARRER, M.L.; MARMOR, T.R.
1996 *¿Por qué alguna genre está sana y otra no?* Díaz de Santos, Madrid.
- FARMER, P.
1999 *Infections and Inequalities. The Modern Plagues*. The University of California Press, Berkeley.
- FARMER, P.
2003 *Pathologies of Power. Health, Human Rights and the New War on the Poor*. The University of California Press, Berkeley.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, G., coord.
2004 *Salud e Interculturalidad en América Latina*. Bolhispania. Abya-Yala. UCLM, Quito
- FISHER, P.; WARD, A.
1994 "Medicine in Europe: Complementary medicine in Europe", *British Medical Journal*; 309, pp. 107-111.
- FRANCO, J.A.
2000 "Automedicación y medicinas alternativas", *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 46, pp. 353-358
- FRANCO, J.A.; PECCI, C.
2002 "La relación médico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas", *Medicina (Buenos Aires)*, 62, pp. 111-118.
- FRESQUET, J.L.; AGUIRRE MARCO, C.P., eds.
2005 "El mestizaje cultural en etnofarmacología: de los saberes indígenas a los científicos", *Revista de Fitoterapia*, 5, Supl. I, pp. 1-271.
- GARCÍA-NIETO, A.; CAPOTE HUELVA, FJ; FERNÁNDEZ VALLE, MC, GIL GARCÍA, J.L.
2004 "CAM en pacientes con neoplasias linfoides", *Medicina Clínica*, 123, p. 676.

- GOL-FREIXA, J.M.
2003 "Las medicinas no convencionales en España". *Humanitas. Humanidades Médicas*, 1, pp. 135-140.
- GOLDSTEIN, M.S.
2004 "The persistence and Resurgence of Medical Pluralism", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29, pp. 925-945.
- HANSENN, B.; GRIMSGAARD, S.; LAUNSØ, L.; FØNNEBØ, V; FALKENBERG, T.; RASMUSSEN, N.K.
2005 "Use of complementary and alternative medicine in the Scandinavian countries", *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23, pp. 57-62.
- HARRIS, P.; REES, R.
2000 "The prevalence of complementary and alternative medicine use among the general population". *Complementary Therapies in Medicine*, 8, pp. 88-96.
- HELMAN, C.G.
2000 *Culture, Health and Illness*. 4th ed. Butterworth. Heinemann, Oxford
- JANZEN, J.M.
2002 *The Social Fabric of Health. An Introduction to Medical Anthropology*. McGraw-Hill, New York
- JOHANNESSEN, H; LÁZÁR, I. eds.
2006 *Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Tradicional Medicine*. Berhghan Books, New York. Oxford.
- JUBETE VÁZQUEZ, M
2004 "Automedicación en España. ¿Qué podemos hacer?". *Atención Primaria*, 34, pp. 445-446
- JUNYENT PRIU, M.; CAMP HERRERO, J.; FERNÁNDEZ SOLÁ, J.
2005 "Utilización de la medicina alternativa y complementaria en la fibromialgia", *Medicina Clínica*, 124, p. 397
- KAPTCHUK, T.J.; EISENBERG D.M.
2001a "Varieties of Healing. 1: Medical Pluralism in the United States". *Annals of Internal Medicine*, 135, pp. 189-195.
- KAPTCHUK, T.J.; EISENBERG, D.M.
2001b "Varieties of Healing. 2: A Taxonomy of Unconventional Healing Practices. *Annals of Internal Medicine*, 135, pp. 196-204.
- KASL, S.V; COBB, S.
1966 "Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. I. Health and illness behaviour". *Archives of Environmental Health*, 12, pp. 531-541.
- KROEGER, A.
1983 "Anthropological and socio-medical health care research in developing countries". *Social Science and Medicine*, 17, pp. 147-161.
- KELNER, M.J.; WELLMAN, B.; PESCOLIDIO, B.; SAKS, M. (eds.)
2000 *Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change*. Gordon and Breach, Amsterdam
- KLEINMAN, A.
1980 *Patients and Healers in the Context of Culture*. pp. 24-118. University of California Press, Berkeley.
- LEWIS, G.; ALDRIDGE, D.
1991 *Complementary medicine and the European Community*. C.W. Daniel, Cambridge: Saffron Walden
- MACLENNAN, A.H.; WILSON, D.H.; TAYLOR, A.W.
2002 "The escalating cost and prevalence of alternative medicine", *Preventive Medicine*, 35, pp. 166-173.
- MACKIAN, S.; BEDRI, N.; LOVEL, H.
2004 "Up the garden path and over the edge: where might health-seeking behaviour take us?", *Health Policy and Planning*, 19, pp. 137-146.
- MCKINLAY, J.
1972 "Some approaches and problems in the study of the use of services –an overview". *Journal of Health and Social Behavior*, 13, pp. 115-152.
- MENÉNDEZ, E.L.
1984a "El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud", *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 3, pp. 83-119.

- MENÉNDEZ, E.L.
1984b *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. CIESAS, México, D.F.
- MENÉNDEZ, E.L.
1990 *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. CIESAS, México, D.F.
- MENÉNDEZ, E.L.
1992 “Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad /atención. Del “teoricismo” al movimiento continuo”, *Cuadernos médico-sociales*, 59, pp. 3-18.
- MENÉNDEZ, E.L.
1996 “El saber popular como proceso de transformación. Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular”. En: GONZÁLEZ ALCANTUD, J.A.; RODRÍGUEZ BECERRA, S. eds. *Creer y curar: la medicina popular*. pp. 31-61. Diputación Provincial de Granada, Granada
- MENÉNDEZ, E.L.
2003 “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, pp. 185-207.
- MOLASSIOTIS, A; CUBBIN, D.
2004 “Thinking outside the box’: complementary and alternative therapies use in paediatric oncology patients”. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, pp. 50-60.
- NAVARRO, V.; SHI, L.
2000 “The political context of social inequalities of health”. *Social Sciences & Medicine*, 52, pp. 481-191.
- NIGENDA, G. coord.
1999 *Sistemas de Salud Tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de Base*. OPS, Washington, D.C.
- NIGENDA, G.; LOCKETT, L.; MANCA, C.; MORA, G.
2001a “Non-biomedical health care practices in the State of Morelos, Mexico: analysis o fan emergent phenomenon”, *Sociology of Health & Illness*, 23, pp. 3-23.
- NIGENDA, G.; MORA-FLORES, G.; ALDAMA-LÓPEZ, S., OROZCO-NÚÑEZ, E.
2001b “La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia”, *Salud Pública de México*, 43, pp. 41-51.
- NIGENDA, G.; CIFUENTES, E., HILL, W.
2004 “Knowledge and Pracice of Tradicional Medicine in Mexico: A Survey of Healthcare Practitioners”, *International Journal of Occupational & Environmental Health*, 10, pp. 416-420.
- NI, H.; SIMILE, C.; HARDY, A.M.
2002 “Utilization of complementary and alternative medicine by United States adults: results from the 1999 national health interview survey”, *Medical Care* 40, pp. 353-358.
- OCU
1991 “Las terapias paralelas”. *OCU-Compra Maestra*, 134, pp. 24-29.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
2002 *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. OMS. Ginebra.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD
2002 *Informe del taller de medicinas y terapias tradicionales, complementarias y alternativas en las Américas: políticas, planes y programas. Ciudad de Guatemala, Guatemala, 19 y 20 de marzo de 2001*. OPS, Washington, D.C.
- PASCUAL ARTIAGA, M.; PERDIGUERO GIL, E.
2004 “Cólera, homeopatía y práctica médica: Alicante a mitad del siglo XIX”. En, MARTÍNEZ PÉREZ, J.; PORRAS GALLO, M.I.; SAMBLÁS TILVE, P.; del CURA GONZÁLEZ, M. eds. *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*. pp. 117-133. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca.
- PARDO JÁVEGA, E.
1996 *Medicinas alternativas en Catalunya: Desarrollo y articulación de los modelos subalternos*, Tesis de doctorado, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona

- PARSONS, T.
1975 "The sick role and role of the physician reconsidered". *Milbank Memorial Fund Quarterly* 53, pp. 257-278.
- PARSONS, T.
1976 "Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna". En, *El sistema social*. pp. 400-444. Revista de Occidente, Madrid
- PERDIGUERO, E.
2003 "<Con medios humanos y divinos>: la lucha contra la enfermedad y la muerte en Alicante en el siglo XVIII, *Dynamis*, 22, pp. 121-150.
- PERDIGUERO, E.
2005 "Aproximación al pluralismo médico en la España de finales del siglo XIX y principios del siglo XX: el uso de elementos mágicos". *Medicina e Historia*, IV época, 4.
- PERDIGUERO, E.; COMELLES, J.M.; ERKOREKA, A.
2000 "Cuarenta años de antropología de la medicina en España (1960-2000). En, PERDIGUERO, E.; COMELLES, J.M., eds. *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. pp. 353-446. Bellaterra, Barcelona
- PESCOSOLIDO, B.A.
1992 "Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help", *American Journal of Sociology*, 97, pp. 1096-1138.
- PESCOSOLIDO, B.A.; LEVY, J.A.
2001 "The Role of Social Networks in Health, Illness, Disease and Healing: The Accepting Present, The Forgotten Past, and The Dangerous Potential for a Complacent Future." En: PESCOSOLIDO, B.A.; LEVY, J.A. (eds.), *Social Networks and Health*., pp. 3-25. JAI, Amsterdam and London
- RODRÍGUEZ GARCÍA, L.R.; VINENT RUBALCABA, S.
2000 "Centro municipal de medicina natural y tradicional: garantía de salud", *Medisan*, 4, pp. 62-64.
- ROMERO BERMÚDEZ, J.; BALLESTERO QUIRÓS, F.
2000 "La homeopatía: una terapia alternativa", *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 8, pp. 63-72
- ROJAS, R.
2005 *Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Plan de Acción 2005-2007*. OPS, Washington, D.C.
- RUGGY, M.
2004 *Marginal to Mainstream. Alternative Medicine in America*. Cambridge University Press, New York.
- SAKS, M.
1994 *Professions and the Public Interest. Medical Power, Altruism and Alternative Medicine*. Routledge, London
- SALMON, J.W.
1984 *Alternative Medicines. Popular and policy perspectives*. Tavistock, New York. London
- SAMANO, E.S.T. et al.
2005 "Use of complementary and alternative medicine by Brazilian oncologists", *European Journal of Cancer Care*, 14, pp. 143-148.
- SHARMA, U.
1992 *Complementary Medicine Today*. Routledge. London
- SINDZINGRE, N.
1985 "Présentation: Tradition et Biomédecine". *Sciences Sociales et Santé*, 3, pp 9-26.
- SUCHMAN, E.A.
1965 "Stages of illness behaviour and medical care". *Journal of Health and Social Behaviour*, 6, pp. 114-122.
- TADDEI-BRINGAS, G.A.; SANTILLANA-MACEDO, M.A.; ROMERO-CANCIO, J.A.; ROMERO-TÉLLEZ, M.B.
1999 "Aceptación y uso de herbolario en medicina familiar", *Salud Pública de México*, 41, pp. 216-220.
- TEIXEIRA, M.Z.; LIN, C.A.; MARTINS, M. de A.
2004 "O Ensino de Práticas Não-Convencionais em Saúde nas Faculdades de Medicina: Panorama Mundial e Perspectivas Brasileiras", *Revista Brasileira de Educação Médica*, 28, pp. 51-60.

- TEIXEIRA, M.Z.; LIN, C.A.; MARTINS, M. de A.
2005 "Homeopathy and acupuncture teaching at Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: the undergraduates attitudes", *São Paulo medical journal*, 123, pp. 77-82.
- TOVEY, P.; EASTHOPE, G.; ADAMS, J. (eds.)
2003 *The mainstreaming of complementary and alternative medicine: studies in social context*. Routledge, London. New York.
- TROVO, M. M; SILVA, M.J.P.; LEÃO, E.R.
2003 "Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem", *Revista latinoamericana de enfermagem*, 11, pp. 483-489.
- VIDAL CASERO, M.C.
2002 "La evolución de la reglamentación de los medicamentos desde la promulgación de la Ley del Medicamento en 1990. Periodo 1990-2000. Su problemática". *Derecho Sanitario*, 8, pp. 95-109.
- YOUNG, A.
1981 "When rational men fall sick: an inquiry into some assumptions made by medical anthropologists". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5, pp. 317-335.
- YOUNG, J.T.
2004 "Illness behaviour: a selective review and synthesis", *Sociology of Health and Illness*, 26, pp. 1-31.
- ZEMPLINI, A
1985 "La maladie et ses causes", *L'Etnographe*, 96-97, 2-3, pp. 13-43.
- ZOLA, I.K.
1973 "Pathways to the doctor: from person to patient", *Social Science and Medicine*, 7, pp. 677-689.

INTERCULTURALIDAD, 'DIFERENCIAS' Y ANTROPOLOGÍA AT HOME

Algunas cuestiones metodológicas

Eduardo L. Menéndez
CIESAS
México

Los mexicanos descienden de los aztecas
Los peruanos descienden de los incas
Los argentinos descienden de los barcos
(Atribuido a Carlos Fuentes)

La interculturalidad no es un hecho reciente ni unívoco sino que constituye un proceso que ha tenido diversas interpretaciones a lo largo de la trayectoria de la Antropología, las cuales en gran medida constituyen respuestas respecto de situaciones específicas dentro de las cuales funcionan no sólo las Ciencias Antropológicas, sino sobre todo los sujetos de estudio de los antropólogos.

El concepto de interculturalidad, por lo menos en América Latina, ha tenido un uso notorio durante los 90' y primeros años del 2000' en diferentes campos antropológicos, y especialmente respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención (proceso s/e/a). Este concepto se caracteriza por su aparente simplicidad, pero en la medida que se lo utiliza y profundiza surgen diferentes acepciones a veces complementarias, pero frecuentemente contradictorias. Esto se refleja en la imposibilidad—por lo menos hasta ahora—de establecer una definición aceptada por los que utilizan este concepto.

Ahora bien, desde el surgimiento de la Antropología siempre ha habido diferentes maneras de definir y/o utilizar la interculturalidad, ya que la misma está en el núcleo de la especificidad inicial de nuestra disciplina, y dado que el trabajo de campo antropológico—por lo menos hasta no hace muchos años—se desarrolló casi exclusivamente en términos de interculturalidad. La interculturalidad no sólo constituía parte intrínseca del trabajo de nuestra disciplina, sino que era el aspecto que en términos metodológicos diferenciaba a la Antropología del resto de las ciencias históricas y sociales.

El concepto de interculturalidad remite necesariamente a cuáles son los sujetos de estudio y/o intervención de la Antropología, dado que es respecto de esos sujetos que lo utilizamos. En principio debemos recordar que la Antropología se constituye como disciplina a partir del estudio del Otro Cultural, de la alteridad más allá de que la misma sea tratada etnocéntrica o relativamente. Pero como sabemos los sujetos de estudio de la Antropología se han modificado constantemente.

Inicialmente dichos sujetos eran comunidades o grupos étnicos pertenecientes a culturas con grados diferenciales de 'primitividad', que más allá de la apelación etnocéntrica reduce los sujetos de estudio a determinados ámbitos/tiempos culturales. Por lo menos desde la tercera década del siglo XX el sujeto inicial de nuestra disciplina fue resignificado como 'campesino' y más tarde como 'marginal urbano' hasta ser identificado actualmente con la categoría de 'inmigrante'. Desde la década 1960' asistimos a un proceso de incremento constante de los sujetos de estudio de la Antropología como consecuencia del propio desarrollo académico y de determinados procesos sociales, que han convertido a prácticamente cualquier sujeto social en objeto de trabajo antropológico (Menéndez, 2002a).

La Antropología Social ha ido pasando del estudio del Otro al estudio del Nosotros; más aún del estudio del Otro en el campo del Otro al estudio del Otro en el campo del Nosotros, y al estudio del nosotros dentro del propio campo del antropólogo. Y por lo tanto el segundo aspecto a decidir es respecto de quienes pensamos los antropólogos las relaciones interculturales. Considero que a nivel general los antropólogos latinoamericanos piensan que la interculturalidad se da entre los diferentes sujetos diferenciados que actualmente reconoce nuestra disciplina, pero que en términos específicos, y sobre todo los que trabajan sobre procesos de s/e/a, refieren preferentemente las relaciones interculturales a las que operan entre los miembros de grupos amerindios y el personal biomédico

Los grupos étnicos americanos siguen constituyendo en gran medida el sujeto de estudio de nuestras antropologías nacionales especialmente en términos de proceso s/e/a, y frecuentemente dichos grupos son manejados en términos casi monolíticos. Si bien a nivel general puede hablarse del grupo étnico como agente o como sujeto heterogéneo que incluye notorias variaciones en términos de género, de edad y/o de religiosidad (Menéndez, 1997), esto no se refleja frecuentemente en la etnografía producida, en las cuales domina la etnicidad entendida como identidad.

Otra problemática relacionada estrechamente con las anteriores, es que una parte de los antropólogos que trabajan sobre procesos de s/e/a generalmente reducen la interculturalidad a la relación grupos amerindios / servicios biomédicos, dejando de lado —o dándole muy escaso espacio— en sus etnografías a las diferentes formas de atención a los padecimientos que están operando en los contextos donde vive la población estudiada, pese a que la mayoría de los grupos se caracterizan por el denominado pluralismo médico (Menéndez 2004).

Estos y otros procesos remiten a un hecho obvio pero que hay que subrayar; me refiero al hecho de que la interculturalidad existe en la realidad social de los grupos más allá de que la estudiemos o le demos una denominación técnica, tal como también ocurre con la pobreza, la desigualdad social o la estigmatización. Los diferentes grupos sociales latinoamericanos practican la interculturalidad respecto de los procesos de s/e/a mucho antes de que a los antropólogos se les ocurriera estudiar dichos procesos en términos de interculturalidad. La Antropología se plantea actualmente problemas de interculturalidad que han sido ‘solucionados’ en la práctica por los propios grupos sociales (Menéndez, 1981; 2004). Y una de las tareas básicas de los estudios interculturales sería la de registrar dichos procesos gestados por los propios conjuntos sociales, para aprender de la práctica de los mismos.

Todo grupo—incluidos los grupos étnicos—ha estado en relación con otros grupos conformando diferentes tipos de relaciones interculturales caracterizadas por la complementación, la simetría, la equidad, la cooperación, pero también por la competencia, la asimetría, el enfrentamiento, la lucha. Las relaciones culturales han funcionado en contextos de dominación, de explotación, de hegemonía/subalternidad, y esto se dio y se sigue dando. Más aún la mayoría de estas relaciones —y no sólo las gestadas por la sociedad ‘Occidental’—se caracterizan por ser etnocéntricas. De tal manera que cuando leemos que la interculturalidad está planteada en términos exclusivos de cooperación, de respeto y de tolerancia entre los grupos, nos parece muy interesante como deseo, pero nos parece reduccionista —por utilizar una palabra más o menos neutra— en términos de los procesos que operan en nuestras realidades. Dado que el punto de partida de la interculturalidad supone reconocer su existencia prácticamente en todo contexto en los cuales operen en forma conjunta sujetos diferenciados culturalmente, lo cual implica la existencia potencial de relaciones tanto de solidaridad como de opresión. Más aun de relaciones que pueden ser simultáneamente cooperativas y competitivas.

Por lo tanto acordamos con la propuesta del desarrollo de relaciones interculturales en las cuales no tengan lugar determinadas hegemonías, pero ocurre que en la realidad de dichas relaciones—por lo menos en Latinoamérica— operan ideologías, poderes y sectores sociales que tratan de imponer dichas hegemonías.

Algunas trayectorias de la denominada interculturalidad

En función de lo señalado distinguimos varios momentos respecto del proceso de interculturalidad dentro de la trayectoria de la Antropología. El primero corresponde al inicio de nuestra disciplina caracterizada por el dominio de escuelas evolucionistas y difusionistas, que si bien se diferencian en múltiples aspectos, tienen un elemento en común y es el etnocentrismo que caracteriza su producción. De tal manera que la interculturalidad es entendida en este primer momento como el encuentro del antropólogo con una cultura que por definición no sólo es diferente, no sólo es distante sino que constituye un estadio o un ciclo social ‘inferiores’ respecto de la cultura desde la cual trabaja el antropólogo inglés, alemán, francés o norteamericano, por enumerar sólo los cuatro países donde inicialmente se desarrollaron el trabajo, metodología y teorías antropológicas. El difusionismo en particular centró sus objetivos en las relaciones interculturales pensadas en términos de limitada o extrema difusión, implicando toda una variedad de relaciones directas e indirectas pero que tienen como referencia básica—al igual que el evolucionismo—a la sociedad denominada ‘occidental’.

Debemos asumir que los antropólogos de los países centrales vivían en sociedades caracterizadas por una fuerte adhesión a teorías evolucionistas no sólo en lo cultural, sino en lo biológico; por países caracterizados por tener o haber tenido imperios coloniales (los países europeos señalados) o por tener situaciones de colonialismo interno (EEUU), así como por adherir en su mayoría a teorías y prácticas eugenésicas que se aplicaban con intensidad y extensión diferenciales especialmente a determinados sujetos y grupos de los propios países centrales.

Es decir que en las Ciencias Antropológicas domina una aproximación a los procesos de interculturalidad caracterizada por una situación asimétrica tanto en términos culturales, económico/políticos como inclusive biológicos. Esto no niega la existencia de tendencias antropológicas que promovieron una mirada y situación más simétrica entre las diferentes culturas, pero no eran las corrientes dominantes al interior de nuestra disciplina.

Pero entre las décadas de los 20’ y de los 50’ se generan varios hechos a nivel de la sociedad global y del mundo académico en particular, que modificarán esta situación en varios aspectos importantes. La década de los 20’ y sobre todo de los 30’ se caracterizarán, entre otras cosas, por el paso a primer plano de los movimientos fascistas, y dentro de éstos del nacionalsocialismo alemán que pondrá la cuestión racial y la cuestión étnica en el centro de la discusión no sólo política e ideológica sino académica como nunca había sido puesta hasta entonces. Pero ocurre que los antropólogos alemanes definieron la cuestión racial no sólo en términos de raza, sino en términos de *ethnos* y de *volk*, es decir incluyendo en una sola unidad lo biológico, lo étnico y lo popular. La definición dominante fue en términos de unidad biocultural y no de unidad racial, lo cual complicaba la cuestión, pues asumía en términos académicos y de acción política, lo que constituía la concepción cultural e ideológica dominante especialmente en las capas directivas de las sociedades europea y norteamericana, y que se expresaba justamente en la aplicación de sus políticas eugenésicas, así como en sus políticas de dominación colonial. Esta propuesta radicaliza la concepción etnocéntrica dominante hasta entonces, dado que explicita un patrón de interculturalidad no sólo caracterizado por la asimetría, sino por la diferencia biocultural, que reduce las posibilidades de interculturalidad en términos simétricos, y la restablece explícitamente en términos de superioridad/inferioridad. Pero como sabemos esta concepción teórico/ideológica correspondía al pensamiento hegemónico de los países centrales. Si la misma adquirió características de ‘escándalo’ no fue porque planteara una nueva concepción académica e ideológica en términos de superioridad/inferioridad, sino porque acompañaba una nueva propuesta económico/política dentro del mundo capitalista. Así como también, por el tipo de actividades de todo tipo, incluidas las de exterminio, focalizadas en lo racial y en lo étnico, a través de las cuales el nacionalsocialismo implementó parte de sus concepciones respecto de toda una variedad de grupos ‘étnicos’ como los gitanos, los eslavos y los judíos.

Debemos asumir en toda su significación que para el lapso que estamos analizando Alemania constituía uno de los cuatro países con mayor desarrollo de las Ciencias Antropológicas, y para algunos autores constituía el país líder en términos teóricos y sobre todo metodológicos. Debemos reconocer que la casi totalidad de los principales antropólogos físicos y etnólogos se adherirán a las concepciones señaladas, e inclusive una parte significativa de ellos militaba dentro del partido nacionalsocialista alemán. Por lo tanto no es cualquier Antropología la que propone estas concepciones, sino la correspondiente a uno de los países con mayor desarrollo de la misma.

Es respecto de las propuestas alemanas del sujeto de estudio de la Antropología entendido como unidad biocultural, que los antropólogos especialmente los antropólogos norteamericanos, desarrollarán desde la década de los 30' diferentes concepciones teóricas que colocan el eje de sus propuestas en el sujeto entendido exclusivamente en términos de diferencia cultural y social. De tal manera que para estos antropólogos lo biológico se convierte en una constante que no implica diferenciaciones, mientras que la cultura es lo que determina—y subrayo lo de determina— la diferencia. Por supuesto que en esta fundamentación intervienen otras antropologías nacionales, especialmente la británica, pero la fundamentación tanto en términos académicos como políticos surge básicamente de las corrientes desarrolladas en los EEUU.

Y es justamente durante este lapso que se establece una noción de interculturalidad que los antropólogos actuales asumen —con diferencias— como la primera propuesta de interculturalidad. El aspecto central de esta concepción lo constituye en primer lugar el relativismo cultural, como respuesta al etnocentrismo que caracterizó a las orientaciones antropológicas dominantes entre 1850 y 1930. Es decir todas las culturas aparecen colocadas en el mismo rasero cultural, reconociendo la especificidad cultural como núcleo de la 'diferencia', pero sin implicar valoraciones en términos de superioridad/inferioridad.

La cultura y en segundo lugar ciertos aspectos de lo social constituyen las dimensiones a través de las cuales se establece el relativismo cultural, pero excluyéndose la dimensión económico/política. Las condiciones económicas diferenciales o los procesos de explotación económica no son incluidos ni tomados en cuenta por las propuestas interculturales, que reducen la diferencia a lo cultural.

Durante este lapso la metodología antropológica da una vuelta de tuerca importante, dado que establece algunos de los principios que dominarán como pauta ideal el trabajo antropológico. Si bien el estudio de campo basado en la larga duración en terreno venía desarrollándose desde mucho antes y no sólo propiciado por Malinovsky sino especialmente por antropólogos alemanes como Bastian, Frobenius o Boas, es en este lapso cuando se canoniza como principal medio para obtener información directa que posibilite observar la racionalidad, la lógica, los patrones diferenciales de cada cultura, grupo étnico o comunidad. Toda cultura estudiada por un antropólogo se caracterizará por su distancia cultural y también geográfica con la cultura y país de origen del antropólogo.

Más aún será dicha distancia cultural—relación intercultural— la que legitime la 'objetividad' de la metodología antropológica tal como lo establecieron más tarde Levi-Strauss (1968) o Leach (1982). Durante este lapso la Antropología Social desarrollará toda una serie de características que expresan el tipo de interculturalidad dominante

(Menéndez, 1990;2002a), y de las cuales me interesa señalar dos. La primera corresponde al desarrollo de una noción de cambio gradual referida a los grupos estudiados por los antropólogos. Se reconoce que el contacto entre culturas afecta a ambas pero sobre todo a una de ellas y que dichos cambios no deben ser disruptores de las culturas nativas, lo cual expresa las nuevas propuestas relativistas de la relación entre las diferentes culturas (Aguirre Beltrán, 1986).

Es durante este lapso que se desarrollan los conceptos de aculturación, transculturación y contacto social, los cuales incluyen en forma tácita o explícita el proceso de expansión directa o indirecta de los países capitalistas sobre las sociedades periféricas. Esta situación no se cuestiona sino que es observada como un proceso que 'está ahí', respecto del cual sólo se pueden establecer medidas que reduzcan el efecto disruptor, pero que son medidas que sobre todo buscan facilitar el tránsito de las culturas pe-

riféricas en determinada dirección ,pero con el menor costo posible cultural, social e incluso psicológico. El cambio, el desarrollo, la aculturación tienden a ser pensados en términos de complementariedad entre las partes en relación, donde una de esas partes—las culturas nativas—son consideradas como estables ,con escasas dinámicas de cambio propias, y donde el motor del cambio es referido básicamente a los ‘contactos’ establecidos con las sociedades ‘occidentales’.

La segunda característica es la a-historicidad, es decir la exclusión de la dimensión diacrónica dentro del trabajo antropológico, recordando que el uso de la historicidad caracterizaba en forma diferencial a la mayoría de las escuelas difusionistas alemanas. No es ninguna casualidad que la concepción histórica del área cultural en los EEUU o la importancia de la dimensión etnohistórica en México fueran impulsadas especialmente por dos antropólogos alemanes F.Boaz y P.Kirchhoff, que se instalaron respectivamente en los EEUU y en México.

Si bien la a-historicidad de las escuelas antropológicas tiene que ver con condiciones objetivas de producción de conocimiento, sin embargo también tiene que ver con condiciones ideológicas. Y en este caso tiene que ver sobre todo con la posibilidad de desarrollar una antropología intercultural, basada en el relativismo, que reconoce la racionalidad diferencial de cada grupo étnico, pero que deja de lado las consecuencias de la expansión colonial sobre los grupos étnicos y sus racionalidades diferenciales. Y es en gran medida por estas dos razones, que la cultura refiere casi exclusivamente a los aspectos simbólicos, y que se excluye o reduce el uso de la historicidad.

Ahora bien esta propuesta de interculturalidad—al igual que las anteriores—se generó en los países centrales y especialmente en los EEUU, Gran Bretaña y Francia, pero lo importante a subrayar es que con escasas variantes esta es la concepción que se impuso en la Antropología y en los antropólogos del denominado Tercer Mundo, pese a que estos antropólogos estudiaban generalmente grupos pertenecientes a su propio país, y en muchos casos pese a que ellos tenían su origen mediano o inmediato en algún grupo étnico nacional. De tal manera que asumen normalizadamente una metodología basada en una distancia cultural, que frecuentemente no existía en la situación cotidiana de estos antropólogos.

Durante las décadas de los 50' y 60' surgirán dentro de la Antropología de los países centrales y periféricos cuestionamientos a estas maneras de concebir y usar la interculturalidad. En primer lugar se descubrirá lo que era obvio, y es que la mayoría de los grupos estudiados por antropólogos se caracteriza por estar determinados por la situación colonial (Balandier, 1971) que les impusieron los países capitalistas centrales y la sociedad dominante de los países periféricos (Balandier, 1954-55). Esto se expresará en la Antropología desarrollada sobre países africanos, del sudeste asiático y latinoamericanos, constituyendo uno de los principales aportes los estudios realizados en Vicos (Perú) por el grupo liderado por A. Holmberg, al describir y analizar la relación entre hacendados peruanos y grupos étnicos de ese país, en términos de relaciones sociales centradas en el terror. De tal manera que el terror social, económico, pero también cultural emergen como uno de los componentes básicos de estas relaciones interculturales.

Pero durante este lapso también se descubre que los grupos estudiados por los antropólogos se caracterizan por el subdesarrollo económico y social; más aún se caracterizan por ser los que están en peores condiciones económicas dentro de sus respectivos países así como por ser los que tienen las peores consecuencias de esta situación especialmente en términos de desnutrición, de menor esperanza de vida, de mayores tasas de mortalidad (Bonfil Batalla, 1962). Y recordemos que el concepto de subdesarrollo se gesta en la década de 1940' para alcanzar su expansión en la de 1950', y que algunas de las principales variables con que se medía el subdesarrollo referían a procesos de salud/enfermedad/atención.

Poco tiempo después, y como parte de estas nuevas perspectivas, pasan a primer plano los estudios y denuncias sobre etnocidio impulsados especialmente por antropólogos europeos y en segundo lugar del tercer mundo, los cuales evidenciarán algunas de las más negativas consecuencias de determinadas relaciones interculturales (Jaulin, 1973; 1979), que pese a generar inclusive la desaparición de grupos étnicos enteros no eran incluidas dentro de las etnografías escritas por los antropólogos del primer mundo, pero tampoco del tercer mundo.

Durante estas décadas se denuncia la participación activa de antropólogos en las empresas coloniales, inclusive de tipo bélico constituyendo dos de los casos más notorios la participación protagónica de J. Soustelle en el caso de la guerra de Argelia desarrollada por el gobierno francés, y la de G. Foster en el caso de la guerra de Vietnam emprendida por los EEUU. Durante dicho lapso se denuncian especialmente para América Latina el desarrollo de investigaciones a nivel regional como fueron el proyecto Camelot y toda una serie de proyectos desarrollados sobre la violencia en el medio rural de varios países latinoamericanos, y en los cuales tuvieron un papel activo no sólo antropólogos, sino sociólogos y politólogos latinoamericanos (Horowitz, 1968; 1975).

Estos y otros aspectos evidencian la presencia de lo económico/político como uno de los ejes determinante del tipo de relaciones dominantes entre las diferentes culturas y grupos, y que habían sido omitidas por la mayoría de los estudios antropológicos hasta entonces. Pero además toda una serie de autores analizarán determinados procesos interculturales, muchos de ellos referidos a procesos de s/e/a, a través de los cuales se sacan importantes conclusiones de tipo metodológico. Considero que una de las principales propuestas la constituyen los olvidados trabajos de F. Fanon (1962; 1966; 1968). En este artículo no podemos describir ni analizar los aportes de este autor, sino sólo recordar que su propuesta es una de las más eficaces en términos académicos y políticos para fundamentar el concepto de resistencia en las relaciones interculturales. Pero ahora lo que me interesa rescatar es que según Fanon gran parte de la información que un antropólogo extraño a una cultura determinada obtiene de su trabajo de campo, es información 'falsa' en términos culturales. Y es en gran medida falsa porque, por lo menos una parte de los sujetos entrevistados o inclusive observados, lo que le ofrecen al estudioso es una representación de su cultura y no los aspectos auténticos de la misma.

Estos y otros aspectos que hemos analizado en varios trabajos (Menéndez, 1981; 1990; 2002) no sólo cuestionaban directa o indirectamente las concepciones de interculturalidad dominantes sino que proponían otras alternativas notoriamente diferenciadas. Como sabemos algunas tendencias marxistas cumplieron un papel especial en todo este desarrollo, que no vamos a analizar por falta de espacio. Pero no sólo fueron estas tendencias, sino determinados trabajos fenomenológicos e interaccionistas simbólicos, así como inclusive funcionalistas críticos como A. Holmberg o R. Beals los que se potenciaron para cuestionar las concepciones y prácticas de interculturalidad dominantes en nuestra disciplina. Estos cuestionamientos implican asumir que la interculturalidad dominante hasta entonces no sólo se caracterizaba por la omisión de las condiciones económicas y de poder, sino por dejar de lado algunos de los procesos determinantes de las relaciones interculturales estudiadas por los antropólogos. Lo cual ponía en cuestión no sólo a gran parte de los estudios interculturales en términos ideológicos, sino especialmente en términos metodológicos. Más aún conducía a cuestionar un aspecto sumamente significativo del trabajo antropológico, es decir a desconfiar del dato obtenido en el propio trabajo de campo, dado que el mismo se obtenía dentro de relaciones interculturales que formaban parte de la situación colonial, de la cual era parte el trabajo antropológico.

Como sabemos, algunas de estas características se expresaron en América Latina a través del indigenismo integracionista identificado en México con la obra de Aguirre Beltrán, que justamente en los 60' y principios de los 70' fue objeto de fuertes cuestionamientos por parte de algunos de los principales antropólogos regionales, y especialmente por Bonfill Batalla. Se acusa a dicho indigenismo de buscar la aculturación integrativa, de negar autonomía a las culturas indígenas, de ocultar no sólo el etnocidio sino la situación de desigualdad e inferioridad a la que fueron y están sometidos por la sociedad dominante del primer mundo, pero también de sus propios países.

'Diferencias' e interculturalidad

El conjunto de éstos y otros procesos tendrán consecuencias en las concepciones y usos de la interculturalidad tanto a nivel de los países centrales como de los países latinoamericanos. En principio recordemos que a fines de los 60' y principios de los 70' las principales corrientes teóricas antropológi-

cas (estructuralismos, funcionalismos, culturalismos, marxismos, etc.) atraviesan una situación de crisis que llevará casi a la desaparición de la mayoría de estas orientaciones. Gran parte de esta situación es debida no sólo a los sesgos y limitaciones de estas orientaciones, sino a la situación en la que las antropologías y los antropólogos se encontraron respecto de sus sujetos de estudio, que condujo a instalar una suerte de malestar en las Ciencias Antropológicas y especialmente en la antropología generada en los EEUU, que además durante este lapso se convierte en hegemónica (Menéndez, 2002b).

Justamente una parte de las 'nuevas' propuestas teóricas, especialmente de la Antropología generada en los EEUU, tendrá un fuerte impacto en los usos de la interculturalidad. Un primer aspecto a subrayar es el énfasis colocado en el reconocimiento y estudio de la 'diferencia' por varias corrientes denominadas postmodernistas y postestructuralistas; las diferencias referirán no sólo a la etnicidad, sino al género, a la edad, a la religiosidad, a la enfermedad, a la estigmatización y a casi todo lo que podía ser detectado como diferente. Si bien la diferencia no constituía una nueva dimensión, si lo constituía la expansión de la diferencia hacia nuevos sujetos hasta entonces no considerados como 'diferenciales' en términos culturales. Hasta entonces la diferencia cultural estaba referida sobre todo a la etnicidad, inclusive a través de conceptos como 'negritud' que tuvieron sus desarrollos iniciales en la década de los 30' en países africanos y europeos, y que justamente serán recuperados en los 50' y 60' en los EEUU, y que eran conceptos que ponderaban la legitimidad cultural de la diferencia en términos de interculturalidad, pero sobre todo en términos de etnicidad. Es en este lapso cuando surgen concepciones que radicalizan desde la perspectiva de los sectores subalternos la noción de etnicidad, planteando que los estudiosos ajenos a una cultura determinada no pueden llegar a entenderla ni a ella ni a sus sujetos.

Es respecto del conjunto de propuestas enumeradas que durante los 70', 80' y 90' los antropólogos, y por supuesto otros estudiosos, se centrarán en las diferencias del más diverso tipo, así como recuperarán los contenidos básicos del relativismo cultural, pasando a primer plano conceptos como multiculturalismo y pluralismo cultural que en gran medida proceden de los denominados 'estudios culturales' y que se caracterizarán por una unilateral orientación hacia los aspectos simbólicos de la cultura. Una parte de estas orientaciones se apoyarán en la metodología del 'punto de vista del actor', que en gran medida focaliza los procesos en un actor, y mucho menos en las relaciones que operan entre los diferentes actores sociales (Menéndez, 1997; 2005).

Ahora bien, la explosión antropológica de las 'diferencias' implica sin embargo la omisión de tres diferencias fundamentales por la Antropología desarrollada tanto en los países centrales como especialmente en los periféricos. Durante los 80' y 90' prácticamente no hay estudios en América Latina de las diferencias establecidas en términos raciales, en términos de clase y en términos ideológicos, lo cual implica que los estudios interculturales—y por supuesto no sólo los estudios interculturales—excluyen estudiar relaciones raciales, relaciones de clase y relaciones ideológicas. Más aún, estas relaciones no son estudiadas en términos interculturales justamente cuando se agudizan algunos hechos que se expresarán especialmente a través de los tres tipos de relaciones sociales señaladas.

Porque desde fines de los 70' y especialmente durante las décadas de los 80' y 90' se aplicarán en los países latinoamericanos las denominadas políticas de ajuste estructural que tendrán varias consecuencias complementarias, entre ellas impulsar el proceso migratorio masivo desde los países periféricos hacia los países centrales dado el notable incremento de diversos problemas sociales y especialmente de la desocupación. En función de lo señalado el primer aspecto a considerar es que las décadas de los 80' y 90' se caracterizan por constituir, según la CEPAL, las dos 'nuevas décadas perdidas', y lo de perdidas refiere no sólo a que no se incrementa el desarrollo socioeconómico de la región, sino que por el contrario se genera un fenomenal incremento de la pobreza y de la extrema pobreza a nivel rural y urbano, así como un incremento de las desigualdades socioeconómicas que convierten a América Latina en la región más desigual a nivel mundial.

Los estudios específicos y generales para México coinciden en señalar que los grupos étnicos presentan los niveles más extremos y generalizados de pobreza; que en ellos se evidencian las mayores situaciones de desigualdad socioeconómica dentro de cada sociedad específica, así como las peores con-

diciones y consecuencias en términos de salud/enfermedad/atención (Secretaría de Salud 2001). Son los grupos étnicos los más sometidos a discriminación racial a nivel de los países de origen como también en los países adonde migran, dado que los grupos étnicos constituye un fuerte componente de la población latinoamericana que migra a los EEUU y a Europa. Por último son la mayoría de los grupos étnicos los que evidencia menor presencia en términos de decisiones políticas y de poder político a nivel de sus respectivas sociedades, salvo el caso de unos pocos países latinoamericanos (INI/PNUD, 2000).

Es dentro de este contexto que se ‘redescubre’ y se utiliza la interculturalidad en términos generales, y especialmente referida a los procesos de s/e/a. Pero reconociendo que esta recuperación tiene dos ejes básicos antagónicos pero complementarios. Por una parte el desarrollo de propuestas de autonomía cultural/política impulsada por numerosos grupos étnicos y que tiene su expresión más significativa, por lo menos en términos mediáticos en el ‘levantamiento’ de Chiapas encabezado por el subcomandante Marcos. Y el otro, en las propuestas desarrolladas desde mediados de la década de los 90’ por parte de organismos internacionales desde la Organización Panamericana de la Salud hasta el Banco Mundial de tomar en cuenta especialmente la situación de pobreza y de salud de los pueblos indios afectados especialmente por el ajuste estructural.

Es respecto del conjunto de estos procesos que se recupera el concepto de interculturalidad Pero de ¿qué interculturalidad hablamos, cuando actualmente hablamos de interculturalidad? Porque desde mediados de los 90’ hasta la actualidad observamos varios usos de la interculturalidad, que ordenaremos en dos líneas básicas.

Hay una línea que aparece como la más difundida por lo menos en los que estudian procesos de s/e/a, que maneja la interculturalidad básicamente en términos culturales.

Recupera gran parte de las concepciones desarrolladas entre los 30’ y 50’ por las escuelas antropológicas norteamericanas, que recordemos son las primeras en estudiar los procesos de s/e/a en términos culturales y son además las que más influyeron en el desarrollo de la Antropología mesoamericana (Menéndez, 1990). Parte de la base de que los sujetos pertenecientes a culturas diferentes desarrollan representaciones y prácticas distintas que reducen la posibilidad de una relación complementaria. Entiende por lo tanto las relaciones interculturales en términos de malas condiciones de comunicación cultural que hay que modificar para posibilitar una mejor interrelación.

Es decir que el objetivo se coloca en la modificación de los saberes que están en relación más que en ningún otro aspecto, dejando de lado otro tipo de características como puede ser el de la autonomía de cada una de las partes en relación: “Mientras el principio de la autonomía conlleva al reconocimiento de la diversidad, el de la interculturalidad expresa la necesidad de la comunicación e interlocución entre sociedades con matrices culturales distintas” (Sariego, 2002:240).

Esta concepción en términos de los procesos de s/e/a se expresa especialmente respecto de las relaciones que se establecen entre el Sector Salud y los grupos sociales ‘diferentes’, especialmente los grupos étnicos. Y en particular en la relación equipo de salud, y sobre todo el médico, y los sujetos pertenecientes a los grupos étnicos. Se asume que hay representaciones y prácticas diferentes en el personal de salud y en los miembros de los diferentes grupos étnicos respecto de toda una variedad de procesos. Es decir se asume que hay diferencias, y que algunas afectan negativamente la relación médico/paciente, por lo cual se propone informar/educar tanto a médicos como a los miembros de las comunidades para facilitar una convergencia entre las representaciones y prácticas que ambos utilizan. Se propone educar no sólo para informar, sino para establecer niveles de tolerancia y de respeto hacia los saberes de los otros.

Se asume que a través de información la población, pero también el personal de salud, pueden modificar sus concepciones respectivas, y establecer un tipo de interacción que favorezca la relación intercultural así como la eficacia médica.

Consideramos que este tipo de actividades pueden ser sumamente útiles sobre todo si son aplicadas en términos específicos, si tienen un fuerte referente práctico y si tienen continuidad. Pero ocurre que por lo menos una parte de estas actividades en México se caracterizan por su generalidad,

por no contar con un referente práctico y por no tener continuidad. Frecuentemente estas actividades se desarrollan dentro de procesos sumamente burocratizados que buscan cumplir objetivos y metas, caracterizados por la rapidez, y por no desarrollar mecanismos evaluativos respecto de los procesos educativos/informativos desarrollados sobre el personal de salud. Más aún se lanzan programas masivos de formación de personal respecto de procesos que afectan negativamente a la población indígena, pero que de golpe se interrumpen en función de problemas financieros o de modificaciones en las políticas de salud, como ocurrió nuevamente en México durante los primeros años de la década del 2000.

Por otra parte si bien los procesos educativos son importantes, debemos asumir que a través de la educación sólo pueden resolverse algunos de los problemas existentes en las relaciones interculturales, incluidos aspectos de la relación médico/paciente. En el caso del personal de salud, y especialmente del personal médico, operan toda una serie de procesos que tienen que ver con la orientación profesional, social y económica de los mismos. Unas pocas horas de educación 'antropológica' no van a modificar los saberes de médicos cuya formación se caracteriza cada vez más por ser fuertemente biomédica, y donde los contenidos biomédicos son prácticamente los únicos a nivel de grado y de postgrado para la casi totalidad de las especialidades médicas. Eso no niega que una parte del personal se sensibilice respecto de la importancia de determinados factores y procesos socioculturales, pero dicha sensibilización constituye una variable personal que poco incide en el comportamiento de las instituciones y del personal de salud.

En un notable estudio J. Ortega (1999) observó que en contextos rurales de Yucatán (México) el varón tiene un papel decisivo en el proceso de parto; que las reglas culturales exigen la presencia y el desarrollo de actividades específicas del varón en el trabajo de parto. Más aun, Ortega documentó como el hombre—marido o padre de la parturienta—participa con su propio cuerpo en dicho proceso. Es decir que lo que aparece como un extraordinario logro en posiciones avanzadas de la biomedicina actual, y es la presencia activa del varón en el proceso de parto, Ortega observa que es parte constitutiva de la cultura de los mayas de las tierras bajas mexicanas. Pero ocurre que esta presencia del varón está en vías de desaparición por varios procesos, y en cierta medida porque las instituciones de salud no permiten no sólo que el varón tenga un papel activo, sino que ni siquiera permite que el varón esté presente durante el proceso de parto de su mujer. Hay toda una serie de características de las orientaciones biomédicas que obedecen a condiciones institucionales y profesionales que no sólo se pueden modificar con mayor información/educación.

Desde esta perspectiva las actividades educativas desarrolladas con el personal de salud desde una perspectiva intercultural deberían partir, por ejemplo, de la existencia de concepciones racistas en una parte muy significativa de la población latinoamericana, y del personal de salud en particular. Y reconocer que estas concepciones racistas son parte intrínseca de la relación personal de salud/paciente perteneciente a grupos étnicos. Pero ocurre que los estudios interculturales no incluyen frecuentemente como parte de su marco referencial la existencia de estas concepciones y relaciones racistas. Por lo menos no conozco para México ningún estudio ni intervención realizado en las últimas tres décadas que trate de indagar sistemáticamente sobre la presencia de aspectos racistas en la relación médico/paciente, y consecuentemente tratar de modificar dicha relación. Carencia que, como le hemos señalado, se corresponde con las tendencias actuales de la Antropología Social a dejar de lado las relaciones raciales.

Pero además, esta línea no incluye la presencia de representaciones y prácticas en términos de clase ni en términos ideológicos en las relaciones que operan entre personal de salud/grupos étnicos. No asumen que el racismo constituye un fuerte componente de las relaciones de hegemonía/subalternidad que se desarrollan especialmente a través de procesos de s/e/a, y que se expresan en América Latina a través de situaciones cotidianas de muy diferente tipo. Como todos sabemos, en países de la región se aplicaron actividades de planificación familiar que implicaron la esterilización de mujeres y de varones, y que fueron realizadas por el personal de salud en personas predominantemente de origen indígena o de origen africano. Este tipo de actividades fueron documentadas reiteradamente en varios países de la región especialmente durante la década de 1990'.

Las concepciones racistas operan en gran medida inconcientemente en términos culturales; son parte de una ideología de discriminación y estigmatización que la población no registra en sus actividades cotidianas incluido el personal de salud, pero también los propios grupos étnicos. Más aun los mecanismos ideológico/culturales que operan en las relaciones de hegemonía/subalternidad se expresan a través de toda una variedad de actividades que han sido observadas reiteradamente, aunque poco estudiadas sistemáticamente. Una parte de las personas pertenecientes a grupos nativos latinoamericanos han tratado de ‘blanquear’ y ‘rubiar’ la piel y el cabello de sus hijos utilizando toda una serie de sustancias para ello. Reiteradamente en mis trabajos de campo en México en muy diversas partes del país me encontré con la preocupación de cuan blanquito o güerito era el recién nacido, y esto en los diferentes sectores sociales incluidas personas pertenecientes a grupos indígenas. Durante los años 2003 y 2004 en la televisión mexicana se transmitió una publicidad que prometía que las personas que utilizaban determinada sustancia iban a modificar “el tono genético de su piel” (sic). La búsqueda de una piel más clara, de aplicar sustancias que modifiquen el color natural de la piel morena, constituyen procesos a través de los cuales los grupos asumen la hegemonía de los sectores dominantes, y las asumen en la cotidianeidad del propio cuerpo que es donde lo ideológico busca imponerse en términos culturales (Menéndez, 2001). Este proceso lo observamos en la actualidad con mujeres adolescentes que tratan de construir una figura lo más delgada posible, lo cual opera en los diferentes sectores sociales incluidas jóvenes originarias de grupos étnicos. Y en principio no cuestionamos la necesidad subjetiva o grupal de construir un determinado tipo de cuerpo, sino que lo que señalamos es que a través de estos procesos cotidianos se desarrollan procesos de hegemonía/subalternidad profundos y significativos, que constituyen parte básica de las relaciones interculturales.

Desde esta perspectiva la biomedicina a través de toda una serie de procesos directos e indirectos ha favorecido el desarrollo de procesos de hegemonía/subalternidad en sus relaciones directas e indirectas con los diferentes conjuntos sociales. Desde mediados de la década de los 70’ hemos verificado reiteradamente el uso por parte de grupos étnicos, inclusive más alejados, de fármacos de tipo biomédico, hasta convertirse en parte normalizada de sus propias estrategias de autoatención (Menéndez, 1981;1990). En toda América Latina se ha documentado la fuerte medicalización y automedicación de tipo biomédico que se observa en diferentes grupos étnicos: “Actualmente, en grupos brasileños, es bastante frecuente que el medicamento de patente sea lo primero que se use, inclusive para enfermedades tradicionales” (Garnelo y Wright, 2001; Garnelo y Langdon 2003), considerando estos autores que existe una hipermedicalización de los saberes de los grupos étnicos brasileños.

Asimilación, autonomía e interculturalidad

Hay otra línea que también reconoce la significación de la dimensión simbólica y de los aspectos etnicistas de la interculturalidad, pero necesariamente articulados con la dimensión económico/política, de tal manera que la situación de pobreza y de desigualdad social constituyen parte central de las relaciones interculturales. Propone como central la cuestión de la autonomía de los grupos en relación con la sociedad dominante; y si bien esto se da con énfasis diferenciales, en todos los casos se subraya que no sólo existen la diversidad y el pluralismo cultural, sino también oposiciones y hasta incompatibilidades entre los grupos que están en relación. Y es en función de ello que colocan en primer lugar la cuestión de la autonomía como un paso necesario para poder establecer una interculturalidad realmente simétrica.

Desde ésta y otras propuestas, esta línea asume la existencia de toda una serie de situaciones y problemas que difícilmente pueden ser solucionados a través de la educación o de mejorar la comunicación, ya que refieren a procesos de dominación, de exclusión, de estigmatización impulsados por objetivos económico/políticos, profesionales y/o ideológicos de los sectores sociales que están en relación. Por lo cual se asume que si bien las relaciones pueden estar impulsadas unilateralmente, implican no

obstante el desarrollo de procesos transaccionales entre los sujetos y grupos que operan dentro de relaciones de hegemonía/subalternidad (Menéndez, 1981).

La reducción de la interculturalidad casi exclusivamente a sus aspectos culturales expresa frecuentemente objetivos de asimilación e integración, así como tiende a excluir o por lo menos opacar los procesos socioeconómicos que reducen o directamente impiden establecer relaciones interculturales realmente respetuosas y simétricas. Por eso esta línea asume la existencia de objetivos, intereses, trayectorias particulares entre los diferentes sujetos y grupos que están en relación, y que gran parte de estos procesos no pueden ser modificados sólo mediante procesos educativos o informativos.

Entre estas dos líneas opera toda una variedad de propuestas que oscilan entre las características señaladas. Casi todas parten de algunos elementos comunes, como subrayar que pese a los procesos globalizadores siguen desarrollándose nuevos grupos, pero manteniéndose también formas culturales que estaban condenadas a desaparecer, según algunas interpretaciones globalizantes. Así como todas reconocen que cada grupo recodifica y resignifica según sus propias matrices culturales, los problemas e interpretaciones que se juegan en sus relaciones culturales.

Por supuesto que éstas y otras características son manejadas en forma diferencial; y así hay algunos autores que proponen simultáneamente la autonomía y la integración, pero sin articular estos procesos sino sólo convalidando su existencia. Pero ocurre que en los trabajos concretos, de por lo menos algunas de estas propuestas, lo que observamos es el dominio de tendencias aculturativas, planteadas en términos del mayor respeto posible a las particularidades, e inclusive integrando elementos de las culturas subalternas donde se pueda, pero que asumen explícitamente o no que el proceso está condicionado por los sectores sociales y profesionales dominantes, y quedando la autonomía como un referente verbal. Esto lo podemos observar en múltiples experiencias desarrolladas para modificar la relación médico/paciente a través de procesos educativos.

Varias de estas experiencias parten de la necesidad de informar y sensibilizar no sólo a los sujetos y grupos, sino al personal de salud, y en consecuencia centran sus objetivos en modificar el saber y actitud de los médicos que trabajan a nivel de atención primaria e inclusive en el segundo nivel de atención. Pero generalmente estas actividades educativas constituyen yuxtaposiciones respecto del saber y actitudes médicas previas; no se trabaja a partir de las matrices del saber profesional y cultural biomédico para detectar cuáles son los aspectos biomédicos que más se oponen al reconocimiento de la diversidad del otro. Más aun no se asume en todas sus consecuencias que el médico tiene una formación profesional exclusivamente biomédica, por lo menos en México. Es decir que están excluidos los aspectos no biomédicos (Menéndez, 1990).

Estas propuestas interculturales no suelen realizar estudios sobre el saber médico— por lo menos para la situación mexicana— para detectar cuáles son las características que más se oponen, pero también que más favorecerían el reconocimiento, la aceptación y el uso técnico de las propuestas de interculturalidad por parte del personal de salud. Se trabaja como si se supiera cuáles son las características socioculturales del saber biomédico, en lugar de realizar estudios para saberlo (Menéndez y Di Pardo, 1996).

Mientras algunos proponen informar, sobre todo para generar comprensión y tolerancia en el personal de salud respecto de las representaciones y prácticas culturales que los pacientes tienen de los procesos de s/e/a, otros proponen además que los médicos deben conocer profundamente la cultura de sus pacientes para utilizarla en sus propias actividades terapéuticas. Más aún señalan, y estoy de acuerdo, que el médico debería manejar el lenguaje que hablan sus pacientes, sobre todo si está trabajando en una zona donde el lenguaje común es el de un grupo étnico determinado. Y se señala críticamente, y también estoy en parte de acuerdo, que la mayoría de los médicos que trabajan con grupos étnicos ajenos a su cultura, no manejan el lenguaje de los sujetos que atienden. Pero ocurre que muchos antropólogos que realizan estos señalamientos y propuestas interculturales, se caracterizan por que ellos en sus trabajos de campo—al igual que los médicos— tampoco manejan el lenguaje de los grupos étnicos con los cuales trabajan, lo cual amerita alguna reflexión en términos de la metodología aplicada a la interculturalidad por parte de los antropólogos.

Pese a las diferencias, en todas las líneas opera un hecho que ya hemos señalado. En América Latina los antropólogos ‘nativos’ estudiamos diferentes problemas, y no desde la posición ‘distante’ de las antropologías de los países centrales, sino desde nuestra situacionalidad inmediata. Pero los antropólogos nos formamos aprendiendo las concepciones y metodologías desarrolladas en los países centrales, y por supuesto también en nuestros propios países. Pero ocurre que en nuestras antropologías no existe demasiado desarrollo de reflexiones metodológicas referidas a como la situacionalidad del antropólogo nativo limita o posibilita la obtención de información estratégica y confiable.

Seguimos yendo al campo como siempre, es decir basados en la confianza de obtener información “estando ahí”, pero desde un ahí que no es el de los que desarrollaron la metodología antropológica, dado que nuestra situación y relación intercultural es ‘diferente’.

La denominada Antropología en casa.

Las líneas que estamos presentando parten de asumir que la interculturalidad opera en sujetos y grupos en proceso de cambio, que se caracterizan por lo menos en parte por el sufrimiento, el aguante, el enfrentamiento y la resistencia. Una de las expresiones más notorias de este proceso de cambio, y tal como ya lo señalamos, se da a través de la migración de sujetos y grupos primero al interior de sus propios países en términos de migración rural/urbana, y luego en términos de migraciones internacionales desde la periferia al primer mundo. Actualmente no son los irlandeses, italianos, españoles, polacos y otros grupos los que migran hacia América; los que descendieron de los barcos preferentemente en EEUU, Canada, Argentina o Uruguay. Los que ahora migran y descienden de los aviones—que no de los barcos— en Europa o los EEUU son los ecuatorianos, bolivianos, argentinos, colombianos. Así como los africanos descienden de las ‘pateras’ especialmente en países europeos meridionales. Y en prácticamente todos estos grupos el componente étnico es decisivo en términos demográficos.

El incremento constante de estos procesos durante las dos décadas perdidas de los 80’ y 90’ conducirá a la emergencia de diferentes conflictos entre la población migrante y la población local, que en ciertos ámbitos adquiere características de estigmatización y de conflicto racial como documentó y analizó tempranamente la antropología y sociología británica respecto de población africana, asiática y caribeña que se asentó después de la segunda guerra mundial en varias áreas del Reino Unido (Bloom, 1971; Rex, 1970; Williams, 1989). En gran medida estos conflictos expresan la situación de los migrantes y sus fuertes demandas sociales como ocurrió en los disturbios desarrollados en Francia durante los últimos meses del 2005, y que se dio básicamente en migrantes y sobre todo en primera generación francesa de hijos de migrantes africanos. Pero me interesa subrayar especialmente, que una parte significativa de estos procesos se darán a través de la enfermedad y su atención especialmente dentro de sociedades que se auto reconocen como ‘sociedades de bienestar’ (Bravo, 2005; Hurtado, 2005; Longo y Morrone, 1994; Williams, 1989).

Estos y otros procesos que ahora no analizaremos, son los que van a originar en varios países europeos el desarrollo de la ‘Antropología en Casa’; una Antropología que encuentra la diferencia cultural ya no en espacios culturales distantes y diferentes, sino en su propio espacio europeo. Es decir al desarrollo de una “situación” antropológica, que por lo menos en algunos aspectos es similar a la que caracterizó el trabajo de los antropólogos latinoamericanos respecto de su propio país. Y por supuesto que también caracterizó a los antropólogos africanos, hindúes y del sudeste asiático respecto de sus propios contextos.

Y estos procesos hacen pasar a primer plano toda una serie de cuestiones metodológicas que han sido opacadas o negadas constantemente por la propia Antropología, pese a constituir núcleos duros de su constitución y funcionamiento como disciplina. Y me refiero al hecho ya señalado, de que la Antropología desarrolló una concepción del sujeto de estudio, de su relación metodológica con dicho sujeto que asumía el distanciamiento cultural y geográfico como partes sustantivas de su manera de trabajar, y como factor determinante de la ‘objetividad’ de su metodología.

La definición del sujeto de estudio y la metodología antropológica fueron desarrolladas en un pequeño grupo de países centrales y exportada como forma académica y profesional de trabajar hacia el resto de los países, incluidos los latinoamericanos. Pero ocurre que los antropólogos latinoamericanos y especialmente los de origen étnico americano, no tienen una relación con el sujeto de estudio de las mismas características que tiene un antropólogo francés o alemán al estudiar grupos y problemas en sociedades latinoamericanas. Los sujetos de estudio pueden ser distintos, y hasta distantes en términos culturales y geográficos, pero son parte del propio país del antropólogo latinoamericano y expresan las realidades de su propio país. Un antropólogo mexicano cuando estudia un grupo étnico de su propio país sabe que dicho grupo étnico, como el conjunto de los grupos étnicos presentan las más negativas condiciones de salud/enfermedad/atención y de pobreza a nivel nacional comparado con cualquier otro grupo. Y esto pasa en un grupo que por distante que fuera, es parte de su propia sociedad. Y por eso cuando emerge el movimiento zapatista de raíz indígena, inicialmente conmueve y moviliza a la sociedad mexicana y no sólo a sus grupos étnicos. Los antropólogos nativos reflexivamente o no trabajan dentro de lo que hemos denominado la dialéctica del 'adentro y el afuera', que constituye una nueva vuelta de tuerca metodológica.

Podríamos agregar otros elementos, pero lo que me interesa subrayar es que éstas y otras características implican la necesidad de desarrollar reflexiones y propuestas metodológicas respecto del sujeto de estudio y de la metodología a desarrollar para su estudio en términos de relaciones sociales, económicas y culturales. Sin embargo esto casi no se da entre nosotros, ya que aplicamos los instrumentos y metodología desarrollados por las antropologías de los países centrales a partir de la situacionalidad de las mismas. De tal manera que no se generó una reflexión y modificación respecto de una relación que incluye aspectos decisivos en términos interculturales. Tengo la impresión que en el caso de la actual 'Antropología en casa' está pasando lo mismo. Es decir se evita conscientemente o no reflexionar sobre la propia situación del investigador en términos de las relaciones interculturales dentro de las cuales está situado al desarrollar su estudio y/o su intervención.

De nuestra esquemática revisión de los diferentes momentos por los cuales ha atravesado lo que se denomina interculturalidad, surgen toda una serie de problemas de diferente tipo, de los cuales rescato dos referidos a procesos de s/e/a. La necesidad de discutir un concepto de interculturalidad que no agote la cultura exclusivamente en la dimensión simbólica, y la necesidad de reflexionar y proponer metodologías que posibiliten desarrollar aproximaciones que refieran a la situación de un antropólogo que cada vez más describe, analiza y/o interviene sobre grupos que pertenecen a su propia sociedad, y cada vez más frecuentemente a su propia cultura. De grupos que además pueden estar explotados, marginados y a veces estigmatizados por la propia cultura del antropólogo que los estudia. Estas y otras reflexiones las consideramos decisivas para el estudio de procesos de s/e/a en términos de las denominadas relaciones interculturales.

Bibliografía

- AGUIRRE BELTRÁN, G.
1986 *Antropología Médica*. CIESAS, México.
- BALANDIER, G.
1954-1955 *L'Anthropologie appliquée aux problèmes des pays sous-développés*. Université de Paris, Institut d'Etudes Politiques. Paris. Tres vols.
- BALANDIER, G.
1971 *Sociologie actuelle de l'Afrique noire*. P.U.F, Paris.
- BLOOM, L.
1971 *The Social Psychology of Race Relations*, George Allen & Unwin, London.
- BONFIL BATALLA, G.
1962 *Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal*, Yucatán. Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

- BRAVO, A.
2005 "El aborto en la población migrante: contextualización" en ESTEBAN y PALLARES (Coords.) *La salud en una sociedad multicultural: Desigualdad, mercantilización y medicalización*, pp. 99-114, FAAEE, ASANA, Sevilla.
- ESTEBAN, M. L Y J. PALLARÉS (COORDS.)
2005 *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*, FAAEE, ASANA, Sevilla.
- FANON, F.
1962 *Los condenados de la tierra*. Fondo de Cultura Económica, México.
- FANON, F
1966 *Escucha blanco*. Editorial Nova Terra, Barcelona.
- FANON, F
1967 *Sociología de una revolución*. ERA, México.
- GARNELO, L. y J. LANGDON
2003 "A antropología e a reformulacao das práticas sanitarias na atencao básica á saúde" Ponencia presentada en el VII Congreso Latino-americano de Ciencias Sociais e Saúde, Angra dos Reis, Brasil.
- GARNELO, L. y R. WRIGHT
2001 "Sickness, Healing and Health Services: Social representations, practices and demands among the Baniwa" *Cadernos de Saúde Pública* 17(2) pp. 273-284.
- HURTADO, I.
2005 "De inmigrantes extranjeros, de dianas y márgenes. Contextualizando procesos migratorios para el análisis de dispositivos asistenciales". En, ESTEBAN Y PALLARÉS (Coords.) *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*, pp. 27- 42 FAAEE, ASANA, Sevilla.
- HOROWITZ, I.
1967 *The rise and fall of Project Camelot*, MIT Press.
- HOROWITZ, I
1975 *The use and abuse of social science. Behavioral research policy making*, Transaction Books, Rutgers University.
- INI/PNUD
2000 *Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de México*, INI, México.
- JAULIN, R.
1973 *La paz blanca. Introducción al etnocidio*. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires.
- JAULIN, R
1979 *La descivilización. Política y prácticas del etnocidio*, Nueva Imagen, México.
- LEACH, E.
1982 *Social Anthropology*, Oxford University Press, New York.
- LEVI-STRAUSS, C.
1968 *Antropología Estructural*. EUDEBA, Buenos Aires.
- LONGO, G. Y A. MORONE (Coords.)
1994 *Cultura, salute, immigrazione. Una analisi interculturale*. Armando Editore, Roma.
- MENÉNDEZ, E. L.
1981 *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Ediciones de la Casa Chata, México.
- MENÉNDEZ, E. L.
1990 *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Cuaderno N°79 de Casa Chata, CIESAS México.
- MENÉNDEZ, E. L.
1997 "El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad" *Relaciones* N° 67, pp. 239-70, Zamora, México.
- MENÉNDEZ, E. L.
2001 "Biologización y racismo en la vida cotidiana", *Alteridades* N° 21, pp. 5-39, México.
- MENÉNDEZ, E. L
2002a *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Edicions Bellaterra, Barcelona.

- MENÉNDEZ, E. L.
2002b "El malestar de la antropología o de la casi imposibilidad de pensar lo ideológico", *Revista de Antropología Social*, vol. 11, pp.39-87, Madrid.
- MENÉNDEZ, E. L.
2004 "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". En, SPINELLI, H.(Comp.): *Salud Colectiva.Cultura,instituciones , subjetividad*. Pp. 11-48 Edit. Lugar, Buenos Aires (también en *Ciencia &Saude Coletiva* vol.8 (1) pp. 185-208,Rio de Janeiro 2003).
- MENÉNDEZ, E. L.
2005 "Lazos,redes y rituales sociales o las desapariciones melancólicas" Conferencia magistral presentada en el *Primer Congreso Latinoamericano de Antropología*, ALA, Rosario (Arg.), (en prensa).
- MENÉNDEZ, E. L. y R. B. DI PARDO
1996 *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. CIESAS, México.
- ORTEGA, J.
1999 *Proceso reproductivo femenino: saberes, género y generaciones en una comunidad maya de Yucatán*, Tesis de doctorado en Antropología Social, El Colegio de Michoacán, Zamora, México.
- REX, J.
1970 *Race, relations in Sociological Theeory*, Weidenfeld & Nicholson, London.
- SARIEGO, J. L.
2002 *El indigenismo en la Tarahumara: identidad, comunidad, relaciones interétnicas y desarrollo en la sierra de Chihuahua*. Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.
- SECRETARÍA DE SALUD
2001 *Programa nacional de salud 2001/2006*, SSA, México.
- WILLIAMS, F.
1989 *Social Policy: A Critical Introduction. Issues of Race, Gender and Class*. Polity Press, Cambridge.

EL SISTEMA MÉDICO DE UNA SOCIEDAD AFRICANA

Los evuzok del Camerun

Lluís Mallart Guimerà

Labortoire d'ethnnologie et sociologie comparative
(Universidad Paris X-CNRS)

Nota del editor: las páginas que siguen están tomadas de la introducción de la obra que el autor está compilando, reorganizando, completando y traduciendo del francés sobre sus investigaciones relacionadas con la etnomedicina de una sociedad africana. En ellas, Lluís Mallart Guimerà diseña los contornos de su proyecto y nos ofrece los aspectos esenciales de su contenido. El autor nos da cuenta del enorme trabajo de digitalización de sus materiales etnográficos que sustentan toda su obra y que estarán disponibles en la Biblioteca Éric de Dampierre del Laboratorio de etnología y sociología comparativa de la Universidad e Paris X para que en su día puedan ser consultados vía internet.

El estudio que ofrecemos a lo largo de esta obra trata de la salud y de la enfermedad, de los enfermos, de los médicos y del mundo en el que se desenvuelven; del discurso de los unos, del saber de los otros y del comportamiento y prácticas de todos en una sociedad africana de habla bantú

Nuestro propósito es dar cuenta de qué manera un vasto conjunto de fenómenos, de situaciones, de ideas, de palabras y de prácticas relacionadas con el cuerpo humano, con sus desórdenes y tentativas de restablecimiento, tienden a formar un sistema de tal forma que todos aquellos elementos que son los suyos, se articulan entre sí, se oponen o se complementan formando un todo que a partir de este momento consideraremos como el sistema médico de los Evuzok.

Ahora bien, la noción de sistema habrá que matizarla. Algunos autores, refiriéndose precisamente a la medicina, han discutido su pertinencia. Nos podemos preguntar, en efecto, si esta noción ha de reservarse a cada conjunto particular de conocimientos, creencias y prácticas de orden médico o, al contrario, ha de tomarse en consideración el hecho de que en la mayoría de las sociedades, incluidas las africanas, se encuentran imbricados, ideas, conocimientos y prácticas de naturaleza y orígenes muy distintos y, en consecuencia, aquello que debería considerarse pertinente desde un punto de vista antropológico es el conjunto de relaciones existentes entre todos estos conjuntos, fueran los que fueran y procedieran de donde procedieran

Tradicionalmente los Evuzok forman un grupo socialmente y políticamente autónomo llamado *ayò*, formando parte al mismo tiempo de un grupo mucho más amplio que ellos mismos designan con el nombre de Beti que, literalmente, quiere decir « Los Señores ». Todos ellos hablan la misma lengua y poseen la misma forma de organización social y cultural. Así pues podríamos hablar con toda propiedad de la existencia de un sistema médico propio a todos estos grupos auto denominados “Beti”. Pero incluso en este caso deberíamos considerarlo como un sistema estructuralmente abierto a las ideas y prácticas médicas originarias de otras sociedades autóctonas, más o menos vecinas, como pueden ser la Duala, Batanga, Basá, Bekoe (Pigmeos) o de origen totalmente extranjero como en el caso de las ideas y prácticas introducidas por la medicina llamada moderna o científica, actualmente establecida con más o menos presencia (menos que más) en estas latitudes.

Esta obertura otorga al sistema médico de los Evuzok un carácter plural que de una manera concreta se traduce, por parte del enfermo, en la posibilidad, por un lado, de pasar de un sistema terapéutico a otro, y, por el otro, de ir integrando en su propio sistema de referencia elementos de orígenes diversos. Este hecho nos obliga a contemplar la medicina evuzok como un sistema cambiante tomando en cuenta sus distintas transformaciones que no han de considerarse solamente como el resultado de la presencia de la medicina europea, sino también y quizás sobretudo como una nota característica del propio sistema.

Debemos precisar, en efecto, que este pluralismo médico no se debe necesariamente a la diversidad étnica que caracteriza muchas sociedades de nuestros tiempos. La sociedad evuzok o, mejor todavía, todos los Beti constituyen un grupo culturalmente y lingüísticamente homogéneo. De hecho, la dimensión plural de su sistema médico, se debe menos a una situación histórica creada por el contacto entre pueblos y culturas diferentes que a una forma específica de concebir su propia medicina: *si el peor de los males es siempre aquel que procede del exterior, el mejor de los remedió también*, podríamos decir llanamente.

Si por lo que se refiere a sus relaciones hacia el exterior hemos de considerar la medicina evuzok como un sistema *abierto y plural*, por lo que se refiere a sus elementos constitutivos, hemos de contemplarla como un sistema complejo que se articula con otros sistemas de pensamiento y de acción. La medicina evuzok, en efecto, no forma un campo totalmente autónomo. Sus conocimientos, sus prácticas y creencias forman parte de sistemas socio-simbólicos más amplios. Ello nos obliga a tratar nuestro objeto de estudio siguiendo un modelo que tome en consideración no tan solo sus elementos específicos, sino también el contexto en el cual se integran. Los límites de este contexto son difíciles de definir. Hasta un cierto punto podríamos decir que coinciden con aquellos de toda la cultura (si este concepto fuera todavía válido), el conocimiento de la cual, es por otra parte indispensable para tratar correctamente el problema de la salud y enfermedad. Las concepciones relativas al cuerpo, la organización social, las concepciones digamos provisionalmente “religiosas”, el sistema ritual del cual forma parte un cierto número de actos terapéuticos, el entorno vegetal, las técnicas culinarias (relacionadas con las técnicas farmacológicas), etc. constituyen algunos de los marcos de referencia que se articulan con el sistema médico, ultrapasándolo, es decir abarcando otros campos no relacionados directamente con la salud o la enfermedad..

De todos estos marcos de referencia, será necesario prestar una atención especial, por una parte, a las concepciones relacionadas con el mundo vegetal [ESPACIO FÍSICO NO HUMANO], y, por la otra, a todas aquellas que permiten pensar el mundo y organizar la sociedad [ESPACIO SOCIAL Y CULTURAL], considerando al mismo tiempo aquellos otros que se refieren a la noción de persona y a sus elementos constitutivos como son el cuerpo en su dimensión orgánica y sus distintos principios vitales [ESPACIO INDIVIDUAL]. Pensamos, en efecto, que estos tres espacios o marcos de referencia tienen una incidencia muy grande en los tres campos fundamentales de cualquier sistema médico, a saber: el NOSOGRÁFICO, la función del cual consiste en definir, identificar, designar y clasificar las distintas enfermedades considerándolas en un primer momento como simples fenómenos biofísicos y, por esta razón, relacionados con las concepciones relativas al cuerpo humano; el ETIOLÓGICO, que permite interpretar estos fenómenos dándoles una explicación de orden causal, transformándolos al mismo tiempo en unos acontecimientos de orden social y/o simbólico y, por esta razón, íntimamente relacionados con la manera de pensar y organizar el mundo y la sociedad; y por último, el TERAPÉUTICO, que propone las distintas alternativas curativas, ya sean de orden farmacológico especialmente relacionadas con el mundo vegetal, ya sean de orden ritual, relacionadas de una manera particular con el sistema simbólico.

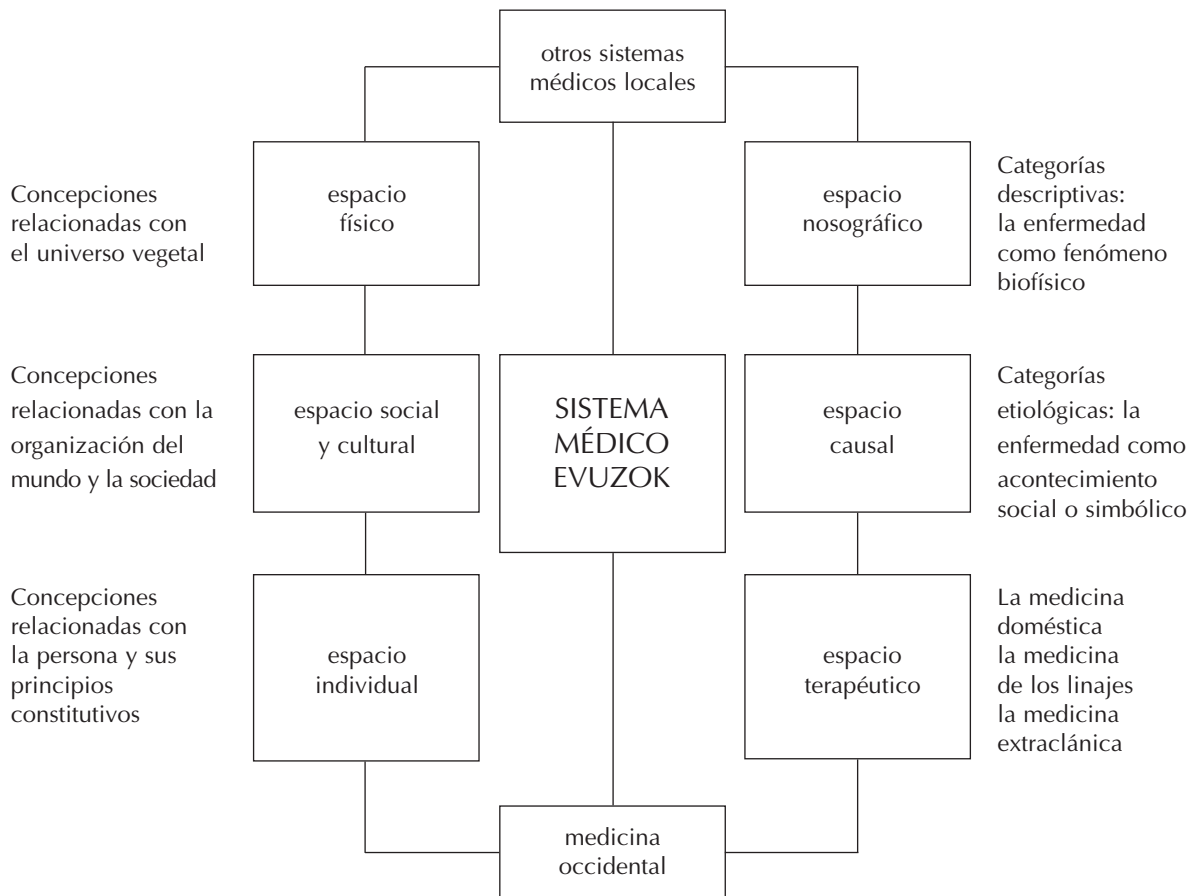
Así pues, en el modelo que proponemos veremos articularse las concepciones relativas al cuerpo humano con el espacio nosográfico ; el sistema que permite pensar el mundo y la sociedad, el orden y el desorden, con el etiológico ; y, por último, las concepciones relativas al entorno vegetal con ciertos aspectos del saber terapéutico, el farmacológico en particular. Es así como estudiaremos el sistema mé-

dico de los Evuzok, situando cada uno de estos elementos en el contexto más amplio en el cual se integran. Es así también como pretendemos que el estudio de la medicina evuzok sea sobretudo una contribución al estudio de las formas de pensar y actuar de una sociedad africana.

Al aplicar este modelo procuraremos tomar en cuenta un aspecto que consideramos fundamental y que, con frecuencia, los antropólogos dejan aparcado. Nos referimos al constato que la enfermedad es un hecho cotidiano o, al menos, un hecho tan frecuente que su interpretación y la respuesta de orden terapéutico que el individuo o el grupo intenta aportarle no siempre exige recurrir a dispositivos complejos de orden simbólico y ritual que son más bien excepcionales. Hablar de frecuencia es sugerir una idea de orden cuantitativo que deberíamos fundar en datos estadísticos. Ahora bien, en este campo, estos datos son difíciles de obtener. Es pues de una manera aproximada que podemos afirmar que la medicina bajo la responsabilidad de los linajes caracterizada por la celebración de grandes rituales de curación, así como la medicina que no compromete estas esferas de la sociedad y que se caracteriza por el tratamiento ritual de las enfermedades relacionadas con el mundo de la *noche*, son hechos menos cotidianos que la práctica de la medicina doméstica. Aunque la frecuencia no sea necesariamente un criterio de pertinencia etnológica, es importante que esta medicina doméstica no sea olvidada en beneficio de las otras que quizás apriorísticamente son consideradas como más pertinentes desde un punto de vista simbólico o sociológico.

Tabla 1
Modelo teórico de aproximación del sistema médico de los Evuzok

EL CONTEXTO SOCIO-SIMBÓLICO LOS COMPONENTES DEL SISTEMA



No podemos olvidar que un sistema médico empieza a tomar forma en un rincón de la cocina cuando la madre intenta calmar con un brebaje los primeros síntomas de su hijo enfermo. De este gesto a los grandes ritos terapéuticos celebrados por especialistas hay, ciertamente, una gran distancia, pero el sistema médico de una sociedad ha de considerarse como un todo sin omitir ninguno de sus elementos etnológicamente pertinentes.

La distinción que proponemos entre medicina doméstica, medicina de los linajes y medicina extraclínica – para darle una base relacionada con la organización social – se inscribe en esta perspectiva, particularmente por lo que se refiere a sus aspectos terapéuticos, aunque sus fundamentos aparezcan ya en las distinciones elaboradas tanto a nivel nosográfico como etiológico.

Este enfoque sería incorrecto si no tomáramos en cuenta el tiempo como uno de los factores del sistema. Toda enfermedad es vivida como un proceso, algunas incluso como un acontecimiento. En todos los casos, además, pueden ser contempladas siguiendo las secuencias o episodios que van señalando los cambios que se producen tanto en la aparición o desaparición de los síntomas como en la confirmación, sucesión o conmutación de los diagnósticos y de los actos terapéuticos que acompañan la vida del enfermo.

El tiempo marca también la historia médica del individuo, una historia que a menudo es la del grupo social que le rodea y que muchas veces hunde sus raíces en un pasado que va más allá del marco estrictamente médico. El tiempo permite por otra parte elaborar aquella noción de cronicidad que acompaña ciertos estados patológicos que, por este hecho, son susceptibles de recibir nuevas interpretaciones causales. Por todas estas razones, los estudios de caso a través las distintas secuencias de una historia médica, aparecen metodológicamente indispensables para comprender mejor el funcionamiento del sistema médico de una sociedad.

Pero el tiempo es también el de la medida e intensidad de la mirada con la que el antropólogo ha podido contemplar la sociedad estudiada. En nuestro caso, este tiempo habrá sido casi el de toda una vida profesional que siempre será poca para dar cuenta de la complejidad de un sistema como el que nos proponemos estudiar y de las transformaciones susceptibles de haberse producido a lo largo de los años.; pero pensamos que a pesar de todo, este tiempo habrá sido suficiente como para captar al menos algunos de sus momentos y de haber sido testigos de que en el campo de la medicina, como en otros muchos, la sociedad evuzok ha permanecido abierta para incorporar nuevos conceptos y nuevas prácticas. Sinceramente creemos que ha sido un privilegio haber podido consagrar más de cuarenta años al estudio del sistema médico de esta sociedad africana, combinando, evidentemente, la mirada próxima con la lejana.

Después de haber vivido dos años en la ciudad camerunesa de Kribi, a orillas del Océano, en donde empezamos nuestro aprendizaje de la lengua ewondo y a familiarizarnos con las realidades africanas, el año 1963 nos instalamos entre los Evuzok de la región de Atog-Boga o Nsola¹. Después de una primera estancia de seis años, realizamos otras de más cortas, de tres, cuatro o cinco meses de duración, la última en 1996. Durante todos estos años, hemos sido testigos de la desaparición de los últimos iniciados al rito así como de los últimos grandes terapeutas tradicionales conocidos con el nombre de *ngënga* y de la aparición de otros con nuevos poderes y nuevas prácticas rituales. Hemos sido testigos también del desarrollo de nuevas formas de concebir la brujería y por lo tanto de interpretar la enfermedad; de la introducción de nuevos ritos de curación; de la desaparición de otros; de la adopción de ciertos ritos de posesión completamente desconocidos hasta entonces en estas regiones; de la creación de un dispensario entre los Evuzok y de un hospital, algo más lejos, entre los Ngumba y los Fang de Ngovayang, gracias a la acción de algunas organizaciones humanitarias extranjeras; a la desaparición del mismo y a nuevas tentativas, algunos años más tarde (2006) para ser fundado de nuevo.



◀ Foto 1: Atangana Dominik: uno de los últimos iniciados al rito del antílope so. Iniciación masculina

En un libro publicado por Ediciones La Campana en catalán (1992, 1998 y 2005) y traducido al castellano por Ariel (1996) con el título *Soy hijo de los Evuzok. Vida de un antropólogo al Camerun*, hablaba de las condiciones que acompañaron mis trabajos de investigación sobre el terreno. Aquel libro, escrito en primera persona y con un tono más narrativo, tenía un carácter de introducción, trataba poco de mis investigaciones propiamente dichas y mucho más de la manera como las había llevado a cabo. Era una explicación que consideraba indispensable. Era también una forma de recordar que detrás de los datos y análisis fríos de un trabajo científico, existen unos hombres y unas mujeres con una vida hecha de situaciones concretas y que, viviendo con ellos, el antropólogo con las herramientas que le proporciona su disciplina, consciente de sus limitaciones, pero sabiendo que la información etnográfica es siempre una confidencia, intenta establecer una relación con aquellos hombres y mujeres de una cultura distinta con el fin de captar, si ello es posible, algunos de sus instantes y acortar así la distancia que pueda separarnos. Todo esto ya está dicho. No volveremos a hablar de ello. Las páginas que nos proponemos presentar sobre el sistema médico de los Evuzok tendrán un carácter muy distinto. No se trata de hacer una obra de vulgarización. Pretendemos hacer una obra científica que pueda prestar algún servicio a todos aquellos que se interesan por la antropología africana y, de una manera más particular, por la antropología médica o al menos - con un poco más de modestia - a la etnomedicina -, que plantee y proponga algunas pistas de reflexión sobre la manera de abordar los problemas propios de esta disciplina. Nuestro propósito es ofrecer una visión global del sistema médico de los Evuzok. Analizaremos uno a uno los distintos espacios que conforman el modelo que hemos propuesto más arriba. Consideraremos la manera como estos espacios se articulan entre sí y de qué forma las relaciones que los une o los separa se transforman con el paso del tiempo al entrar en contacto con otras medicinas y otras formas sociales y culturales. Pero también queremos decir que no solamente nos proponemos mostrar lo que los Evuzok piensan respecto al mundo de la salud y de la enfermedad, del orden y del desorden sino sobretudo de qué forma todo este mundo es pensado más o menos inconscientemente por ellos mismos. Con ello queremos señalar la influencia ejercida en nuestras investigaciones por la escuela estructuralista. Por otra parte, con nuestro estudio quisiéramos restaurar la antigua tradición antropológica de los estudios particulares o monográficos demasiado pronto abandonados en nuestro país² en los proyectos de investigación antropológica con la ilusión o pretensión de que con un poco de etnografía todos éramos ya capaces de pasar a la reflexión general de orden teórico; sin hacer, empero, de nuestra monografía, un estudio a-histórico; sin hacer de ella un estudio cerrado sobre si misma en el tiempo y en el es-

pacio, sin limitarla a su objeto específico – el sistema médico de los Evuzok – que en el fondo no será otra cosa que el hilo conductor que nos conducirá a analizar otros aspectos de esta sociedad.

Hemos diseñado este estudio en seis grandes partes (o Libros³). El eje que debe articularlas será el modelo que hemos propuesto en esta introducción. A pesar de la complejidad de nuestro objeto de estudio y la desigual extensión que podamos conceder a sus partes, intentaremos darle una cierta unidad formal. Esta unidad será en parte arbitraria ya que se establecerá sobre los principios de una lógica que será la nuestra. Nos referimos a la lógica que presidirá la organización de las diferentes partes (o Libros) y que orientaremos en todo momento para dar la máxima claridad a nuestro estudio. Siguiendo esta misma lógica, intentaremos articular siempre que nos sea posible los ejes que unen el texto con el contexto del modelo que nos hemos propuesto seguir.

Muchas de las cosas que diremos han estado escritas y publicadas en francés, en libros y artículos pero de una manera dispersa⁴. Otras son todavía inéditas. Lo que nos proponemos ahora es ofrecer algo más que una simple recopilación o traducción. Nuestro propósito es ofrecer al lector una obra completa, más sistemática y si fuera necesario más exigente desde un punto de vista etnográfico.

Diseño de la Obra

PRIMERA PARTE

El Contexto del Sistema médico Evuzok

En el primer Libro examinaremos los aspectos que creemos más pertinentes del contexto del sistema médico evuzok: las concepciones relacionadas sobre el cuerpo humano y sus desórdenes (espacio individual), las concepciones relacionadas con la visión del mundo y la sociedad) espacio sociocultural, y por último aquellas relacionadas con el universo vegetal (espacio físico) ya que, como hemos señalado, el universo vegetal juega un papel muy importante en el campo terapéutico, tanto ritual como no ritual.. Esto nos conducirá a explorar el universo vegetal de este pueblo examinando la manera como los Evuzok hablan, designan, describen y clasifican las plantas. Por lo que respecta el espacio socio-simbólico o cultural analizaremos de una manera detallada todo aquello que hace referencia al sistema simbólico del *evu* por su gran implicación en los aspectos etiológicos y terapéuticos del sistema médico. Digamos solamente que la noción de *evu* es comparable a aquella bien conocida de los antropólogos de *mana* que funda o explica las nociones de orden y desorden, de saber y poder, de ser y obrar... El estudio de esta noción (sus orígenes míticos, su forma de adquisición, sus variedades...) nos permitirá definir y discutir la pertinencia de las nociones clásicas de “religión”, “magia” y “brujería” con las cuales a menudo se la ha asimilado y de precisar, en todo caso, sus relaciones con el campo de la medicina.

SEGUNDA PARTE

Los componentes del sistema médico

El discurso sobre la enfermedad (Espacios Nosográ- Fico y Etiológico)

En este segundo Libro trataremos del sistema nosológico de los Evuzok, la manera de identificar, designar y clasificar los diferentes estados patológicos. Partiendo de un análisis lingüístico distinguiremos dos grandes categorías, las descriptivas y las etiológicas o causales. Las primeras, que los Evuzok utilizan para hablar de la enfermedad desde un punto de vista orgánico, funcional o, si queremos decirlo así, biofísico, están íntimamente relacionadas con las representaciones sobre el cuerpo humano; las segundas, que los Evuzok utilizan cuando quieren referirse a las causas, orígenes o agentes externos de las enfermedades, encuentran su explicación en aquel sistema más amplio de representaciones relacionadas con las nociones de orden y desorden en el individuo, la sociedad y el universo. Este sistema se estructura gracias a la noción de *evu* que como en este momento ya lo habremos analizado es un concepto básico en la cultura fang y beti. Terminaremos estudiando el diagnóstico, operación que permite

establecer un lazo de unión entre los dos campos de referencia citados, el descriptivo y el etiológico y de transformar así, simbólicamente, un desorden orgánico en un desorden social.

TERCERA PARTE

Estructura Terapéuticas

A. La medicina doméstica

El diagnóstico pone en funcionamiento los distintos procesos de orden terapéutico. En este campo, cada sociedad crea sus propios dispositivos. Cada uno de ellos se caracteriza por sus referencias propias, sus especialistas con sus saberes y poderes particulares, y sus técnicas específicas. La estructura terapéutica evuzok ofrece al menos tres espacios que hacen referencia a tres niveles de su organización social. En este Libro examinaremos el espacio terapéutico más al alcance de todo el mundo y más enraizado en la vida de cada día: el doméstico. En este espacio, el recurso a las plantas es muy importante. Ello nos conducirá a completar nuestra reflexión sobre el universo vegetal (Libro I). Examinaremos de qué forma los Evuzok transforman las plantas en medicamentos. Estudiaremos cuáles son los principios que inspiran su noción de eficacia terapéutica tanto empírica como simbólica o ritual. Sobre este último punto pondremos a prueba nuestra hipótesis según la cual en estas farmacopeas africanas que no tienen como fundamento el análisis bioquímico de las plantas, buscan los principios curativos en las propiedades que atribuyen a las cualidades sensibles de los vegetales. Así pues dedicaremos una parte importante de este tercer Libro al estudio de estas cualidades que proporcionan los sentidos como son los olores, los sabores, los colores y las sensaciones táctiles. A partir de aquí intentaremos poner de manifiesto las estructuras lógicas del universo vegetal evuzok examinando las transformaciones que se operan según se aplique un código, culinario, farmacológico o ritual.

CUARTA PARTE

Estructuras Terapéuticas

B. La medicina diurna o de los linajes

Si raramente la enfermedad es vivida solamente como una experiencia estrictamente personal, la dimensión social que la sociedad otorga puede alcanzar en ciertos casos un nivel muy elevado. Es el de ciertas enfermedades, por ejemplo, que reciben un tratamiento ritual en el marco de unos ritos relacionados con el mundo *diurno*, es decir, con el mundo controlado por los adultos y que tiene como referencia última el conjunto de normas legadas por el Antepasado mítico. En este marco, la enfermedad recibe una dimensión nueva, situándola más allá de lo estrictamente orgánico. El mal es vivido como un asunto público. La enfermedad se transforma en acontecimiento social o simbólico. El espacio familiar se amplifica progresivamente. En este proceso de socialización de la enfermedad, el clan con sus linajes asume un papel importante. El acto terapéutico se formaliza en el marco de un determinado número de ritos que no tienen como único pretexto para ser celebrados, el terapéutico. Aquí, nos será necesario examinar la estructura ritual de este pueblo para ver cómo se integra en ella la dimensión terapéutica. Una vez examinado este aspecto contextual, la cuestión que deberemos resolver es la siguiente: para cada rito en particular ¿cuál es el estado patológico que determina su celebración? y ¿cuál es la interpretación causal que se le puede dar? o dicho de otra manera ¿cuáles son las articulaciones de inclusión o exclusión que la sociedad establece entre determinadas situaciones patológicas, interpretaciones causales y actos rituales? Las respuestas serán examinadas a través de una serie de historias rituales que cubrirán, de todo un abanico de posibilidades lógicas, aquellas que son retenidas por los Evuzok. Estas posibilidades lógicas nos harán descubrir el uso social de la enfermedad, es decir, la manera como una sociedad intenta reafirmar una serie de valores valiéndose de la enfermedad y de determinados signos producidos por el cuerpo humano.



◀ Foto 2: Rito diurno relacionado con un crimen con derramamiento de sangre cometido por el miembro de un linaje. En la foto: aspectos terapéuticos curativos y preventivos relacionados con ciertas enfermedades pulmonares.

QUINTA PARTE

Estructuras Terapéuticas

C. La medicina nocturna o extraclánica

Este Libro será consagrado al estudio de la medicina de la *noche*, tanto en los aspectos más tradicionales como en las transformaciones más recientes. Podríamos decir que este tercer espacio terapéutico – el *nocturno* – se escapa del control de las familias (medicina doméstica) y de los grupos orgánicos de la sociedad (medicina de los linajes). Constituye un espacio que podríamos considerar como asocial. Es por esta razón que lo llamamos “extraclánica”. Los terapeutas que lo controlan en efecto son personajes dotados de poderes especiales relacionados con el mundo de aquello que provisionalmente designamos con el nombre de “magia” y “brujería” pero que, como habremos visto ya en el Libro II, lo consideramos como mucho más, como una manera de representarse el individuo, la sociedad y el universo (cosmovisión). En ninguno de sus aspectos fundamentales, este espacio se define en relación con el mundo de los antepasados que es el mundo *diurno* y de la norma social. Los enfermos son víctimas de los *brujos*, poseedores también de poderes excepcionales. Aquí, el desorden se transforma en oposición al orden; y el lenguaje sobre la enfermedad, un discurso simbólico sobre las relaciones sociales.



◀ Foto3: Rito nocturno: tratamiento de un enfermo víctima de un acto de brujería

SEXTA PARTE

El saber farmacológico

Documentos

Podríamos considerar este volumen como un anexo del segundo y tercer Libro, es decir como una fuente documental del saber nosográfico y terapéutico de las unidades domésticas. En la primera parte, en efecto, presentaremos una pequeña colección de doscientas cincuenta recetas médicas transcritas en ewondo con su traducción correspondiente. Estas recetas nos fueron comunicadas oralmente correspondiendo casi integralmente a las enfermedades designadas con un término descriptivo estudiadas en el Libro II.

Tradicionalmente, los pueblos de esta área cultural era ágrafas. Pero actualmente, la técnica de la escritura, proveniente de otra cultura, ha sido incorporada más o menos en la vida de las nuevas generaciones escolarizadas. Durante nuestra estancia entre los Evuzok, fuimos testigos de las primeras tentativas de consignar por escrito en su lengua propia genealogías, elogios fúnebres, contratos matrimoniales, testamentos... que no mucho tiempo antes eran realizados únicamente de palabra. En la introducción de este volumen examinaremos este problema, el de la coexistencia de una trasmisión oral con un inicio de tradición escrita. Tomando en cuenta esta problemática, la segunda parte de este Libro, será consagrada a la presentación, traducción, análisis y reproducción de un manuscrito de recetas médicas escritas en lengua ewondo por un terapeuta evuzok.



Foto 4: Página del manuscrito de Zama Vincent. Las prácticas del autor se sitúan en el campo de la medicina doméstica.

SÉPTIMA PARTE

El saber sobre las plantas

Documentos

Este Libro tomará la forma de un diccionario de etnobotánica. Reunirá las informaciones recogidas sobre cuatrocientas sesenta y ocho plantas. Cada una de ellas será presentada - siempre que ello nos sea posible – siguiendo la pauta siguiente :

- Nombre ewondo de la planta. Etimología. Indicaciones lingüísticas (género, clase nominal...). Sinónimos.
- Identificaciones científicas
- Localización
- Descripción local
- Usos culinarios
- Usos tecnológicos
- Usos farmacológicos
- Usos rituales
- Indicaciones taxonómicas locales
- Referencias en la literatura oral (proverbios, cuentos, mitos, cantos...)
- Valor simbólico (interpretación exegética a base nominal; interpretación exegética a base substancial...)

Los documentos que presentaremos en este diccionario fueron reunidos para preparar el Libro II de tal forma que podríamos considerarlo como su anexo. Al reunir estos documentos partimos de la idea bien elemental que para comprender el uso que los Evuzok hacen de cada planta tanto a nivel terapéutico como ritual así como para situar cada una de ellas al interior del sistema de significaciones del cual forman parte, nos sería necesario obtener el máximo de informaciones posibles, tomando en consideración la manera como los Evuzok hablan, se representan y utilizan cada planta. Es así por ejemplo que en el punto de la pauta “Descripción local” cada planta será descrita siguiendo, no los criterios de la botánica linneana, sino las pautas del saber botánico de los Evuzok que nos fue posible reunir a través de conversaciones más o menos informales y casi siempre usando su propia lengua con el fin de retener las categorías autóctonas con la máxima fidelidad posible. Lo que en un principio habíamos concebido como una documentación etnográfica de base para analizar ciertos aspectos del universo vegetal relacionados con la farmacopea y el ritual, se convirtió poco a poco en un diccionario de etnobotánica.

Nota sobre los Evuzok del Camrún

En nuestro estudio hablaremos de la sociedad evuzok, de su organización social y otros aspectos de su vida a medida que abordaremos los distintos temas de nuestro trabajo y en función de las exigencias de los diferentes sujetos que trataremos. En esta nota nos limitaremos a ofrecer una presentación general de esta sociedad a fin de situarla en el tiempo y en el espacio.

Los Evuzok que son aproximadamente unos cinco mil forman parte, como ya lo hemos indicado, de un grupo más amplio llamado Betí que ocupa una gran parte del centro-sur del Camerún. Los Betí juntamente con los Bulu del Camerún del Sur y los Fang del Gabón y de la Guinea Ecuatorial constituyen un grupo lingüístico y cultural relativamente homogéneo. Yaundé, la capital del Camerún fue edificada sobre un terreno ocupado por uno de los grupos betí más importante, los Ewondo.



Foto 5: Territorio Evuzok

Según cuenta la tradición, los antepasados de los Evuzok, cuando todavía no se auto designaban con este nombre ya que formaban parte del clan llamado Ngudu (“Termitero”), tomaron parte en el gran movimiento migratorio que puso en camino un gran número de pueblos que desde las sabanas del norte se dirigieron hacia las regiones selváticas del sur del actual Camerún. El recuerdo de este largo viaje fue incorporado en un mito de instalación que, simbólicamente y como si se tratara de un paso iniciático, narra de qué forma estos pueblos atravesaron las aguas del río Sanaga sobre el lomo de una serpiente de grandes dimensiones, escapando de esta forma de sus perseguidores. A la otra orilla del río, continua diciendo el mito, encontraron el camino obstruido por un árbol majestuosa que todas las versiones coinciden en darle el nombre de *adzab* (*Baillonella toxisperma*, Sapotáceas). Para superar este obstáculo y como si de una prueba iniciática se tratara, no tuvieron más remedio que abrir un gran agujero en la base de su tronco. Al otro lado descubrieron un gran claro en donde se instalaron provisionalmente. En recuerdo de esta hazaña, aquel árbol fue bautizado con el nombre de “*Ondzab-Boga*” que literalmente significa “El-*adzab*-agujereado” y aquel gran claro recibió el nombre de “*nsë_ mëyò_*” que podríamos traducir por “la explanada-de-los-clanes-o-naciones” puesto que fue en este emplazamiento desde donde los distintos clanes o pueblos decidieron separarse, cada uno siguiendo su propia ruta.

Este mito que encontramos con muy pocas variantes en todos los pueblos de esta área del África central (Bulu, Fang y Beti), sugieren un momento importante en la historia de estos pueblos de habla bantú: el paso de un medio ecológico a otro, de una forma de vida apropiada a la sabana a otra adaptada a la selva.

Según la cosmología y escatología de los Betí, el mundo de los humanos aparece rodeado de un gran río, el Yom o “Río de los Muertos” que es necesario atravesar para penetrar en el mundo de los

difuntos. El paso del río Sanaga puede interpretarse pues como el símbolo de un nacimiento o, más exactamente, como el principio de un proceso de adaptación a un mundo diferente, en contacto también con seres diferentes. En este mito, en efecto, los Pigmeos, los verdaderos habitantes de aquellas regiones selváticas, aparecen como los guías y maestros iniciáticos de estos pueblos recién llegados. Todos los relatos dejan entender, ciertamente, que los Pigmeos tuvieron un papel importante en este proceso de instalación, adaptación y progreso hacia el mar que según parece era el objetivo último de todos aquellos pueblos. Como veremos, en el campo de la Medicina todavía siguen jugando un papel importante.

Después del paso del río Sanaga, los Evuzok siguieron su camino en primer lugar hacia el sur y después hacia el oeste. Dugast afirma que fueron los últimos en llegar y que por esta razón se vieron obligados a instalarse en la región más occidental, no muy lejos precisamente del océano. Según Laburthe-Tolra, los primeros Betí que alcanzaron la región de Minlaaba fueron los Evuzok, una parte de los mismos permanecieron durante mucho tiempo sobre las orillas del So (entre 1850 y 1880). De Minlaaba a Atog-Boga, el camino que según algunas tradiciones siguieron fue el siguiente: Mimentumu, Nkoa Kel, Esingele, Mimbomingal, Bongolo, Melangue y Ngomendek. Desde aquí se infiltraron poco a poco entre los Bassá⁵ hasta que se establecieron en la región de Nsola o Atog-Boga hacia el año 1890, en donde viven actualmente. Más tarde, el año 1910, a causa de una disputa interna, una fracción evuzok decidió abandonar este lugar y fue a instalar-se más cerca del Océano, entre Edea y Kribi, en donde se encuentran instalados todavía hoy sus descendientes.

A pesar de esta escisión, todos los Evuzok se consideran miembros de un mismo *ayò*_, que según la tradición fue fundado por Mekudu, hijo de Ozele. El *ayò*_, que nosotros traducimos por clan, es la unidad orgánica de orden genealógico más significativa de la estructura global de la sociedad betí. Un *ayò*_ está formado por los descendientes patrilineales de un antepasado común. En regla general, cuando nosotros llegamos a Nsola, la exogamia regía las relaciones matrimoniales: los miembros de un clan no se casaban entre ellos. Desde entonces, las cosas han evolucionado y actualmente las alianzas matrimoniales entre Evuzok constituyen un hecho, aunque bajo determinadas condiciones. Digamos también que cada clan tiene un nombre propio: Evuzok, Ewondo, Yanda, Ngoe, Enoa... Por lo que respecta su organización interna, cada una de estas unidades genealógicas está formada de un cierto número de linajes que, según su grado de inclusión, pueden ser mayores, medianos y menores. Todos ellos empero son designados con el mismo término de *mvog* que nosotros traducimos por “linaje” al cual se añade el nombre de su fundador (*mvog* Bikoe, *mvog* Messi, *mvog* Mba...)

La unidad genealógica más reducida recibe, en cambio, el nombre de *nda bod*, literalmente “casa de las gentes”. Esta unidad está formada por el fundador del grupo residencial (*dzal*), sus padres, sus hermanos, solteros o casados, sus hijos y los hijos de sus hermanos casados y de las hermanas solteras. Las esposas también forman parte de esta unidad como aliadas. Es la familia extendida de los antropólogos. Su *dzal* de referencia es la “casa de las gentes” en la cual nacieron y que, una vez ya casadas, designan con el nombre de *dza*_.

El *ayò*_ evuzok está formado de cuatro linajes mayores: *mvog* Bekudu, *mvog* Bikoe, *mvog* Ngono i *mvog* Sikwano. Territorialmente, la región de Nsola o Atog-Boga, situada entre Bipindi y Eseka, está dividida en tres zonas. Cada una de ellas está habitada por unos de los linajes mayores. La excepción la forma *mvog* Sikwano ya que todos sus miembros (poco numerosos) vivían sobre las tierras de *mvog* Bikoe.

Tradicionalmente, los Evuzok no poseían ninguna organización política centralizada. Aunque existiera una cierta jerarquía entre los diferentes linajes concediendo una cierta preeminencia al linaje de los primeros ocupantes de la región (*mvog* Bikoe), el poder tanto político como religioso aparece muy repartido. Como veremos en el Libro primero, la teoría sobre el *evu* da cuenta de esta amplia distribución del poder. Este concepto permite además explicar los fenómenos sociales que suelen producirse al interior de un sistema en el que los individuos pueden alcanzar una determinada preeminencia social al margen de las estructuras de parentesco y linajes, justificando así la posibilidad de ultrapasar los límites de un cierto ideal igualitario gracias al reconocimiento social de ciertas diferencias económicas, sociales y religiosas.

De la misma manera que el *ayò_ evuzok* no tiene una estructura política diferente de aquella que ofrecen los linajes, el conjunto de estas grandes unidades genealógicas que forman la sociedad betí – los diferentes clanes – tampoco poseían tradicionalmente una superestructura política diferenciada que los uniera como podía ser un consejo interclánico, y esto a pesar de la unidad lingüística y cultural que los caracteriza. La sociedad betí es una nación sin estado y ello a pesar de que actualmente esté integrada oficialmente en el estado moderno del Camerún.

Los Evuzok que viven en la región de Atog-Boga o Nsola practican la agricultura, de la cual obtienen lo esencial para su subsistencia con el cultivo de la mandioca, de otros tubérculos como el *macabó*, de la banana, los cacahuets y el maíz. Por lo que se refiere a las tareas del campo, se observa con más o menos rigor una cierta división sexual del trabajo. Hay que señalar que a pesar de la ilusión que causa el inmenso mantel verde que cubre esta región del África y el mito creado por el occidente sobre la exuberancia de su vegetación, sus tierras son pobres y hay que dejarlas en reposo un tiempo para que vuelvan a adquirir su fertilidad. Por esta razón los habitantes de esta región practican una agricultura itinerante. Durante la estación seca, los hombres preparan los campos: talan los árboles, limpian el terreno de su maleza, y lo queman todo para que después las mujeres transformen aquel claro en un campo (*afub*) y se responsabilizan de su cultivo.

Pero los Evuzok no se alimentan solamente de los frutos de la tierra. La caza y la pesca ocupan también una plaza importante tanto por lo que se refiere a su subsistencia como también al lugar que ocupan a nivel simbólico y en su visión del mundo. La caza es una actividad exclusivamente masculina que se practica aplicando técnicas muy distintas revistiendo, al mismo tiempo, formas rituales de cooperación e intercambio especiales. La carne que los Evuzok consumen procede ya sea directamente de la caza, ya sea de los trueques que establecen con los Pigmeos a cambio de frutos de la tierra. A nivel simbólico estos intercambios sirven de modelo de las relaciones que los Evuzok establecen con el mundo de la *magia* y de la *brujería*.

El hombre evuzok no es un agricultor nato, atado a la tierra, pendiente de las lunas, de las lluvias o del buen tiempo. Este modelo no es el suyo. Quizás fuera el de la mujer casada, pero en este caso debería ser matizado. Tradicionalmente, l'aspiración del hombre consistía en convertir-se en un "Señor" (*nti*, singular de Beti) precisamente porque el grupo social al cual pertenecía ya llevaba este nombre, su ideal social consistía en convertirse en un *nkukuma*, un hombre "rico" (*akuma*: riquezas), con muchas esposas, dueño y señor de su *dzal*, apto para la guerra, dispuesto a exhibir su señorío en el juego con apuestas llamado *abia*, en las partidas de caza y en las grandes celebraciones rituales. Con el tiempo y, sobretudo, con el peso de la colonización, este modelo ha variado sensiblemente. Cuando llegamos en la región de Nsola, el ideal del hombre de la selva consistía en transformar-se en un "*grand planteur*" – como solían decir en francés –, es decir, "propietario de una plantación de cacao" A partir de la colonización alemana – y de la francesa después – la economía tradicional fue cambiando profundamente a causa sobretudo de la introducción entre 1912 y 1916 del cultivo del cacao y, con este producto, del desarrollo de una economía de mercado. Fue así como los Evuzok, como la mayoría de los habitantes de los pueblos de la selva camerunesa, llegaron a ser propietarios de plantaciones de carácter doméstico. Cada plantación era trabajada por los miembros de la unidad familiar a la que pertenecían: hombres, mujeres y niños. El hombre asume el rol de propietario ; és él quien controla la producción ; las mujeres reciben una parte de los beneficios, en general del cacao obtenido. El cultivo del cacao contribuyó, sin duda alguna, a desestructurar el sistema familiar y a acentuar ciertas diferencias: cada hombre adulto de un *nda bod* (familia extendida) tiende a convertirse en "*planteur*". En nuestro estudio veremos de que manera, al adoptar y adaptar el sistema de brujería de los pueblos de la costa, se da cuenta de las tensiones creadas por la introducción de esta nueva forma de economía que perdura hasta nuestros días pero con grandes dificultades debidas, sin duda alguna, a los problemas creados por la competencia con los mercados asiáticos y la mundialización. Para las nuevas generaciones, convertirse en *planteur* no constituye ya un ideal en términos económicos.

En un estudio dedicado a la medicina evuzok, creemos necesario aportar algunas indicaciones sobre la presencia de la medicina moderna o científica y sobre el estado de salud de la región, sobre todo si tenemos en cuenta que esa otra medicina – la moderna – que muy bien podríamos designar *alternativa o paralela* por su inaccesibilidad –, no aparece, a pesar de todo, completamente ausente en el marco de referencias médicas de los Evuzok. Por lo que se refiere a los servicios médicos, públicos o privados, y más o menos accesibles a los Evuzok, podríamos señalar: el pequeño dispensario privado de Nsola que funcionó regularmente desde el año 1964 hasta el 1968, y que después cerró sus puertas para dar paso a un dispensario público; el dispensario oficial de Bipindi a 30 kilómetros del anterior; el hospital de la Misión católica de Ngovayang entre Bipindi y Lolodorf que fue fundado el año 1967 a partir de un dispensario que funcionaba desde el año 1930, aprovechando las dependencias (internados, centros para los catecúmenos...) infrautilizados de aquella misión fundada por los misioneros alemanes y que, con el paso de los años, había perdido el prestigio que había alcanzado durante la primera época de la evangelización de esta región; el hospital privado de Bibia, situado entre Ngovayang y Lolodorf, dirigido por miembros de la Iglesia Presbiteriana Camerunesa y, por último, el hospital público de la ciudad de Lolodorf, situado a 80 kilómetros del centro de Atog-Boga o Nsola. Los dos primeros hospitales están situados a veinte y cinco kilómetros respectivamente de Lolodorf. Los habitantes (Ngumba, Fang, Ngoe...) de estos sectores gozan pues de una infraestructura médica más importante si la comparamos con aquella de que disponen los habitantes de Bipindi y Nsola (Pigmeos, Bassa, Bakoko y Evuzok). A pesar de las distancias, el estado de los caminos y carreteras no asfaltadas, y las dificultades en los transportes, los Evuzok no dudan, en situaciones muy concretas, en trasladarse a los distintos centros médicos de la región. Los criterios que conducen la elección de uno u otro de entre ellos son de orden económico (en principio las instituciones médicas públicas son gratuitas, mientras que las privadas son de pago), de orden cualitativo (el prestigio de los servicios prestados según la estimación popular) y de orden religioso (tendencia a escoger los servicios que pertenecen a la propia confesión religiosa).

Sería conveniente preguntarnos cuales son las enfermedades tratadas más frecuentemente en estos centros médicos. Antes de proporcionar una respuesta adecuada a esta cuestión, es importante señalar nuestra total incompetencia en este terreno. De todas formas disponemos de un excelente estudio socio médico realizado por un médico y un socio economista españoles sobre la “zona de influencia del Hospital de Ngovayang” que abarca, y con razón, la zona habitada por los Evuzok ya que la mayoría, bautizada a la Iglesia Católica, suelen dirigirse preferentemente a aquel Hospital.

Este estudio del que nosotros pudimos seguir de muy cerca su desarrollo y elaboración, fue realizado sobre el terreno durante los años 1969 y 1970. Se trata pues de una investigación contemporánea a nuestra primera estancia en el Camerún. En uno de los capítulos, sus autores, B. Amat y T. Cortadellas, dan cuenta de las enfermedades por las cuales los habitantes de aquella zona se dirigían a los servicios del Hospital. Según sus registros, entre el mes de agosto del año 1969 y julio de 1970, se realizaron 6.967 consultas. Las enfermedades diagnosticadas por orden de importancia fueron las siguientes: casi la mitad de los enfermos (45,1%) sufrían de parasitosis intestinales: de ascariasis un 28,7 %, de anquilostomiasis un 15,1 % y, en una proporción nada despreciable, de poliparasitismo un 7,00%, la cual cosa demuestra la importancia del parasitismo intestinal en esta región. Siguen después las anemias (21 %) ; las enfermedades pulmonares (11 %) yendo de los simples enfriados, a las bronquitis y pulmonías ; las filariosis (7,4%) ; las blenorragias (7,4%), los casos de paludismo (7,2 %), etc. Los diagnósticos exigiendo una hospitalización son por orden de frecuencia; las neumonías, sobretudo infantiles, las complicaciones respiratorias del sarampión; los accesos perniciosos de carácter palúdico; las anemias agudas infantiles; los peligros de abortos, etc. Las operaciones más frecuentes citadas por los autores son la hernia, con frecuencia gigantes, la ablación de fibromas uterinos y de quistes en los ovarios.

El estudio presenta después los resultados de la encuesta médica sobre el estado de salud de los habitantes de un poblado situado cerca del Hospital (Ngovayang II). Esta encuesta nos enseña que las enfermedades constatadas entre los 276 personas que fueron examinadas (79 %) de la población to-

tal) presentan una frecuencia parecida a la verificada en el conjunto de las visitas realizadas en el dispensario del Hospital, menos por lo que se refiere a la parasitosis, que son mucho más numerosas en el poblado de Ngovayang II (85 % en lugar de 45 %). Los autores de este estudio examinan después las incidencias que pueden tener sobre estos resultados las condiciones de vida de los habitantes de aquel pueblo: higiene del hábitat, potabilidad del agua, estado de las letrinas, basuras..

Los autores saben muy bien que no es lo mismo “estar enfermo” que “sentirse enfermo”. Amat y Cortadellas, en efecto, comparan la apreciación subjetiva del estado de salud de los habitantes de aquel pueblo con los resultados de la encuesta médica. Al establecer esta comparación, constatan que de la totalidad de las personas que afirman “gozar de buena salud”, un 26 % no la tienen desde un punto de vista médico. Es así como concluyen diciendo que, cuando en un contexto preciso se pregunta a una persona si “goza de buena salud”, al responder afirmativamente sólo quiere decir que nada le impide que pueda dedicarse a sus actividades habituales puesto que, de hecho, médicamente hablando, nadie es indenne de alguna enfermedad; la sola excepción la forma el 50 % de los niños menores de un año. Las parasitosis intestinales, el paludismo y la anemia constituyen los tres azotes endémicos que pesan sobre esta población. Estas conclusiones pueden extenderse a toda la región sobre la influencia del hospital.

Ante este cuadro de colores tan oscuros, podría parecer inútil dedicar todo nuestro esfuerzo a estudiar un sistema médico que se ha mostrado tan poco eficaz para luchar contra todas estas enfermedades. De todas formas aunque no sabemos nada del tono que habría podido tomar este cuadro sin la contribución de la medicina tradicional evuzok, deberíamos añadir que, como antropólogo, no nos incumbe formular un juicio de valor sobre la eficacia de estas medicinas ya que este tema no constituye un problema antropológico. Debe interesarnos saber como los Evuzok construyen el concepto de eficacia tratando de su propia medicina pero no si ella lo es a partir de los criterios propios de la medicina occidental. Nosotros consideramos la medicina como un hecho social y cultural; como el conjunto de respuestas – de conocimientos, palabras, instituciones, relaciones, actos y producciones simbólicas – que una determinada sociedad, en un momento dado de su historia, aporta al problema planteado por ciertas manifestaciones de orden biológico vividas por el individuo y su entorno social como los signos de un deterioro de si mismo así como también del grupo social al cual pertenece. Es así como el sistema médico de este pueblo africano será contemplado a lo largo de este estudio.

Notas

- 1 Atog-Boga es el nombre oficial ; Nsola es el nombre del río que transcurre por la zona y que es usado por sus habitantes para designarla.
- 2 El autor se refiere a Cataluña.
- 3 Utilizamos el término “Libro”, no en términos editoriales.
- 4 Ver bibliografía.
- 5 Los Bassá no pertenecen al grupo Betí.

Bibliografía

AMAT et CORTADELLAS

Ngovayang II. Un village du Sud-Cameroun. Contribution à une étude de la santé en Afrique, E.P.H.E.-Vi Section, rpnéo, 2. Vols, Paris.

COUSTEIX, Pierre-Jean

1961 “L’art et la pharmacopée des guérisseurs ewondo (Région de Yaoundé)”, *Recherches et études camerounaises*, 6.

DUGAST, I.

1949 *Inventaire ethnique du Sud Cameroun* (Mémoires de l’Institut français d’Afrique Noire. Centre du Cameroun, série Populations, I).

HOUSEMAN, Michael

1982 *Parenté et alliance dans une société beti*, Thèse Doctorat 3ème Cycle, rpnéo, Nanterre.

LABOURTHE-TOLRA, Philippe

1977 *Minlaaba. Histoire et société traditionnelle chez les Beti du Sud-Cameroun* Atelier reproduction des Thèses, Vols, I, II et III, Lille.

MALLART GUIMERA, Lluís

1977 *Médecine et Pharmacopée evuzok*. Laboratoire d'ethnologie et sociologie comparative, Paris.

MALLART GUIMERA, Lluís

1977 "La classification evuzok des maladies" (I), *Journal des Africanistes*, 47, (1), pp. 9-51.

MALLART GUIMERA, Lluís

1977 "La classification evuzok des maladies" (II), *Journal des Africanistes*, 47, (2) pp 9-47 .

MALLART GUIMERA, Lluís

1978 "Witchcraft illness in the Evuzok nosological system", *Culture, Medecine and Psychiatry*, 2, 4, pp. 373-396.

MALLART GUIMERA, Lluís

1981 *Ni dos ni ventre. Religion, magie et sorcellerie Evuzok*, Société d'ethnographie, Paris.

MALLART GUIMERA, Lluís

1993 *Ser hombre, ser alguien. Ritos de iniciación en el Camerun* (Ed.), col.l. Antropologia Social ,Universitat Autònoma, Barcelona.

MALLART GUIMERA, Lluís

1992 *Sóc fill dels Evuzok* Edit. La Campana), Barcelona Primera edición: 1992 Segunda edición: 1998 ; Tercera edición: 2004 ; Traducción castellana en la editorial Ariel de Barcelona, 1996 ; Traducción italiana: 1998.

MALLART GUIMERA, Lluís

2003 *La forêt de nos ancêtres*,: Volum I: *Le système médical des Evuzok du Cameroun* ; Volum II: *Le savoir botanique des Evuzok*, Musée Royal d'Afrique Centrale de Tervuren.

ROSNY P., Eric de

1974 *Ndimisi, « ceux qui soignent la nuit »*, CLE, Yaoundé.

ROSNY P., Eric de

1981 *Les yeux de ma chèvre*, Edit. Plon, Paris.

TESSMANN, Gunter

1913 *Die Pangwe*, Ernst Wasmuth, Berlin. Traducción en lengua castellana (AECI- Universidad de Alcalá, 2003).

MIGRACIONES Y SALUD

Préstamos de ida y vuelta¹

José M^a Uribe
Universidad Pública de Navarra
España

Imágenes de la inmigración

Las descripciones, análisis y reflexiones sobre los movimientos migratorios y sus repercusiones en el ámbito de la salud, la enfermedad y la atención sanitaria se caracterizan por una ambigüedad repetida y no suficientemente explicada o aclarada. En el marco de las sociedades europeas nos movemos indiscriminadamente entre imágenes catastrofistas de invasiones y “flujos migratorios” o “llegadas masivas” que van a hacer insuficientes los servicios institucionalizados en nuestra sociedad y la constatación mayoritariamente vivida en diferentes ámbitos de que los migrantes son un porcentaje pequeño de la población, que la gran mayoría de los que conocemos y/o vemos conviven con nuestra misma discreta normalidad en sus nuevos lugares de llegada y, tomando palabras prestadas, en relación a lo que aquí quiero destacar

“En el ámbito de la salud, considerando que se trata de un fenómeno relativamente reciente, caracterizado por población joven y sana, todavía no se disponen de datos que caractericen sus necesidades en salud y principales trastornos vinculados a su envejecimiento” (Palomo et al., 2006:10).

Resumiendo, se contraponen un imaginario ubicuo y abstractamente confeccionado de recelo y alarma con experiencias cotidianas de complementariedad y diálogo erigidas en las relaciones específicas y concretas. En su acepción de “apariencia de algo”, la imagen parece algo que no es. Son los mecanismos de esa caracterización de la imagen, del imago, de su efecto mágico, lo que pretendo develar, nunca mejor dicho, en este texto.

Volviendo al contraste señalado, parece claro que ante esa situación algunos aspectos resultan especialmente elocuentes: el desconocimiento de los procesos de encuentro y de los actores de esos encuentros. Ante ello se despliegan ciertas estrategias, no nuevas por otra parte, para afrontar la ignorancia, la falta de información o la duda: se recela de lo desconocido, se tipifica o intenta encuadrar en algo conocido y, a partir de ahí se gestiona la situación interpretándola desde un plan teleológicamente definido para generar el tipo de conocimiento o respuesta pertinente u homologable a nuestras categorías propias y seguras.

Para el caso del proceso migratorio y sus relaciones con nuestros dispositivos de salud la estrategia general se manifiesta construyendo cierta imagen de inmigrante, culturalizándola y haciendo de esa cultura esencialista el *deus ex machina* de los procesos de salud, enfermedad, atención². Dichos procesos incorporan esas caracterizaciones estableciendo y trasladando estructuralmente una relación teórica pero ineludiblemente también técnica e ideológica a las prácticas y discursos entre dispositivos de salud y usuarios, en este caso inmigrantes (Menéndez, 1984:71-102).

Si algo caracteriza a la incertidumbre que acompaña el proceso es la inseguridad o los retos futuros -en una forma más políticamente correcta-, pero en todo caso esa inseguridad no es nueva y resulta similar a la que supuso el “vagabundo” de la premodernidad (Castel, 2004): un personaje que existía y actuaba fuera de todo sistema de regulaciones colectivas. Digamos que al igual que éste, el migran-

te en primera instancia y ante nuestros ojos, sobre todo el irregular, se caracteriza por su no integración al grupo; y cuando se regula en su propio grupo o colectividad también resulta amenazante como parte de un grupo que nos reta por su propia existencia alternativa y posible.

Ante ello parece que sólo nos cabe culturalizar dicha inmigración porque esa tipificación sirve en nuestra sociedad para evitar el desorden amenazante que implica. De entre las múltiples maneras de destacar las dimensiones culturales de un grupo resulta especialmente efectista y fácil en la dinámica social recurrir a la etnicización: a la producción cultural de una imagen pública donde la diferencia cultural se presenta como eje de identificación. Aludiendo a este proceso M. Jabardo lo expresa con gran claridad:

“o sea, la etnicidad existe porque es la barrera de la autoidentificación. Porque es utilizada por los grupos inmigrantes para dotarse de una identidad pública, y porque es utilizada por los estados receptores de la nueva inmigración para ir separándolos, diferenciándolos y distribuyéndolos del resto de la población” (Jabardo, 2000:157).

Esa reducción a la excepcionalidad cultural, a la diferencia con nos-otros permite considerarles más por lo que son que por lo que les pasa (Delgado, 2003a:63).

Este modelo propone una imagen de cultura tradicional, estática e irracional del inmigrante frente al conocimiento en este caso científicamente orientado, constatado y actualizado de la sociedad de llegada. El encantamiento de lo cultural opera una reducción sobre la diferencia que obvia lo que en común compartimos, que es desde luego más que aquello que somos capaces de apreciar del diferente: “un inconveniente parcial por ejemplo el idioma deviene mediante un acto de pura magia social en una discapacidad general en competencias sociales que de hecho no tendrían porque ser afectadas” (Delgado, 2003a:68). Se produce entonces un giro total sobre esa característica que anula el resto de las características copresentes.

Es por ello que siguiendo a Max Weber debemos desencantar³ el mundo de la migración dando paso a los actores concretos con sus prácticas concretas, algunas parecidas y otras diferentes. La migración es mucho más que un desplazamiento, mucho más que la búsqueda de ciertas metas, más que la huida de ciertas situaciones. La migración está cargada de todo un conjunto de estereotipos y prejuicios utópicos e ucrónicos (tanto en los que se desplazan como en los que observan la llegada o el tránsito). En la imagen construida en la Unión Europea la migración está encantada en el sentido Weberiano, ya que ejerce un efecto omnubilante sobre nosotros que nos impide ver las dimensiones reales y diversas del proceso. Hemos de romper el hechizo y “desencantar el mundo de la inmigración” (Weber, 1979:11-208). Ese desencantamiento supone siguiendo a M. Weber un proceso histórico y una cierta voluntad de acometerlo: se ha de hacer el esfuerzo de interpretar la realidad desde otra posición diferente a la del encantamiento. En este caso se ha descartar una concepción de cultura omnicompreensiva, indescifrable y autorreferida. Se ha de romper esa dinámica de concepciones unívocas y opuestas, nuestra cultura y su cultura, para ver la dinámica real del intercambio mutuo, mayor o menor, de ideas y prácticas de ida y vuelta.

Las líneas que siguen pretender pasar desde la imágenes entendidas como “apariencia de algo”, por tanto como lo que parecen ser pero no son, al rastreo de esas idas y venidas.

Al rescate de la memoria

Habitualmente al hablar de cómo la presencia de otras culturas se nota en nuestra vida cotidiana se tiende a fijar y resaltar los aspectos conflictivos de una relación que habíamos aprendido a contemplar de una única y determinada manera, con una cierta forma, con un perfil de interlocutor homogéneo, o eso nos parecía, y que se ve alterada inesperadamente. Esa misma imagen problemática la aplicamos al contacto entre las instituciones sanitarias y aquellos colectivos y personas que calificamos de inmigrantes.

Pues bien, más allá de esa imagen, la realidad es que no se dan tantos choques porque no son tantas las personas de otra culturas entre nosotros, ni su incorporación ha sido tan brusca y repentina como se nos hace ver; y además, en el ámbito sanitario la relación tampoco es tan conflictiva porque la mayoría de las personas que acceden a nuestra sociedad está en condiciones de salud bastante adecuadas debido básicamente a que son personas jóvenes minimizándose el número y gravedad de los contactos población-dispositivos de salud..

Entonces ¿de dónde surge esa imagen conflictiva de choques y desencuentros? ¿qué hace que en demasiadas ocasiones veamos abuso en el uso de los servicios sanitarios? Parece que más bien tiene que ver con nuestra falta de habilidad para articular o entender las relaciones entre diferentes modelos culturales, entre diferentes formas de pensar y/o hacer las cosas. Vale decir diferentes discursos y prácticas con los que delimitar o entender la salud y enfrentar la enfermedad.

Esa falta de costumbre en pararnos y tratar de ver y comparar cómo entendemos y qué hacemos ante la enfermedad, y cuáles son nuestras relaciones, ahora con sujetos aparentemente muy distintos y siempre con aquellas personas que se separaban de lo mayoritario, tiene que ver con nuestra dificultad en aceptar y conciliar el encuentro con el otro; con el distinto a mí. Debemos en consecuencia aprender a relacionarnos con lo diferente.

Pero también, y en sentido contrario, hemos de evitar el culturalismo, sobre todo en al ámbito sanitario donde los valores culturales no son ni la primera ni la mayoritaria razón de muchas de las demandas y prácticas de salud y/o situaciones de salud que se articulan sobre el colectivo de inmigrantes. Tales actuaciones vienen sobredeterminadas por falta de información, dificultades de accesibilidad a servicios o recursos para mantener tratamientos y seguimiento de pautas o incorporación de hábitos saludables.

Esa culturalización cuando aplicada a distintos otros se traduce en la desagregación del nosotros en colectivos que se reducen a alguna supuesta esencia básica: el sexo (mujeres), la edad (niños y ancianos), cierta patología (SIDA), una actividad socialmente estigmatizada (prostitución), usuarios de ciertas sustancias (usuarios de drogas), recursos económicos (pobres), diferencia étnica (gitanos) y, como no, el lugar de origen (la inmigración).

Habría que abogar, como en otros ámbitos, por un derecho al no reconocimiento cuando ese reconocimiento es entendido como un marca que permite el escrutinio y la mirada pública y no la garantía o el camino para reducir la desigualdad (Delgado, 2003b). Así a estos colectivos se les exigen pautas de comportamiento y de comunicación de incidencias y propósitos inexistentes para el resto: grados de cumplimiento terapéutico y de supervisión y traslado de información no habituales ni esperados en los autóctonos.

La sobredimensión de la cultura genera además efectos perversos provocando tanto hiperdíagnos como hipodíagnos. En el primer caso, el comportamiento o ideas que resultan inusuales para el sistema sanitario tienden a ser etiquetados de patológicos; la diferencia se torna enfermedad. Por contra, el excesivo peso otorgado a su diferencia supuesta hace que procesos de enfermedad queden confundidos exclusivamente con manifestaciones culturales o idiosincráticas. Esta deriva del encuentro cultural en el ámbito sanitario no es nueva precisamente, y ya desde mediados del siglo pasado los trabajos en historia de la medicina justifican la diferenciación de A. H. Ackerknecht (1985) entre heteronormalidad (normalidad desde fuera del grupo) y autonormalidad (normalidad desde el propio grupo), tratando así de evitar la imposición mutua de categorizaciones que además de ser imposible no recogería la diversidad de significados que se articulan en los procesos salud, enfermedad, atención.

Encontrarnos con otros

Ese encuentro con otros, con alguien distinto a mí pero en quien proyecto mi forma de pensar y hacer, alcanzando una relación de mayor o menor distancia, nos hace inevitablemente pensar en nosotros; en el por qué y cómo de lo que hacemos y pensamos.

Entre otras cosas vemos que nos-otros hemos sido otros con anterioridad. Vemos nuestro propio pasado como un lugar de diferentes nosotros por el que hemos transitado, constatando los cambios derivados de diferentes situaciones vitales, de diferentes identificaciones sucesivas y contrapuestas. Piénsese en cambios que van desde la ausencia de pareja hasta la maternidad o paternidad; o en que muchos hemos migrado por causa de los estudios o del acceso a un puesto de trabajo; y en otras ocasiones nuestro propios padres y madres han vivido proyectos migratorios que han conllevado nuestra actual residencia. Es cierto que esos procesos los entendemos como meros cambios, casi intrínsecamente evolutivos y propios de muchas biografías.

¿Cuál es la diferencia con esos otros que vemos en los demás?; ¿qué nos separa de esas otras personas que también han migrado y experimentado cambios espaciales y temporales?

Afirma un colega que “ahora los inmigrantes ponen de manifiesto que su diversidad no es únicamente suya sino que es compartida también por el conjunto de la ciudadanía, en la medida en que la demanda de servicios es ahora matizadamente diversa, del mismo modo que es diversa nuestra economía” (Comelles, 2004 :24).

Parece que la diversidad presente y mostrada en nuestro modelo de orden social es algo que nos cuesta admitir y aprender a gestionar, controlar y entender.

Sin embargo, cuando el encuentro fue allí y no aquí nuestra medicina científica buscaba complementarse con saberes nativos y prácticas compartidas colectivamente. Cuando el modelo médico científico se exportaba y exporta *urbi et orbe* las cosas no eran ni son así. Ya en 1975 la OMS instauro un programa de apoyo y recuperación de la medicina tradicional en países en vías de desarrollo como conjunto de prácticas de valor en la defensa y mejora de la salud de las poblaciones. Entonces nosotros trasladábamos nuestros modelos de conocimiento científico para combatir la enfermedad, nuestros modelos de higiene, de ayuda y cooperación, y las culturas nativas eran tan solo motivo de conflicto en tanto que obstaculizaran la difusión y seguimiento de las prácticas científicas. No partíamos de la oposición de modelos sino de su complementación. El acercamiento al sistema biomédico no se leía en términos de amenaza, colapso o sospecha sino de elección ventajosa y racionalmente orientada. Muchos de esos préstamos se fueron asentando y haciendo propios por comunidades, individuos e instituciones. Las adaptaciones locales e híbridos que de ellos se realizaron y permanecen se vieron y ven como éxitos mutuos y mejoras de salud pública (vacunaciones, campañas de rehidratación oral, alimentaciones más compensadas, reducción de la mortalidad y morbilidad infantil, mejora de infraestructuras medioambientales, etc.)

En salud ese encuentro desde siempre ha sido de intercambio y de reciprocidad, es solo tardíamente y, cuando nos hemos encontrado en terreno Occidental, cuando vemos en ello una situación básicamente conflictiva.

Para algunas voces en salud, al igual que en otros ámbitos, el incremento de la diversidad cultural que vivimos en la actualidad parece marcada por demandas ilimitadas y de difícil organización en su canalización; elevados costes por un uso inadecuado así como graves desajustes en la relación y comunicación con los inmigrantes. No obstante, en nuestra realidad actual parece difícil objetivar cualquiera de estas descripciones, o al menos no por causa de la diferencia cultural.

De forma general es la imagen no real de una llegada de la inmigración en grandes contingentes y en poco tiempo lo que parece que va a colapsar el sistema. Imagen de alarma social que ya sacudió en los años 20 al 50 del siglo XX en EEUU dándose origen a la llamada Escuela de Chicago, preocupada por la patología social derivada de la emigración europea. Debiéramos de releer aquellas reflexiones con sus visiones a veces apocalípticas y las más muy positivas por lo que suponía, más allá de la limitaciones materiales, de préstamo de saberes y prácticas para afrontar la enfermedad.

Y, hoy en día la mayoría de los inmigrantes son jóvenes que usan de forma puntual los servicios de salud y que llegan a ellos de forma relativamente diseminada.

Incluso, cuando su asentamiento ha sido y es poco a poco y/o escalonado se genera un imagen diferente, y más que un peligro se convierten en motivo y causa de aprendizaje. El caso español con

una formación durante años en Medicina Tropical a personal de ONGS ha materializado esta forma de ver y gestionar al otro en salud.

La contraposición de imágenes se explica porque solemos fijarnos en el impacto de otras culturas en nuestro modelo de salud en términos de no encaje, de interferencia con lo previsto, pero se dan también procesos de refuerzo de ciertas prácticas o ideas. Ciertas áreas prioritarias en nuestro modelo no sabemos cómo priorizarlas y solemos encontrar en los usos foráneos cristalizaciones de alguna fórmula estratégica para ellos: el caso de la dimensión comunitaria y de la asunción de cierta corresponsabilidad en los procesos de autoatención es muy ilustrativo. Incluso situaciones de apropiación y hallazgo de aportaciones externas que resultan muy valoradas en nuestro modelo. Pensemos en este último sentido, en las aproximaciones al valor del cuerpo y sus usos que otros grupos culturales nos han propuesto y hemos incorporado.

Además, y en todo caso, las situaciones mas cercanas a un recurso intenso y gravoso para el sistema suelen darse más frecuentemente durante el llamado periodo de gestación de la integración del inmigrante. Periodo por su propia naturaleza transitorio y no excesivamente largo.

Esta paradójica convivencia de imágenes tenebrosas con claras acciones de colaboración se podría entender algo mejor viendo quién es ese otro

Con excesiva frecuencia olvidamos que el inmigrante antes de serlo ha sido emigrante y en ese sentido es alguien que parte de la voluntad forzada en la mayoría de los casos de desplegar y llevar a la práctica un proyecto vital en destino cargado de iniciativas, de incorporación de formas de hacer y pensar, de esfuerzos y trabajos. Además las preguntas sobre las migraciones y sus posibles efectos e impacto debieran comenzar no tanto por las preocupaciones de la sociedades receptoras sino en las comunidades de partida teniendo en cuenta su historia, su estructura social y sus contradicciones (Bourdieu y Wacquant, 2000). De esta forma estaremos adelantando las expectativas y proyectos que se persiguen en la sociedad de llegada.

Junto a ello tendemos a una cierta homogeneización, lógica en parte por nuestro desconcierto, de los movimientos migratorios y sus actores. Ni todos vienen de lejos, ni todos desconocen nuestro idioma ni a todos les sorprende los sistemas biomédicos de cuidados de salud (Meñaca, 2004).

Además en muchas de las comunidades de origen existen sistemas de salud biomédicos, y muchas veces no son demandas exóticas las que generan malentendidos entre los profesionales sanitarios europeos y los usuarios inmigrantes, sino diferencias en las prácticas y organizaciones de unos y otros sistemas biomédicos; puede que ciertos niveles de nuestro sistema de salud no existan como es el caso del nivel de atención llamada primaria en países del Este de Europa. O sin ir tan lejos, que los sistemas de salud no incorporen con igual visibilidad perfiles laborales y espacios de atención de carácter social o psicosocial.

Mitos del encuentro

En ese encuentro con personas distintas hemos pasado por diferentes fases. En el ámbito sanitario, en Europa y fuera de ella, se intentó, como por otra parte se hacía con los autóctonos, quitar de en medio o dejar en suspenso la cultura de las personas que acudían al sistema de salud; se negaba la cultura por lo que pudiera tener de obstáculo o interferencia al diagnóstico y seguimiento de tratamiento o indicaciones sanitarias. Superada esa fase y admitido por el sistema y su actores la inevitable presencia de las dimensiones culturales en los procesos de salud, enfermedad, atención tenemos el peligro de caer en el polo contrario y suponer que la especificidad cultural, que la diferencia cultural tiene un altísimo impacto sobre nuestra salud pública. Al inmigrante se le ve más como una fuente de información y no tanto como un actor que participa (Meñaca, 2004). El otro no esperado recupera el papel que una cierta antropología de la medicina de los años 60 del siglo XX jugó, intentando reducir cualquier tipo de traba en la actuación lineal de un medicina occidental que más que nunca pretendió ser cosmopolita (Uribe, 1996). Aquellas actuaciones y reflexiones debieran servirnos para entender mejor los discursos y prácti-

cas que desplegamos ante el otro tanto cuando seguimos acudiendo a sus espacios de vida como cuando los llamamos o se presentan en los considerados *nuestros*. Pero, parece que las cosas no son así.

Veamos, siguiendo a E. Gamez y J.P. Galindo (2002), algunos supuestos obstáculos para la práctica clínica derivados de la especificidad de ser inmigrante y la falacia de su específica relevancia. Entiendo que es una especificidad forzada, pues muchos de esos obstáculos se mantienen y repiten para ciertos sectores o actores de población autóctona:

- Desajustes en la intercomunicación; las dificultades fruto de las barreras comunicativas exigen esfuerzos necesarios no sólo de traducción lingüística sino también con personas mayores de entornos aislados o personas con grados de analfabetismo funcional.
- No adecuación de demandas al perfil médico; la diversidad de casuísticas que se reclaman y presentan en situaciones de consulta se reparten tanto en autóctonos como en alóctonos. Tomemos como ejemplo todos los procesos de exclusión social.
- Incertidumbre en el cumplimiento y adhesión a los tratamientos; causas económicas o religiosas pueden estar igualmente presentes en los autóctonos, obstaculizando o impidiendo una adhesión en muchas ocasiones deseada.
- Enfermedades importadas vinculadas al retorno al país de origen; los efectos negativos supuesto de la movilidad imprevista por el sistema sanitario se da también con cierta naturalidad en la “rotación” o estancia a temporadas de personas mayores a casas de hijos o el nomadismo de gitanos.
- Patología psicosomática por el stress; el stress derivado del proceso de adaptación de la migración no parece ser materia muy novedosa para nuestros dispositivos de salud pues tanto el llamado *síndrome del nido vacío* como diferentes programas de rehabilitación y programas de abandono del tabaco y alcohol generan situaciones de stress comparables
- Dificultad de seguimiento de programas preventivos y de promoción de salud; la priorización de la actividad laboral cruza de igual forma a varones adultos activos tanto autóctonos como alóctonos. Las dificultades para el cambio indicado del aquí y ahora de la curación por el mañana y siempre de la prevención es algo más que fruto de las diferencias en lugar de origen, lengua o tiempo de residencia.
- Imprevisibilidad por nomadismo; se puede observar la simetría con trabajadores temporeros más o menos “saltamontes” (por campañas de frutos) o “golondrinas” (estacionales), trayectorias bien conocidas en el entorno laboral español.
- Alguna especificidad cultural que dificulta la práctica médica; una característica conocida y equiparable puede ser la relación establecida con los testigos de Jehová en relación a las transfusiones sanguíneas
- Aumento de carga asistencial por demanda invisible; está bien contrastado que en todo caso, es transitoria y vinculada a la irregularidad administrativa que no permite su ordenación.

La repercusión de la inmigración sobre nuestro modelo de salud publica depende mas bien de la interacción de varios factores; a continuación señalo algunos:

- Perfil del inmigrante
En general el inmigrante económico es joven y con una salud normalmente superior a la existente en su país de origen. Por ello su impacto en la salud pública no viene determinado en gran medida por las enfermedades que pudiera traer de su país de origen.
- Distribución de la población inmigrante
No estamos asistiendo a una avalancha incontrolada de inmigrantes. Aunque haya zonas con mayor densidad que otras.

- **Patología del colectivo inmigrante**
A su llegada no constituyen “grupos de riesgo” específico; es la marginación, la soledad, el hacinamiento lo que puede contribuir a que determinadas enfermedades se presenten. Podemos diferenciarlas entre
 - a) **Enfermedades adquiridas en la comunidad.**
La prevalencia sería equiparable a las de la población autóctona, y quizá con ciertas peculiaridades por las malas condiciones de residencia o trabajo, no por razones de diferencia cultural (Alonso, Huerga y Morera, 2003; Guerrero y Colomina, 2004).
 - b) **Enfermedades reactivas o de adaptación**
El proceso migratorio supone procesos de desarraigo y de separación que conllevan en ocasiones trastornos psicopatológicos. Algunos autores al hablar de este conjunto de trastornos como duelo migratorio afirma que cuanto más elaborado y consistente es el proyecto migratorio mas fácil es la elaboración de dicho duelo y menos trastornos se presentan. Se entiende por duelo el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo que es significativo para el sujeto. En todo caso, y evitando negativizarlo, el duelo es un proceso frecuente y natural en la vida de todo ser humano. Todo cambio supone una parte de duelo. Por eso la elaboración del duelo constituye una parte esencial del contacto adaptativo y creativo con la realidad, que es la base del equilibrio psíquico de todo ser humano (Bowlby, 1985; 1993)
 - c) **Enfermedades importadas**
En cuanto a las enfermedades que el emigrante pueda traer de su país de origen su impacto es mínimo. Así, enfermedades no propias de nuestro medio como pueden ser las tropicales suelen ser benignas y autolimitadas. Tanto las medidas de higiene que nos rodean como la no existencia de entornos favorecedores a su transmisión evitan su extensión. Otras enfermedades escasamente presentes en nuestro medio pero muy prevalentes en su país de origen suelen ser controladas al llegar a nuestros países convirtiéndose en patologías con la misma incidencia que tiene para los autóctonos (Alonso, Huerga y Morera, 2003).

Aportaciones al sistema de salud

La presencia de personas con otros orígenes sociales y culturales y con trayectorias vitales construidas en otros contextos y a otros ritmos aporta a nuestro sistema de salud imágenes, registros y estrategias que enriquecen nuestra visión y gestión de los cuidados de salud. Se convierten en caja de herramientas donde encontrar recambios, mejoras, alternativas, y sobre todo elementos de refuerzo, para elementos claves de nuestros dispositivos de salud

Las modificaciones de la pirámide poblacional rejuveneciendo en diferente medida nuestros recursos demográficos; por su edad y expectativa vital la inmigración eleva los índices de natalidad y garantizan reemplazos poblacionales futuros. Su traducción epidemiológica mejorando indicadores de calidad de vida y modificando el mapa de morbilidad de la población no es aportación menor ni en términos económicos ni de uso de servicios. Se puede afirmar que los procesos de enfermedad con mayor prevalencia en el colectivo inmigrante al ser menos graves suelen resultar más baratos en términos de cuidados y técnicas requeridas y, en todo caso, hacen menos uso de los dispositivos de salud que otros contingentes de la población (Berra et al, 2004:34-36).

- Su condición física y edad hace de esta población activa renovadores de la capacidad productiva de una sociedad, fuente de riqueza fiscal y animadora del mercado. En el ámbito sanita-

rio suponen proporcionalmente gastos sanitarios muy reducidos comparativamente al resto de población.

- Asimismo su aportación como cuidadores y cuidadoras ya no tan invisibles al sistema nacional de salud es un activo de primer orden. Además de permitir la conciliación de la vida familiar para muchas mujeres y parejas, permite una calidad en el cuidado a niños y mayores que con anterioridad no sería posible por razones estrictamente económicas.
- Variando en función de los países de origen, ciertos perfiles migratorios de países de la Europa del Norte y Este aportan un grado de formación y conocimiento sociosanitario que aun no pudiendo desplegarlo laboralmente capacitan con un alto grado de habilidades científicas a cuidadores y colaboradores en tareas domésticas
- El pluralismo cultural que los diferentes colectivos inmigrantes presentan en nuestra sociedad potencia y refleja el pluralismo asistencial que nunca ha desaparecido de nuestro sistema de salud, pero que a fuerza de negar su existencia corrimos el riesgo de dar por inexistente con el consiguiente desconocimiento de otras prácticas y otras estrategias que se utilizan para gestionar las situaciones de salud/enfermedad o que pudieran eventualmente utilizarse
- El acceso a otros saberes complementarios a los que nos aporta la ciencia alopática, la biomedicina: Con cierto eco social la introducción de otras concepciones y formas de gestión del cuerpo, otras maneras de definir y entender periodos vitales como la infancia y la vejez nos ofrecen un gran abanico de opciones para re-conocer y someter a la mirada nuestros supuestos de base.
- El fortalecimiento de la dimensión comunitaria en salud (Guerrero y Morales, 2005) y la recuperación de la necesidad, no sólo retórica, de una atención integral, integrada y comunitaria de lo normal y lo patológico en ciertos grupos de edad y grupos diana del sistema sanitario. Inesperadamente, algunas de las variables fundamentales de la Reforma Sanitaria de los años 80 se ve reactivada ante la tozudez de los datos de consulta que reclama una necesaria mirada exterior y por encima del organismo para acceder al cuerpo social individual y colectivamente.
- La visibilización de la co-producción del conocimiento sobre salud enfermedad. Esta co-producción de saberes y tratamientos entre usuario y experto no es nuevo en la biomedicina pero se entiende que es central en el papel responsable y autocentrado que se pide a lo usuarios a través de una autoatención médicamente orientada.
- La salud como vía idónea para la gestión integral de otros procesos sociales. El entorno de salud es un *locus* pedagógico privilegiado para trasladar discursos y para orientar prácticas concretas. La expectativa de confianza y búsqueda de ayuda resulta muy propicia para construir una atmósfera de diálogo y comprensión mutua.

La riqueza de matices culturales hace entrar en el espacio sociosanitario la competencia cultural⁴ como herramienta cada vez más necesaria. La diversidad cultural y sobre todo la construcción de significados culturales en un contexto como en el que vivimos no puede hacerse sobre la base de protocolos de identificación cultural administrativa, sino comprendiendo las culturas como estrategias de organización y comprensión del mundo. Por competencia cultural no entiendo una mera traducción de la racionalidad científica sino tener en cuenta la complejidad de las identidades múltiples de los ciudadanos de una sociedad moderna. Y esto en al menos un doble plano:

- Puntualmente, para garantizar el entendimiento mutuo usuario-profesional no sólo lingüísticamente sino conceptualmente, garantizando así derechos de usuarios y fiabilidad en los diagnósticos médicos
- De forma estructural, para poder salvaguardar derechos de minorías étnicas u otras, evitando que la racionalidad médica imponga ciertas opciones ideológicas dando voz y oportunidad

para rescatar ciertas diversidades internas a nuestro marco cultural occidental que han sido tradicionalmente negadas

- El carácter democrático e igualitario del derecho a la asistencia sanitaria (para menores de 18 años y para mayores empadronados), reducido sólo a que se habite en el municipio, como plataforma para acceder a la condición de ciudadano abandonando el exclusivismo reductor de la condición de inmigrante

Quisiera terminar estas líneas insistiendo en el carácter estructural de las dimensiones culturales en el proceso salud, enfermedad, atención, pero siendo conscientes del carácter de estrategia o herramienta que tiene la cultura para los protagonistas y no de determinante externo e inmutable.

Debiera de quedar claro que cuando abordamos las relaciones entre migración y salud, por muy importante que sea la cultura, que lo es, “no es algo que haga naturalmente diferentes a los grupos humanos, sino que es la necesidad de diferenciación la que conduce a utilizar rasgos de la cultura como marcadores de especificidad” (Comas, 2002:101). Que esos usos sean meros hechizos o conecten con la participación y los proyectos de las personas no es cuestión menor.

Notas

- 1 Para cualquier comentario dirigirse a: Prof. Dr. José M^a Uribe- jmuribe@unavarra.es Dpto Trabajo Social- Área Antropología Social Campus Arrosadía s/n 31195 Pamplona Universidad Pública de Navarra
- 2 Tomo la expresión de E. Menéndez por lo que revela de interacción entre planos ingenuamente o no tenidos por separados: “el proceso salud, enfermedad, atención, considerado en términos estructurales supone la existencia en toda sociedad de representaciones, y técnicas para entender, enfrentar y, a ser, posible, solucionar la incidencia y consecuencia generadas por los daños a la salud” (Menéndez, 1996:33)
- 3 Max Weber habla del desencantamiento en relación a la ética israelita cuando “repudia la magia sacramental como vía de salvación” (1979:124)
- 4 Para acercarse a la activación de la competencia cultural como valor en la práctica sanitaria así como los peligros y reduccionismos a los que puede llevar ese debate ver Comelles, 2004. Para contrastar el análisis anterior con alguno de los documentos que le dan origen y base ver: <http://www.ahrq.gov/research/minorix.htm>.

Bibliografía

- ALONSO, A HUERGA, H. y MORERA, J. (coords)
2003 *Guía de atención al inmigrante*. Sdad. Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria - Novartis, Madrid.
- ACKERKNECHT, Erwin H.
1985 “El chamán y la psicopatología primitiva en general”. En ACKERKNECHT, Erwin H., *Medicina y Antropología Social*, pp 57-90, Akal, Madrid.
- BERRA, Silvia, ELORZA RICART, Josep Maria, BARTOMEU, Noemí, HAUSMANN, Susana y SERRA-SUTTON, Vicky y RAJMIL, Luis
2004 *Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Revisió exhaustiva de la literatura científica*, Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Dpt. de Sanitat y Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, Barcelona.
- BOURDIEU, Pierre y WACQUANT, Louis
2000 “The organic ethnologist of algerian region”, *Ethnography*, 1-2, pp182-297.
- BOWLBY, John
1985 *La separación afectiva*, Paidós, Barcelona.
- BOWLBY, John
1993 *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*, Paidós, Barcelona.
- CASTEL, Robert
2004 *La inseguridad social*. Manantial, Buenos Aires.

- COMAS, Dolors
2002 "La globalización, ¿unidad del sistema?: Exclusión social, diversidad y diferencia cultural en la aldea global". En GARCÍA-ALBEA, J.E..
- CATALÁ, N. Y DIEZ CALZADA, J.A.
Los límites de la globalización. pp.85-112, Ariel, Barcelona.
- COMELLES, Josep María
2004 "El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el siglo XXI". En FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord) *Salud e interculturalidad en America Latina*, pp 17-31 Ayayala, UCLM, Bolhispania, Quito.
- DELGADO, Manuel
2003a "Salud y diversidad cultural. El inmigrante como usuario del sistema público sanitario". En ANRUBIA, Enrique, *Cartografía cultural de la enfermedad*, pp.55-80, UCAM, Murcia.
- DELGADO, Manuel
2003b "Quién puede ser "inmigrante" en la ciudad". En VVAA. *Exclusión social y diversidad cultural*, pp.9-23, Mugak, Donostia.
- GAMEZ, Elena y GALINDO José Pelayo(coords),
2002 *La atención al inmigrante: del aluvión a la solución razonable*, Semfyc, Madrid.
- GUERRERO ESPEJO, Antonio y COLOMINA RODRÍGUEZ, Javier
2003 "Población inmigrante y enfermedades infecciosas", *Revista Española de Salud Pública*, N° 5, pp.565-570.
- GUERRERO, Joaquín y MORALES, Isabel
2004 "Salud e inmigración: necesidades, prácticas y nuevos contextos". EN, FERNANDEZ-RUFETE, José y GARCÍA JIMÉNEZ, Modesto (eds.), *Movimientos migratorios contemporáneos*, pp.285-314, UCAM, Murcia.
- JABARDO, Mercedes
2000 "Migración, multiculturalismo y minorías étnicas en España", *Anales del Museo Nacional de Antropología*, pp.139-166.
- MENENDEZ, Eduardo
1984 "Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos", *Nueva Antropología*, pp71-102.
- MENENDEZ, Eduardo
1996 "El saber popular como poder de transformación. Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular". En GONZALEZ ALCANTUD, José Antonio y RODRIGUEZ BECERRA, Salvador (eds.), *Creer y curar: la medicina popular*, pp.31-62, Diputación Provincial de Granada, Granada.
- MEÑACA, Arantxa
2005 "Salud y migraciones". En, FERNANDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord), *Salud e interculturalidad en America Latina*, pp. 53-65, Ayayala, UCLM, Bolhispania, Quito.
- PALOMO, Luis, MARQUEZ-CALDERON, Soledad, ORTÚN, Vicente y BENAVIDES, Fernando, G.
2006 *Informe SESPAS 2006*, SESPAS, Madrid.
- URIBE, José María
1996 *Educación y curar. El dialogo cultural en Atención Primaria*. Mº Educación y Cultura, Madrid.
- WEBER, Max
1979 *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Península, Barcelona.

LA “MULTICULTURALIDAD” DE LA BIOMEDICINA

El envío de medicamentos en familias migrantes ecuatorianas¹

Arantza Meñaca

Universitat Rovira i Virgili, España

Investigadora Asociada a FLACSO-sede Ecuador

1. Un dato de campo que puso en cuestión mis planteamientos teóricos de partida...

“16 Diciembre de 2003, Quito. Ángela llegó ayer de Barcelona, mañana sale mi avión hacia Madrid. Hoy era la única oportunidad que teníamos de vernos y ella se ha ofrecido muy amablemente a presentarme a su familia y a acompañarme a conocer a la familia de su prima, Eliza, que vive en el mismo barrio. Me han recogido junto a un antiguo cuartel, en el área Sur de Quito, y hemos subido en autobús hasta su casa, ya en las laderas del Pichincha. A pesar de que no ha sido ni un cuarto de hora en autobús, parece que me haya alejado mucho más de la urbe. Hay pocas calles asfaltadas y mucha pendiente, las casas tradicionales, de una sola planta, se intercalan con algunas grandes viviendas en construcción, propiedad de migrantes exitosos como Ángela, así como con distintos prados y, más arriba, comienzan los campos cultivados. Es la primera vez que veo llamas tan cerca de la ciudad... En su casa, junto a su familia, nos están esperando la madre y el hermano de su compañera de piso en l'Hospitalet, que son de Vista Alegre. La madre lleva una falda amplia y oscura, y está peinada con una larga trenza. Vienen a recoger unas encomiendas que ha traído Ángela de parte de su hija/hermana: fundamentalmente ropa y algún juguete. El proceso de entrega de una encomienda es una transacción delicada, al fin y al cabo su hija ha pagado por ella y muchas veces no llega todo, es por eso que todos llevan la cuenta. Cuando ya están metiendo todo en las bolsas que han traído para llevarlo a casa, llega el momento de preguntar sobre la posibilidad de encargarle una encomienda de vuelta. Es entonces cuando el chico de Vista Alegre comenta ‘aquí nos traen sobre todo ropa, mientras que nosotros les mandamos comida y medicamentos’ (...)”²

En el estudio que sobre procesos de autoatención en familias migrantes ecuatorianas he llevado a cabo durante los últimos cuatro años, esta última afirmación del chico de Vista Alegre pone de manifiesto la principal pregunta empírica que ha emergido de mis datos del trabajo de campo. Una pregunta que me ha hecho enfrentarme a la simplicidad del desarrollo teórico previo al contradecir en cierta medida mis hipótesis de partida. ¿Por qué hay un flujo de medicamentos? ¿Se refieren a medicamentos biomédicos o a remedios tradicionales y/o naturistas? ¿Por qué se envían principalmente de Ecuador a España y no al revés? En las próximas páginas trataré de responder parcialmente a estas preguntas, centrándome en el desarrollo de las diferencias entre los sistemas biomédicos español y ecuatoriano a partir de los consiguientes discursos y relaciones con dichos sistemas de las familias migrantes ecuatorianas.

En mi proyecto de investigación planteaba la hipótesis de que por numerosas circunstancias que tenían lugar durante el proceso migratorio se favorecía la asimilación del modelo biomédico dominante, si bien reconocía la existencia del mismo en el contexto de origen, y se limitaba el acceso a modelos médicos alternativos³. La idea de fondo era que el proceso de medicalización, las técnicas y tecnologías biomédicas se transmitían unidireccionalmente desde los países occidentales hacia otras regiones del planeta y por tanto –concretando de una manera no muy acertada– desde Europa hacia Latinoamé-

rica, de España al Ecuador⁴. Asumía con ello, que los flujos biomédicos que hubiera serían en dirección a Ecuador y no al contrario. Apoyando mi desconcierto inicial con argumentos del tipo de que en España, además de tener uno de los Sistemas Sanitarios mejor considerados a escala mundial (OMS 2000)⁵, los medicamentos son más baratos, al estar subvencionados por la Seguridad Social y venderse por cajas en lugar de por pastillas.

Me esperaba que desde el contexto de origen se enviaran remedios naturales y elementos de prevención y sanación tradicionales, pero no así antigripales, analgésicos, vitaminas o antiparasitarios. Los primeros se agrupan dentro de la categoría de productos que no se pueden conseguir en Europa y que están relacionados con la re-construcción de una identidad, de un sentimiento de pertenencia y de vínculo con quienes se hallan al otro lado del Atlántico. Su encomienda del Ecuador a España entraba, junto a las de “comida”, dentro de mis expectativas. Sin embargo, ocupan un espacio mucho menor, dentro de las encomiendas de los sujetos de mi investigación, que otros medicamentos y tecnologías médicas de relativo fácil acceso en España.

Escogí la anécdota con la que iniciaba la exposición, puesto que los orígenes quichuas –más o menos perdidos en la memoria⁶- de los protagonistas, quienes además viven en zonas semi-rurales que no han sido todavía totalmente incorporadas a la gran ciudad, potencian la imagen de ese *choque* entre expectativas de la antropóloga –de que en los envíos desde Quito de haber remedios médicos lo fuesen de corte tradicional- y las prácticas de los sujetos sociales. Más aún teniendo en cuenta el reconocimiento social y político que en la actualidad tiene la medicina indígena tradicional, especialmente la otavala, en el Ecuador⁷. Ahora bien, ni Ángela, ni sus familiares, ni ningún otro de los sujetos de mi investigación se auto-identifica como indígena. En este sentido, la muestra de mi trabajo es, prácticamente en su totalidad, mestiza. Una población que en su mayoría en el Ecuador sí ha hecho uso de distintos recursos tradicionales, y que en España, en muchas ocasiones, han continuado llevando a cabo prácticas de autoatención relacionadas con los mismos. Pero que, tanto en origen como en destino, realizan un uso más extenso de los recursos biomédicos. Entre los inmigrantes ecuatorianos en España hay una no despreciable presencia indígena, entre los que se incluyen sujetos quichua otavalo (Torres 2004, 2005) y saraguro (Belote y Belote 2005). Un estudio en profundidad de dichos grupos de inmigrantes podría revelar diferencias significativas, si bien tanto el extenso recurso al sistema biomédico como el flujo de medicamentos desde el Ecuador también están presentes en los casos aislados de familias migrantes con identidad indígena que he conocido.

Volviendo a las preguntas que mueven estas páginas... ¿Por qué existe un flujo de medicamentos dentro de las familias migrantes? Un primer nivel de explicación está relacionado con los procesos de autoatención y más específicamente automedicación que todos los actores sociales llevamos a cabo. Unos procesos estructurales, constantes y decisivos, con los cuales la biomedicina ha desarrollado una “relación contradictoria y escotomizante” (Menéndez, 2005:57) señalando los efectos nocivos de la automedicación mientras que promueve distintas prácticas de autocuidado. Otra de las explicaciones posibles está relacionada con el importante papel y uso social de los medicamentos que supera con creces las fronteras de las recomendaciones médicas (van der Geest *et al*, 1989;1996). Entre los migrantes y sus familiares, los medicamentos, por su relación con el ámbito del cuidado, tienen un gran potencial simbólico para fortalecer los vínculos de la familia transnacional (Meñaca 2004b). Esta interpretación nada nos dice del sentido de los flujos de medicamentos. Flujos que en las comunidades migrantes pueden ser tanto de contexto de origen al de destino, como en este caso, o bien de los países de inmigración a los de emigración, como en el caso de las familias migrantes Soninken de Mali (Mendiguren 2006). La tesis de este artículo propone que el envío, por los familiares de los emigrantes, de medicamentos de uso cotidiano en el Ecuador –como antigripales, analgésicos, vitaminas o antiparasitarios- y otras tecnologías biomédicas está relacionado con la “multiculturalidad” de la biomedicina, tanto en lo que se refiere a las diferentes especialidades como en relación con los distintos contextos socio-históricos en los que los sistemas médicos se desarrollan. Veamos a continuación en qué consiste esto de la variedad cultural de la biomedicina.

2. Las variantes del modelo médico hegemónico

Los antropólogos no mostraron su interés por el modelo de la medicina occidental⁸ hasta la década de los sesenta, en una tradición marcada tanto por la dualidad ciencia / creencias —que invisibilizaba a la biomedicina como objeto de investigación antropológico, como por las fuentes de financiación —en muchos casos agencias internacionales que no se planteaban la posibilidad de un análisis autocrítico (Martínez, 1996:372).

Al entrar a formar parte, la biomedicina, de los objetos de estudio de la antropología médica, una de las primeras necesidades teóricas fue el desarrollo de un modelo abstracto que incluyese la biomedicina y sus relaciones e interacciones sistemáticas con otros tipos de atención realizados por expertos y profanos. A finales de los años setenta teníamos dos propuestas antropológicas. Una originada en Estados Unidos, la de los “sistemas de atención a la salud” (health care systems) con sus tres sectores —popular, profesional y folk. La segunda desarrollada en México, que proponía tres modelos de atención médica emergidos a raíz del proceso capitalista —el modelo médico hegemónico, el modelo médico alternativo subalterno y el modelo de autoatención. La principal diferencia entre ambas propuestas se debe a las orientaciones teórico-metodológicas de sus creadores. Mientras Arthur Kleinman está más interesado en la subjetividad, las narrativas y su interpretación; Eduardo Menéndez, desde una perspectiva marxista de corte gramsciano, incluye en sus análisis el contexto macrosocial de las interacciones entre modelos así como las relaciones de poder —hegemonía / subalternidad, contradicción y conflicto en la puesta en práctica de los distintos modelos⁹. Sin duda estos intereses teóricos han tenido que ver con el desarrollo posterior de las propuestas por sus autores. La propuesta de Kleinman llegó a su máximo desarrollo en su libro *Patients and Healers in the context of culture* de 1980, de ahí, interesado en el estudio de la intersubjetividad y lo sociosomático, fue progresivamente abandonándola para decir, en 1995, que en la actualidad considera que la perspectiva de dicho libro “overcodes one side of experience at the expense of all else and (...) fits too neatly into rational choice models that I reject” (Kleinman 1995:6). Mientras que, desde 1978 hasta la actualidad, Menéndez ha seguido trabajando, profundizando en la relación entre los distintos modelos y contextualizándola en contextos espacio-temporales concretos (Menéndez 1978, 1981, 1984, 1990, 2005 entre otros).

Dentro de sus propuestas teóricas, ambos autores —junto con otros muchos— han reflexionado sobre las características diferenciales de la biomedicina con respecto de las otras prácticas de atención. Para Eduardo Menéndez “las principales características del Modelo Médico Hegemónico biomédico son: biologicismo, asociabilidad, ahistoricidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas y a la escisión entre teoría y práctica.” (Menéndez 2005, p. 47).

Mientras que Arthur Kleinman (1995, pp. 21-40) plantea que sus particularidades dependen:

- a) De su convicción reduccionista de que sólo puede haber una única y objetiva verdad, cuyo conocimiento se encuentra en la *naturaleza*, lo biológico, el orden material de la existencia, excluyendo lo teológico.
- b) De la consecuente deslegitimación del sufrimiento y la sanación —los efectos placebo. Mientras se reivindica la enfermedad —de origen físico, y la eficacia fisiológica de los tratamientos.
- c) De su autoidentificación como un programa científico-tecnológico que progresivamente va aumentando su conocimiento y desarrollando poderosas operaciones terapéuticas. Al medicalizar el sufrimiento como condición psiquiátrica, lo transforma de categoría inherentemente moral a categoría técnica.
- d) De su alto grado de institucionalización, burocratización y profesionalización, relacionados con su desarrollo bajo el capitalismo. De esta manera la atención se transforma en mercancía, y como institución preeminente en la sociedad industrial se lleva a cabo un proceso de medicalización, de control de la realidad social en términos biomédicos.

De todas ellas, en el próximo desarrollo etnográfico nos centraremos en su biologicismo reduccionista y su autoimagen científica del progreso tecnológico. Dos características, y no las únicas, que en cierta medida son compartidas por ambas perspectivas.

Volviendo a los modelos teóricos, modelos que han sido fundamentales para el posterior desarrollo de la disciplina -en especial en el contexto del pluralismo asistencial. En ambos consta la advertencia de que son abstracciones teóricas que deben ser contextualizadas en el trabajo empírico, en el que se pueden encontrar las diversidades subyacentes. Sin embargo, una primera y esquemática aproximación como estudiante a estas propuestas que no subraye dicha advertencia, como en mi caso, nos distancia de la complejidad de las situaciones concretas. En mi experiencia ha sido fundamental llegar a tener en cuenta que “biomedicine is not one, but many medicines” (Hahn y Kleinman 1983). Y analizar dicha variación de la biomedicina, por una parte, en lo que se refiere a las diferentes especialidades, prácticas terapéuticas y profesionales jerarquizadas dentro del sistema biomédico. Así como por otra, teniendo en cuenta las variantes relacionadas con los contextos espaciotemporales concretos, donde los procesos de institucionalización de la biomedicina han recorrido caminos singulares en función de sus características macro estructurales e históricas (Comelles, 2004:21). Como veremos a continuación, dos ejes de “multiculturalidad” biomédica están presentes en los discursos y prácticas de familias migrantes ecuatorianas, y además de manera interrelacionada.

Es importante señalar que de las distintas especialidades, prácticas terapéuticas y profesionales jerarquizadas, sólo las más centrales se toman en cuenta a la hora de enunciar las características diferenciales de la biomedicina –tanto en los anteriores modelos antropológicos, como en el proceso de aprendizaje biomédico (Good 2003: 129-168), y –de especial relevancia para la tesis de este artículo- en las valoraciones de biomedicina por la población general. Por lo que, siguiendo el discurso de las familias, distinguiremos entre aquellas prácticas centrales, de carácter hospitalario, en las que procesos altamente tecnificados ejercen un papel central con resultados visibles y exitosos. Es en ellas donde el reduccionismo biologicista resulta explicativo del malestar y eficaz para solucionarlo, y donde la biomedicina se presenta como una ciencia precisa de tecnologías complejas. Y aquellas otras prácticas periféricas, relacionadas con los problemas de salud cotidianos¹⁰, que principalmente son atendidas en unidades de primer o segundo nivel, para las que la biomedicina no suele tener tan precisas respuestas.

Por último, muy brevemente antes de pasar a los datos de campo. En lo que se refiere a los contextos espacio-temporales de atención, la principal diferencia entre el sistema de salud español y el ecuatoriano, es la existencia en el primero de un sistema de Seguridad Social universal y gratuito para una amplia variedad de prestaciones, junto con una creciente oferta de mutuas y aseguradoras privadas de salud. Mientras que en el Ecuador, con un gasto en salud mucho menor, el Seguro Social cubre a menos del veinte por ciento de la población total, y sus centros de salud muchas veces no cuentan con los recursos necesarios. El Estado y los municipios se encargan de determinados programas de prevención y atención de la salud, siguiendo directrices –así como obteniendo parte de la financiación- de los organismos internacionales. De manera que el monto principal del gasto en salud corre a cargo de las familias, tanto en la compra de medicamentos como en pagos de atención directa, rara vez por aseguradoras (Meñaca 2004a).

3. Discursos y prácticas de las familias migrantes ecuatorianas sobre la biomedicina

El desarrollo de este tercer epígrafe está basado en una parte del trabajo de campo de mi tesis. Trabajo de campo que llevé a cabo entre enero de 2003 y junio de 2005, tanto en Barcelona y Madrid como en el Ecuador –principalmente en Quito, Guayaquil y la provincia de Imbabura. Específicamente, los datos provienen de la observación participante, el seguimiento de casos de familias transnacionales y las consiguientes conversaciones y entrevistas informales, no registradas en grabadora. Así como de la grabación de entrevistas en profundidad, reiteradas a lo largo de los años de trabajo de campo, a 36

de las personas que integran dichas redes migratorias. Muestra esta última seleccionada en función de las variables de género, edad, lugar de origen y asentamiento, clase social en el Ecuador, y posición en la familia transnacional. Muestra que además está restringida a migrantes posteriores a 1998, de identidad mestiza –como ya dije al principio del artículo- y de clase media o trabajadora en origen: no hay presencia de los estratos más altos y más bajos de la sociedad ecuatoriana, cuyos miembros tienen otras dinámicas de movilidad geográfica.

Coincidiendo con lo expuesto en investigaciones previas de otros autores (las Heras 2002), la primera opinión que los inmigrantes me expresaron sobre el sistema de salud español es positiva. Son otros los problemas prioritarios del migrante: la vivienda, el trabajo y los papeles. Y son muchos los casos de migrantes, especialmente de hombres o mujeres solos, que durante los primeros meses, e incluso años, no se han empadronado ni han solicitado la inscripción en el sistema de atención primaria. En la medida en la que el tiempo pasa y las familias se reagrupan con la llegada de niños y ancianos, o bien se crean nuevos núcleos familiares, el contacto con el sistema sanitario español aumenta:

“cuando nosotros llegamos no tenía conocimiento de que había que sacarse el carnet, nada, entonces mi marido tenía ya un año aquí y no se la había sacado. A los 20 días que estuvimos aquí a mi hija le atropelló un coche, entonces éste le hizo atender y entonces la asistente social nos mandó empadronar, porque incluso mi marido ese año no había estado empadronado, entonces nos hicieron empadronar, y allí nos dijeron esto de la cartilla” (Mujer costeña, 20-30 años, clase trabajadora)

Es en ese momento cuando comienza a desarrollarse un discurso en torno al sistema médico español más complejo, en función de la experiencia¹¹. Un saber que distingue claramente entre aquellas acciones hospitalarias en las que procesos altamente tecnificados ejercen un papel central con resultados visibles y exitosos, y la atención a los problemas cotidianos de salud.

3.1. En el centro del modelo: operaciones, diálisis y otros costosos tratamientos

En aquellas experiencias de enfermedad en las cuales la tecnología médica es fundamental para la clara mejoría o el mantenimiento con vida de los sujetos: operaciones de urgencia por accidentes, insuficiencia renal, problemas graves de coagulación sanguínea, cataratas etc., el discurso de los inmigrantes sobre el sistema sanitario español gira entorno a la calidad tecnológica y la gratuidad del mismo. Como podemos ver en el amplio extracto de la entrevista a un ecuatoriano, mayor de cincuenta años, usuario de una unidad de diálisis:

“yo vine acá a detectar mi enfermedad, yo allá solamente era diabético. Yo me chequeaba para ver cómo controlaba el azúcar, el colesterol, la otra... cómo es, los triglicéridos. Pero aquí me detectaron a mí, aunque yo allá me hinchaba, pero no me hinchaba tanto, sólo un poquito, pero aquí yo ya me vine a hinchar más, aquí caminaba más yo, (...) y aquí vine a detectar yo más las hinchazones y aquí me detectaron a mí del riñón. Yo no había..., si sé del riñón yo me hago ver. Fue una experiencia muy dura. (...) yo caminaba, cuanto más caminaba más se me hinchaban las piernas de aquí cuando me fui yo al ambulatorio, fueron estudiando mi caso, no me dieron lo primero como para ver qué es lo que tenía, en mi país es distinto, usted va donde a un médico el médico te dice toma este otro y si no te hace bien me avisas. Mi misma enfermedad me afectó el corazón, los pulmones, la vía respiratoria, todo, eso me afectó la misma hinchazón. (...) Me había hecho ver del endocrino, del corazón, y de la vista, eso es a parte, un tratamiento que no me quejo. Pero cuando vio mi caso de los riñones, una doctora que me vio a mí me mandó al hospital, cuando lo de la tos y no podía hablar (desde el ambulatorio) y allí en el hospital me hicieron algunos exámenes y allí me detectaron, el nefrólogo, el doctor de los riñones, me atendió y me hizo que tomara unas pastillas. Pero él al comienzo no me dijo que tenía yo que internarme para hacer la diálisis pero fue la segunda vez, (...) Cuando por segunda vez yo sentí ese cansancio fui asimismo al ambulatorio, me dicen que vuelva al hospital, con esa tos, eran las 12 de la noche, mis hijos trabajan y vienen a las 12 de la noche, y cuando llegó y me dijo que. Yo es que no tenía miedo sino que... Al comienzo como yo no soy asegurado... mi hijo tanta plata... pero me dijeron a mí que no, que la seguridad social paga, yo me siento agradecido de eso, yo me siento agradecido. (...)”

Allí es donde el doctor me dijo, cuando estuve internado 7 u 8 días, allí me detectaron que tenía un riñón bien afectado, porque me hicieron unas pruebas, unas pruebas que yo me quedé admirado de lo que hay aquí en el Hospital de Bellvitge, para el estómago para el corazón para los riñones, como que una fuera caminando como dos horas, a ver cómo evolucionaba el riñón, y allí tenía una pantalla la máquina y allí me estaban viendo, estuve dos horas allí, pero uno no siente el tiempo, uno está acostado, pero mi señora que me acompañaba, y ella me dijo casi dos horas. Y en esa máquina me detectaron que tenía el riñón afectado, y el doctor me dijo, yo te puedo dar el alta pero vas a seguir lo mismo, la única solución tuya es hacerte diálisis.

Yo no me quejo de la medicina ni de la atención, yo tampoco fue de los tipos que me porté que esto que lo otro, yo comía lo que me daban, porque aquí los hospitales hacen comida de acá de la de enfermo, yo nunca había comido (...) Repito no me quejo de la atención que tengo, porque ya le digo, yo en mi país me hubiera muerto, yo converso a mi hermana que tengo allá, que allá una diálisis es cara, que si cobran 100 \$, es que eso es lo que se gana, no se gana más, si allá el que gana con un trabajo público, un trabajo estable ganará 100\$ semanales, poco más, si se hace diálisis 3 veces por semana, no alcanza, se muere la persona, se muere. No es que hable de mi país, los gobiernos han sido así, y la seguridad social tiene problemas, yo me he quedado admirado de cómo es aquí la seguridad social, amplia, para todos, pero si hay personas que critican, yo he visto por la tv que a los extranjeros... hay personas que como uno dice vulgarmente el racismo, y hay personas que no. (...) (Varón costeño, mayor de 50 años, clase trabajadora, padre de migrantes).

La existencia de un sistema de seguridad social que tenga tecnologías y cubra los gastos es lo que se valora, tanto en este caso como en el de otros pacientes que han tenido que pasar por quirófanos, o que necesitan una medicación que en Ecuador resultaba muy costosa. Ahora bien, de los cuatro casos que he seguido en el tiempo y que han sido tratados por problemas que podían haber sido detectados previamente en el Ecuador, ninguno de ellos migró con el objetivo de hacer uso del sistema sanitario español. En dos de los casos entre las razones del viaje sí se encuentra el obtener dinero para pagar las medicinas o ahorrar para la operación de su hija, pero en el momento del viaje se desconocía la posibilidad de hacerse tratar y no estaba incluido dentro del *imaginario colectivo* con relación a España como país de inmigración la existencia de un sistema sanitario gratuito y de calidad. En los otros dos, el problema o la posibilidad de considerar el problema como algo tratable médicamente, se hizo visible una vez en Cataluña. En otras ocasiones la situación que desencadena la intervención médica —muchas de las veces accidentes de tráfico y laborales— se produce en España. Estos datos contrastan con el extendido discurso, dentro del sistema sanitario español, sobre la *inmigración sanitaria*. El cual plantea que hay migrantes cuya razón principal de acudir a España es hacer uso de un sistema de salud gratuito. Para los emigrantes ecuatorianos que llegan en número importante a Madrid y Barcelona a partir de la fuerte crisis en Ecuador de 1998 (Acosta, López Olivares y Villamar, 2004) no parece haber sido así. En su inmensa mayoría son personas jóvenes, sanas y en edad de trabajar, que dejan niños, ancianos y enfermos atrás, con lo que la gran mayoría de la carga de enfermedad queda en el país de origen (Meñaca, 2004a). Por otra parte, su conocimiento a cerca del sistema médico español, de sus potencialidades y también de sus limitaciones, ha tardado algún tiempo en formarse. Tiempo en el que se ha desarrollado una legislación que regula una pequeña inmigración laboral, dificulta la inmigración irregular, y restringe los procesos de reagrupación familiar. El siguiente fragmento de mis notas de campo, hace patente una vez más el desconocimiento y la incredulidad de que el sistema sanitario español sea gratuito, incluso en una familia con un migrante que ha pasado varios años en Madrid.

“19 julio 2003, Imbabura. (...) En el transcurso de la brigada he tenido la oportunidad de hablar con Vlady, 20-30 años, quien trabaja doble jornada primero en el municipio y después en su taxi. Me ha contado cómo su madre regresó de Madrid hace aproximadamente un año, tras pasar unos tres años dedicada al cuidado de ancianos. En la actualidad su padre tiene una insuficiencia renal que debe ser tratada con diálisis y/o el posterior trasplante de riñón. El coste de la diálisis es alto además de ser un gasto continuo, el del trasplante imposible. El antiguo jefe de su madre en Madrid, que quiere conven-

cerla de que regrese para continuar trabajando para la familia, le ha comentado que en España la sanidad es gratuita y cubre diálisis y trasplantes de riñón. Vlady no puede creérselo y quiere que yo le informe al respecto. Le explico que en general es cierto, pero también le hablo de las posibles limitaciones a inmigrantes irregulares. A pesar de la seriedad y lo costoso del problema, me comenta que van a tratar de resolverlo aquí, ninguno quiere que su madre vuelva a marchar para Europa, donde no lo pasó nada bien”.

Las desigualdades geográficas en salud, quedan muy claras al hablar de esta categoría de atención. Cuando en el Ecuador hay que hacer frente a situaciones de este tipo, lo elevado del coste médico, que asciende a miles de dólares frente a sueldos medios inferiores a los quinientos dólares mensuales, lleva a las familias a endeudarse en prestamistas, hipotecarse o vender sus posesiones –coches, campos, etc. Y en algunas ocasiones a no poder costear la atención, y por tanto no recibirla, aunque ello signifique una mayor discapacidad e, incluso, la muerte. El dinero que envían los emigrantes, no sólo permite una mejora continuada de las condiciones de vida de las familias, sino que también es crucial en estos momentos de atención urgente (Meñaca, 2004a).

La buena consideración del sistema sanitario en el tratamiento de problemas en los que la tecnología médica es fundamental para la clara mejoría o el mantenimiento con vida de los sujetos tiene sus límites. Límites, los encontrados en las representaciones de migrantes ecuatorianos, también presentes en el discurso general de la población española. Unos están relacionados con los riesgos iatrogénicos e incluso mortales del uso de tecnologías biomédicas, especialmente al entrar en un quirófano. Otros, con el paso de la atención de urgencias a una más continuada, como por ejemplo al iniciar el proceso de rehabilitación tras un accidente. Este límite se representa bajo la misma lógica que el descontento con la atención primaria, del que hablaremos en breve. Y, por último, con la consideración de que la tecnología accesible no siempre es la más puntera y/o sofisticada. Así, un hombre quiteño de 30-40 años de clase media con problemas importantes de coagulación sanguínea relataba cómo aquí no existía el último medicamento que él había estado utilizando en Ecuador, y que por tanto, volvieron a tratarle con uno con el que había sido tratado con anterioridad, bajo su perspectiva, más antiguo. Para este hombre –perteneciente a las clases medias empobrecidas con la crisis económica que afecta progresivamente al país desde los ochenta y radicalmente en 1998– lo positivo del sistema médico español es el acceso subvencionado a la medicación, a pesar de que no sea la más innovadora. Este caso etnográfico ejemplifica una característica importante de las representaciones comparativas entre los dos sistemas biomédicos de los inmigrantes ecuatorianos: al menos para personas de clase media en origen, no es la calidad de los saberes y tecnologías biomédicas en Ecuador lo que se pone en cuestión, sino la accesibilidad a las mismas, dependiendo de los recursos económicos de las familias. Una confianza en la calidad y los profesionales del sistema biomédico ecuatoriano, principalmente en lo que se refiere a los servicios privados, que está mucho más presente en el discurso sobre los cuidados cotidianos.

3.2. En la periferia del modelo: atención primaria

En el contexto de la atención cotidiana a la salud, mayoritariamente llevada a cabo en los centros de atención primaria, la valoración del sistema sanitario español cambia. Ya no es tan positiva. Así lo explica una madre, quiteña de clase trabajadora en origen, quien, por una parte, está muy contenta con la atención quirúrgica que ha recibido su hija en relación con un problema dermatológico, pero no lo está con las medicinas que le manda el pediatra de atención primaria para solucionar una gripe:

(entrevistadora (e): y están contentos con la medicina acá) “sí..., con la medicina no mucho, pero sí en cuestión de mi hija (risas, e: explíqueme eso) es que cómo le digo, de medicina a mi hija no le dan nada, cuando le hacen la operación no le dan nada. Pero para una gripe o así, no me van estas medicinas de aquí, porque no le hacen nada, no le hacen efecto (e: las medicinas de allá hacían más efecto...) más

efecto, claro. Si mi hija ya estaba hace dos meses, ya le digo, con una tremenda gripe que no le podía retirar, no podía ni respirar por la nariz, no paraba de toser. Y yo estaba preocupada, cada semana, cada rato le digo a la pediatra, pediatra no le hace bien... tome otro remedio, no le hace nada, tome otro remedio (...) eso no le hace nada a mi hija, hasta tengo que le mandó, cómo se llama eso, que le meta por el ano, mi hija no quiso, mi marido quería meterle a la fuerza y yo le dije déjale, déjale (e: ¿allá en Ecuador no se usan supositorios?) sí pero cuando estás bien mal, mal, pero a mi hija todavía es pequeña para que use eso. (e: Y entonces... porque yo conozco que le piden a sus familias que les manden) sí yo le pedí a mi mami, mi hermana, y mi hermana me mandó y de ahí bien. (...) Mire éste es de Ecuador y estos son los que me mandaron acá, que no compré todos (e: mucosolván, éste sí funcionó, y lo conocía de antes o...) no, no, no, yo le dije a mi hermana que me mandara uno, porque ya no aguanta con la tos, la tos. Éste es de Ecuador, pero estos son las recetas de aquí (e: a ver qué le han mandado dalsy, suero, romilar) (...) La medicina de aquí no me gusta para nada, porque yo creo que esta sólo son calmativos, no son para que le sane, que le cure. Ya le digo de mi hija que ya tenía que estar respirando por la boca y me iba donde la pediatra y le decía, usted se va a estar molestando pero vengo todos los días, porque de éste me daba para siete días y de éste, acababan los siete días y ya me tocaba regresar, siete días le daba y decía, no le hace nada, mírele cómo está, yo creo que ya está llegando a los pulmones esta tos... si usted viera cómo estaba mi hija, no podía respirar, no dejaba ni dormir, estaba bien mal, mal, mal. De ahí me mandó esto mi hermana y de ahí se puso super bien, éste es de Ecuador, pero ya se terminó. (Mujer quiteña, 30-40 años, clase trabajadora)

Otra madre, con un amplio contacto con el sistema sanitario español, tanto en atención primaria como de urgencias, relata otra situación que termina con la demanda de medicamentos, en este caso complejos vitamínicos, al Ecuador:

“Desde el primer mes de nacido comenzó a enfermarse, el primer mes le dio una fiebre que no le paraba con nada, entonces le llevé a hacer ver y me lo ingresaron en observación por dos días porque decían que era un síndrome febril. A los tres meses volvió con lo mismo, y desde allí al mes o cada dos meses tengo que llevarlo a hacer tratar porque está malito (...) Ahora en diciembre del año que pasó, estuvo mal, estuvo ahí me lo tuvieron en tratamiento porque me le detectaron anemia aguda, porque o sea, él primero comenzó con una varicela, ahora me decía la pediatra que lo cuide con la varicela porque las varicela les dejan a los niños las defensas bajas, luego de la varicela, a los dos días le dio bronquitis, le ha dado así montones de cosas. Total que cuando ya el niño estaba mal, vomitaba, incluso no jugaba, estaba decaído, lo hice tratar y ahí me dijeron que tenía anemia aguda, pero... solamente me lo tenían así, me decían tiene anemia, pero no me mandaban ninguna vitamina, ni nada, entonces yo tuve que con una persona que iba a venir de Ecuador, mandar a ver este medicamento se llaman de haber vitaminas, hierro, de estas cosas, y mira, yo lo he curado sin llevarlo al médico. Ahora, sí, se está reponiendo él solito con las vitaminas (e: y tú le ves mejor) sí ahora no para para nada, juega, el color mismo de la piel es diferente, está subiendo de peso, porque estaba como, estaba flaquito, muy muy delgado. Me he dado cuenta de que le hicieron bien los medicamentos.” (Mujer costeña, 20-30 años, clase trabajadora)

En otras ocasiones, son antiparasitarios lo que las madres migrantes piden a sus familias. O bien, como en el caso de una mujer guayaquileña, de entre veinte y treinta años y clase media en origen, en lugar de medicamentos, tecnologías ortopédicas. Esta mujer, usuaria regular de los servicios de atención primaria, ejemplificaba su descontento con dicho servicio comentando cómo le había preguntado a su pediatra sobre la necesidad de que su hija de un año llevase botitas ortopédicas, puesto que tenía pies planos. A lo que el pediatra contestó que podía hacer lo que quisiera, que tanto podía ponerle botas como no. Para la madre, aquella respuesta tan ambigua no era propia de un médico. En el Ecuador un doctor le hubiera aconsejado, sin lugar a dudas, las botas, es por eso que ella estaba pensando pedir a un familiar que se las mandara desde Guayaquil.

El descontento no está exclusivamente relacionado con la atención pediátrica. Ni la solución propuesta es siempre la demanda de medicamentos a sus parientes en origen. Otras alternativas consisten en hacerse ver y tratar en servicios privados del Ecuador, o bien buscar atención privada en España.

Los amplios extractos de las entrevistas a dos jóvenes mujeres quiteñas, nos permitirán ampliar la perspectiva de edades, problemas encontrados en la relación con el sistema de atención primaria español y soluciones propuestas.

Al preguntar sobre cómo se había sentido en Barcelona desde que vino, a una mujer de clase trabajadora en origen, ella hablaba de algunos de los problemas de salud que había tenido y la falta de soluciones encontradas en la siguiente forma:

“Yo de salud, al principio bien, después me enfermé por el hígado, el hígado me lo anda matando, (...) y bueno, me han hecho análisis, pero yo como digo, tengo la seguridad social, apporto, pago, pero nada, (...) Me han hecho unos análisis, lo único que me han dicho es que tengo grasa, pero no me han mandado nada, nada, nada para ningún alivio del dolor, nada. (...) Yo veo que no me han atendido muy bien, no. Cuando he ido a la médico de cabecera no me ha revisado bien, no, he llegado me ha preguntado, me ha hecho el informe, y nada, para tal fecha que coja el especialista, digamos, he ido al especialista y tampoco nada, no me han mandado pero nada, porque ellos lo que me han dicho que sí que tengo grasa y crecido el hígado, eso sí que me lo han dicho, pero nada, nada, nada, nada. (...) lo que me dijeron es que no coma grasa, y nada, y lo ácido que no puedo comer y todo eso,

Que tengo otros problemas en la regla, que a mí no me viene normalmente, me viene a los tres o así meses, y he ido ya donde el ginecólogo, me han hecho el papanicolau, y me han dicho que tienen que mandarme, porque al ginecólogo las preguntas que ellos me hacían yo las respondía la verdad, entonces me dicen que no saben qué es lo que yo tengo, porque no puede ser que no tenga nada y que no me enferme, pues tanto que yo he dicho que no tengo nada, me han dicho que me llamarán para hacerme otros análisis pero no aquí sino en otra parte, pero hasta ahora no me llaman, yo vengo esperando y no me llaman y no me llaman. (...) (e: me contaba que luego las veces que ha tenido una menstruación muy fuerte ha ido al hospital y todo y no le dieron nada hasta que fue con estas compañeras de trabajo a un médico privado) sí, sí, no me dieron nada, nada, nada y estuve ahí, y en el trabajo bueno, agradezco muchísimo a esas compañeras (...) yo prácticamente qué voy a esperar de ellas eso, me dicen, ya salíamos el grupo, y cuando mis compañeras me dicen vámonos, como ellas tienen su coche pues me lo llevaron, ahí es cuando me llevaron, ellas han sido conocidas de él y todo eso, y ahí es cuando me dio pastillas, me dio pastillas y esas pastillas me lo tomé, o sea a parte de quitarme el dolor me lo vino a aminorar, y al otro día ya fui a trabajar más animosa, y bueno, me bajaba pero ya no en cantidad, bueno, ellas no me dejaban todavía coger peso (...)

(e: por lo que yo veo no está muy contenta con el sistema de salud acá) no, no, nada, de salud nada, porque a mí no me lo han dado, si me hubieran dicho, tómame esta pastilla que te mueras pronto y descansas en paz, nada me han dado, lo único que me han dicho es el hígado que me lo cuida, que no coma grasas, que no... eso, y yo dije me han de mandar... porque sentía un dolor, más del que sentía anoche yo lo sentía, y nada (...) me vio el médico y yo le dije que me diera algo, algo si acaso me venga, me alivie un poco, pero nada, y de la regla estoy en espera, totalmente estoy así (...) ahora lo que pienso es cuando vaya a Ecuador hacerme ver allá, que me trate allá, a ver si es por cambio de clima, por cambio no, o a veces los nervios, del estrés, tal vez eso, pienso yo, y a ver si me voy y tal vez allá, no sé, (...) eso es lo que quiero porque como aquí no me lo hace nada, no me lo dicen en concreto lo que tengo, lo que me dice la ginecóloga, que un quiste tal vez, pero ella no me veía nada, me dijo, y me llamó, me entregó los análisis y me decía que todo está muy bien, o sea que no sé... no sé por qué es que no tengo tanta sangre o no sé, que no tengo tanta sangre para que no me venga normal” (Mujer quiteña, 20-30 años, clase trabajadora)

Mientras que la otra, de clase media y un poco más jovencita, al preguntarle si, desde su llegada, había tenido que usar el sistema de salud, respondía lo siguiente:

“Lo he usado muchísimas veces, sobre todo por temas de visitas al ginecólogo, tengo problemas, no sé, tengo cistitis, pero llevo cuatro años y no me hace, comprándome mis pastillas y ya está, porque siempre que voy, ¿puedo decirlo?, no me parece, pasan de lo que les diga, ni siquiera me mira el doctor cuan-

do le hablo, le digo doctor es que me siento así, y dice, bueno, tómate esto, voy para que me dé la misma receta es que ya no voy, lo puedo comprar yo en la farmacia. Y ahora en mayo empecé a trabajar con el doctor en el centro este estético, cuatro años con el mismo problema puede ser algo crónico, que pida cultivo de orina y cita con el urólogo. He ido al urólogo y eso, no es español, no sé, es árabe de por ahí, pero, super déspota, y siempre he tenido este problema de cistitis desde los 15 años, la última vez que fui le dije he venido porque mi médico de cabecera me remite para que me haga unos exámenes, y me dice desde cuándo tienes este problema, desde los 15 años, y me ha dicho es buena hora para venir, por qué no te pasabas a los 50 o a los 60 a ver si te detectábamos alguna anomalía, y nada, no se porta bien. Yo llevo puesto el DIU, la T... que me lo pusieron en Ecuador, debería hacérmelo quitar ya porque llevo 4 años y pienso que todos los problemas que tengo pueden ser de eso, pero me da miedo ir aquí al ginecólogo, que me lo quite y que me diga ya está vete, que no me explique, que no sea... entonces estoy esperando a diciembre a ir a un ginecólogo en Quito, porque yo sé que él me va a explicar, me va a decir mira, esto te va a ir bien, no sé, porque el ginecólogo de aquí, y me han cambiado muchas veces y ninguno de los tres, mi médico de cabecera, nada, no me mira cuando le hablo, anda con prisa, con prisa y el ginecólogo, lo único que me dice es quítate ese DIU que es algo que no se lleva aquí hace años, yo no sé cómo te lo han puesto. Es como una crítica que hace a los médicos de allá. No sé cómo en unos países se puede utilizar métodos caducados. Y el urólogo nada.

(e: entonces tu intención es quitártelo allí en Ecuador) sí, porque sé que me va a explicar y a ayudarme a ver, no sé, y me puede aconsejar. Pero también estoy en ese problema de que si decido ponerme unas inyecciones o algo sólo me quedará un mes y cuando vuelva qué es lo que voy a hacer, no sé lo que voy a hacer. He pensado pedir prospectos y mirar por internet de inyecciones que haya aquí, para llevarlas al médico de Ecuador y que él me diga... (...) Y lo de la cistitis no me lo han solucionado, sólo es beber agua, beber agua y ya está, cada mes, y todos los cultivos que me han entregado, las pastillas que me tomo las voy guardando en una carpeta para cuando vaya a Ecuador, se la enseñaré al ginecólogo que me colocó el DIU (...) y todos los cultivos que me han entregado, las pastillas que me tomo las voy guardando en una carpeta para cuando vaya a Ecuador, se la enseñaré al ginecólogo que me colocó el DIU (e: es un ginecólogo privado) uno privado, porque también la sanidad allí... me quejo de la de aquí en cuanto a la atención pero allá es que ni siquiera te van a atender, aunque tengo un médico, tengo el hospital que pertenece a la policía, el de mi padre, pero tampoco sé si te cubre cuando ya eres mayor de 18 años (e: los has utilizado de niña) sí, de niña sí me operaron, de los oídos de apendicitis, y muy bien, el hospital de la policía muy bien, cobran, hacen algún descuento pero lo van pagando, les descuentan, el restante diferentes plazos, como lo decidan pagar, puedes coger medicamentos (...) en el hospital público tienes que llevar tus gasas, tus guantes, los botes de sangre... (e: entonces tu ginecólogo era un ginecólogo particular) sí de la familia el que le lleva el control a mi madre, a las tías (e: y te has planteado aquí ir a un médico particular) he consultado pero, me parece caro, y sólo para una consulta y contarle lo que me pasa ya se me subía mucho el dinero y no sé, pero creo que al final tendré que ir a uno privado, o mirar por lo de la mutua, tampoco sé bien cómo va lo de las mutuas (...) Igual allá al que yo voy me trata así porque es privado, si aquí voy a un privado también puede que me pregunte muchas cosas, el de la Seguridad Social nada.” (Mujer quiteña, 20-30 años, clase media)

Por un lado, una parte de la insatisfacción está relacionada con las listas de espera: “me han dicho que me llamarán para hacerme otros análisis pero no aquí sino en otra parte, pero hasta ahora no me llaman, yo vengo esperando y no me llaman y no me llaman”; el tiempo de consulta y el trato recibido: “mi médico de cabecera, nada, no me mira cuando le hablo, anda con prisa, con prisa”, “me da miedo ir aquí al ginecólogo, que me lo quite y que me diga ya está vete, que no me explique”. Unas críticas al sistema público de salud frecuentes en la población española, si bien en algunas ocasiones los inmigrantes las consideran relacionadas con los procesos de discriminación que sufren por el hecho de ser inmigrantes. Por el otro, la visión negativa del sistema de atención primaria está asociada a la falta de solución; el no recibir nada más que consejos de alimentación o higiene: “y lo de la cistitis no me lo han solucionado, sólo es beber agua, beber agua y ya está”, “lo único que me han dicho es el hígado que me lo cuide, que no coma grasas”; que no manden ningún medicamento e incluso opinen que da lo mismo intervenir como que no: “me vio el médico y yo le dije que me diera algo, algo si acaso me venga,

me alivie un poco, pero nada”; “solamente me lo tenían así, me decían tiene anemia, pero no me mandaban ninguna vitamina, ni nada”; llegando a decir que no ven nada: “no me lo dicen en concreto lo que tengo, lo que me dice la ginecóloga, que un quiste tal vez, pero ella no me veía nada”.

Como hemos visto, la solución muchas veces se encuentra en la alternativa de médicos o tratamientos ecuatorianos. Pero no siempre. Así, la primera de las mujeres jóvenes quiteñas hacía referencia al médico privado al que le llevaron sus compañeras que sí le recetó unas pastillas que “a parte de quitarme el dolor me lo vino a aminorar”. Mientras que la segunda se plantea la posibilidad: “creo que al final tendré que ir a uno privado, o mirar por lo de la mutua”. Mientras tanto, una madre quiteña, de clase trabajadora, entre los 30 y 40 años, descontenta con un pediatra que bajo su criterio no había mirado bien a su hija de meses, me preguntaba sobre el coste de un pediatra privado. Sin embargo, pocas veces la posibilidad se materializa, salvo en los casos en los que los empleadores contratan una mutua privada para sus trabajadores. Dentro de muchas familias transnacionales, que con sus envíos de alrededor de 200 euros mensuales logran la mejor subsistencia de una parte importante de su familia, resulta impensable gastarse más de 60 euros en una única consulta médica.

Esta última mujer quiteña de la que hablábamos, consideraba que el recurso al envío de medicamentos se debía a un desconocimiento y desconfianza relacionados con la primera etapa de la migración. En su opinión en las farmacias españolas se encuentra de todo. Sin embargo, no son las mujeres que llevan menos tiempo quienes piden medicamentos a sus familias, o bien están pensando en hacerse tratar en el Ecuador, sino mujeres que llevan más de dos años viviendo en Madrid o Barcelona, y que además conocen y hacen un uso regular del sistema sanitario español. Los datos del trabajo de campo nos dicen que piden medicamentos a sus familiares en el Ecuador porque los médicos de atención primaria españoles no les recetan nada para aquellos malestares que les preocupan, o bien porque los medicamentos que les dan “son calmativos, no sanan, no curan”. Estas mujeres por tanto, al acudir a la atención médica para la solución de problemas cotidianos de salud, buscan en el sistema biomédico lo mismo que buscaban en el caso de las urgencias, y otras situaciones de gravedad: una solución, una tecnología. Un medicamento, que sea efectivo, les quite el dolor y les cure. Sin embargo, se encuentran con un sistema de atención primaria que es escéptico ante determinadas tecnologías, que devuelve la responsabilidad al paciente haciendo referencia a conductas concretas de su “estilo de vida”, y que incluso puede considerar como “psicosomáticos” muchos de los problemas de salud que los inmigrantes le plantean, sin una base biológica ni un tratamiento concreto.

Un modelo de atención primaria dentro de un sistema de Seguridad Social universal y gratuito, el cual, al haberse visto enfrentado a la cronicidad y a un gasto en salud insostenible, está en un proceso de recorte del presupuesto, controlando los medicamentos, ortopedias y pruebas diagnósticas que los médicos de atención primaria realizan. Lo que incluye el uso de genéricos y la no receta de medicamentos cuya eficacia es puesta en duda “científicamente”. Un modelo de atención primaria en el que prima el modelo de la salud como responsabilidad personal, dependiente del estilo de vida y los hábitos individuales. Mientras que el modelo de atención primaria en Ecuador al que hacen referencia las distintas mujeres entrevistadas, es un modelo en el que está generalizado el uso de la atención privada directa, donde los costes de las pruebas diagnósticas y los medicamentos correrán a cuenta del paciente, no del sistema que emplea y controla a los médicos. En un país donde, además, las enfermedades infecciosas, incluidas las parasitarias, así como la desnutrición, siguen formando parte de los principales problemas de salud, con protocolos en el uso de los antiparasitarios y las vitaminas, que siguen las directrices de organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, muy diferentes a los españoles.

4. Conclusiones

Para el análisis de la “multiculturalidad” de la biomedicina en relación con las representaciones y prácticas de familias migrantes ecuatorianas, hemos utilizado tres oposiciones interconectadas:

medicina pública – medicina privada, sistema de salud español – sistema de salud ecuatoriano, problemas de salud centrales al modelo biomédico – problemas de salud periféricos. Los inmigrantes que forman la muestra, siempre valoran y buscan en la atención biomédica una de sus características definitorias: la eficacia tecnológica y pragmática. Ante problemas centrales al modelo biomédico –por ser explicados mediante el modelo biologicista y solucionados con dichas tecnologías– existe un acuerdo entre la demanda de los usuarios migrantes ecuatorianos y los profesionales médicos españoles sobre la eficacia de determinados avances médicos, fundamentales en algunas ocasiones para mantener con vida o lograr una clara mejoría. En este caso las desigualdades geográficas en condiciones de salud y sistemas sanitarios disponibles quedan patentes en los discursos y prácticas de los migrantes: en el Ecuador el acceso depende de que la capacidad económica permita el pago de los servicios médicos, en España no. Las diferencias entre las políticas europeas del estado del bienestar y las directrices políticas internacionales para los países “en vías de desarrollo” –basadas principalmente en criterios atomizados de coste beneficio– hacen que el derecho a la salud esté desigualmente distribuido en el mundo para problemas ante los cuales el sistema biomédico sí tiene tecnología “eficaz” (Farmer 1999, Castro y Singer 2004). En esta situación, una medicina pública y con recursos marca la diferencia. Ahora bien, en la atención cotidiana a la salud, la biomedicina no es tan biologicista y aséptica moralmente, ni tiene medicinas que tan claramente solucionen los problemas de salud. Su discurso sobre hábitos de vida entra en contradicción con lo que los usuarios migrantes ecuatorianos van buscando: soluciones en forma de medicamentos. Otras quejas incluyen las listas de espera y el trato en la consulta. En este caso, el descontento de los inmigrantes ecuatorianos no difiere, en gran medida, de aquel que manifiesta el grueso de la sociedad española. Tampoco lo hacen sus principales alternativas: medicina privada y automedicación, si bien las estrategias concretas son diferentes. Estrategias que están en relación con el sistema médico en origen donde la asistencia privada es mayoritariamente directa y no vía mutuas: tienen referencias de médicos concretos, se saben los precios de la atención directa –más barata que en España–, y conocen a los medicamentos por su nombre (comercial); con la mediación de su situación económica y condición de familias transnacionales. De manera que, al reflexionar sobre la “multiculturalidad” de la biomedicina con relación a la atención primaria, las representaciones y prácticas de las familias migrantes ecuatorianas, nos sugieren la necesidad de volver la mirada a las diferencias entre atención pública y privada, si se quieren subsanar, al menos en parte, los descontentos de los usuarios, migrantes y no migrantes, con el sistema público español de atención primaria .

Para finalizar me gustaría contextualizar este artículo dentro del libro del que forma parte. Un libro que integra un conjunto de investigaciones sobre la interculturalidad en salud en el contexto de América Latina. El principal objeto de estudio para la reflexión intercultural, que busca mejorar la relación entre los equipos médicos convencionales y los enfermos indígenas (Fernández Juárez, 2004; 2005), es el pluralismo asistencial, la diversidad de sectores o modelos médicos y su interrelación en un momento y espacio concretos. Yo he focalizado mi mirada en uno sólo de ellos, y he centrado mi atención en las diferencias intrasectoriales: en la diversidad y desigualdad que existe al interior de la biomedicina. Esta demarcación se relaciona con la pregunta de partida –¿por qué las familias migrantes ecuatorianas envían medicamentos, y lo hacen en dirección del Ecuador a España?– y la consiguiente tesis del artículo, así como con los límites de extensión en un artículo. Esto no quiere decir que en las familias transnacionales ecuatorianas no se lleven a cabo procesos que integran distintas formas de atención dentro del pluralismo asistencial, incluyendo las prácticas folk y tradicionales. Las llevan a cabo y forman parte de la investigación que está en el origen de este artículo, si bien todavía dicha parte del trabajo no está publicada. Considero, no obstante, de vital importancia las investigaciones que ponen de manifiesto lo difuso de las prácticas concretas al ser contrastadas con el modelo. Tanto a la hora de hablar de la “medicina tradicional” que “no se deja ver ni describir como un cuerpo homogéneo y compacto de creencias y prácticas, sino que se presenta como un espacio de acción articulado y complejo dentro de un campo de fuerzas más amplio, en el que convergen o rivalizan una pluralidad de actores y puntos de vista” (Bartoli, 2005:80-81), y que en consecuencia difiere de los modelos políticos sobre ella

(Flores, 2004; Knipper, 2005). Como a la hora de pensar el “sistema biomédico” con su diferencias y desigualdades internas. O bien en el momento de hacer evidentes las múltiples interconexiones y desiguales hibridaciones entre los distintos sectores. La tensión dialéctica entre la abstracción de los modelos y la complejidad de las realidades concretas, permite una más profunda comprensión de los procesos de atención a la salud y las fuerzas que los mueven.

Notas

- 1 El trabajo de campo de esta investigación se pudo realizar gracias a una beca FPU del Ministerio de Educación y Ciencia (2002-2005). Una primera versión de este texto se presentó en el X Congreso de Antropología, Sevilla 2005, si bien no fue publicada en las actas.
- 2 Redacción a partir de mis notas de campo. Todas las referencias a personas, y en algunos casos también las de localidades, utilizan nombres ficticios.
- 3 La hipótesis de partida en su totalidad decía: “La migración supone cambios en las condiciones socioeconómicas, las redes sociales disponibles, la distribución de las enfermedades sus significados y efectos, y los recursos para la atención de la salud. En este proceso, mientras la mayoría de las necesidades de asistencia biomédica están cubiertas por el sistema sanitario público español, hay otras necesidades y problemas, vinculados a las condiciones de vida, más urgentes y de más difícil solución: empleo, vivienda y “papeles”. El uso y buena valoración del sistema de salud pública; las profesiones de cuidadoras ejercidas por gran parte de las mujeres ecuatorianas; y el proceso de aculturación llevado a cabo por diversos actores como los medios de comunicación, los programas de educación para la salud, y otros agentes sociales (ONGs, iglesias, trabajadores sociales, etc) favorecen un proceso de asimilación del modelo biomédico dominante –El modelo biomédico es hegemónico también en el contexto de origen, Ecuador, pero allí, al no existir un estado de bienestar, tiene menos fuerza que en el contexto de acogida, el estado español-. Mientras que la dificultad para llegar a personas relevantes en su red social de origen, como sus madres, y a los terapeutas tradicionales a los que podían consultar en Ecuador, limitan en gran medida el acceso a modelos médicos alternativos”. (Meñaca, 2003)
- 4 El desacierto de la concreción está condicionado por la influencia en la investigadora de un imaginario español etnocéntrico que utiliza la migración no comunitaria para construir una imagen de sí misma como país desarrollado (Santamaría, 2002 :113-118), mientras que para los ecuatorianos el ideal de país desarrollado lo forman los EE.UU, siendo el “sueño americano” un ejemplo de la fuerte influencia material y simbólica de EE.UU. (Pedone, 2003:211-219).
- 5 Vicenç Navarro (2002) disiente de esta clasificación que, bajo su perspectiva debería tomar en cuenta el grado de satisfacción de los usuarios y no la mortalidad, que está más relacionada con cuestiones de calidad de vida que con la calidad del sistema sanitario.
- 6 La ubicación de la familia por múltiples generaciones en las laderas del Pichincha, los rasgos físicos, la forma de peinado de las mujeres ancianas de la familia así como algunos adornos que siguen utilizando, la persistencia de algunas palabras quichuas en su vocabulario, y de distintas tradiciones sociales como la minga o los bailes, son algunas de las características que me hacen pensar que, a pesar de que en las dos últimas generaciones ni hablan, ni visten, ni se reconocen como indígenas –una identidad claramente estigmatizada- los orígenes de las familias a las que me refiero son quichuas. Por otra parte, en lo que se refiere a Vista Alegre, comunidad situada al norte de Quito, los orígenes también son indígenas, y parte de la comunidad está reivindicando dicha identidad, como muestra Lydia Rodríguez (2005).
- 7 Sobre las contradicciones entre el proceso político de promoción de una medicina intercultural y la cotidianeidad de la práctica de la medicina tradicional véase para Ecuador Knipper (2005), y para Bolivia Flores (2004 y 2005).
- 8 Existe una variedad de términos para designar a la biomedicina dependiendo quién y dónde se quiera poner el énfasis de su definición: medicina alopática, científica, convencional, cosmopolita, formal, hegemónica, moderna, occidental, oficial, ortodoxa, e incluso medicina tradicional o medicina “a secas” (Haro, 2000: 104; Kleinman, 1995: 25).
- 9 Las diferencias teórico-metodológicas también se pueden encontrar al interior de la antropología médica estadounidense, en un debate clásico entre las tradiciones centradas en el significado y crítica (Young, 1982; Good, 2003: 107-128). La corriente crítica adopta intereses parecidos a los de Menéndez, como el estudio de los contextos macro-estructurales y de la hegemonía de la biomedicina (Baer *et al*, 1997)
- 10 Esta clasificación dual tiene los límites de todo esquema bipolar, sin duda existen muchas situaciones heterogéneas, muchos casos intermedios, es por ello que debe considerarse una herramienta interpretativa con valor en tanto en cuanto permita la comprensión de una situación concreta.
- 11 Sobre la relevancia de la experiencia concreta de la enfermedad, para elaborar un discurso complejo y matizado sobre la misma, véase Otegui (2005), quien estudia las representaciones y prácticas de la población gitana respecto del VIH-/SIDA.

Bibliografía

- ACOSTA, Alberto; LÓPEZ OLIVARES, Susana y VILLAMAR, David
2004 “Ecuador: Oportunidades y amenazas económicas de la emigración. En HIDALGO, Francisco (ed.) *Migraciones. Un juego con cartas marcadas*, pp. 259-301, Edit. Abya Yala, Quito.
- BAER, Hans A; SINGER, Merrill y SUSSER, Ida
1997 *Medical Anthropology and the World System. A critical perspective*. Westport: Bergin & Garvey.
- BARTOLI, Paolo
2005 “¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México” *Revista de Antropología Social* 14, pp. 71-100.
- BELOTE, Linda y BELOTE, Jim
2005 “¿Qué hacen dos mil saraguros en EE.UU. y España?”. En HERRERA, Gioconda, CARRILLO, M. Cristina y TORRES, Alicia (eds.) *La migración ecuatoriana. Transnacionalismo, redes e identidades*, pp. 449-463. FLACSO-Ecuador; Plan Migración, Comunicación y Desarrollo, Quito.
- CASTRO, Arachu y SINGER, Merrill
2004 *Unhealthy health policy. A critical anthropological examination*. Walnut Creek, Altamira Press.
- COMELLES, Josep M.
2004 “El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el s. XXI”. En FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina*, pp. 17-30. Ediciones Abya-Yala, Agencia BOLHISPANA, Universidad de Castilla-La Mancha, Quito.
- FARMER, Paul
1999 *Infections and Inequalities. The modern plagues*. Berkeley, University of California Press.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.)
2004 *Salud e interculturalidad en América Latina*. Ediciones Abya-Yala, Agencia BOLHISPANA, Universidad de Castilla-La Mancha, Quito.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
2005 “Salud e interculturalidad: Sugerencias para organizaciones de salud en contextos indígenas, a partir de una experiencia boliviana”. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*. LX (2) pp.29-53.
- FLORES MARTOS, Juan Antonio
2004 “Una etnografía del ‘año de provincias’ y de ‘cuando no hay doctor’. Perspectivas de salud intercultural en Bolivia desde la biomedicina convencional”. En FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina*, pp. 181-212. Ediciones Abya-Yala, Agencia BOLHISPANA, Universidad de Castilla-La Mancha, Quito.
- FLORES MARTOS, Juan Antonio
2005 “Una etnografía crítica de la *medicina kallawayana como patrimonio intangible de la humanidad*: procesos de hibridación, turismo étnico y recursos interculturales en salud en el área de Apolobamba (Bolivia)”. En PUJADAS, Joan J. y DIETZ, Gunther (coords.) *Etnicidad en Latinoamérica: movimientos sociales, cuestión indígena y diásporas migratorias*, pp. 173-192. FAAEE, Asana, Fundación El Monte, Sevilla.
- GOOD, Byron J
2003 *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. [1994]. Edicions Bellaterra, Barcelona.
- HAHN, Robert y KLEINMAN, Arthur
1983 “Biomedical practical and anthropological theory: frameworks and directions”. *Annual Review of Anthropology* 12, pp. 305-333.
- HARO ENCINAS, Jesús Armando
2000 “Cuidados profanos: una dimension ambigua en la atención a la salud”. En PERDIGUERO, Enrique y COMELLES, Josep M. (eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, pp. 101-162. Edicions Bellaterra, Barcelona.
- KLEINMAN, Arthur
1980 *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. University of California Press, Berkeley.

- KLEINMAN, Arthur
1995 *Writing at the Margin. Discourse between anthropology and medicine*. University of California Press, Berkeley.
- KNIPPER, Michael
2005 "Salud y etnicidad: la 'medicina tradicional indígena' en la Amazonía ecuatoriana". En PUJADAS, Joan J. y DIETZ, Gunther (coords.) *Etnicidad en Latinoamérica: movimientos sociales, cuestión indígena y diásporas migratorias*, pp. 155-172. FAAEE, Asana, Fundación El Monte, Sevilla.
- LAS HERAS MOSTEIRO, Julio
2002 *El proceso asistencial y la utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante irregular. El discurso del colectivo ecuatoriano..* Tesis de doctorado. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid.
- MARTÍNEZ, Ángel
1996 "Antropología de la salud. Una aproximación genealógica." En PRAT, Joan y MARTÍNEZ, Ángel (eds.) *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*, pp. 369-381. Editorial Ariel, Barcelona.
- MENDIGUREN, Berta
2006 *Inmigración, medicalización y cambio social entre los Soninke: el caso de Dramané (Mali, África)*. Tesis de doctorado. DAFITS, Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.
- MENÉNDEZ, Eduardo
1978 "El modelo médico y la salud de los trabajadores". En BASAGLIA, Francisco et alt. (eds.) *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de salud*, pp. 11-53. Editorial Nueva Imagen, México.
- MENÉNDEZ, Eduardo
1981 *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Ediciones de la Casa Chata. México.
- MENÉNDEZ, Eduardo
1984 "El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud". *Arxiu d'Entongrafia de Catalunya* 3, pp. 83-119.
- MENÉNDEZ, Eduardo
1991 *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Casa Chata / CIESAS. México.
- MENÉNDEZ, Eduardo
2005 "Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos" *Revista de Antropología Social* 14, pp. 33-69.
- MEÑACA, Arantza
2003 *Antropología, salud y migraciones. Procesos de autocuidado de migrantes ecuatorianos*. Proyecto de Tesis. DAFITS, Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.
- MEÑACA, Arantza
2004a "Mientras tanto en el Ecuador... El contexto de origen en los estudios de salud y migraciones". En COMELLES, Josep M et alt (eds.) *Migraciones y salud*. Barcelona: en prensa.
- MEÑACA, Arantza
2004b "Procesos de salud que traspasan fronteras. Familias entre el Ecuador y España" *Cuicuilco*, en prensa.
- NAVARRO, Vicenç
2002 *Bienestar insuficiente, democracia incompleta*. Edit. Anagrama. Barcelona.
- OMS
2000 *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. OMS. <http://www.who.int/whr/2000/es/index.html>.
- OTEGUI, Rosario
2005 "'Una cosa fea': VIH-SIDA y sistema de género entre los gitanos españoles". *Revista de Antropología Social* 14, pp. 145-172.
- PEDONE, Claudia
2003 *'Tú siempre jalas a los tuyos'. Cadenas y redes migratorias de las familias ecuatorianas hacia España*. Tesis de Doctorado. Universitat Autònoma de Barcelona. <http://www.tdx.cesca.es/TDX-1027104-170605/>.

RODRÍGUEZ CUEVAS, Lydia

- 2005 *Mujer, lengua y cultura en una comunidad de la sierra ecuatoriana. El caso de Vista Alegre, Ecuador*. Tesina del Diploma de Estudios Avanzados. Departamento de Antropología Social. Universidad Autónoma de Madrid.

SANTAMARÍA, Enrique

- 2002 *La incógnita del extraño. Una aproximación a la significación sociológica de la 'inmigración no comunitaria'*. Anthropos Editorial. Barcelona.

TORRES, Alicia

- 2004 "El espejismo de la 'igualación': comunidad, clase y etnia en la migración de los kichwa otavalo" *Actas del 4º Congreso sobre Inmigración en España: ciudadanía y participación*. Girona http://www.udg.es/congres_immigracio/ESP/index.htm.

TORRES, Alicia

- 2005 "De Punyaro a Sabadell...la emigración de los kichwa Otavalo a Cataluña". En HERRERA, Gioconda, CARRILLO, M. Cristina y TORRES, Alicia (eds.) *La migración ecuatoriana. Transnacionalismo, redes e identidades*, pp. 433-447. FLACSO-Ecuador; Plan Migración, Comunicación y Desarrollo, Quito.

van der GEEST, Sjaak y WHYTE, Susan R

- 1989 "The charm of medicines: metaphors and metonyms". *Medical Anthropology Quarterly* 3-4, pp. 345-367.

van der GEEST, Sjaak; WHYTE, Susan R y HARDON, Anita

- 1996 "The anthropology of pharmaceuticals: A biographical approach". *Annual Review of Anthropology* 25, pp. 153-178.

YOUNG, Allan

- 1982 "The anthropologies of illness and sickness". *Annual Review of Anthropology* 11, pp. 257-285.

SALUD E INTERCULTURALIDAD

Reflexiones en torno a un caso

M^a Teresa Caramés García¹
Universidad de Castilla-La Mancha
España

Introducción

La Constitución española de 1978, dentro de los principios rectores de la política social y económica, reconoce en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud: “*Son titulares de derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional*”, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Así mismo, el Título VIII del texto constitucional diseñó una nueva organización territorial del Estado que posibilitaba la asunción por la Comunidades Autónomas de competencias en materia de sanidad², reservando para aquél la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad.

Con posterioridad, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dio respuesta y desarrollo a las citadas previsiones constitucionales, estableciendo los principios y criterios que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud de nuestro país: su carácter público así como la universalidad y gratuidad del mismo; la definición de los derechos y deberes de los ciudadanos y los poderes públicos en este ámbito; la descentralización política de la sanidad; la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud; para ello, la *accesibilidad*³ a los servicios sanitarios debe ser universal y en trato de equidad. No obstante, a pesar de todas las garantías que ofrece la ley, se detectan en la actualidad, particularmente en el caso de población inmigrante, problemas de acceso al sistema de salud, que entran en contradicción, no sólo con el espíritu y la letra de la ley, sino también con la naturaleza misma de nuestro sistema sanitario.

Inmigración y atención sanitaria en Castilla La Mancha

La llegada de población inmigrante a la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha, es un fenómeno relativamente reciente, que en los últimos años ha empezado a experimentar un incremento significativo, como lo evidencia la información presentada en el siguiente cuadro adjunto

Cuadro 1
Población autóctona y población inmigrante extranjera / C.L.M. 2001-2004

Año	Población CLM	P. Inmigrante	Porcentaje
2001	1.760.516	13.714	0,78
2002	1.782.038	15.471	0,87
2003	1.815.781	14.603	0,80
2004	1.948.881	24.507	12,5

Fuente: Estadística de Variaciones Residenciales. INE.

Nota: P. Inmigrante: datos de población inmigrante normalizada; Porcentaje: datos de población inmigrante normalizada con respecto al total de población.

La situación ha pasado a ser, como la propia Consejería de Bienestar Social reconoce: “*algo aislado, que afectaba de forma distinta a localidades y zonas concretas, a convertirse en un hecho social con efectos en la estructura sociodemográfica de nuestras ciudades y pueblos*”.

Esta realidad sociodemográfica, también empieza a tener sus efectos dentro de los diferentes circuitos que configuran la red de atención sanitaria de nuestra Región, evidenciando por un lado la carencia y por otro lado la necesidad de un abordaje intercultural⁴ del fenómeno salud-enfermedad-atención.

Cuadro 2
Inmigrantes procedentes del extranjero según país de procedencia
C.L.M. 2002-2004

Fuente: Estadística de Variaciones Residenciales. INE. (A efectos de presentación se han recogido los datos más significativos numéricamente)

Castilla La Mancha	Extranjeros		
	2002	2003	2004
• EUROPA			
• <u>U. Europea</u>			
- Francia	62	66	88
- Portugal	66	75	157
• <u>Resto Europa</u>			
- Bulgaria	864	824	1.050
- Polonia	67	59	125
- Rumania	5.105	5.697	10.028
- Ucrania	755	431	853
• AFRICA			
- Argelia	222	157	118
- Marruecos	1.521	1.532	2.013
• ÁMERICA			
- Argentina	546	359	362
- Bolivia	877	1.179	1.647
- Colombia	1.100	341	796
- Ecuador	2.612	1.948	347
- Perú	139	240	384
- R. Dominicana	149	119	228

Nota: Los datos de población extranjera se refieren a población inmigrante normalizada.

Esta carencia-necesidad, podríamos resumirla como dificultades de acceso a la atención sanitaria, por parte de la población inmigrante, que dificultan notablemente en muchos casos, una efectiva y eficaz integración del inmigrante a través de la salud.

Entre otros factores que dificultan el acceso de población inmigrante al sistema sanitario recogemos los de tipo:

- Estructural (*estructura del sistema sanitario en sí*): en teoría el sistema sanitario se extiende, es accesible a todos, sin embargo en la práctica nos encontramos con dificultades y conflictos, a través de los cuales se visibilizan las barreras burocrático-administrativas existentes, la des-

coordinación interinstitucional, la indefinición en la aplicación de normativas administrativas que garanticen los derechos de este grupo poblacional en la prestación sanitaria, a la cual en teoría tienen derecho, entre otros.

- Actitudes del personal o profesional de los centros sanitarios: respuestas que van desde el desconocimiento del fenómeno, inexistente capacitación y/o sensibilidad en el abordaje intercultural de problemas de salud, conflictos derivados del aumento de la carga real que en algunos centros, particularmente de atención primaria (por lo que supone este incremento de población, tanto en número de usuarios como en servicios), hasta el rechazo y las consiguientes situaciones de conflicto de comunicación y de relación.
- Redes paralelas de atención: con la consiguiente duplicidad de intervenciones y descoordinación; tal es el caso de intervenciones de diferentes asociaciones y organizaciones no gubernamentales al respecto.
- Características socioculturales, religiosas de la población inmigrante: diferentes conceptualizaciones y abordajes terapéuticos en materia de salud y enfermedad (el concepto de salud-enfermedad no es universal); estilos diferenciados de alimentación e higiene; diferente o inexistente referente de atención sanitaria con respecto al lugar de origen (muchas personas inmigrantes provienen de contextos donde no existe atención sanitaria de carácter universal, al circunscribirse la atención al circuito tradicional o familiar de referencia, lo cual supone un desconocimiento inicial del sistema-institución sanitaria así como de su funcionamiento); diferencias de género en el abordaje de problemas de salud, así como todo un conjunto de relaciones entre prácticas religiosas y salud.
- Idioma: su desconocimiento, genera importantes dificultades de comunicación, especialmente relevantes de cara al seguimiento y/o adhesión al tratamiento o plan de cuidados propuesto por los diferentes profesionales sanitarios que atienden a estas personas dentro del sistema público de salud.
- Condiciones sociolaborales: tipo de trabajo, así como condiciones estables o no de contratación; posibilidades y/o condiciones reales de tenencia de vivienda (condiciones higiénico sanitarias de la vivienda, situación de hacinamiento por tenencia en régimen de alquiler compartido, entre otras)

De cara a ejemplificar las dificultades de acceso de la población inmigrante dentro del sistema sanitario, detalladas a modo de factores en secciones precedentes, se presenta un caso⁵ real, al que la autora tuvo acceso⁶ a través del servicio de mediación intercultural de una de las zonas básicas de salud, de nuestro contexto de referencia, con el objetivo de que el mismo nos ayude a bajar del nivel de las ideas, de los conceptos, donde habitualmente nos movemos, incluida la autora, al de la realidad cotidiana que enfrentan muchas de las personas, mujeres y hombres, a las que conceptualizamos dentro de la jerga social como “inmigrantes”; cuando se acercan a solicitar atención dentro del sistema público de salud, en nuestro caso, dentro del nivel de atención primaria.

La finalidad no es otra que contribuir a que la toma de conciencia de esta realidad, permita emprender todas aquellas medidas necesarias para evitar que situaciones parecidas se sigan repitiendo, y que el derecho a la protección a la salud se haga extensible, también para las personas inmigrantes que residen en nuestro territorio, y que a través del mismo, podamos igualmente desde el sector sanitario, contribuir a una mejor integración social del inmigrante, que evite la creación de guetos sanitarios, donde los usuarios inmigrantes como señala Fernández Juárez (2005) “*tengan sus respectivos -servicios-, como sucedía en tiempos de la Colonia con los hospitales de indios..., circunstancia que iría asociada a la idea de “mala calidad” de los servicios*”.

A continuación, se presenta el caso, como un asunto de mediación sanitaria, solicitado por una mujer inmigrante⁷, madre de dos niños y residente en una zona básica de salud que a efectos del texto que presentamos denominaremos como “A”:

“Con fecha del tres de marzo de 2004, la trabajadora social del equipo de orientación psico-pedagógico de la Consejería de Educación de Toledo, encargada de los niños con deficiencias auditivas en los colegios públicos, se pone en contacto con la mediadora social intercultural del Municipio “A”, donde reside la familia García. El motivo de dicho contacto es transmitir la problemática que sufre esta familia respecto a dos temas:

- La tramitación de la tarjeta sanitaria para el menor (un hijo de 11 años)
- La tramitación de una ayuda para comprar un audífono para el menor (necesidad detectada por el equipo escolar del centro educativo al que acude el menor y comunicada a la madre como requisito necesario para poder desarrollar correctamente su aprendizaje en el centro) dado que su madre no puede costearle dicho aparato.

En el centro de salud de la zona, donde corresponde solicitar estas dos prestaciones, han rechazado (con fecha de febrero de 2003) la tramitación de la tarjeta sanitaria, alegando que, como el niño no es residente legal, no puede tener derecho a la atención sanitaria sin tramitarle la tarjeta correspondiente, y en lo referente a la ayuda económica solicitada (marzo del 2004) que no tiene derecho a ella por el mismo motivo, es decir, ser un <niño irregular>.

La mediadora acompaña a la madre al centro de salud “A”, para averiguar el origen de esta equivocación flagrante; al no poder localizar a la persona (funcionaria) que atendió a la madre del menor en su momento, hemos explicado el asunto a otra funcionaria; esta última alegó (una vez escuchado el caso) que lo más probable, es que hubo un malentendido entre la madre y la funcionaria que le atendió, porque el niño, independientemente de que tenga o no la residencia, tiene derecho a tramitar la tarjeta sanitaria por ser un menor extranjero sin recursos (su madre no trabaja, por lo que no puede incluirle en su cartilla como beneficiario), o que quizás el problema viene de la central de tarjetas. Sin embargo, cuando la funcionaria efectuó las gestiones oportunas (llamada telefónica a la central de tarjetas y revisión de los expedientes de las solicitudes de tarjetas del año 2003) comprobó que el niño no estaba dado de alta en el ordenador, a pesar de que se le había solicitado la tarjeta en febrero de 2003, y que su expediente estaba clasificado en la correspondiente carpeta de menores, a los que no se les puede tramitar la tarjeta hasta que obtienen la residencia legal (puesto que son menores beneficiarios de sus padres, que están dados de alta en la seguridad social)

Para subsanar este error, se ha tramitado de nuevo la solicitud de la tarjeta al niño, haciéndole perder todo un año. Con respecto a la tramitación de la ayuda económica, después de explicar a la funcionaria que nos atendió, que no se tiene por qué, desde el centro de salud, decidir si el menor tiene o no derecho a la ayuda, dado que dicha decisión corresponde a otro órgano <Oficina Provincial de Prestaciones Básicas de la Consejería de Sanidad>, y que al negarse a recoger el expediente de la madre del menor (la solicitud al respecto) se están violando unos derechos básicos, estipulados en las leyes correspondientes de funcionamiento administrativo.

La funcionaria en todo momento estuvo de acuerdo con lo que se alegaba y finalmente, nos recogió el expediente de solicitud de la ayuda (para el audífono), repitiendo siempre que hubo un malentendido, pero en ningún momento pidió disculpas a esta ciudadana, es más, siempre la culpa la tienen los ciudadanos y más todavía si somos extranjeros.

Confío (*opinión manifestada por la mediadora social de la zona*) en que la equivocación en este caso, haya sido por un malentendido, no obstante existen muchos indicios que nos hacen ver que las equivocaciones se repiten a la orden del día, porque muchas personas extranjeras se quejan tanto del trato, como de los impedimentos que ponen los funcionarios (el personal) del sistema, a la hora de prestar cualquier servicio a los extranjeros, impedimentos que se agravan si el extranjero es un indocumentado”.

El caso descrito pone de manifiesto una realidad cotidiana, experimentada por muchas personas inmigrantes, en su contacto con el sistema sanitario, que recoge muchos de los factores enumerados como de dificultad de accesibilidad en secciones precedentes del artículo, particularmente evidente es la

gran descoordinación interinstitucional, la nula consideración de la dimensión social del proceso de salud-enfermedad-atención así como el inexistente enfoque intercultural⁸ en salud de nuestro sistema sanitario, tanto en lo concerniente a servicios, a programas como al modelo de gestión vigente en nuestro caso⁹.

No obstante, aún reconociendo las carencias y necesidades del abordaje intercultural en materia de salud-enfermedad dentro de nuestra red regional de salud, es decir del SESCAM, nuestra Comunidad Autónoma sí está propiciando iniciativas a mi modo de ver positivas al respecto, como las desarrolladas a través de la Consejería de Bienestar Social con la creación de la Red Regional de Atención a Inmigrantes (2005), y dentro de la misma, la creación del Servicio de Atención y Mediación Intercultural (SAMI), consolidado a través de una interesante acción formativa de postgrado, en colaboración con la Universidad Autónoma de Madrid, desde hace tres años., que ponen de manifiesto la necesidad de coordinar esfuerzos y abrirse a un nuevo abordaje en el terreno de la satisfacción de las necesidades de salud de nuestra sociedad, que contemple el fenómeno de la realidad multicultural, también en nuestros diferentes contextos de población, así como cooperar en el esfuerzo conjunto de conseguir una mayor integración social del inmigrante.

A modo de epílogo, nuestra aportación ha intentado acercar al lector, a través de un caso, a la necesidad de incorporar e implementar propuestas de interculturalidad en campo de la atención sanitaria, o por lo menos sensibilizar a cerca de la necesidad de abrirnos a una necesaria reflexión y compromiso de cambio de una estructura sanitaria diseñada en y para un contexto social determinado, el del siglo pasado. Pero ya no vivimos en esa coordenada socio-temporal, estamos en el siglo XXI, y el mundo, la sociedad actual plantea nuevos retos, nuevos desafíos, nuevos problemas, también de salud, a los cuales no podemos seguir respondiendo desde el sistema sanitario con el mismo formato monocultural hegemónico.

Querámoslo reconocer o no, nuestro mundo avanza, se configura cada vez más en referentes de globalización crecientes, que independientemente del carácter económico, político, ideológico y tecnológico que manifiestan, visibilizan nuestra interdependencia; como reconocen diferentes autores y personalidades de nuestro tiempo¹⁰. Si la interculturalidad no es reconocida, como señala Fernández Juárez (2005), como un bien patrimonio de la sociedad en su conjunto y, por el contrario, es contemplada como cosa de inmigrantes, “permitiremos que bajo sus atractivos ropajes de comprensión y tolerancia, nidifiquen la exclusión, el racismo y la xenofobia”.

Notas

- 1 Profesora titular de Enfermería Comunitaria. EUEF de Toledo. UCLM. Lic. En Antropología Social y Cultural. Correo: Teresa.Carames@uclm.es
- 2 SESCAM (Servicio de Salud de Castilla La Mancha): se constituye como estructura orgánica y con funciones específicas a partir del Decreto de 1/2002 de 8 de enero.
- 3 Accesibilidad: grado de ajuste entre las características de los recursos de la atención a la salud y los de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención (Donabedian, A.)
- 4 Como reconoce Baixeras (2005) la incorporación de la perspectiva intercultural en el campo de la salud se constituye en el desafío que se plantea en un mundo cada vez más globalizado y a la vez, más particularizado y con crecientes niveles de autoidentificación cultural.
- 5 Por razones obvias de confidencialidad, se omiten los datos personales de los protagonistas así como los del centro de salud aludido.
- 6 Como profesora titular en la EUEF de Toledo. UCLM., dentro del campo de conocimiento de Enfermería Comunitaria, de la titulación de grado en Enfermería, vengo desarrollando durante 11 años, trabajo de campo con los estudiantes de enfermería, dentro del contexto de la salud comunitaria, en diferentes zonas básicas de salud de la Provincia de Toledo, así como colaboro en calidad de profesora invitada, en el Diploma en Mediación Social Intercultural, organizado por la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha y la Universidad Autónoma de Madrid.
- 7 Mujer procedente de un país de América Latina.

- 8 “Las primeras formulaciones respecto a la interculturalidad –no como hecho o fenómeno sino como propuesta de actuación- surgieron en el campo educativo. La necesidad de renovar los currículos monoculturales, de no separar los grupos en la escuela, de no presentar como monolíticas las culturas, de llevar al terreno educativo el enriquecimiento que supone la presencia de bagajes culturales diferenciados y de preparar para la interacción en la sociedad, son algunos de los aspectos que llevaron a plantear este nuevo paradigma educativo de la educación intercultural. Por tanto, aún considerando que interculturalidad es un término aún en gestación (como reconoce el autor), la propuesta intercultural se centra en el contacto y la interacción, la mutua influencia, el sincretismo, el mestizaje cultural, esto es, en los procesos de interacción sociocultural cada vez más intensos y variados en el contexto de la globalización económica, política e ideológica y de la revolución tecnológica de las comunicaciones y transportes” (Giménez, C. 2000)
- 9 Cartera de servicios: Modelo al que se refiere el caso que nos ocupa, y que opera dentro del circuito de Atención Primaria.
- 10 Como el Dalai Lama, para quien no sólo las formas de vida más desarrolladas sino también los insectos más diminutos son seres sociales que careciendo de religiones, leyes o educación, sobreviven gracias a su cooperación mutua basada en el reconocimiento innato de su propia interconexión.

Bibliografía

AMO, J del, *et.al.*

2001 *Importancia de la mediación cultural en la prevención del VIH y ETS.* Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

BAIXERAS DIVAR, JL.

2005 “Salud e interculturalidad: Relación de la medicina kallawayá con el sistema de salud pública en Curva (Bolivia)” Jornadas “Haciéndonos cargo de la alteridad”, UCLM, Toledo.

CAÑADA MILLÁN, JL; COLL VERD, J. *et.al*

2002 *La atención al inmigrante, del aluvión a la solución razonable.* Sociedad española de medicina de familia y comunitaria. Barcelona.

Consejería de Bienestar Social. Servicio de Integración Social

2005 *Red Regional de Atención a Inmigrantes.* JCCM. Toledo.

FERNÁNDEZ JUÁREZ, G.

2005 “Salud e interculturalidad: sugerencias para organizaciones de salud en contextos indígenas, a partir de una experiencia boliviana” *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares* LX (2) pp.29-53.

GIMÉNEZ, C.

1997 “La naturaleza de la mediación intercultural”. Migraciones nº 2. Madrid.

GIMÉNEZ, C., Malgesini, G.

2000 *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad.* Catarata. Madrid.

LÓPEZ –VÉLEZ, R; HUERGA, H.

2002 *Inmigración y salud: aproximación desde Atención Primaria.* Yamanouchi. PBM, S.L. Madrid.

MÁS ALLÁ DE LA DIFERENCIA, TRAS EL CRISTAL DE LA DIVERSIDAD

La “inmigración” en la literatura biomédica en España

M^a Teresa Gijón Sánchez, María Luisa Jiménez Rodrigo, Emilia Martínez Morante
Universidad de Granada y
Escuela Andaluza de Salud Pública
España

«La savia del suelo natal no nos entra por los pies para subirnos hasta la cabeza, los pies sólo nos sirven para andar. Lo único que nos importa son los caminos. Ellos nos llevan: de la pobreza a la riqueza, o a otra pobreza; de la servidumbre a la libertad, o a la muerte violenta»

Amin Maalouf 2004,
Orígenes

El punto de partida: entre lentes y miradas

115

Desde las raíces del suelo natal y desde el origen diverso de nuestra experiencia de vida y variada formación disciplinar¹, partimos desde la consideración de la diversidad inherente en el ser humano, conscientes del paradigma constructor de las diferencias innato en toda reflexión realizada sobre el (nos)-otros/as.

Este trabajo podría haber empezado con una exposición detallada del panorama demográfico español en relación al fenómeno de la migración internacional en general. Podríamos haber comenzado afirmando o admitiendo que la presencia de población inmigrante extranjera en España se corresponde con este o aquel “número”. Detenernos en la imagen de un momento, en el estudio demográfico de corte transversal de cualquiera de los diversos y heterogéneos contextos socioculturales y sanitarios españoles (Gijón, 2006). Analizar a un solo grupo de población inmigrante extranjera según nacionalidad o lugar de origen por una u otra causa, como su superior presencia numérica o su mayor suma de “exóticas diferencias visibles”. Centrarnos específicamente en un único tema de estudio en salud (tales como las creencias en salud, los cambios en la demanda, los motivos de consulta, la identificación de patologías u otros elementos del proceso asistencial). Pero sólo contribuiríamos a continuar observando la inmigración extranjera en los servicios de salud en España como un colectivo “nuevo” y “diferente” desde una óptica unifocal: la propia de la representación sociocultural del imaginario de la sociedad española, a la que en gran parte contribuyen los mensajes difundidos por los medios de comunicación y los discursos institucionales.

Más allá de imágenes y estereotipos, lejos de argumentaciones políticamente correctas, existe el desafío de enfrentarnos a la diversidad. En este texto consideramos necesario hacer hueco a la diferencia humana, a las diversas identidades enraizadas en el origen social y cultural de cada persona - sus referentes ancestrales, su bagaje e historia de vida presente y su incierto futuro-. Dejar espacio a las experiencias individuales y colectivas que, en definitiva desde el propio escenario sociocultural, nos hacen personas únicas y nos invitan a enfrentarnos al miedo a lo desconocido; “todo lo diferente en masculino o femenino”. Sólo en la contemplación de otras personas, hallaremos el reflejo de nuestras diversas

condiciones e identidades. Tras este cristal, hemos construido nuestra propia lente multifocal para observar “nuestras” propias herencias y diferencias culturales a través de la otredad, tratando pues de “rentabilizar” el fenómeno de la inmigración extranjera, frente al etiquetaje de la realidad, la “geografización” y/o “etnificación” simple del hecho migratorio.

Comenzar a presentar el contenido del trabajo nos ha supuesto todo un “problema”, haciendo uso de un término utilizado en la jerga médica por su caracterización frecuente y monótona (Ordóñez, 1993:245). Más aún, se ha convertido en una tarea especialmente desafiante cuando tras esta lente ya no podemos sino cuestionar todo aquello que pretendemos narrar. Lente que engarzada en nuestro propio condicionamiento cultural nos ha aproximado al objetivo de este estudio: - analizar y comprender el abordaje de la diversidad étnica y cultural presente en la literatura biomédica sobre el proceso de salud-enfermedad-atención en relación al fenómeno migratorio en España -. De tal forma que comienzan a tener sentido preguntas sobre ¿cuáles son las miradas sobre el fenómeno migratorio?, ¿cómo se (re)construyen y organizan las diferencias? y ¿en qué medida se presenta la sensibilidad a la diversidad cultural y de género? Creemos que estos interrogantes son grandes retos que tendrá que atender la salud pública y la crítica al conocimiento científico del siglo XXI. La epistemología del conocimiento científico sustentada en su objetividad, universalidad, neutralidad y racionalidad, o saber hegemónico, se tambalea al admitir que el etnocentrismo, el androcentrismo y el sexismo pueden impregnar el mundo de la salud y la forma de hacer la ciencia en cuanto a prácticas clínicas, lenguaje y elaboración de políticas sanitarias.

Paradas en el camino: el por qué y el cómo del análisis de las visiones

Los espejos reflejan una imagen, y los artículos, a modo de espejos, muestran parte de la representación sociocultural y sanitaria sobre el fenómeno de la inmigración extranjera en España. Qué reflejan y cómo lo hacen son importantes pistas para comprender el halo bajo el que se presenta la diversidad étnica y cultural en salud. Pero los espejos son superficies limitadas que sólo recogen una determinada porción de la realidad. A veces pueden mostrar una imagen desfigurada en función de su convexidad y concavidad, exagerando unos elementos, minimizando otros o incluso invisibilizándolos. Como en las atracciones de ferias, la confluencia de diferentes espejos que se miran los unos a los otros, nos transmiten una imagen compleja y caleidoscópica, reiterativa en ciertos aspectos, que a fuerza de reflejarse mutuamente se (re)afirman. Por su impacto académico, social y político tiene gran importancia analizar el “imaginario inmigrante” reflejado en estos espejos, que constituyen un importante elemento de construcción de la realidad. El rol destacado de las revistas científicas, ampliamente reconocido en el ejercicio de la investigación biomédica, la práctica clínica y en la definición de las políticas públicas de salud (Kaplan y Bennet, 2003), las sitúa en un revelador espacio reflectante a analizar.

Por eso, nos aventuramos a revisar los estudios clínicos publicados en España desde 1971 hasta el momento actual, indexados en el Índice Médico Español² (IME), base gestionada por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Optamos por centrar nuestro análisis en esta base por constituirse como el principal referente bibliográfico sanitario en España, y por tanto, como una fuente esencial en la construcción del discurso biomédico. Pero hacer una selección de los estudios publicados no es una empresa fácil³. En primer lugar, porque las personas “inmigrantes” están categorizadas bajo un mismo concepto sin tener en cuenta su heterogeneidad. En segundo lugar, porque la cantidad de estudios biomédicos sobre “inmigración” publicados en los últimos años en España, su calidad y su temática de estudio distan sustancialmente. Otro problema añadido es el de la búsqueda final de los títulos elegidos, ya que no siempre se encuentran disponibles en las bases de datos consultadas o bien están “vivos” en catálogo pero no disponibles electrónicamente o manualmente. Todo ello, implica que difícilmente se pueda establecer una lista completa y satisfactoria para todas las personas interesadas en la materia.

Teniendo en cuenta estas premisas y una vez confeccionada la lista bajo nuestro propio proceso constructor, como estrategia metodológica de análisis de la bibliografía seleccionada nos hemos inclinado por el análisis documental⁴, considerando los siguientes aspectos: a) las características técnicas de los artículos, b) la dimensión clínico-asistencial, c) la dimensión geográfico-cultural y d) la dimensión de género. Finalmente, se elaboró un breve *checklist* para evaluar la sensibilidad a la diversidad étnica y cultural consistente en seis *ítems*. Estas preguntas, lejos de ser exhaustivas y concluyentes, pretenden realizar un diagnóstico inicial de la posición de las investigaciones biomédicas frente a la inmigración extranjera como objeto y/o sujeto de estudio.

Cuadro 1

Checklist para evaluar la sensibilidad hacia la diversidad étnica y cultural de los estudios biomédicos

1. ¿El estudio emplea una metodología cualitativa para aproximarse a la realidad de la población inmigrante extranjera?
2. ¿El estudio presta atención al proceso migratorio y a sus circunstancias y su influencia en la salud de la población inmigrante extranjera?
3. ¿El estudio contempla el contexto económico, social y cultural de la población inmigrante extranjera y su influencia en la salud?
4. ¿El estudio atiende a la diversidad de las personas inmigrantes extranjeras en cuanto a etnia, cultura, clase o género?
5. ¿El estudio considera las experiencias de la población sujeto de estudio con otros sistemas de salud distintos al biomédico?
6. ¿El estudio usa recursos de intermediación cultural a la hora de interactuar con los sujetos de estudio?

Fuente: Elaboración propia

Contextualizando las visiones

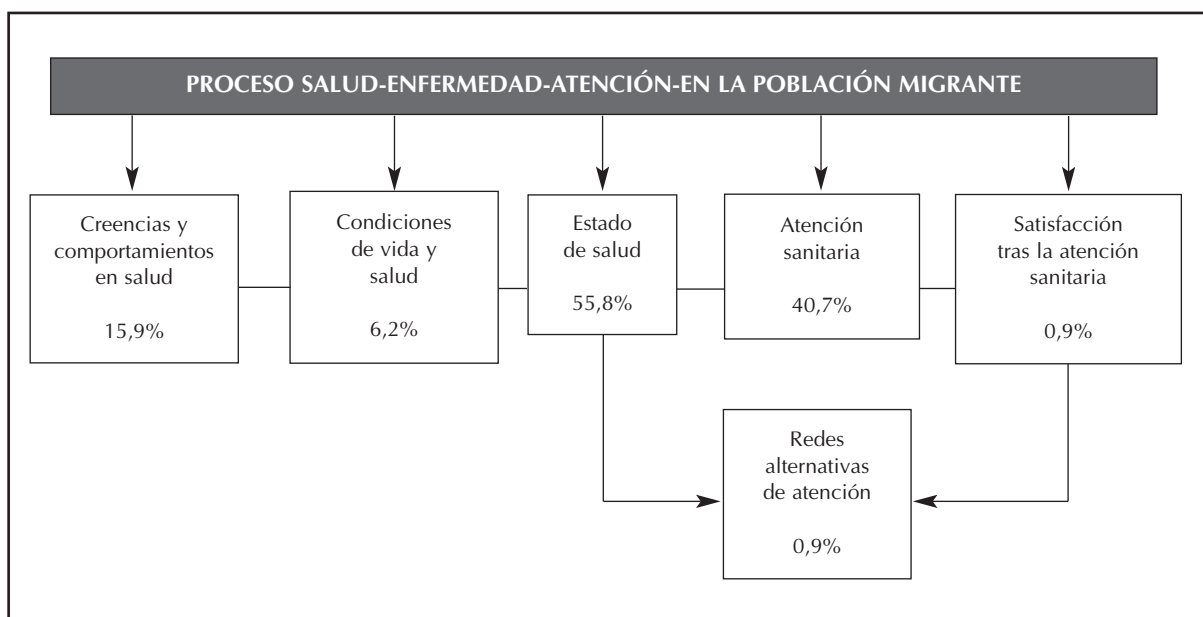
En una primera aproximación a los contextos desde dónde se abordan las nociones “inmigración y salud”, observamos que la mayoría de los estudios se realizan desde atención primaria (42%) y atención especializada a la salud (26%); mientras que una pequeña proporción (4%) son realizados desde servicios sanitarios de urgencias (de atención primaria y hospitalaria), y el resto se inscribe en diversas áreas como el ámbito universitario, la enfermería, centros de acogida de población inmigrante y de menores, y centros penitenciarios, entre otras. Si asociamos la creencia de que una mayor presencia de población extranjera origina una mayor producción de estudios científicos en el ámbito donde esta población está presente, los principales puntos de mira sanitarios interesados en estudiar la “inmigración” parecen romper con el tópico extendido en el imaginario social acerca de que la principal puerta de entrada, y en ocasiones la valorada como “única” posibilidad de acceso, al sistema sanitario español por parte de la población inmigrante extranjera es el servicio de urgencias. Además, si prestamos atención a los contextos geográficos donde estos estudios fueron realizados, vemos que remiten a las siguientes Comunidades Autónomas: Madrid (31%) y Cataluña (25%), seguidas a gran distancia de Aragón y Andalucía (9%). Si bien algunas de estas comunidades pueden incluirse entre los enclaves que cuentan con mayor presencia de población extranjera en España, si nos detuviésemos en un estudio demográfico en detalle las Comunidades Autónomas de Baleares, Canarias, Murcia o Valencia también podrían constituirse como focos prioritarios de producción científica, por no mencionar el caso específico de Ceuta y Melilla y su situación en territorio fronterizo africano.

El perfil de población “inmigrante” que atrae el interés de la investigación biomédica es difuso e indefinido en lo que se refiere a sexo, edad y “procedencia”. Como botón de muestra, un 47% de los estudios hablan de “inmigrantes” sin diferenciar entre mujeres y hombres, y un tercio no concreta el se-

xo como categoría de análisis. Además, un 41% de los mismos ni siquiera detalla las edades de las personas a las que estudia, y un 84% no considera las especificidades relativas a las diferentes procedencias. En definitiva, este perfil queda representado como un ente abstracto y homogéneo, sin prestar atención a situaciones concretas de las personas o grupos, que *a priori* parecen compartir entre sí únicamente la característica de protagonizar un desplazamiento geográfico “transnacional” (específicamente desde los países menos desarrollados), con las particularidades y “problemáticas” que ello implica. Los conceptos de “inmigrante” e “inmigrantes”, sustentan una categoría esencializadora que obvia significados en contextos sociales y culturales específicos.

El estado de salud, la atención sanitaria y la demanda asistencial son los ejes de estudio que más investigaciones han suscitado. Temáticas que ciertamente se sitúan en estrecho contacto con la práctica profesional de quienes escriben los artículos. Un lugar secundario en el análisis, lo ocupan las creencias y los comportamientos en salud y las condiciones de vida de la población inmigrante extranjera. Aspectos sin duda cruciales para comprender la demanda y mejorar la atención pero más alejados de una práctica clínica interesada y avocada por su estructura organizacional a tareas resolutivas a corto plazo. La satisfacción de las personas “inmigrantes” usuarias de los servicios públicos de salud y las alternativas que éstas puedan tener en su itinerario terapéutico, son aspectos prácticamente olvidados en la investigación biomédica (Figura 1).

Figura 1
Temáticas de los artículos analizados desde el punto de vista del proceso de salud-enfermedad-atención. Porcentajes respecto al total de respuestas *



* Para atender a la multiplicidad temática contemplada en un mismo artículo, esta categoría ha sido codificada como multirres-
puesta

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de 113 artículos biomédicos indexados en el IME (fecha de consulta 01/01/2006)

Aunque se reconoce que las situaciones y problemáticas de salud demandadas por la población inmigrante extranjera son similares a las de la población de origen español y se rompe con el tópico de que las enfermedades importadas representan peligro para la salud (Gijón, 2004, Meñaca, 2004:54), las principales necesidades abordadas sí se centran en enfermedades infecciosas (27%), especialmente en tuberculosis y VIH-SIDA. Otro tema ampliamente estudiado es el ámbito de la salud men-

tal, habitualmente relacionado con procesos de “duelo migratorio”, a pesar de que en la literatura internacional existe una controversia, aun no delimitada, acerca de la asociación existente entre migración y psicopatología (Collazos, 2004).

Resulta llamativo atender a las diferencias por género según las temáticas tratadas. La mayoría de los estudios sobre población femenina se centran en salud reproductiva (85%) y, de forma puntual, en enfermedades de transmisión sexual (relacionadas particularmente con la “prostitución”) y en percepción de la salud. Los artículos que investigan específicamente a la población masculina se refieren a temas más diversos (circuncisión infantil, enfermedades infecciosas/tuberculosis y a la perforación duodenal como enfermedad adaptativa). La etapa de la vida menos sexuada es la infancia con una referencia constante al “niño inmigrante” sin consideración del género (Gijón, Jiménez y Martínez, 2006).

Entre novedades, amenazas y desafíos: la “inmigración”

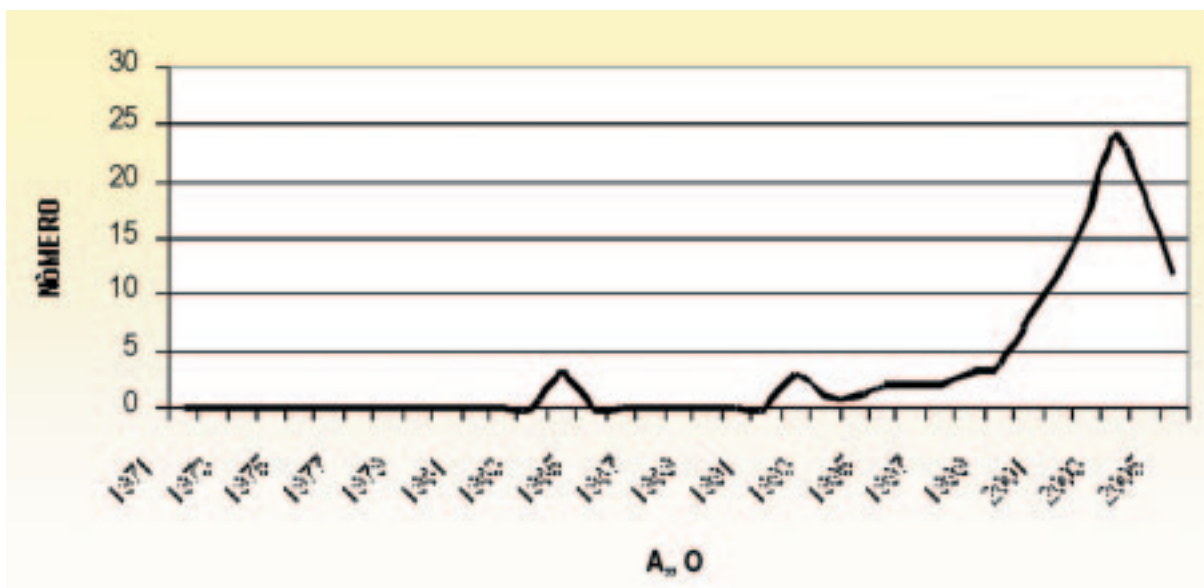
Desde una perspectiva histórica, observamos que se ha producido en la literatura biomédica una evolución cuantitativa, en lo que se refiere al número de publicaciones, y cualitativa, en cuanto a la conceptualización del “fenómeno migratorio”. A lo largo de toda la década de los años 70 y primeros de los 80 del siglo XX, no se registra en el IME ningún artículo sobre la salud de la población inmigrante extranjera (gráfico 1). El punto de interés, y paralelamente a las tendencias demográficas, se centra en la emigración interior “nacional” y en la emigración hacia el extranjero, específicamente en las consecuencias del proceso migratorio en la salud mental. Progresivamente, y con el aumento en la llegada de población extranjera, el interés se ha trasladado a la inmigración procedente de fuera de las fronteras del país, adquiriendo un barniz de “novedad”. Aunque en 1984 se observa un tímido interés por la salud de la población inmigrante extranjera, será a partir del año 1992, y sobre todo desde el año 2000 (coincidiendo con diferentes procesos extraordinarios de regularización de población extranjera en España), cuando esta cuestión comience a interesar a numerosos equipos de profesionales de la salud (gráfico 1). Precisamente esta “novedad” es la justificación central y un nexo común en los discursos analizados.

El desarrollo de estudios es paralelo al incremento paulatino en la llegada de personas extranjeras a territorio español y, por tanto, al fortalecimiento de contextos caracterizados por su diversidad étnica y cultural. La presencia de población extranjera en los espacios geográficos favorece la percepción de una nueva realidad “cultural” desde la mirada de diversas disciplinas, entre ellas la óptica biomédica⁵. Paradójicamente y a pesar de que la población inmigrante extranjera va aumentando, el interés biomédico no evoluciona de forma equivalente, pues a partir del año 2004, el número de estudios comienza a declinar, por razones que hipotéticamente podemos atribuir al agotamiento académico del tema, al retraso en la indexación de los artículos o a la opción de publicar los resultados en el ámbito internacional, entre otras.

Junto a la novedad del fenómeno, otro aspecto relacionado que despierta la curiosidad de los trabajos biomédicos es el hecho de que sea un fenómeno «creciente», «en constante aumento», como se refleja en la siguiente cita⁶:

«Hoy día en nuestro país, como en otros del hemisferio norte, se asiste a una población inmigrante cada vez más numerosa, lo que obliga a tener en cuenta la nacionalidad y raza para en su día elaborar curvas representativas de cada grupo, raza o nacionalidad»(ID95)

Gráfico 1
Evolución del número artículos indexados en el IME (1971-2005) sobre “inmigración” y salud



Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de 113 artículos biomédicos indexados en el IME (fecha de consulta 01/01/2006)

Estos elementos, la «novedad» y el «incremento», requieren y justifican, desde la perspectiva de la literatura biomédica, la creación y recopilación de datos y de nuevos análisis, aunque no existe un consenso acerca de la representación de la población “inmigrante” y su relación con la salud-enfermedad-atención. Son dos los focos cardinales de interpretación: la inmigración extranjera percibida como un «problema» o una «amenaza» y la consideración de ésta como un «reto» o un «desafío» (figura 2). Estas posturas diferenciadas pueden calificarse como dos polos de un contínuum donde se combinan distintas imágenes y visiones sobre la “inmigración” y la población “inmigrante”. Aunque, como telón de fondo común, en ambas argumentaciones vislumbramos cierta sensación de inquietud frente a lo «diferente» y lo «desconocido».

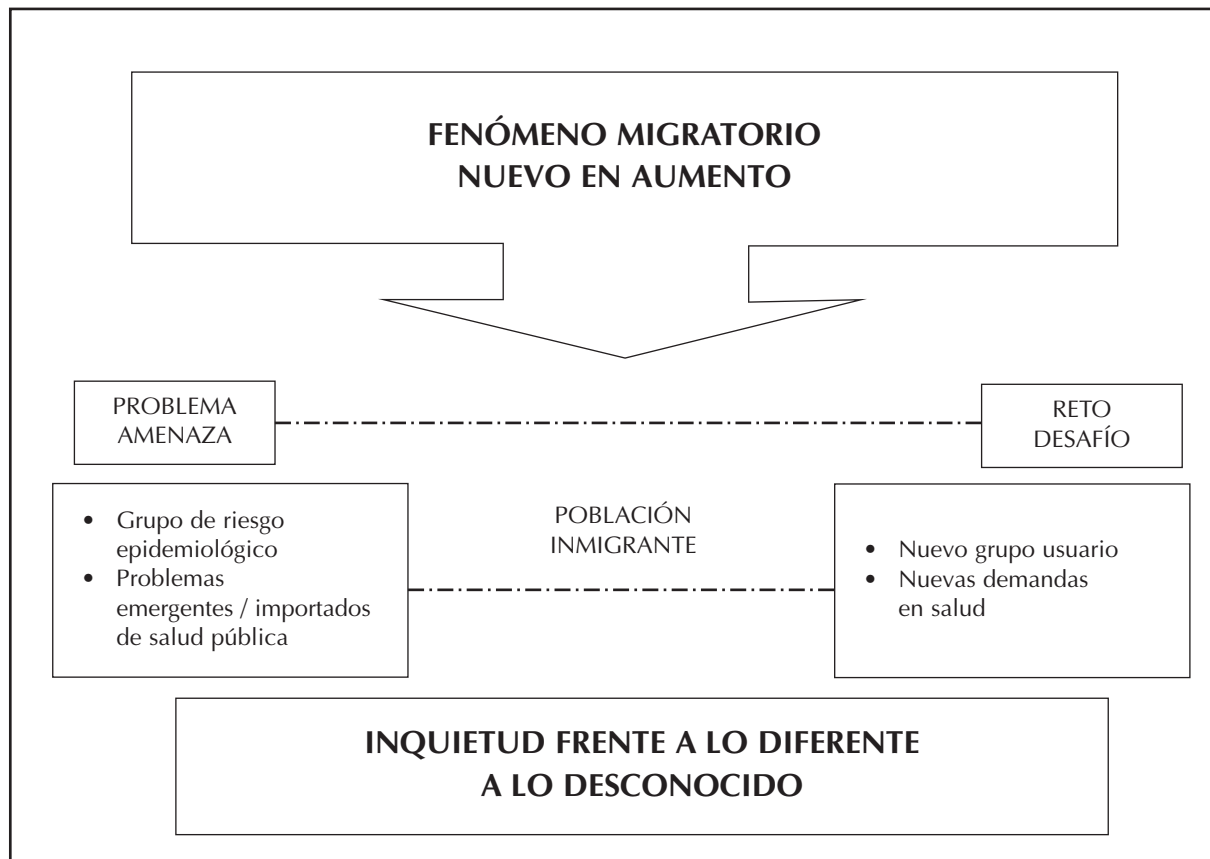
En un extremo, el imaginario sobre la inmigración extranjera queda representado como un «problema», como una «amenaza», tendiendo a resaltar el «riesgo epidemiológico» que puede suponer para la población «autóctona» una «nueva exposición» a las enfermedades «exóticas», «en auge» o «emergentes» vinculadas a la inmigración extranjera. La forma de destacar este «riesgo» consiste en reiterar la procedencia geográfica de «zonas con alta prevalencia de enfermedades infecciosas». Se habla en múltiples ocasiones de «enfermedades importadas». El problema es que, en ocasiones, se extrapolan las condiciones del riesgo sin que proceda un análisis detallado de los contextos y factores relacionados. Es una mirada polarizada de las alteridades que vienen a instalarse en los artículos analizados, fundamentales en la construcción de un nosotros-nosotras y un ellos-ellas (“nos-los/las”) “diferenciado”, “problemático”, y, en suma, “extraño”. De modo que, en esta postura biomédica la inquietud se justifica fundamentalmente por considerar a las personas inmigrantes extranjeras como agentes transmisores o «portadores» de patologías que ya estaban «erradicadas», o cuando menos «controladas» o «en retroceso» en España, como consecuencia del desarrollo económico, social y sanitario de las últimas décadas. Se entiende, entonces, este fenómeno como un «riesgo epidemiológico» o «riesgo sociosanitario», específicamente para la salud pública de la población «autóctona», porque poca relevancia parece tener desde esta óptica el propio estado de salud de las mujeres y hombres que inmigran:

«La incorporación de personas procedentes del llamado Tercer Mundo no sólo supone un impacto económico en la gestión de los recursos dedicados al sector de salud, sino que supone la aparición de nue-

vas enfermedades, o antiguas ya erradicadas y la incorporación en la población extranjera de las propias de nuestra civilización y costumbres» (ID 62)

«La avalancha de pateras llegadas a las costas andaluzas, con inmigrantes africanos en situación legal irregular en estos últimos meses, además de la inmigración sudamericana (principalmente de Ecuador) así como la procedente de países del Este europeo (con crecimiento progresivo) han disparado alarmas tanto sociales como sanitarias» (ID 40)

Figura 2
Representación del fenómeno migratorio en el discurso biomédico



Fuente: Elaboración propia

De estas y otras afirmaciones, creemos que se desprende que no es la categoría de “extranjero” la que preocupa sino la representación estigmatizada y estereotipada de las personas que migran desde países en desarrollo y, que en parte, coincide con países endémicos para ciertas enfermedades. Por esto, no es de extrañar que un amplio porcentaje de estudios se ocupen de las enfermedades infecciosas y de su impacto en el cambio en las tendencias epidemiológicas e indicadores sanitarios. No obstante, hemos de señalar que unos pocos artículos identifican como otros posibles “vehiculadores” de enfermedades importadas a las personas que viajan.

En este sentido, hemos advertido que la sobreutilización de los términos «factor y grupo de riesgo» para caracterizar a determinados colectivos en virtud de ciertos rasgos o atributos, puede tener un indudable y perverso efecto en la construcción y fortalecimiento de procesos de discriminación y desigualdad⁷, manifestados en la formulación de estereotipos etnocéntricos e incluso racistas:

«[...] Es de recordar que, actualmente, muchos inmigrantes hispanoamericanos en Madrid están empleados en mercados, restaurantes, como empleadas de hogar o al cuidado de ancianos. [...] No es aventurado predecir que la enfermedad volverá a reaparecer entre nativos españoles» (ID 47).

En el polo opuesto, se puede identificar otro foco desde el que el fenómeno inmigratorio se perfila como un «reto profesional» o como un «desafío» en la mejora de la atención sanitaria de un «nuevo colectivo» que presenta «nuevas demandas» de cuidados. La llegada de estos «nuevos» y «desconocidos» grupos de pacientes constituye «nuevas dificultades de atención», que requieren la «adaptación», tanto de los servicios sanitarios como de las personas que trabajan en ellos, a los «nuevos entornos socioculturales de la población». Esta «adaptación» pasa por una formación adecuada de los y las profesionales y por el desarrollo de instrumentos interculturales que mejoren la comunicación entre personal sanitario y «pacientes», y en definitiva por el reconocimiento y el respeto hacia la diversidad:

«Los recientes procesos migratorios plantean a los profesionales sanitarios una serie de retos para ofrecer una atención sanitaria de calidad, responsable y al mismo tiempo culturalmente coherente con esta nueva diversidad» (ID 16).

«La realidad migratoria establecida a partir de la última regularización (2000) plantea nuevos retos y necesidades de formación para los profesionales y de adaptación de los servicios de salud» (ID 69).

Esta perspectiva aporta una visión diferente de los «riesgos» de la inmigración. Ya no se trata de un «riesgo sociosanitario» para la «población de acogida» sino más bien de riesgos asociados al proceso migratorio y a las condiciones de vida de las mujeres y los hombres inmigrantes en un «nuevo entorno». En este sentido, muchos de estos artículos hablan del «duelo migratorio» y los «problemas» y «enfermedades de adaptación» como «factores de vulnerabilidad» frente a la enfermedad.

(Re)construyendo la diferencia: lo nuestro y lo suyo

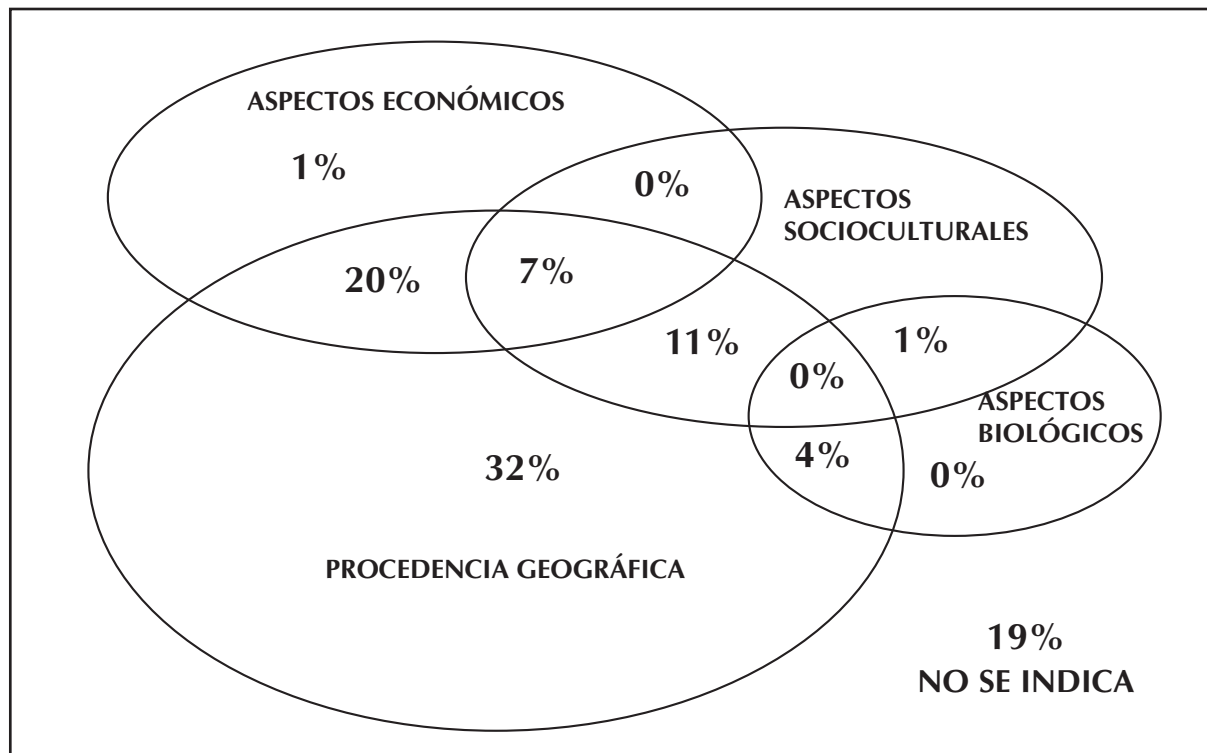
Los discursos ponen de relieve el concepto de *frontera geográfocultural*, entendida como la circunscripción de las personas a una “procedencia” diferente a la española y sus consecuentes caracterizaciones socioculturales y sanitarias. Es decir, cuando analizamos de qué población nos hablan y cómo es esta población, la principal característica identitaria que distingue a las personas y grupos convirtiéndolos en “sujeto-objeto” de estudio es la procedencia geográfica. En este sentido, ahora ya no se expresa principalmente el planteamiento de desplazamiento poblacional (las migraciones) y sus particularidades, sino la diferencia de proceder de un lugar de origen y/o nacionalidad geográfica determinada. Pero, además, la representación del perfil sociocultural, étnico y asistencial de las personas “inmigrantes” de las que nos hablan, queda reducida en la mayor parte de los casos a las imágenes y estereotipos vinculados globalmente al contexto geográfico de “salida”.

«No se trata ya del paciente tradicional, de su propio vecino muchas veces, sino que son personas que llegan de muy diversos lugares y con distintas características y, en ocasiones, procedentes de culturas diferentes a la nuestra» (ID 8).

La diversidad étnica y cultural subyace del hecho de haber nacido y vivido en un espacio diferente al actual. A ella quedan vinculadas situaciones personales relacionadas, en general, con aspectos socioeconómicos (las personas estudiadas principalmente son “inmigrantes económicos” procedentes de países en desarrollo), aspectos jurídicos (como la situación jurídico-administrativa regular e irregular en el país de “destino”) y experiencias en salud (como los aspectos socioculturales y su interrelación con las “nuevas” demandas y motivos de consulta o la necesidad de cribar e identificar patologías). En menor medida los discursos realizan una construcción de diferenciaciones en función de factores biológicos y/o genéticos.

En definitiva, la idea de movimiento y el proceso migratorio en sí pierden relevancia frente a la geografización y etnificación consecuente al hecho migratorio, con independencia del “tiempo real de residencia” que la persona categorizada como “inmigrante” lleva en el contexto de estudio. Otros ejes diferenciadores y motivadores de diversidad y desigualdad en salud como el género, la identidad sexual o la clase social apenas son tratados o considerados. Por último, como podemos observar en el gráfico 2, de una parte importante de la literatura revisada no se desprende en base a qué aspectos realizan la construcción de diferencias cuando hablan de “inmigrantes”.

Gráfico 2
Combinación de las bases sobre las que la literatura biomédica construye la diferencia



Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de 113 artículos biomédicos indexados en el IME (fecha de consulta 01/01/2006)

Tras la conceptualización de la persona inmigrante como colectivo extranjero homogéneo, la realidad sociocultural muestra su amplia diversidad heterogénea. Esta diversidad se hace especialmente visible en relación a la salud, pues ésta es el resultado de una elaboración personal realizada sobre la experiencia subjetiva de procesos de cambio, crisis y satisfacciones en el ámbito físico, psicológico y social. Y estas elaboraciones están formadas por imágenes, expresiones y prácticas derivadas de las relaciones de la persona con su propio cuerpo, con los demás o con el sistema sanitario, poniendo de relieve el papel relevante que la cultura juega en todo ello (Gijón, 2004). Es por ello, que en los estudios analizados se echa en falta una indagación entre la esfera individual y colectiva presente en los procesos de salud-enfermedad-atención de las personas usuarias en general y de la población inmigrante extranjera en particular. No obstante, debemos señalar que algunos estudios en cierta medida sí atienden a diversidades:

«Hablar de inmigrantes es en todos los casos pero más en el sanitario una generalización aventurada, pues los movimientos migratorios actuales incluyen a personas de orígenes y trayectorias diferentes: desde personas altamente cualificadas hasta refugiados políticos, económicos y de guerra» (ID 69).

La uniformidad de proximidades y diferencias atribuidas a un determinado “colectivo”, son extensibles también a la conceptualización de personas usuarias de origen y/o nacionalidad española, y a la propia procedencia de quienes escriben en calidad de persona investigadora. Es decir, la característica esencial para identificar la semejanza y la otredad entre seres inmersos en grupos sociales portadores de su propia herencia cultural, es la “procedencia” del (nos)-otros/as a partir de la cual se establecen diferencias entre lo propio y lo ajeno.

En este sentido, los discursos giran en torno a apreciaciones diaspóricas sobre “lo nuestro” (cuadro 2) y “lo suyo” (cuadro 3), que ponen de relieve la persistencia de tintes etnocéntricos en la investigación biomédica, más preocupada en reflexionar de manera *outsider* sobre el mundo de lo ético (el exterior de su propia cultura), y menos en lo émico (las visiones no hablan del interior del sistema sanitario como modelo cultural concreto y particular desde una perspectiva investigadora *insider*).

Cuadro 2

Términos y expresiones utilizadas en el discurso biomédico para la construcción del “nosotros/as”

“Lo nuestro”: «españoles», «no inmigrantes», «en nuestro país», «en nuestra comunidad», «nuestro medio», «nuestra sociedad», «países receptores», «la población autóctona o nacional», «grupo autóctono», «pacientes autóctonos», «población receptora», «en nuestra unidad de urgencias», «la cultura anfitriona», «dentro del grupo de pacientes nacionales», «mujeres nacionales o no inmigrantes», «niños autóctonos», «el rasgo fundamental que distingue las bases alimentarias del europeo y del bubi es que éste [...]», «es imprescindible reconocer la realidad multicultural creciente que detectamos en nuestra actividad diaria», «los profesionales de la enfermería tienen cada vez mayor variedad de pacientes, de personas a las que cuidar».

124

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de 113 artículos biomédicos indexados en el IME (fecha de consulta 01/01/2006)

Cuadro 3

Términos y expresiones utilizadas en el discurso biomédico para la construcción del “otros/as”

“Lo suyo”: «extranjeros», «inmigrantes», «su país de origen», «país de procedencia», «las comunidades o sociedades», «grupo étnico», «subgrupos poblacionales», «pacientes inmigrantes», «mujeres inmigrantes», «menor extranjero», «niño inmigrante y procedente de adopción internacional», «hijos de trabajadores inmigrantes», «tienen distintas razas, religiones, culturas y lenguas», «a todos les toca vivir en una cultura distinta de la suya», «tienen riesgo de presentar malnutrición», «siendo más severa la de los pacientes del Mediterráneo que la de los negros o chinos», «patología asociada al parto de la mujer inmigrante», «las variables socioculturales de las mujeres gestantes inmigrantes», «este colectivo tienen una serie de condicionantes socioculturales», «proceden de culturas distintas», «nuevas demandas formuladas por nuevos colectivos», «grado de desarrollo del proceso de aculturación», «la salud mental de los inmigrantes», «consultas de inmigrantes sin regularizar», «sus diversas procedencias y cargas genéticas, sus en ocasiones desconocidos antecedentes y los cuidados médicos, vacúnales o nutricionales a menudo escasos o al menos diferentes a los nuestros hacen surgir preguntas [...]».

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de 113 artículos biomédicos indexados en el IME (fecha de consulta 01/01/2006)

La dicotomía en la construcción se realiza para organizar la existencia o no de diferencias en el proceso de salud-enfermedad-atención del “nos-los/las”, como podemos observar en los siguientes comentarios:

«Toda esta realidad emergente supone la necesidad para el personal sanitario de estar preparado para atender a las mujeres inmigrantes en el momento del embarazo [...]» (ID 44).

«La vacunación del niño inmigrante y del procedente de un sistema de adopción internacional, es un enorme y continuo desafío para los profesionales de Atención Primaria. [...] Los pediatras deberíamos ser capaces de saber transmitir a los padres de los niños inmigrantes y adoptados la importancia de la vacunación [...] El llamado protocolo de acogida es el primer eslabón de una cadena de actividades que debe conducirnos a mejorar la salud del niño inmigrante y adecuar su inmunización [...] Una vez conseguida la llamada “Normalización” del niño, sería introducido en el programa del “Niño Sano” como todos los niños de nuestra comunidad» (ID 20).

Teniendo en cuenta que el principal eje clasificatorio del (nos)-otros/as es la “procedencia geográfica”, el discurso biomédico en España principalmente queda constituido como “inmigrantes vs el resto” frente a otros estudios realizados en otros contextos, como el estadounidense, que optan por el uso de la variable raza y etnicidad en sustitución de la “procedencia” para hablar de diferencias (Kaplan y Bennet, 2004, Dressler et al. 2005)⁸. Concretamente, el discurso remite a una comparación entre el grupo minoritario “inmigrante” y el grupo mayoritario “español”, que refuerza el criterio de “procedencia” como criterio discriminante entre unos grupos y otros, disfrazando con etiquetas inespecíficas y comparaciones erróneas la heterogeneidad, y reflejando y fortaleciendo imágenes reduccionistas y esencialistas (Bhopal, 1998, Pfeffer, 1998).

Sin embargo, a pesar de la posición relevante de la variable “procedencia” resulta difícil hallar un consenso en los discursos respecto al sistema clasificatorio utilizado para hablar del “colectivo inmigrante”, examinarlo o estudiarlo. Y esta ausencia de acuerdo es similar a la multiplicidad de términos y confusión en el uso e interpretación de los conceptos de “raza” y “eticidad” en estudios realizados en el ámbito internacional (Comstock, et. al, 2004;611).

En este sentido, en los discursos biomédicos analizados las categorías de “procedencia” se caracterizan por su imprecisión, varían de un estudio a otro, limitando la comparación entre ellos, y dan lugar a diferentes construcciones geográficoculturales que no siempre se explican. Por ejemplo, mientras que en algunos estudios se utiliza la variable “procedencia geográfica” sin especificar si ésta se refiere al lugar de nacimiento o a la nacionalidad, en otros se utilizan ambas categorías alternativamente a modo de sinónimos. Por otro lado, la clasificación se complica aún más cuando observamos que la variable “procedencia” en unas ocasiones se construye en base a un único país oriundo, y en otras en base a una suma de países. En este último caso, los estudios hablan de «zonas», «lugares», «regiones» o «continentes» de procedencia, sin precisar en todos los casos las razones que guían una u otra agrupación, y dejando abiertas las posibles explicaciones que varían desde la proximidad económica (países desarrollados y países en desarrollo) a la proximidad geográficocultural (como por ejemplo suele suceder en el caso del Magreb o de África Subsahariana), con alguna excepción en la que sí explicitan el sistema utilizado:

«Los individuos incluidos en el estudio procedían de 91 países diferentes, por lo que se distribuyeron en 6 agrupaciones por proximidad geográfica o similitud económica y social. (América Latina, Países ricos, Europa oriental, Norte de África, Centro y sur de África, Asia y Filipinas)» (ID 28).

En definitiva, se recurre a la variable “procedencia geográfica” para establecer diferencias entre grupos desde una perspectiva etnocéntrica. Para ello construyen una serie de categorías en combinación con otros aspectos (fundamentalmente el económico y el social), y en ningún momento contemplan la posibilidad de tener en cuenta la autoadscripción étnica o cultural de las personas o grupos de los que hablan, a quienes difícilmente se les cede la palabra por la manera en que son estudiados. La “procedencia” aparece en el discurso como una categoría geográfica “natural y “objetivable”, pero que no deja de ser usada como un constructo social que al geografizar implícitamente hace referencia a diferencias sociales y culturales, y que en función de ellas permite asignar a las personas a distinguidos grupos etnificándoles. Frente a la complejidad y ambigüedad de los términos “etnia” y “raza”, la “procedencia” les ofrece el soporte a raíz del que observar diferencias desde el contexto de estudio (como el diferente color de piel o el lenguaje) sin temor a la discriminación y al prejuicio.

Se hace necesario utilizar el concepto “procedencia” no como una categoría absoluta y precisa, sino como una “aproximación” a factores sociales y culturales que difícilmente son medibles, como por ejemplo las normas culturales o las relaciones de género. De ahí, que para no caer en la estigmatización sea necesario ir más allá de la procedencia, y no utilizarla en los estudios como variable única (Mays, et al., 2004;86-87) o principal a partir de la que “intuir” diferencias culturales.

En los estudios analizados, de manera general la cultura próxima a la “procedencia” es entendida como algo que cambia o se transforma. Es utilizada como un cajón de sastre donde se incluye todo lo peculiar que no es etiquetable en otros aspectos identificables del proceso de salud-enfermedad-atención, apto para establecer diferencias entre países de “origen” y países de “acogida”. En ella se incluyen especificidades como el modo de vivir, las costumbres (como el sistema de alimentación o el tipo de matrimonio), las posibilidades de comunicación (presentes en el idioma), las relaciones de dominación (como los límites o barreras que dificultan la accesibilidad al sistema sanitario o la comunicación profesional de la medicina-paciente) y la significación que se hace del mundo en general y del mundo sanitario en particular como aspectos que marcan la diferencia, sin tener en cuenta que mediante la experiencia cultural vivida los sujetos de estudio llamados “inmigrantes” rehacen significados en el lugar de llegada.

«La cultura, el reconocimiento de la diversidad cultural, es la clave que permite un mejor adecuamiento de las prácticas sanitarias a las necesidades de la sociedad contemporánea. Y es aquí donde la Antropología presta su colaboración a la enfermería» (ID 8).

«Es importante que el pediatra conozca las peculiaridades culturales de estas familias. Hay que hacer un esfuerzo para abrirse al conocimiento del mundo social y cultural del que proceden. Debemos preguntarnos sobre sus creencias, valores, actitudes y prácticas curativas tradicionales, para aconsejarles de forma complementaria más que sustitutiva, de aquellas prácticas y creencias. [...] Para integrar efectivamente a niños emigrantes hay que hacer un equilibrio entre el respeto de su cultura de origen y la del país de acogida» (ID 94).

La herencia cultural tiene una base geográfica en la cual se formó, sin embargo no debemos olvidar que la cultura se desprende de esta procedencia para reproducirse en diversos ámbitos, adquiriendo vida propia. Desde una visión etnocéntrica considerar la “procedencia” como un elemento discriminatorio para realizar estudios en salud puede constituirse como un factor de desigualdad y freno en el reconocimiento de la diversidad cultural.

Hacia un “diagnóstico” de sensibilidad a la diversidad cultural

La visión biomédica, principalmente positivista o cuantitativa, parte de la creencia de que los fenómenos pueden reducirse a sus partes constituyentes, medirse y, a partir de ahí, deducir relaciones causales. Desde esta visión, la presencia de la variable “procedencia” asociada a la llegada de “nuevas” personas usuarias al sistema sanitario, es igual a la suma de diferencias entre población “inmigrante” y “española”. Esta mirada positivista, que podría ser cierta en el campo de la biología, no es del todo aplicable al campo de la diversidad sociocultural “próxima” a la procedencia, donde existen múltiples aspectos interrelacionados entre sí y con el contexto de estudio, que dificultan la comprensión holística desde el análisis de las partes.

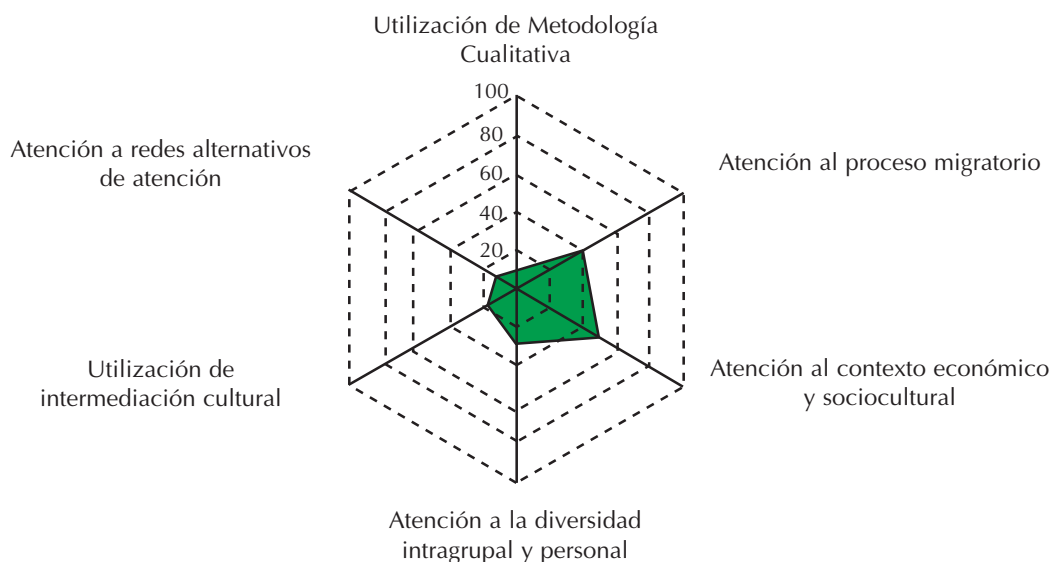
A pesar de todo ello, desde los códigos culturales de la mirada biomédica y en un intento de aproximarnos al grado de sensibilidad que los estudios científicos pueden tener hacia la diversidad cultural y étnica cuando hablan de “inmigración”, hemos identificado seis dimensiones claves desde las cuales construir un instrumento de verificación o *checklist*, al que atrevidamente hemos llamado *etno-metro*⁹, haciendo uso de un proceso constructor de diferencias propio (Gráfico 3).

La primera dimensión identificada es la utilización de metodología cualitativa en los artículos científicos, por constituirse como una postura de reacción contra la rigidez del positivismo respecto a la comprensión de la realidad sociocultural y una medida de empoderamiento de los sujetos de estudio frente a la diversidad de creencias y prácticas en salud. Su utilización permite comprender las experiencias de vida y vivencias en la salud y la enfermedad de los sujetos a los que pretende estudiar, escuchar sus (re)significaciones en primera persona, y dotarles de protagonismo en el proceso de salud-enfermedad-atención en el que son partícipes.

La segunda dimensión es la atención al proceso migratorio, la tercera la contemplación del contexto económico y sociocultural, y la cuarta la atención a la diversidad. Aunque en nuestro instrumento de análisis, las dimensiones se presentan por separado partimos de la consideración de que son aspectos de un continuum. La inmigración es el acto de *“entrar a residir temporal o permanentemente en un país distinto al de origen”*. Las causas y razones implícitas en el proceso migratorio son complejas, y tienen relación con decisiones personales y familiares y con el contexto económico, social, cultural y político del lugar de “procedencia” y del lugar de “acogida”. A su vez, todos estos aspectos del proceso migratorio se enmarcan en la globalización de los procesos económicos y culturales (Malgesini y Giménez, 1997;193). Tener en cuenta la experiencia de vida y los motivos de “salida”, las vicisitudes y particularidades que existen en torno al proceso migratorio de cada una de las personas que decide “inmigrar”, y las características socioculturales de las que todos y todas somos “portadores” en el contexto de “llegada” seamos o no “inmigrantes”, puede aproximarnos a (re)conocer la diversidad de situaciones personales e intragrupal en el ámbito de la salud como un todo heterogéneo.

Por último, la quinta dimensión es la apreciación de experiencias en salud en otros sistemas de salud distintos al biomédico, y la sexta la utilización de medidas de intermediación cultural en los estudios. La contemplación de otras realidades en salud y la identificación del uso de algún elemento de actuación intercultural en el proceso de salud-enfermedad-atención con personas “inmigrantes”, pone de relieve las posibilidades y límites del modelo biomédico occidental para entender y afrontar otras realidades socioculturales diferentes a las características que le configuran como modelo.

Gráfico 3
Etnometro para la valoración de sensibilidad a la diversidad cultural



Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de 113 artículos biomédicos indexados en el IME (fecha de consulta 01/01/2006)

En general, los resultados del etnometro nos muestran que el diagnóstico de los estudios revisados es el de “ceguera” hacia la diversidad cultural y étnica de las personas “inmigrantes” sobre quienes nos hablan a través de una lente unifocal propia del modelo médico hegemónico.

Aunque el aspecto más considerado remite al contexto económico y sociocultural, en la mayoría de los estudios se aborda de manera periférica y en segunda línea, tras las “principales” variables de análisis, que frecuentemente son la procedencia en interacción con las condiciones de salud. Se trata de un “gran saco” en donde se integran características que en su mirada no pueden incluirse en otros bloques, y que se utilizan para explicar y re(marcar) diferencias, con el peligro de seguir excluyendo a mujeres y hombres inmigrantes de origen extranjero. Los discursos pues nos hablan de retórica exclusivista, “somos iguales pero somos diferentes”. Por otro lado, las expectativas académicas y políticamente correctas de incorporar “lo social” y “lo cultural” en el estudio de la salud también parecen estar detrás del “hueco” reservado a la atención a estos aspectos, que, en suma, evidencia una falta de sensibilidad en el paradigma positivista sobre aspectos socioculturales.

En segundo lugar, la atención al proceso migratorio muestra el interés de los estudios por intentar explicar las razones y motivos que llevan a las personas a “inmigrar”. Si bien revelan un desconocimiento general sobre la realidad demográfica y etnográfica inherente a la inmigración como fenómeno. Es decir, hablan de fenómeno migratorio y motivos de “salida” de “oídas” sin datos de primera mano, lo que les lleva a una visión parcial del proceso migratorio alejada de las verdaderas personas protagonistas. En general, las imágenes están enraizadas en estereotipos, intuiciones y representaciones sociales y mediáticamente compartidas.

La atención a la diversidad personal e intragrupal es reducida en la mayoría de los casos a la representación del “inmigrante” como *colectivo* “procedente” de un contexto geográfico no español y en vías de desarrollo, lo que refleja una concepción esencialista opuesta a las diferencias entre hombres y mujeres de diversas culturas y etnias.

Por otra parte, aunque la intermediación cultural se reconoce en los estudios como recomendación y ejemplo de buena praxis, está todavía muy apartada de la práctica cotidiana que relatan. Especialmente los estudios nos hablan de la necesidad de agentes de salud, intérpretes o traductores, al detectar como principales barreras en el proceso de atención sanitaria a “inmigrantes” las diferencias culturales e idiomáticas.

Por último, la mayor parte de los estudios revisados, con algunas excepciones, se apoyan en una metodología cuantitativa principalmente basada en el análisis de fuentes secundarias de información o en la realización de encuestas. Este tipo de metodología remite a un proceso unidireccional que refleja una relación asimétrica de poder entre profesionales de la salud y pacientes. El uso de las historias clínicas como principal fuente de recogida de información, revela el distanciamiento de la práctica asistencial respecto a la realidad sociocultural de la población usuaria. El contexto de los y las pacientes queda relegado a la observación de datos a través de un papel o una pantalla de ordenador.

Tras la construcción de esta herramienta y el análisis de sus resultados, la siguiente cuestión a abordar nos llevaría a plantearnos qué resultados obtendríamos si la aplicásemos a los estudios biomédicos centrados en población española.

El destino de llegada: encuentro de visiones

En este capítulo hemos tratado de comprender y analizar la forma de pensamiento que la producción literaria científica, como vehículo de expresión cultural del sistema médico hegemónico, tiene acerca del fenómeno migratorio en el mundo occidental. Esta forma de expresión contribuye no sólo a la construcción y a la definición de una realidad sociocultural sino a la configuración de un sistema de poder y de dominación, ejercido a través de los discursos expertos (Foucault, 1981), específicamente en un contexto donde ningún argumento y actuación queda legitimado sin acreditación científica (Medina, 1999).

Hemos confirmado que existe una similitud de inquietudes entre los estudios de salud publicados en España (frontera del sur de Europa) y los trabajos realizados en la frontera del norte de México, que subyace de las situaciones socioculturales y sanitarias de “colectivos” procedentes de áreas geopolíticas en desarrollo que motivan la investigación científica y la reflexión académica sobre la salud y la enfermedad, siendo escasos los trabajos dedicados a analizar la inmigración procedente de zonas desarrolladas (Hurtado, 2005).

Hemos constatado la existencia de una dispersión de referencias científicas sobre “salud e inmigración” en España. Estos estudios en general son relativamente “recientes” y abordan la inmigración haciendo uso de una metodología cuantitativa desde un planteamiento homogéneo (como “colectivo extranjero”), pero con gran especificidad dentro del área de salud (desde un determinado dispositivo asistencial, en un contexto geográfico concreto y sobre una temática delimitada). Esto plantea la necesidad de deconstruir la persistencia y fortalecimiento de mitos sobre la inmigración, poniendo de relieve que *no* constituye un fenómeno nuevo y que las personas inmigrantes extranjeras *no* provienen únicamente de países en desarrollo ni emigran exclusivamente por motivos económicos.

Son realizados principalmente por profesionales de la salud, y en general manifiestan “problemas” propios del sistema sanitario sobre una “nueva” población ante la que médicamente se encuentran preparados, pero ante la que culturalmente aparecen liminalidades consecuentes a la rigidez organizacional de los servicios sanitarios frente a “nuevas” demandas y diversidades en salud (Comelles, 2003 y 2004).

En conjunto, abordan en mayor profundidad aspectos que afectan a la población de “acogida” y que se instauran en la realidad sociocultural a modo de mitos, como por ejemplo la presencia de enfermedades importadas (especialmente la tuberculosis y el VIH-SIDA), las consecuencias en el ámbito de la salud mental (“duelos migratorios”) y el estudio de la mujer y sus problemáticas específicas como “colectivo” (salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual).

Respecto al género, las investigaciones biomédicas revisadas se sitúan en un estado precario y deficiente en cuanto a la incorporación de esta perspectiva. Gran parte de ellas se ven afectadas por sesgos androcentristas y sexistas que refuerzan estereotipos y/o desigualdades de género en salud. Es necesario promover la concienciación y sensibilización de cara a contemplar la interacción del género y la etnicidad en el estudio del proceso salud-enfermedad-atención (Gijón, Jiménez y Martínez, 2006), poniendo de relieve las ventajas que para ello tiene el enfoque antropológico y feminista (Esteban, 2006). Esta articulación género-etnicidad se presenta necesaria puesto que en “culturas estratificadas tanto por el género como por la raza, el género siempre resulta ser también una categoría racial y la raza una categoría de género” (Harding, 1986. Citado en Stolcke, 1998).

En relación al (re)conocimiento de la diversidad cultural, el estudio de la “inmigración” en salud muestra visiones biomédicas arraigadas en un etnocentrismo occidental desde el que nacen las representaciones sobre la otredad. Este etnocentrismo sustenta la no comprensión de lo diferente representado en los/as otros/as, dando lugar a estigmatizaciones por la pertenencia a otra cultura fruto de la procedencia de una sociedad y territorio diferente, más aún cuando este territorio se enmarca en el llamado Tercer Mundo (Checa, 2004).

A pesar de ello, muestran cómo el ámbito de las ciencias de la salud comienza a volver a interesarse en cuestiones culturales olvidadas en su currículum formativo (Comelles, 2003 y 2004), para las que las aportaciones de las ciencias sociales y el uso de la metodología etnográfica pueden constituirse como una importante herramienta de análisis y comprensión ante la no existencia de “recetas interculturales” para aplicar en una práctica asistencial cada vez más diversa.

De esta manera, la “inmigración” en los estudios biomédicos, es un factor “desenmascarador” que resalta la importancia de abordar la cultura en el proceso salud-enfermedad-atención, independientemente de que el lugar de procedencia de las personas investigadas remita a “aquí” o “allí”. La importancia radica en la revelación de que cualquier población, española o no, tiene códigos culturales diversos y propios, ante los cuales el sistema sanitario aún tiende a ser homogenizador, monocultural y etno-geo-

socio-androcéntrico. Creemos que, frente a estas posturas y planteamientos, se hace necesario hablar también acerca de las capacidades que tienen las personas inmigrantes de ser sujetos en la vida social y política y en los programas sanitarios en los que participan y no solo ser meros sujetos-objetos de estudio.

Hemos planteado la necesidad de reflexionar con calma acerca de las causas y preocupaciones que sustentan la puesta en marcha de investigaciones sobre “inmigración” en salud, y que se traducen en los objetivos de investigación. Aunque parece indudable que tras el concepto de “inmigrante” se esconde una realidad “nueva”, que une a personas “extranjeras” e impone la necesidad de realizar estudios en los territorios de “acogida”. Sin embargo, es evidente que la categoría de “nuevos extranjeros y extranjeras” no es la que preocupa, sino sólo la de “algunas personas extranjeras”, la coincidente con el discurso social, político e institucional en boga. Pero no existe una esencia de persona inmigrante, mujer inmigrante, hombre inmigrante, niño inmigrante, niña inmigrante, anexa a una “nacionalidad”. Las razones y explicaciones que subyacen en las miradas de los estudios nos aproximan al (re)conocimiento de diferencias económicas, políticas, sociales y culturales, que encauzadas adecuadamente podrían separarse de la “procedencia geográfica” y relanzar el planteamiento y debate de la diversidad étnica, cultural, sexual, de género o de clase (Moore, 1999; Harding, 1986).

Con estas reflexiones parciales no hemos querido adoptar una postura de rechazo a la labor científica en el campo de las ciencias de la salud. Es más, creemos que es necesario su reconocimiento, sin olvidar que la ciencia es una acción ejercida por comunidades científicas que usan una serie de teorías, conceptos, métodos, valores y símbolos compartidos en un contexto histórico, cultural y social, que hace que la producción literaria científica sea por tanto modificable. La deconstrucción de mitos, estereotipos, prejuicios y asunciones políticamente correctas para construir una ciencia clínica libre de sesgos culturales es posible. Así, se podrá dar paso al avance científico sustentado en una conciencia crítica que propicie el cambio y una mayor reflexión interna en el sistema sanitario como modelo cultural y proveedor de salud y políticas públicas.

Notas

- 1 La composición disciplinar de nuestro equipo de trabajo responde a una hibridación. M^a Teresa Gijón y M^a Luisa Jiménez son sociólogas y doctorandas del Departamento de Antropología de la Universidad de Granada, y Emilia Martínez farmacéutica con formación en ciencias sociales y experta en género. El nexo de unión entre todas ellas, es su actual trabajo como técnicas de investigación y consultoría en la Escuela Andaluza de Salud Pública.
- 2 El IME contiene toda la producción científica publicada en revistas biomédicas en España desde 1971. Recoge más de 263.000 registros, fundamentalmente artículos de revistas científicas. Además, y de forma selectiva, actas de congresos, series, compilaciones, informes y monografías. Las revistas biomédicas incluidas en el IME se refieren a temáticas de administración sanitaria, farmacia clínica, medicina experimental, microbiología, psiquiatría y salud pública. Puede consultarse en <http://bddoc.csic.es:8085/index.jsp> (última fecha de consulta 01/04/2006).
- 3 Tomamos como términos de búsqueda los siguientes: “inmigración”, “inmigrante/s”, “migración”, “migrante/s”, “emigración”, “emigrante/s”, “extranjero/s”, “extranjera/s”, “minoría/s”, “etnia/s”, “grupos étnico/s”, “étnica/s” y “etnicidad”, aplicados a los campos del título, el resumen y los descriptores o palabras clave. Los resultados rescatados ascendieron a un total de 204 documentos, dónde se incluían artículos originales, revisiones, editoriales, cartas al director, notas clínicas, etc. Tras una primera exploración del corpus documental, decidimos centrarnos específicamente en los artículos originales y de revisión para analizar el discurso presente en el ámbito de la investigación, excluyendo así los documentos más “subjetivos” de opinión, como cartas al director o editoriales, y los de menor impacto y difusión como ponencias o comunicaciones a congresos. También decidimos descartar los trabajos realizados en centros fuera de España y aquellos estudios que no abordaban de forma central y directa el tema de la inmigración extranjera en el contexto español, por no formar parte de nuestros propósitos de estudio. Una vez que empleamos estos criterios de exclusión, el listado final fue de 118 publicaciones, aunque, por dificultades de disponibilidad y acceso, el análisis se redujo a 113 artículos (fecha de consulta 01/01/2006).
- 4 Para ello, en principio elaboramos una matriz de análisis específica, donde la información de los documentos fue volcada y estructurada. Esta matriz estaba compuesta por una serie de variables cerradas y abiertas, puesto que pretendíamos no sólo cuantificar determinadas características de los artículos sino también recoger textualmente el discurso biomédico vertido en los mismos.

- 5 Compartimos la definición de M^a Teresa Caramés de modelo biomédico, entendido como: “modelo de práctica e intervención científica, caracterizado por sus pretensiones de objetividad positivista y su enfoque eminentemente biológico y técnico (“racionalidad científico-técnica”) en el abordaje del fenómeno salud-enfermedad-atención” (Caramés, 2004: 31).
- 6 Con el propósito de anonimizar el proceso de análisis, hemos asignado a cada uno de los artículos un código de identificación (ID). Por este mismo motivo, no incluimos las referencias en bibliografía.
- 7 Aunque en epidemiología existe una distinción clara entre *risk factor* y *risk marker* (Osborne y Feit, 1992), que subraya la “compleja interrelación entre raza, etnicidad, racismo, discriminación, estatus socioeconómico, clase social y genética” (Kaplan y Bennet, 2003: 2711), esta diferenciación no se contempla en gran parte de los artículos analizados. Desde esta perspectiva, “los integrantes de un grupo racial/étnico determinado pueden ser un “marcador de riesgo” para un evento médico particular si la incidencia o la prevalencia del evento es más alta en ese grupo que en cualquier otro grupo étnico/racial. Sin embargo, pertenecer a dicho grupo no constituye necesariamente un “factor de riesgo” para el evento en cuestión. La probabilidad de desarrollar tal evento puede variar considerablemente entre los miembros del grupo, y es probable que aquellos que muestran actualmente más riesgo tengan más características en común con otros grupos [...]” (Ibid).
- 8 Detectamos que el concepto “procedencia geográfica” en España denota la no existencia de segundas (terceras, cuartas, etc.) generaciones, como sí ocurre en países con una tradición inmigratoria más dilatada en donde los términos constructores de diferencias se fundamentan en categorías “pretendidamente menos variables” como “raza” y/o “etnicidad”.
- 9 La construcción del término etnometro la hemos realizado a partir del elemento compositivo *etno-* (del griego ἔθνος), que significa “pueblo” y “raza”, y *-metro* (del griego μέτρον) elemento compositivo que significa “medida”. El resultado designa a un instrumento que tiene por objeto valorar la sensibilidad hacia el estudio y descripción de las culturas de los pueblos.

Bibliografía

- BHOPAL, Raj
1998 “White, European, Western, Caucasian, or What? Inappropriate labelling in research on race, ethnicity and health”, *American Journal of Public Health*, 88 (9), pp.1303-1307.
- CARAMÉS, M^a Teresa
2004 “Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente”. En FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, pp. 31-52, Ediciones Abya-Yala, Bolhispania, UCLM, Quito.
- CHECA, F., CHECA OLMOS, J.C. & ARJONA GARRIDO, A.
2004 “Los autóctonos y los otros: el problema de las representaciones culturales”, en Actas electrónicas del VIII Congreso español de Sociología, *Transformaciones globales: confianza y riesgo*, Alicante del 23 al 25 de septiembre.
- COLLAZOS, Francisco
2004 “Psicopatología e inmigración”, ponencia presentada en el Workshop Internacional. *Migraciones, Interculturalidad y Salud*. Murcia, 10 – 12 de junio.
- COMELLES, Josep María
2003 “El regreso de lo cultural. Diversidad cultural y práctica médica en el S.XXI”, Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, Vol. 3, 1, pp. 6-21.
- COMELLES, Josep María
2004 “El regreso de las culturas. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI”. En, FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, pp. 17-30, Ediciones Abya-Yala, Bolhispania, UCLM, Quito.
- COMSTOCK, Dawn R., CASTILLO, Edward M., y LINDSAY, Suzanne
2004 “Four-year review of the use of race and ethnicity in epidemiologic and public health research”. *American Journal of Epidemiology*, 159 (6), pp. 611-619.
- DRESSLER, W.W., OTHS, K.S. & GRAVLEE, C.C.
2005 “Race and ethnicity in public health research: models to explain health disparities”, *Annual Review of Anthropology*, 34. pp. 231-252.
- ESTEBAN, Mari Luz
2006 “El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista”, *Salud Colectiva*, 2 (1), pp. 9-20.

- FOCUAULT, Michael
1981 *Vigilar y castigar*. Siglo XXI, México.
- GIJÓN, M^a Teresa
2004 “Salud, Interculturalidad e Inmigración: una primera aproximación antropológica y clínica”, disponible en: <http://ldei.ugr.es/webequal/EQUALArena/FormacionProfesional/welcome.html> (fecha de último acceso 30/04/2006).
- GIJÓN, M^a Teresa
2006 “La comparación demográfica en los estudios de población extranjera, salud y diversidad cultural”. (En prensa ediciones Bellaterra).
- GIJÓN, M^a Teresa, JIMÉNEZ, María Luisa & MARTÍNEZ, Emilia
2006 “Revisando el tratamiento de género en la literatura biomédica sobre inmigración extranjera publicada en España”, comunicación de las XIX Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria, XV Jornadas de Hípala, *Salud y Género: Hacia nuevos modelos de relación*, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, 1 y 2 de junio.
- HARDING, Sandra
1986 *The science question in feminism*. Open University Press, Milton Keynes.
- HURTADO, Inmaculada
2005 “De inmigrantes y extranjeros, de dianas y márgenes. Contextualizando procesos migratorios para el análisis de dispositivos asistenciales”. En ESTEBAN, M.L. y PALLARÉS J.,(coords.), X Congreso de Antropología, *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*. pp.27-41 Ed. Fundación el Monte, Federación de Asociaciones de Antropología del Estado y Asociación Andaluza de Antropología, Sevilla.
- KAPLAN, Judith & BENNET, Trude
2003 “Use of the race and ethnicity in biomedical publication”, *JAMA*, 289 (20), pp.2709 - 2716.
- MALGESINI, Graciela y GIMÉNEZ, Carlos
1997 *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*, La Cueva del Oso, Madrid.
- MAYS, Vickie M., PONCE, Ninez A., WASHINGTON, Donna L. & COCHRAN, Susan D.
2004 “Classification of race and ethnicity: Implications for Public Health”, *Annual Review of Public Health*, 24, pp. 83-110.
- MEDINA, Rosa M^a
1999 “Ideas para perder la inocencia sobre los textos de ciencia”. En BARRAL, M^a José, MAGALLÓN, Carmen, MIQUEO, Consuelo y SÁNCHEZ, M^a Dolores, eds., *Interacciones Ciencia y Género: Discursos y prácticas científicas de mujeres*, pp. 103-128, Icaria, Barcelona.
- MEÑACA, Arancha
2004 “Salud y Migraciones. Sobre algunos enfoques en uso y otros por utilizar”. En FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo,(coord)., *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, pp. 53-64, Ediciones Abya-Yala, Bolhispania, UCLM, Quito.
- MOORE, Henrietta
1999 *Antropología y feminismo*. Cátedra, Madrid.
- ORDÓÑEZ, Amalio
1993 “Jerga, cultura e información”, *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 67 (4), pp.243-247.
- OSBORNE, N.G. & FEIT, M.D.
1992 “The use of race in medical research”, *JAMA*, 267, pp.275-279.
- PFEFFER, Naomi
1998 “Theories in health care and research: Theories of race, ethnicity an culture”. *British Medical Journal*, 317 (14): 1381-1384.
- STOLCKE, Verena
1998 “¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad?” En, *Neoliberalismo versus democracia*, pp: 294-327.

¿HABLAR POR HABLAR?

Los distintos términos empleados por los enfermos y familiares para referir al médico signos y síntomas en España

Armando Nevado Loro. Médico de Familia. CS Espronceda. Área 7. Madrid.
Irene Nevado Caparroso. Enfermera. Fraternidad MUPRESA. Palma de Mallorca.
Isabel Muñoz García. Médico Residente de MFYC. CS Espronceda. Área 7. Madrid.
Ana Tovar Cifuentes. Médico Residente de MFYC. CS Espronceda. Área 7. Madrid.
Alfredo Rivas Antón. Médico. Instituto de Salud Carlos III. Madrid

Introducción

Al estudiar los términos coloquiales con los que los enfermos o sus familiares explican al médico las alteraciones percibidas descubrimos que tras esos términos distintos, en ocasiones, se esconden concepciones muy distintas de la enfermedad. Distintas por clases socioculturales, por comunidades autónomas, por edades...etc.

España es el segundo país más antiguo de Europa en lo referente a estabilidad de sus fronteras, pero no es, ni de lejos, de los más homogéneos en aspectos lingüísticos. El español es el único idioma oficial en todo el territorio, pero se han mantenido, contra viento, marea y muchos años de oscurantismo e incluso prohibición oficial de hablarlo en público, gallego (galaico-portugués), vasco y catalán (catalán-valenciano-mallorquín), que son ahora idiomas oficiales y de uso habitual, en convivencia con el español (o castellano), en sus respectivas comunidades autónomas.

El español y el portugués son, de todas las lenguas romances, las que han adoptado más términos procedentes del árabe, por razones históricas obvias.

La llamada Reconquista comenzó en Asturias en siglo VIII y terminó en Granada en 1492; fue un fenómeno lento, de casi ocho siglos, que se desarrolló básicamente de norte a sur y en paralelo en los distintos reinos previos al siglo XV.

El español, el idioma que más se habla en España y América Latina, procede del latín, pero no todos los *latines* son iguales. El avance norte-sur de la cristianización y el retroceso norte-sur del Islam han dejado en España profundas huellas sociales y culturales, y también lingüísticas.

El idioma castellano nació *oficialmente* en San Millán de la Cogolla, La Rioja (antigua provincia de Logroño, antigua región de Castilla la Vieja, antiguo Reino de Castilla) y se extendió por todo el territorio y por las tierras americanas. Actualmente al idioma le llamamos español o castellano, indistintamente. Español siempre o solo para diferenciarlo de otros idiomas de fuera de España, y castellano, casi siempre, en las comunidades autónomas que hablan catalán, gallego o vasco, y pocas veces en el resto de España.

El castellano se generalizó e “impuso” sobre el leonés y el aragonés, y se *transformó* en español, de la misma manera que el toscano se *transformó* en italiano. Dicen que el mejor castellano se habla en Valladolid, pero también podrían decir que es mejor el de Cáceres, Zaragoza, Santa Cruz de Tenerife, Barcelona, Murcia, Buenos Aires, Lima, México o La Habana. En cada lugar ha seguido una evolución diferente y se ha enriquecido o contaminado con influencias de otros idiomas.

El proceso de *reconquista* nos ha dejado algunas diferencias por franjas geográficas norte-sur. Así, por ejemplo, la terminación del diminutivo es diferente: termina en *iño/iña* en Galicia; en *in/ina* en Asturias y León; en *ino/ina* (“*chiquinino*”) por el oeste, en la franja norte-sur limítrofe con Portugal; en *ico/ica* (“*mocica*”) en la franja norte-sur por el este (País Vasco, Navarra, Aragón, Murcia y parte de Andalucía Oriental); en *illo/illa* (“*quillo*”, “*chiquillo*”) en Andalucía, en *et/eta* en la franja este de habla catalana, y en *ito/ita* en el centro, y que es también la forma común en toda España.

Además de las diferencias regionales, encontramos algunas importantes entre jóvenes y viejos, entre pobres y ricos, en determinados colectivos marginales, etc.

Salud y enfermedad.

En la ámbito de la salud, la enfermedad y en todos los términos lingüísticos relacionados de uno u otro modo con la medicina, encontramos notables diferencias. Algunas pueden tener más importancia clínica de la que parece. Un médico de Badajoz recién licenciado empieza a trabajar en Zaragoza y recibe a un paciente que tiene *mala gana*, uno de Zamora consigue una plaza en Santacara (Navarra) y se las tiene que ver con el *muete*, que tiene diarrea, y uno de Barcelona en Huelva probablemente tarde unos minutos, al principio de la entrevista clínica, en enfocar a una paciente que consulta por *angustias*.

La variedad de términos para definir un concepto es amplísima en castellano, pero solo nos ocuparemos de reseñar las diferencias regionales, que es el objeto de este trabajo. Los vocablos que figuran a continuación no están en los textos de Medicina actuales y, por tanto, no forman parte del lenguaje médico oficial, o bien figuran con significado diferente. Algunos sí se pueden encontrar en los grandes diccionarios de la lengua (RAE, María Moliner, etc.), pero procuraremos obviarlos cuando sean comunes a toda España o, al menos, a la mayor parte de España. Por el contrario, incluyo —por su fonética especial— algunos vocablos que son muy locales y exclusivos, pero no representativos de toda la región o provincia (los de Cedillo son algunos de origen portugués y otros de origen leonés).

Anatomía

Al niño se le llama *muete* en Navarra y Aragón (*chinojo* el recién nacido), *chiquito* en Palencia, *guaje* en Asturias y León, y *ñaco* en Albacete. El varón se llama *masclle* en “La Franja”, comarca aragonesa limítrofe con Cataluña y que habla un dialecto del catalán. El viejo con la piel arrugada es un *macoco* en Murcia.

El *pelacho* es en Cedillo (Cáceres) cualquier parte del cuerpo que habitualmente está cubierta y llamamos *pintillera* al vello púbico (se dice que un niño *ya pinta* cuando empiezan a crecerle algunos pelos en el pubis).

Huesos, músculos y articulaciones, y aparato locomotor.

- En Navarra y Aragón llaman *polpa* o *polpajo* a cualquier masa muscular y *juaderos* o *jugaderos* a las articulaciones. *Tentón* es tendón en Navarra.
- La cabeza es *belorta*, *bigornia* o *bolo* en Toledo, *calamocha* o *cogolla* en Navarra, *chocha* en Galicia, *chinostra* en la franja oeste (antiguo Reino de León) desde León hasta Cáceres, *molondra* por el este (al menos en Álava, Jaén y Murcia), *jícara* en Cantabria, *tozuelo* en Aragón.
- La región parietal se llama *pulso* en Navarra y Aragón. La nuca es, *foeta*, *foyeta* o *nunca* en Aragón, *nunca* también en Navarra, *nuncla* en Murcia, *cflatell* en La Franja y *xionllos* en Galicia. La cara se llama *tatet* en La Franja y *filó* o *filosi* en lenguaje carcelario. La parte anterior de la cara que comprende la boca y la nariz (el hocico) se llama *berfo* en Jaén, *fusiño* en Galicia y regiones con influencia portuguesa. Nariz es *chuta* en *cheli*, *mempa* en Navarra y *porra* en carcelario. La región malar se llama *cachete* en Andalucía. El mentón es *cococha* (*kokotxa*) en el País Vasco, *mamola* en Segovia. A la mandíbula le llaman *cajilla* o *hijada* en Navarra, y *farillas* o *varilla* en Jaén; también se llama *varilla* en Aragón.

- El cuello (o pescuezo) es *piscuezo* en Albacete. Existen otras muchas denominaciones coloquiales, aunque no nos consta particularidad geográfica.
- En Aragón y Jaén se llama *andorga* al abdomen, en La Franja *meliguera* y en Valencia *pancha*.
- El epigastrio es *pomo* en Canarias.
- *Melico*, *meligo*, *mellico* y *melo* son sinónimos de ombligo y de cordón umbilical en Navarra y Aragón.
- La región suprapúbica es el *terraílo* en Granada.
- En Aragón la espalda se llama *esquinazo* (en La Franja, *esquena*) y en Jaén *sarta*. En Navarra el *esquinazo* es la escápula.
- En Aragón el cóccix es *codón*.
- Las fosas renales se llaman *cadres* o *cadrisés* (Galicia), o *encuentros* (Burgos).
- En Cuenca llaman *gobanilla* a la muñeca, en Albacete *obanilla* o *gobelino* y en La Franja, *moneca*.
- Las manos son *lomas*, *torres* o *anclas* en “lenguaje carcelario” y los dedos, *largules* o *tizos*.
- El dedo meñique se llama *margarín* o *margarite* en Murcia y *menique* o *miñique* en Navarra.
- Las piernas son *garras* en Navarra (y en Aragón, cuando son muy delgadas), *pencas* en Segovia y en “Cheli”, *calis* o *calicatas*.
- Al glúteo se le llama *abeja* en Córdoba, *cancha* en Segovia, *galta* en Cataluña, *limpurdi* o *ma-molla* en Navarra, *rulé* en Murcia.
- En Extremadura se sigue llamando *verija* a la región inguinal.
- La rótula es *tejo* en Navarra y *chocozeula* en Segovia.
- El hueso poplíteo es *safraña* en La Franja.
- Los *momios* son los gemelos en Ávila.
- El tobillo es *brazuelo* en Aragón, *torterol* en La Franja, *nocello* en Galicia, *tuílo* en Murcia.
- Al pie se le llama *ñoño* en Canarias y *tachín* en “Cheli”.
- En Asturias, el dedo gordo del pie es *deda*.

Sistema nervioso y órganos de los sentidos.

- *Chinostra*, en el oeste de España, designa la cabeza, pero sobre todo “su interior” (“*éste anda mal de la chinostra*”). *Miollos* son sesos (cerebro) en toda la zona de influencia galaico-portuguesa y se dice *celebro* en Andalucía y Aragón.
- *Recobollo* sería en Murcia “lo más íntimo y profundo”.
- Los nervios son *niervos* en Navarra, Aragón y Murcia.
- Al ojo se le llama *cliso*, *faro* o *flindi* en Cheli, y a la nariz *chuta* (*mempa* en Navarra).
- La oreja es *mirla* o *misla* en Carcelario. *Gargüelo*, *galluelo* (también sinónimos de tráquea), *pasapán*, *zinzurra*, *chilcho*, *chincho* y *chinchurri-chunchurri* son términos traducibles por garganta en Navarra; en Valladolid se usa *gañón*, en Galicia *gorxa*, en Ciudad Real y Jaén *guajerro*. La laringe es *ovedado* en Murcia y *vedau* en Aragón y Navarra.

Aparato respiratorio

- El pulmón es *bufo* en Navarra y *mancheta* en Aragón.

Aparato digestivo

- La boca se llama *mirlo* en lenguaje carcelario. La lengua es *tarabeta* en Jaén. Los dientes *quicas* en Navarra. La úvula, *pajarilla* en Murcia.

- Los sinónimos regionales de esófago son, básicamente, los mismos que los de garganta.
- Al estómago se le llama *ayargas* en Cedillo y *colgo de la comida* en algunas zonas.
- Intestino es *bandullo* o *estentino* en Navarra, *budillo* en Valencia y Aragón (también *morcales* y *ensundias*) y *madres* en Andalucía.
- Se llama *cagalán* al recto en Huelva.
- El ano es *boforón* en Navarra, *bufete* en Navarra y Aragón, *bull* o *bullá* en Cheli, *mojino* en Andalucía, *serete* en Cádiz.

Aparato genitourinario

- Los testículos son *barrabiles*, *tachines* o *coscabillos* en Navarra, *compañones* en Andalucía, *prebats* en Cataluña.
- Pene es *cuca* en Canarias, *mandao* en Andalucía, *tangaño* en Cedillo, *meme* en Toledo, *sigala* en Cataluña, *cuqueta* o *mingola* en Aragón, *tita* en Valencia, *maque* o *magué* en Murcia, *pitusa* en Jaén (pene de niño) y *cotorra* en Cádiz.
- Al útero y anejos le llaman *madres* en Canarias y Andalucía.
- La vulva es *bacora*, *pachana* y *jota* en Navarra, *chanchigorri* en Navarra y País Vasco, *pocha* en el País Vasco, *burraco* en Andalucía, *papo* en Cádiz, *perrenque* en Huelva, *chota* en Ávila, *menene* en Toledo, *fafarique* o *chucho* en Cuenca, *carchana* y *cona* en Cedillo, *cona*, *crica*, *parrula* o *fonfoneta* en Galicia, *choni* en Alicante, *seta* en Burgos, *chona*, *figa* o *figón* en Cataluña y Valencia (y *breve* o *higo* en el resto de España).
- El clítoris se llama *cornavacho* en Castilla-León, *pipa*, *pepita* o *pepitica* en Granada y Murcia.
- Los labios menores se llaman *orellas* en Galicia.
- Las mamas son *chuchas* en Navarra y Galicia, y *mamellas* o *senadas* en Murcia.

Fisiología

- Relación de algunos sinónimos de situaciones o acciones fisiológicas comunes:
- Admirado o sorprendido: *atrabinado* (Murcia).
- Adormecerse, dormir, amodorrarse: *amochagarse*, *amorrinarse* (Jaén), *amorrarse*, *amorrongarse* (Murcia), *amodorriarse* (Navarra), *sondormiar*, *sondormir* (Aragón).
- Dormir: *sornar* (Navarra).
- Mirar, ver: *agullá* (Fanja-Tamarite de Litera), *filar* (Navarra y Aragón), *intervar* (en lenguaje carcelario).
- Oír: en algunas zonas se dice *sentir* o *escuchar* (Andalucía) como sinónimo de oír.
- Hambre: *garea* (carcelario), *jarpa* (Murcia), *necesidad* (Navarra).
- Respirar: *alentar* (Aragón), *jalar por el resuello* (Canarias), *recibir* (Ciudad Real).
- Aliento: *rangüello* (Aragón).
- Comer: *trapiñar* (carcelario), *minchar* (Aragón).
- Eructar: *arrostar* (Cedillo), *ortar* (Jaén), *reglotar* (Aragón y Navarra), *regordar* (Albacete).
- Ventosear: *bucear*, *buciar* (Navarra), *esgraciarse*, *esgranarse* (Jaén).
- Ventosidad silenciosa y maloliente: *bufa* (Aragón, Navarra, Cedillo), *buza*, *ufa* (Navarra), *follo* (Jaén), *follón* (Almería).
- Defecar: *concretar* (Aragón), *desistir* (Galicia), *ensuciar* (Cádiz, Extremadura), *esfaconar* (Murcia, defecar después de una larga retención). Es común en todo el país *hacer de cuerpo* o *hacer de vientre*, aunque en algunas regiones se dice *dar de vientre* o *regir el vientre*.
- Heces: *chunga* (Navarra), *maleza* (Aragón).
- Orinar: *pichar* o *pixar* (Cataluña).

- Menstruación: *arate* (Murcia).
- Sexualmente excitada, “salidilla”: *destrincá* (Cádiz). Se refiere a las chicas jóvenes en el despertar del interés sexual.
- Copular: *burciar* (Navarra), *cardar* (Aragón), *conejar* (Canarias), *embarbetar* (Cádiz), *encangallarse* (Cedillo), *gangar*, *gangá* (Huelva).
- Embarazada: *cambril* (Cheli).
- Abducción de miembros inferiores: *escarrancharse*, *escarrapancharse* (Cedillo), *espatarragarse* (Murcia).
- Andar: *agilar* (Extremadura), *garriar*, *zangarriar* (Navarra y Aragón).
- Agonizar: *empenalizar* (Murcia).
- Muerte: *calaña*, *novedad*, *panciadentro* (Navarra), *marivén* (carcelario).
- Morir: *cuajar* (Córdoba), *espelechar* (Málaga), *descarnar*, *entregarla -el alma-* (Navarra), *pirriarse* (carcelario).

Patología: signos, síntomas y enfermedades.

Infecciosas

- Contagiar: *acusar*, *juntar* (Navarra).
- Erisipela: *desipela* (Murcia), *hisipela* (Jaén).
- Viruela (felizmente ya erradicada): *picota*, *virgüela* (Murcia), *pizco* (Aragón).
- Varicela: *chinas* (Canarias), *chinos* (Sevilla), *payuelas* (Murcia).
- Herpes simple labial: *arrojaos* (Ciudad Real).
- Muguet: *alfombrillas*, *hollín* (Sevilla), *aljorje* (Castilla-León).

137

Neoplasias

- Cáncer: *carramarro* (País Vasco), *canz* (Navarra).
- Tumoración inespecífica: *renós* (Cataluña).
- Tumor mamario: *zaratán* (Aragón).

Metabolismo y nutrición

- Obeso, obesa: *cantúo*, *zambullo* (Cádiz), *rebolonda* (Granada), *ceporro* (Córdoba), *repuestito* (Sevilla), *chamorro*, *farnaca* (Aragón), *hermoso* (Navarra), *ensebonado*, *zambullo* (Murcia), *censo* (Toledo), *tabufo* (Cedillo).
- Muerte atribuible a obesidad mórbida: *juntarse las mantecas* (Castilla).
- Obesidad localizada: *pengoletas* son, en Extremadura, acúmulos grasos en las caderas. En general se les llama *pistoleras*.
- Muy delgado: *canijo* (Andalucía), *alfeñique*, *foloso* (Cedillo), *arguella* (La Franja), *desmejorado*, *escaluchau*, *minza* (Navarra), *escuerso* (Málaga, Jaén), *esgalichao* (Navarra, Aragón, Jaén), *milocha*, *milorcha*, *sangrimis*, *secallo*, *secalloso* (Aragón).
- Alterarse o detenerse el desarrollo pondoestatural de los lactantes y niños pequeños: *entecar* (Navarra, Castilla).

Sangre y órganos hematopoyéticos

- Sangrar: *sainar* (Castilla-León).

Trastornos mentales

- Padecer demencia senil: *caucar* (Jaén), sufrir o estar *paltrocha* (Siberia extremeña), ponerse *tarrás* (Navarra).
- Nerviosismo, agitación, angustia: *acelerillo* (Castilla), *paniquesa* (Aragón), *perrenque* (Cedillo), *regomello* (Murcia, Almería).
- Estar o ser de carácter nervioso, agitado o angustiado: *abanto* (Rioja), *railón* (Toledo), *agonioso*, *brevosos*, *insonrible* (Granada), *repunante* (Asturias), *cagalera*, *revolicio* (Navarra).
- Histeria: *alferecía* (Huelva, Aragón), *aliporia* (Huelva).
- Persona con trastornos del comportamiento o la personalidad: *abanto* (Rioja), *alesao*, *azor*, *chirulite*, *cholona*, *cholorta*, *falto*, *guindilla*, *morron*, *muchurdina*, *rañoso*, *talán* (Navarra), *rascamiajas*, *roñoso* (Aragón), *gandallo*, *maluco*, *rañoso* (Cedillo), *mochales*, *rabisca* (Murcia), *falto de traslado* (Navarra), *falto de trambello* (Cedillo).
- Locura: *turruntera* (Aragón, Navarra).
- Huraño: *samugo* (Albacete), *mortuño* (Cedillo), *mostillo* (Aragón, Navarra).
- Terco, obstinado: *atestado* (Granada), *fejudo* (Aragón).
- Querulante: *cordelero* (Toledo).
- Deprimido, decaído, desanimado: *apabilado* (Murcia), *recanchau* (Navarra), *desansiado* (Navarra, Murcia).
- Aprensivo, neurasténico: *cataplasmero*, *niquitoso* (Aragón), *clicón* (Murcia).
- Tranquilidad y paciencia excesivas, patológicas: *jongo*, *melsuda* (Murcia), *pechudo* (Navarra), *samarugo* (Aragón).
- Intoxicación etílica aguda: *cuerna* (Málaga), *cuesco*, *culipardo* (Navarra), *trenzadera* (Aragón), *perfolín*, *pirrire*, *turuneta* (Murcia).
- Disminuido el nivel de conciencia: *alcatranado* (Rioja), *apardalado* (Valencia), *apollardao* (Murcia), *asolanao*, *avilanao* (Jaén), *atoallado* (Galicia), *atroncado* (Murcia, Navarra), *bilorda* (Segovia).
- Retrasado mental: *abombao* (Jaén), *fatuto* (Valladolid), *faltao*, *paviso*, *sopazas*, *zaboc*, *zalampo* (Aragón), *falto*, *pavisoso*, *ruejo*, *zapión* (Navarra), *tontarria* (Murcia).

Sistema nervioso y órganos de los sentidos

- Convulsiones: *belortazos* (Toledo).
- Calambre: *garrampa* (Aragón, Navarra), *rampa* (Valencia, Mallorca, Aragón, Navarra).
- Espasmo: *espertugá* (Toledo, Murcia), *resultía* (Cuenca), *retemblío* (Jaén).
- Temblor: *parlesía* (Galicia), *railor*, *reilera*, *reilor*, *reilo*, *rielor* (Castilla-La Mancha).
- Con descoordinación psicomotriz, falta de habilidad: *záfora o záforas*, *desalineau* (Aragón), *calcachanas* (Cedillo).
- Legañoso: *pitarroso* (Murcia, Jaén), *pitirroso* (Navarra).
- Bizco: *bizuejo* (Murcia), *rabiojo* (Aragón).
- Carraspear: *esjurxipar* (Galicia).

Aparato circulatorio

- No hemos encontrado diferencias apreciables por zonas geográficas, salvo la expresión castellana ya citada de *juntarse las mantecas*, que hace referencia a las consecuencias de la obesidad mórbida. Puede servir como insuficiencia cardiaca congestiva, pericarditis constrictiva, etc.

Aparato respiratorio

- Catarro y gripe: *escutipado* (Murcia), *jacamaco* (Jaén), *maletón* (Granada), *tabardillo* (Castilla-La Mancha), *zangarriana* (Navarra, Jaén).
- Rinitis: *mormera* (Asturias) *trepetá* (Badajoz).
- Atragantarse por cuerpo extraño en las vías respiratorias: *añurgarse* (Toledo), *añusgarse* (León, Extremadura).
- Roncus, ruido bronquial: *ferviella* (Asturias).
- Sibilancias: *grillera* (Cantabria), *rodalillos* (Ciudad Real).
- Expectorar: *harrar*, *jarrar* (Extremadura).
- Disnea: *agigole* (Castilla), *ansias* (Andalucía), *atofego* (Cedillo), *gilviella* (Asturias, León).
- Sufrir apnea: *encanarse* (La Mancha, Aragón, Jaén).
- Cianótico: *enmorecío* (Andalucía).

Aparato digestivo

- Rágades en comisura bucal: *presillas* (Murcia), *buceras* (Ciudad Real).
- Náuseas: *acedías* (La Mancha) *aguaelá*, *aguailá*, *aguilá* (Escalona, Toledo), *angustias*, *fatigas* (Andalucía), *arqueadas* (Murcia).
- Vomitar: *rabar* (cheli).
- Estar con dispepsia y pesadez postprandial: *atifarrado*, *sentada* (Murcia), *estragao* (Aragón), *atorugado* (Cádiz), *bufá* (Andalucía), *esconchabá*, *con el pomo subido* (Canarias), *torzón* (Navarra, Rioja, Aragón), *tristura* (País Vasco).
- Regurgitación: *aguarijas* (Ávila y Segovia).
- Acidez, ardor, pirosis: *ardentías* (Huelva, Cádiz), *asores* (Murcia), *rescoldines*, *vinagreras* (Albacete), *rescoldera* (Jaén).
- Úlcera: *trencadura* (Cataluña).
- Herniado: *curebao* (Aragón).
- Diarrea: *esfarate*, *pastelada* (Murcia), *cagarrucia* (Murcia, Navarra), *cagarilla*, *cagarria*, *cague-rilla*, *caguera*, *cagurcia*, *pirrileria*, *tirritirri* (Navarra), *zangarriana* (Rioja), *churretana* (Cedillo), *cigüeñera por las pencas* (Segovia).
- Tener diarrea: *no amontonar* (Toledo), *escagarruciarse* (Navarra), *escagazarse* (Aragón), *escagarrizarse* (Murcia).
- Escíbalos: *zorongo*, *zorrote* (Navarra), *zuro*, *zurullo*, *zuzuto* (Aragón, Jaén), *zurruto* (Navarra, Aragón).
- Ictericia: *aliacán* (Murcia), *aliacrá* (Valencia).

Aparato genitourinario

- Micción imperiosa, urgencia miccional: *reventina* (Extremadura).
- Fimosis: *caballero cubierto* (Toledo).
- El que tiene un solo testículo: *garlito* (Murcia).
- Amenorrea: ser o estar *opilada* (Murcia).
- Apetito desordenado y caprichoso de las embarazadas: *concieto* (Murcia), *vulco* (Navarra).
- Metrorragia por amenaza de aborto: *señalarse* (Sevilla).
- Aborto: *movición* (Albacete), *muévano* (Sevilla), *muévedo* (Toledo).

Enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo

- Piel áspera, reseca o irritada por el frío: *hostigada* (Cedillo), *espercudía* (Cabezuela del Valle, Cáceres).
- Mancha en la piel: *placha* (Aragón).
- Llagas o erosiones cutáneas: *espeaos* (Siberia extremeña), *ratàs* (Cataluña).
- Ampollas: *ballofes* (Cataluña), *bambollas* (Aragón), *borjas* (Ávila, Salamanca), *borregas* (Cedillo, Jaén), *bufetas* (Murcia).
- Pústula: *bubaña* (Murcia).
- Costra, postilla: *curebaza* (Aragón), *quebraza* (Navarra, Aragón).
- Costra láctea del bebé: *capalete* (Palencia), *usagre* (Cedillo).
- Escamas cutáneas: *larrachus* (Navarra), *pellegostes* (Cataluña).
- Escaras: *encentado* (Valladolid).
- Habones: *borruts* (Cataluña), *tortombas* (Asturias).
- Forúnculo: *bichoco* (Huelva).
- Verruga: *borja* (Ávila, Salamanca), *caliche*, *hugo* (Navarra), *clavo* (Palencia).
- Exantema: *aljorre*, *granuja* (Murcia), *falconada* (Cataluña), *fogará* (Jaén), *tabardillo* (Rioja).
- Prurito: *comicio* (Galicia), *picacera*, *rasquija* (Murcia), *rescozor* (Burgos).
- Lesión de rascado: *rasquijón* (Murcia).
- Paroniquia, panadizo: *panalizo* (Murcia), *rodiadado* (Aragón).
- Cualquier enfermedad cutánea relacionada con la suciedad y la pobreza (sarna, pediculosis, etc.): *miserias* (Castilla).

Enfermedades del Aparato Locomotor

- Contractura muscular: *cuerda encaramada* (Canarias).
- Genu valgo: *maniso* (Murcia).
- Genu varo: *patihueco* (Aragón).
- Cojear: *randiar* (Aragón), *ranguear*, *ranquear*, *renguear* (Navarra)

Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos

- Vahído, síncope, mareo, lipotimia; estar mareado: *mal de Dios* (Vigo), *aciburrio* (Salamanca), *irse la cabeza a pájaros* (Segovia), *fanique*, *fañique* (Cedillo), *alferecía*, *andar la cabeza* (Escalona), *perterre* (Toledo), *afligión*, *perrengue*, *repente* (Navarra), *desgana*, *mala gana o malas ganas* (Navarra, Aragón), *vuelta* (Burgos, Aragón), *ambustia*, *pilindri*, *pipiritaje*, *trastorno* (Murcia), *atarantado* (Valencia), *chiripiorca*, *miriñangue* (Córdoba), *esgonzao* (Granada), *esmoreció o esmorecido*, *farandango*, *samacuco* (Huelva), *yuyu* (cheli).
- Sufrir lipotimia: *ainarse*, *quedarse a las santas noches* (Segovia), *quedarse del tó* (Toledo)
- Tartamudo: *farfalla*, *farfallosa* (Aragón), *motel* (Navarra), *posposo* (Murcia).
- Vago, perezoso: *mangón*, *mindango* (Murcia), *zanguango* (Navarra, Aragón, Jaén), *balandringo*, *grandul* (Navarra), *chandro*, *chandrigo*, *dropo*, *mandria*, *pigre* (Aragón).
- En cambio, en Navarra, *chandro* o *chandrigo* significa habilidoso o mañoso.
- Hinchado, edematoso: *botido*, *emborrassado*, *rebutido* (Cataluña), *botuflado* (Aragón).
- Opresión torácica: *apretación* (Galicia), *repretamiento* (Murcia, La Mancha).
- Anorexia: *fastío* (Huelva, Extremadura).
- Anoréxico: *foloso* (Cedillo), *pansinsorga* (Navarra).
- Adelgazar: *efastar* (Jaén).
- Dolor: *java* (cheli).

- Dolor intenso o violento: *dolor sangrante*, *guinchotazo* (Toledo), *remebollo* (Extremadura).
- Dolor punzante: *enjonazo* (Segovia), *punto* (Galicia).
- Dolor persistente: *dolor cutio* (Aragón, Jaén), *repunante* (Galicia, Asturias).
- Dolor suave: *remorcillo* (Albacete).
- Dolor torácico: *pena*, *penita* (Canarias).
- Dolor cervical: *cerviguera* (Asturias).
- Dolorido: *sondoliente* (Segovia).
- Enfermo leve: *con arreglo* (Burgos), *tal cual* (Navarra, Aragón), *jibado* (País Vasco, Navarra).
- Enfermedades pertinaces o recidivantes: *religadas* (Navarra).
- Enfermizo, débil, de salud frágil: *bleda* (La Franja), *falso*, *facha*, *fachudo*, *fallido*, *fallo*, *sencillo*, *no vale nada* (Navarra), *embeleco* (Navarra, Aragón), *vale pocas perras* (Aragón).
- Inútil, inválido: *relocho* (Cantabria).
- Fiebre: *calentó* (La Franja), *encendido en calentura* (Córdoba).
- Escalofrío: *espelitre* (Extremadura), *espeluzno*, *repelú* (Murcia), *pelofrío* (Ciudad Real), *repeluzna*, *repeluznos* (Aragón, Jaén).
- Cansado: *canso* (Navarra, Aragón), *esmaruguido* (Aragón), *cansuto* (Badajoz), *esgualdramillao* (Siberia Extremeña), *esgonzao* (Granada), *lacio* (Sevilla), *desangolío* (Jaén), *desmanglani-lado*, *esmulabao*, *esguarnío* (Andalucía), *estroncao* (Galicia).
- Astenia: *flojina* (Navarra), *mala gana o malas ganas* (Navarra, Aragón).
- Malestar general: *larri* (País Vasco), *mala gana o malas ganas* (Navarra, Aragón), *acelerillo* (Castilla), *fullenca* (Albacete), *cuerpo cortado* (Andalucía), *cuerpo emplomado*, *regomello* (Al-mería), *jacamaco* (Jaén), *maletón* (Granada).

Heridas, traumatismos y efectos adversos

141

- Fracturar un hueso: *esbolillar* (Sevilla), *cascamajar* (Aragón), *malyugar* (Castilla-León).
- Contusión, traumatismo, caída: *batac*, *batacada*, *croc* (La Franja), *bolacha*, *bolachá*, *cambayota*, *mitria*, *payasa* (Cedillo), *morrón* (León), *zamarrazo* (Murcia), *cachada* (Navarra, Murcia), *osma* (Navarra), *chollaza*, *chollazo*, *pastrón*, *tamborinazo*, *torzolada*, *trucazo* (Aragón), *tozolón* (Navarra, Aragón), *cepazo*, *gazpalazo*, *mitra* (Jaén), *pipanazo* (Canarias).
- Hematoma: *brujón* (Navarra, Jaén, Murcia), *negral* (Cedillo).
- Hematoma postraumático en la cabeza: *chirnete* (Aragón), *chichote* (Cedillo).
- Herida: *chauche*, *chanfarrá*, *saja* (Jaén), *chirnetá* (Aragón), *chaflada* (Navarra), *ratàs* (Cataluña), *matadura* (Cedillo).
- Herida en la cabeza: *pitiera* (Cedillo), *piquera* (Castilla, Aragón), *trenque* (Murcia), *cachera* (Navarra), *cuquera* (Aragón).
- Herida tórpida o infectada: *lobera* (Cedillo), *endeñada o endañada* (Murcia).
- Dedos rígidos a causa del frío: *enganchados*, *morros* (Navarra), *engarabitados* (Aragón).
- Sutura imperfecta, cicatriz irregular, queloide: *corcujo* (Sevilla).

La variedad terminológica en España no es la excepción, sino la norma. Donde más variedad encontramos es en la anatomía de aparato locomotor, digestivo, genitourinario y sistema nervioso. En enfermedades, lo más florido está en trastornos mentales, obesidad, digestivo, piel, musculoesquelético, traumatismos, y signos y síntomas mal definidos.

La mayoría de los vocablos de las páginas anteriores no figuran en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua ni en los textos de Medicina, y las que sí se pueden encontrar tienen, casi siempre, significado diferente. Algunos están ya en desuso o su uso es muy marginal, pero se van incorporando palabras nuevas continuamente.

Bibliografía

Anécdotas médicas. Editorial IM&C. Madrid. 1994.

ALVAR Manuel

1991 *El español de las dos orillas*. Editorial MAPFRE S.A.

ARRIBAS Miguel Ángel

1995 *Historia, mito y leyenda del estornudo*. Draft Promoción de Mercados S.A.

Autores varios

1998 *Urgencias: anécdotas y curiosidades*. Grupo Luzán 5, S.A. Madrid.

CECIL

1987 *Tratado de Medicina Interna*. Interamericana.

CELA Camilo José

1982 *Diccionario del Erotismo*. Alianza Editorial.

CELA Camilo José

1971 *Diccionario secreto I y II*. Alianza Editorial.

Centro internacional para la Medicina Familiar. WONCA. CIPSAP-2 Definida. 1986.

CHAMIZO Luis

1971 *El miajón de los castúos*. Espasa-Calpe (Colección Austral).

DE CARPI Y ZAIDÍN Joaquín, DE CARPI Y CASES Joaquín

1981 *El dialecto de Tamarite de Litera*. Excelentísimo Ayuntamiento de Tamarite de Litera.

Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Salvat. 1966.

DUESO José

1995 *Los mil y un nombres del coño*. Ediciones B. Barcelona.

FRONTIÑÁN Ignacio Paricio

1990 *Consultorio médico en Aragón* (Diccionario Terminológico Médico Aragonés). Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza.

Gran Enciclopedia Larousse. Editorial Planeta. 1977.

Gran Diccionario Médico Fher. 1974.

HARRISON

1990. *Principios de Medicina Interna*. Interamericana.

IRIBARREN José María

1997 *Vocabulario Navarro*. Edición de Diario de Navarra.

LEÓN Víctor

Diccionario de argot español. Alianza Editorial.

MARINA José Antonio

1998 *La selva del lenguaje*. Editorial Anagrama, S.A. Barcelona.

Médicos y Enfermos (con perdón). Teborius. Edic. Scriba. 1985.

MOLINER María

1990 *Diccionario de uso del español*. Gredos.

NELSON

1975 *Tratado de Pediatría*. Salvat.

NEVADO LORO Armando

1999 *Diccionario médico popular*. Datagrafic S. L.

ORDÓÑEZ Amalio

1989 *Lenguaje Médico*. Modismos, tópicos y curiosidades. Lab. Funk.

ORDÓÑEZ Amalio

1992 *Lenguaje Médico*. Estudio Sincrónico de una Jerga. Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.

PAYÁN SOTOMAYOR Pedro M.

1997 *El habla de Cádiz*. Quorum Libros Editores.

PUERTAS JIMÉNEZ Domingo y José

Chilluévar y su entorno: apuntes sobre costumbrismo e historia. Instituto de Estudios Jienenses. Jaén, 1991.

RAMALLETE y J. A.

Derecho. Vocabulario de Cedillo. Inédito.

SEVILLA Alberto

1919 *Vocabulario murciano*. Sucesores de Nogués.

TURIEL DE CASTRO Mariano

Antropología y ciencias médicas en la obra de Francisco de Quevedo. SmithKline Beecham. Depósito Legal: M-32.436-1996.

UMBRAL Francisco

1983 *Diccionario Cheli*. Grijalbo.

VILHENA Maria da Conceição

1965 *Falares de Herrera e Cedillo*. Tesis doctoral. Faculdade de Letras, Universidade de Lisboa. Ediciones de la Junta de Extremadura, Gabinete de iniciativas transfronterizas. 2001. (Disponibles en Español y en Portugués).

<http://buscon.rae.es/diccionario/cabecera.htm>

Google. Múltiples búsquedas en diccionarios regionales.

EL FETO AGRESIVO

Parto, formación de la persona y mito–historia en los Andes*

Tristan Platt
University of St Andrews
Escocia

Una amplia gama de lecturas etno-obstétricas de los cuerpos de las mujeres embarazadas sigue orientando las prácticas del parto en todo el mundo¹. Estas lecturas, que se dan en los márgenes del modelo biomédico dominante, representan diferentes perspectivas culturales sobre los procesos fisiológicos, y permiten formas igualmente variadas de atención práctica a las parturientas. Las ideas sobre la gestación, por ejemplo, pueden llevar a las madres a diagnosticar el estado y el sexo de su bebé a partir de sus movimientos, y a las parteras a administrar pociones o intervenir directamente con sus manos para palpar o reposicionar una imagen cultural del feto dentro del cuerpo de la madre. Otras ideas, expresadas mediante el rito y la invocación, pueden indicar un conjunto de correspondencias embutidas que sitúan a la madre como microcosmos en relación a más amplios procesos espacio–temporales de gestación y transformación. Claude Lévi-Strauss² ha sostenido que, entre los Kuna de Panamá, el mito y el canto pueden proporcionar una terapia eficaz a una madre cuyo proceso de parto se encuentra bloqueado, al estimular su imaginación mítica hacia una relación psicosomática con su cuerpo. De esta manera, se rechaza la división mente–cuerpo que está en la base de la obstetricia biomédica. Sheila Kitzinger, quien mantiene que una sociología comparativa del parto requiere un estudio de las relaciones entre los sistemas de significación, el comportamiento social y el estado fisiológico, también aboga por mayores investigaciones sobre las asociaciones que pueden existir “entre los tipos de sostén psicológico, que se dan en distintas sociedades, y la función uterina”³.

La frase “sostén psicológico” debe tomarse en un sentido amplio, en tanto en cuanto las ideas que mueven los cuerpos culturalmente contruidos, también pueden expresar el miedo y la ansiedad de las parturientas sobre el dolor y la mortalidad. Las soluciones etno-obstétricas raras veces intentan justificarse en términos de la “minimización del riesgo”, tal cómo se plantea por la obstetricia biomédica. Más bien se enfatiza la inevitable proximidad entre la vida y la muerte⁴. En los Andes, esto puede conducir a un énfasis sobre las características agresivas y peligrosas del feto, con el que la mujer debe luchar, a riesgo de su vida, para poder expulsarlo durante el parto. Al mismo tiempo, el nacimiento del individuo se relaciona con un cataclismo mito–histórico que habría estado en los orígenes de la misma sociedad. Las almas ancestrales pre-cristianas son pensados como pequeños “diablos” gentiles, que moran dentro de la tierra (*ukhu pacha*) y deben entrar en los vientres de las mujeres para dar vida y energía a los embriones humanos en gestación. De tal modo que los antepasados paganos se reencarnan como bebés cristianos, proceso que se percibe como análogo a la conversión religiosa de la sociedad andina en el siglo XVI. La gestación del feto adquiere, de esta manera, asociaciones cósmicas. ¿Por qué este paralelismo entre los procesos mito–históricos e individuales de gestación, transformación y re-nacimiento? ¿entre la dinámica de las épocas históricas y la producción cotidiana de nuevas personas?

Las aproximaciones antropológicas a menudo consideran el parto como un elemento dentro de la reproducción biológica y social de una sociedad situada en algún presente etnográfico. Sin embar-

go, allí donde las grandes transiciones históricas se sacralizan mediante la conversión religiosa, la memoria de esta transición puede servir para conceptualizar el nacimiento de las personas. Así, Altan Gokalp ha mostrado como, en Anatolia, la dualidad de la pareja primordial, compuesta de un dios celeste y una diosa placentaria, ésta última vista como el origen de las almas de los niños no-nacidos, con la llegada del Islam fue reemplazada por un único dios celeste identificado con Alá. Al mismo tiempo, la diosa placentaria se transformó en una demonio agresiva, que atacaba a las mujeres parturientas y a sus bebés. El equilibrio genérico se convirtió en antagonismo, y la fuente femenina de la vida en fuente de agresión demoníaca, siguiendo la instalación de la teología patriarcal islámica. Gokalp interpreta este cambio histórico al referirse a una visión pre-islámica del feto como vinculado a la placenta más que a la madre, formando una pareja ambivalente incrustada dentro del vientre⁵.

La misma analogía entre el parto humano y una transición mito-histórica se da en los Andes. Según un mito ampliamente difundido, el tránsito desde la edad de los antepasados lunares o Chullpa a la edad del Sol inka y cristiano⁶ fue un acontecimiento traumático en cuanto que el Sol naciente diseccó a los antepasados, convirtiéndolos en momias, y sus casas en las tumbas funerarias que aún se agrupan en diferentes partes del paisaje altoandino⁷. Los únicos Chullpa que escaparon los rayos ardientes del Sol fueron aquéllos que vivían al lado de los ríos y lagos, en los cuales se hundieron para convertirse en los actuales Uru-Chipaya, o “gente del agua”⁸. Pero los antepasados chullpa conservan su posición como antepasados de los indios actuales, a través de la creencia de que sus almas paganas se reencarnan dentro del vientre de cada madre india, para transformarse en cristianos mediante ritos post-natales de separación y bautismo. Esta transformación, que repite a nivel de cada individuo la conversión solar-cristiana de las sociedades andinas, tiene importantes consecuencias para la construcción de la persona entre los indios *originarios*. Como veremos, significa que cada persona india sigue construyéndose, individualmente, como un *cristiano nuevo*.

La oposición entre nuevos y viejos cristianos es fundamental para comprender las ideas de pureza de sangre y contaminación en las que se basó la sociedad estamental hispánica. Los cristianos viejos fundamentaron sus pretensiones a la nobleza y a los privilegios en la descendencia de sangre y en la residencia en el norte cristiano viejo de la Península. Esto les permitió proyectarse como herederos legítimos de la cristiandad pre-musulmana de romanos y visigodos, y como quienes habían expulsado heroicamente a los musulmanes tras quinientos años de reconquista. Los cristianos nuevos, por otra parte, como los marranos y los moriscos, vivían bajo la continua sospecha de herejía por parte de la Inquisición⁹. Sin embargo, en la América colonial - como tantas otras veces - las cosas podían invertirse. Los nuevos cristianos andinos, por ejemplo, podían pretender ser *más* cristianos que los cristianos viejos españoles, cuya opresión tiránica algunos (como es el caso de Waman Puma) denunciaron incluso como *no* cristiana¹⁰. Al mismo tiempo, la conexión con el pasado gentil fue necesaria tanto como punto de referencia frente al cual medir la violencia colonial española¹¹, como para constituir la categoría fiscal colonial de indio originario. Para los indígenas, la conversión de un estado anterior de gentilidad fue un requisito para mantener sus derechos a la tierra bajo el gobierno español. Por lo tanto, el problema para los nativos andinos fue cómo compatibilizar la autoctonía, que necesariamente implicaba la descendencia substantiva desde los paganos, con su “re-nacimiento” como conversos andino-cristianos. Parte de la solución parece haber consistido en *repetir* el proceso de conversión con cada nuevo nacimiento. De este modo, podían afirmar una continuidad esencial con los paganos muertos, al mismo tiempo que reafirmaban su transformación histórica en nuevos cristianos. Tal solución trasciende la simple oposición entre “esencialismo” e “hibridismo” que, últimamente, ha provocado mucho debate, al representar a la persona india como, a la vez, esencial e históricamente transformada¹².

En este artículo, examinaré la *periodización* de la gestación y el parto en Macha, un gran ayllu de quechua-hablantes en el Norte de Potosí (provincia de Chayanta, Departamento de Potosí, Bolivia). Voy a considerar las ideas y las prácticas en torno a la concepción y embarazo, para después analizar los ritos de separación que marcan la entrada de cada bebé al reino de la cristiandad solar. La emergencia dolorosa de cada persona en la sociedad macha, mediante las acciones de la madre, del feto y de los asis-

tentes al parto, aparecerá como la repetición en microcosmos de la transformación solar-cristiana de la sociedad pagana, ambas situadas dentro del fresco escatológico de la cristiandad misionera. Al mismo tiempo, el feto aparecerá como una entidad voraz, que absorbe sangre hasta poner en peligro la vida de su madre, quien debe librar una esforzada lucha para salvarse de esta amenaza mortal. Terminaré con algunos comentarios sobre la relación entre la persona y la conversión en las sociedades sujetas al proselitismo violento, y la relevancia de una “historia de los acontecimientos” para los debates actuales sobre las políticas de salud reproductiva.

Embarazo, enfermedad y muerte

El siguiente análisis se basa en veinticinco entrevistas extensas, realizadas en quechua en 1994-95, con madres y padres de diferentes edades, y con parteros y parteras, todos ellos residentes en la región de la baja puna (c.3800 msnm) del territorio de los Macha¹³. En el siglo XVI, los Macha eran el gran ayllu dominante dentro de la federación aymara y provincia inka de Qaraqara. Hoy, después de cuatrocientos cincuenta años de persistencia empedernida¹⁴, las más recientes fuerzas de la modernización han debilitado, dividido y, en parte, disuelto la organización de esta sociedad dual, que abarca desde la puna alta y fría hasta los valles calientes, y que encontré ya fracturada y marginada durante mi primer trabajo de campo (1970-71). Sin embargo, los campesinos de Macha se han adaptado y apropiado de la modernidad mercantil cristiana desde sus inicios, en el siglo XVI, en función del desarrollo de las minas de plata de Porco y Potosí. Así pues, los procedimientos y las creencias que voy a describir deben entenderse como el fruto de un proceso secular de ajuste reflexivo, auto-modernización activa e intervención política. De hecho, algunas entrevistas muestran nuevos esfuerzos por negociar y acomodarse en relación a las actuales políticas de salud reproductiva, que emanan de los puestos médicos locales y de los hospitales. Estas políticas están transformando prácticas específicas sin disolver, hasta ahora, ciertas premisas básicas de las aproximaciones macha al parto, premisas que el siguiente análisis intentará poner de manifiesto.

El proyecto más amplio, en el que se enmarcó esta investigación, enfatizaba los peligros que afectan a las madres, y sólo secundariamente la perspectiva del bebé¹⁵. Pensamos que las políticas de salud reproductiva han desplazado la atención prioritaria desde la madre hacia el bebé, de una manera a menudo perjudicial para las mujeres. Esta opinión fue compartida por nuestros informantes: la muerte de un bebé es motivo de lágrimas y lamentaciones, pero no tiene ni remotamente el significado traumático de la muerte de la madre, quien normalmente es un miembro en plenas funciones dentro de la sociedad local. De ahí que nuestra investigación tuviera una dimensión aplicada: la reducción de la mortalidad materna, y esto condujo a un énfasis sobre las ideas y prácticas referentes a la enfermedad perinatal y la muerte.

Un problema relacionado con esta preocupación fue hasta dónde era lícito decir que cada mujer ejercía una *agencia* en el manejo de su propio parto. Los enfoques estadísticos y de reducción de riesgos han conducido a una situación donde ha llegado a ser muy difícil, en la bio-medicina metropolitana, reconocer un parto “normal”, salvo retrospectivamente. Esto se vincula con el desarrollo de la obstetricia médica y la hospitalización del acto de parir en las sociedades noratlánticas¹⁶, y nos condujo a preguntarnos qué podría considerarse un parto “normal” en Macha. Encontramos que éste era un parto doméstico, donde la madre era atendida, principalmente, por su marido e hijos: los mas jóvenes apartados para que no se asustasen por los gritos de la madre, y los mayores haciendo hervir agua, preparando infusiones y buscando utensilios. Un parto “normal” es, pues, un asunto doméstico, íntimo, que concierne sobre todo a la unidad familiar en la cual está naciendo el bebé. Una pareja poco experimentada puede pedir ayuda, sobre todo para su primer hijo, a la madre del marido¹⁷, o a otra mujer local con experiencia, que resida cerca de la estancia de la parturienta. En el caso de complicaciones, se buscará la ayuda de una partera especializada, que puede venir desde más lejos¹⁸. Además, la compañía de

hombres, que mascan coca mientras vigilan, también tranquiliza a la madre y la protege de los duendes predatorios (*q'ara wawas*: “bebés desnudos”), considerados una grave amenaza para la vida de las parturientas. En un caso nos informaron de un parto especialmente difícil, que fue acompañado por toda la comunidad reunida. Pero sólo el fracaso de todos los otros recursos conducirían a que las parejas buscaran la ayuda de un sanitario del puesto médico local. Más aún, los grandes hospitales son muy temidos y evitados, como lugares siniestros donde las mujeres son “descuartizadas”¹⁹.

Fueron seis las causas principales de mortalidad materna que se enfatizaron por los informantes: 1. Mala posición del bebé (*wawa trankasqa*); 2. Retención de la placenta (*paris trankasqa*); 3. Inversión del útero (*iwakusyín*); 4. Ataque por duendes comedores de sangre (*sajt'ay*, o *sarchuwaqay*²⁰); 5. Hemorragia post-parto (*yawar apay*); 6. Complicación post-parto (*rekayra*).

El segundo y el tercero de estos peligros están relacionados. La inversión del útero²¹ se vincula con la retención de la placenta, o sea, con el mal manejo de lo que la obstetricia noratlántica llama la “tercera etapa” del parto²². El cuarto y el quinto también están asociados, porque se considera que los abortos y las placentas no-bautizados se vuelven duendes, si no han sido enterrados o quemados cristianamente. Asociados con la pérdida de sangre post-parto (*yawar apay*), estos duendes comen la sangre de las madres parturientas. Sin embargo, hay problemas con la definición de hemorragia, porque la gente reconoce que la cantidad de sangre perdida puede variar mucho de una madre a otra: “nuestros adentros son de toda clase” (*imaymana ukhuyuj kanchis*)²³. Veremos que el complejo mundo imaginario de los duendes llega mucho más allá de la situación inmediata del parto, alcanzando las profundidades de la tierra, y muy atrás en el tiempo, hacia el pasado colectivo. La sexta causa se refiere a peligros similares, que siguen asediando a la madre después del parto.

Muchos peligros se originan en la naturaleza peculiarmente voraz que se atribuye al feto andino, y los peligros asociados de la placenta. El “feto agresivo” es una fuente de dolor, peligro y, a veces, muerte para su madre. Como ya he sugerido, no estaría demás hablar de la madre como si estuviese poseída por un pequeño “diablo” (Que. *dyawlu*), que debe exorcizarse “trayéndolo a la luz” (*paqarichiy*) o “vomitándolo” (*wijch'uy*) para “librarse” o “salvarse” (*liwrakuy*, *salwakuy*). Con el apoyo de los que la rodean, ella lucha por separarse de la criatura golosa y comedora de sangre que, junto con la placenta, se ha incrustado dentro de su vientre. Un largo proceso de desequilibrio interno se desarrolla con el aumento del calor y el estancamiento de la sangre, con los que se va “hilando” el cuerpo del bebé (una metáfora significativa, a la cual volveremos). Los retorcimientos violentos del útero deben llevarse a un punto culminante, si va a surgir la nueva vida de entre las garras de la muerte. ¿Por qué este énfasis en la agresión y voracidad del feto? ¿Cómo se entiende el desarrollo fetal, y cómo afecta este entendimiento al tratamiento del niño recién nacido?

La noción del parto como la batalla de la mujer por la vida es bien conocida entre las civilizaciones amerindias. Entre los Nawa del México Central, por ejemplo, las mujeres que morían, heroicamente, en el parto se comparaban a los hombres heroicos que morían en la batalla. Los guerreros muertos acompañaban al Sol desde el horizonte de la madrugada hasta el zénit, y desde allí era acompañado hasta el ocaso por las mujeres que habían muerto en el parto²⁴. En los Andes, puede observarse una complementariedad similar. En las batallas sobre los linderos, los protagonistas son hombres, mientras que las mujeres se reúnen detrás de las líneas de la batalla, cantando y bailando para animar a sus guerreros, y preparando la comida para su retorno. Durante el parto, sin embargo, los papeles se invierten. La mujer se convierte en la protagonista de una batalla para expulsar el feto agresivo, y su marido debe adoptar un papel de apoyo, cuidado y comprensión (aunque en la práctica esto depende mucho de las relaciones entre la pareja). Tanto en las batallas sobre los linderos, como en las del parto, se derrama la sangre sobre la tierra, y es devorada por las fuentes ctónicas del poder.

Las mujeres embarazadas son consideradas “no sanas” (*mana sanuchu*) o “enfermas” (*unqusqa*). La raíz *unqu-* significa desequilibrio corporal, y los extremos de calor o frío a veces se contrarrestan con medicinas del carácter opuesto para restaurar el balance humoral. Con el embarazo, sin embargo, el proceso de calentamiento se acentúa, porque sólo puede expulsarse el “bulto” de su cuerpo si se

lleva el calor corporal de la mujer a un estado polarizado de fiebre. *Unquy* se refiere, entonces, tanto al embarazo como al mismo parto. De ahí que se diga que una mujer embarazada (*unqusqa*, “enferma”), que experimenta demora o dificultad para iniciar el parto, es “incapaz de enfermarse” (*mana unqúy atinchu*), y una falsa alarma se considera una situación donde la mujer “solo se pone bien otra vez” (*thá-nirapullantaj*). Las parteras, tanto hombres como mujeres, son aquéllas que saben “hacer que la mujer se enferme” [es decir, “que se ponga desequilibrada”] (*unquchij*), ayudando de esta manera a llevar el trabajo del parto a un climax exitoso.

Ideas sobre la concepción

Varios discursos se combinan para expresar el embarazo y el parto, cuyo examen nos proporciona una ventana sobre la manera de imaginar y concebir el desarrollo fetal en Macha. Como comúnmente sucede en los Andes²⁵, la fertilización se considera más probable durante la menstruación. La sangre menstrual es una parte principal de la contribución de la mujer a la sustancia fetal, y se dice que el feto es como una planta (*sach'a*), y como tal necesita humedad para crecer. La idea de una planta que crece en el campo uterino de la mujer es una noción difundida por todo el mundo²⁶. Esta idea también se invoca cuando las mujeres de Macha dicen que la fertilidad individual de cada una está vinculada con una *wirjina* (del castellano “virgen”), que patrocina y vive en la tierra de un campo cercano, cuyo nombre secreto sólo ella sabe, y a quien ofrece libaciones²⁷.

El lenguaje de la sangre impregna todo el proceso de gestación y del parto. Para los Andes, se ha sostenido que sólo la mujer aporta sangre, mientras que el hombre da el espíritu o soplo²⁸. Esta idea aristotélica se contrapesa en Macha por la distinción entre dos clases de sangre, la roja y la blanca. Se dice que, como la mujer, el hombre también tiene un útero (*makri*; del castellano *madre*), que es la sede de su semilla (*muju*); la infertilidad puede reflejar un fallo en el “aparato” reproductivo de cualquier miembro de la pareja²⁹. El semen del hombre se considera una forma complementaria de sangre, que se combina con la sangre menstrual en el momento de la concepción. Se dice que la pérdida de sangre al final del embarazo conlleva la expulsión de sangre roja y blanca, y los grumos de sangre que se expulsan son considerados tanto masculinos como femeninos (*grumos grumas*, como lo expresaba un hombre). La idea de un útero masculino tiene ciertos ecos de la covada (trabajo de parto masculino), a los cuales volveremos.

La menstruación es considerada también fértil debido a su asociación con el ciclo lunar. La luna, que – como hemos visto – existía antes de la salida del Sol, durante el tiempo abundantemente fértil de los Chullpa ancestrales, influye en el cuerpo de la mujer durante todo el embarazo, y el período de las lunas viejas y nuevas (*wañu* y *urt'a*) se considera como un período de fertilidad extrema o excesiva, porque se dice que en aquél momento el Sol está “cubriendo” (teniendo relaciones sexuales con) la luna. A veces se ven los Chullpa caminando por los campos bajo la luz de la luna, como pequeños viejitos barbudos. Veremos que lo mismo sucede con la placenta y con los fetos abortados después de tres meses de embarazo, si se entierran sin ser bautizados cristianamente.

Otro discurso utilizado para expresar la concepción es el del ordeño: la mujer “ordeña las ovejas” (*uwijamanta lichí ch'awanchis*) y echa el cuajo dentro de la leche para producir el queso. La idea parece ser la de “ordeñar” el pene para que la semilla cuaje en el vientre de la mujer, y produzca un feto. Una sacudida de la fuente de leche produce una división en el queso, justo como el rayo que, si asusta a la mujer embarazada, puede producir un labio leporino o la división del feto en mellizos³⁰. Se insinúa la idea de que la gota seminal de sangre “blanca” produce la coagulación de la sangre menstrual “roja” de la mujer. La imagen del ordeño también refleja la participación activa de la mujer en el acto sexual, sin que esté pasivamente “receptiva” ante la penetración del hombre.

Como puede suponerse, entre las comunidades mineras de Potosí también se encuentran imágenes conexas con la minería y la metalurgia. La eyaculación del macho en el vientre puede compararse

se con el acto de echar metal derretido en un crisol o molde³¹. En el siglo XIX, un tipo especial de greda pegajosa, llamada *linki*, se utilizaba en la Casa de la Moneda de Potosí para cubrir el punto del tubo de hierro de la fragua que se inserta en el horno, donde se funde la plata, para evitar que se funda con el crisol³². En Macha, *linki* es también el nombre de la grasa viscosa que cubre al bebé recién nacido. Un pellizco de este *linki*, sacado de los sobacos del bebé, se da a los que sufren la enfermedad de pérdida de grasa (siendo ésta una expresión elemental de la vida en los Andes), que se produce tras el asalto de unos seres vampirescos, muy temidos, que se conocen como *llik'ichiris*. Éstos pueden asumir la apariencia de prósperos y hospitalarios dueños de casa, que viven lejos de la comunidad de la víctima, y reciben a los viajeros incautos con muestras de generosidad. Después de dejarles dormir, insertan en su cuerpo un tubo, que se dice que les ha brindado el sacerdote, y extraen su grasa vital. Antes, esta grasa robada era utilizada por el sacerdote para hacer las velas de las iglesias; hoy, se envía a los Estados Unidos para lubricar la maquinaria que produce las monedas³³. Ambas versiones pueden verse como metáforas de tipos sucesivos de explotación económica. Pero el *linki* de los recién nacidos parece más bien lubricar la salida resbalosa del bebé, asegurando que no se “pegue” a las paredes del útero. Tal greda retiene, pues, su asociación andina y/o bíblica con la creación de la vida. También se utiliza *linki* para modelar las figuras de los diablos fálicos o *tíos*, que son expresiones de energía vital que pueblan las minas y proveen al minero de mineral³⁴. Así, el *linki* se asocia con lubricación, fertilidad y fluido seminal, y su presencia viscosa, al cubrir al bebé emergente, también refleja la equivalencia percibida entre el pene y el bebé: uno entra y el otro sale. De ahí que un hombre jocosamente comparó la vagina, que envuelve al pene, con la faja utilizada para envolver al bebé recién nacido. Este aspecto fálico del feto nos recuerda la estrecha relación entre el pequeño “diablo” fetal y los “diablos” subterráneos de las minas.

Otro discurso muy poderoso sobre la gestación fetal y el parto se relaciona con la actividad de hilar y tejer, como podía esperarse de una civilización donde el tejido de fibras animales o vegetales se ha valorado tradicionalmente por encima de todos los demás materiales artísticos. La misma sangre, se dice, se convierte en grumos al torcerse como lana hilada; el bebé se forma de los hilos de sangre que se van aglutinando dentro de los tejidos carnosos del vientre materno³⁵. Los grumos de sangre que salen durante el parto se asemejan a “pelotas de lana” (*murqu'u*); la vagina, como acabamos de ver, puede compararse con un textil que envuelve al pene, y se dice que la misma faja usada para envolver al bebé contiene tantos hilos como el número de hijos que la mujer va a tener³⁶. Finalmente, todo el vientre se “tuerce” (*khiwiy*) mientras se contrae durante el parto, y los masajes que se aplican para reposicionar a un feto también requieren movimientos de torcer con las manos, que se comparan con el acto de torcer la lana para formar el hilo “como cuando uno está hilando”³⁷.

Pero sólo puede crearse un marco viable para la formación de la nueva persona si los grumos de sangre se ponen en movimiento por la introducción de una chispa vital. Ahora bien, la capacidad de la mujer para concebir se asocia también con su piedra local de fertilidad o *kamiri*. En nuestra región de estudio, ésta era un peñasco cercano, con forma humana, también llamada una *huaca* hembra³⁸. Algunos *kamiris* se asocian con animales – un perro, por ejemplo, significa partos frecuentes y fáciles³⁹. Los informantes también asociaron el *kamiri* con características físicas y morales, las cuales son transmitidas a la mujer y a su bebé⁴⁰.

La palabra *kamiri* proviene de la raíz quechua *kama-*, modificada por el nominalizador *ayma-ra -iri*: significa “infundidor de la vida”, y fue adoptada en 1583 por el III Concilio de Lima para traducir la idea judeo-cristiana de un Dios “Creador”. Sin embargo, la filología moderna la interpreta más bien como el acto de infundir vida en arquetipos inertes⁴¹, y el principio vital es el mismo para todas las formas de la vida orgánica⁴². De ahí que la piedra *kamiri* sea una fuente de energía ctónica vital, que entra en el vientre de la mujer y pone en movimiento las sangres aportadas por ambos padres para formar grumos vivientes. El paralelo con las piedras de la fertilidad europeas es evidente, aunque no he escuchado que las mujeres se deslicen por las piedras para frotar con sus vulvas esta fuente lítica de impregnación, como ocurrió en partes de Europa hasta épocas recientes⁴³.

La vida, desde esta perspectiva, nace de las profundidades de la tierra, entre los “diablos” machos y hembras del deseo y poder genésico⁴⁴, y se introduce en el vientre de la mujer a través de las piedras de la fertilidad. Además, la palabra *supay*, propuesta por el III Concilio de Lima para traducir la idea cristiana de “diablo”, tiene de hecho el significado subyacente de “alma” de un antepasado⁴⁵. Tales traducciones imprecisas han contribuido mucho a la forma idiosincrásica de cristianismo que se ha desarrollado en los Andes. Podemos concluir, entonces, que la chispa vital del feto recién formado es un alma ancestral, que se transmite como la emanación de una piedra sagrada *kamiri*, y después se reencarna en un nuevo marco de sangre, que se forma dentro del vientre después de cuajar el grumo inicial mediante la introducción de la semilla del hombre (sangre blanca) en la sangre menstrual femenina.

Señales del embarazo: el feto a los tres meses

Sigamos ahora el proceso de gestación, para comprender cómo esta pequeña forma “diabólica” se desarrolla hasta alcanzar el momento de su expulsión. La primera señal del embarazo es la interrupción del ciclo menstrual, que se piensa como el bloqueo de la libre circulación de la sangre en el cuerpo de la mujer. Los que saben “leer” el pulso (*llankhiris*) “miran” o “leen” la sangre de la madre; dicen poder “escuchar” su voz a través de las yemas de sus dedos. Al iniciarse el embarazo, esta voz es lenta y estancada (*lat’u*), e indica la formación de los grumos en medio de un calor creciente. Esto se acompaña con la aparición de pecas negras (*mirkha*) en la cara de la mujer, vómitos (*wijch’uy*), y los antojos (*mullphi*) por ciertas comidas, especialmente lo que comen los demás. En Macha, tales antojos parecen reflejar la voracidad del feto adentro, y pueden dejar huellas sobre los hijos; si son muy intensos, incluso pueden dar lugar al malparto. Por ejemplo, nos contaron de un joven que había nacido a los siete meses, después de que su madre sintiera un antojo intenso por la oca (tubérculo andino); sus ojos desarrollaron más tarde el color pardo de la oca⁴⁶.

Los ojos de la madre también cambian, como se sabe en todo el mundo; pero los ojos de las mujeres andinas cambian de un modo especial. El blanco, se dice, crece hasta ser más visible que el iris, formando un contraste que se conoce como “ojos partidos” (*allqa ñawi*). Ahora bien, el concepto de *allqa* se refiere a la relación mutuamente excluyente entre los opuestos, tales como el blanco y el negro, la noche y el día, el hombre y la mujer, etc.⁴⁷ Conlleva la idea de contradicción o divergencia dinámica de una frontera impermeable, sea ésta espacial o temporal, pero *no* la de convergencia o unión complementaria⁴⁸. En las oraciones quechuas del siglo XVI, la divinidad andrógina Wiraqucha, quien infundió la vida a los arquetipos de todas las cosas vivientes (*kamay*; de ahí que también se le conozca como *Pachakamaq*, “animador del mundo”), era invocado por los devotos “con ojos *allqa*”, es decir, “animados”, inspirados o poseídos por la divinidad⁴⁹.

Allqa también se asocia, tanto con la transformación del tiempo histórico, cuando un período da lugar al siguiente (que emerge *separándose* de su predecesor), como con el nacimiento de un nuevo ser humano, que emerge como una entidad que *se separa* de su madre⁵⁰. Al nivel mito-histórico, este proceso se considera a menudo como una inversión cósmica entre los mundos de afuera y de adentro (*pachakuti*), en cuanto que el nuevo período nace del “mundo interior” (*ukhupacha*). Así, el nacimiento de la nueva vida desde la oscuridad interna del vientre se presenta como paralelo con la emergencia de una nueva época desde la oscuridad interna de una época anterior. Veremos que el simbolismo del contraste entre blanco y negro también se invoca después del nacimiento, para expresar y realizar la separación ritual de la madre y su crío.

A los tres meses, el feto ya muestra su naturaleza. Primero, la madre piensa poder adivinar su sexo interpretando las sensaciones que se producen en ella por sus movimientos. Un macho se mueve “aquí y allá, como un pescadito” (*challwa*)⁵¹, “que juega en nuestros estómagos”; mientras que la hembra se mueve más suavemente “como una nube apartándose” (*phuyu*), o como las olitas en la orilla de un lago; porque las hembras no se solidifican tan completamente como los machos⁵². Así, el feto del ma-

cho se mueve como un pescadito plateado que se tuerce en un lago rojo de sangre femenina. Durante el embarazo la construcción social del género surge, por lo tanto, de la lectura que da la madre de sus propias sensaciones, que se interpretan como las señales de un comportamiento genérico incipiente. En otras palabras, ella misma construye (*performs*) el comportamiento genérico que se esperará del niño después de nacer, pretendiendo reconocerlo como un mensaje que emana de los movimientos espontáneos del feto⁵³. Luego, la dualidad genérica se construye como si fuera esencial, o sea, como algo inherente a las diferencias de desarrollo entre los fetos machos y hembras.

Mas aún, se dice que tales diferencias pueden observarse concretamente en el caso de los fetos abortados a los tres meses. Hay abortos que se llevan a cabo secretamente por las jóvenes solteras, en las quebradas que marcan los límites de la comunidad, donde los fetos pueden enterrarse sin bautizar, sin sal y sin nombre. La hembra, se dice, emerge en grumos de sangre (*qulu*) que todavía no se han solidificado, mientras que el macho aparece a los tres meses como “todo un hombrecito” (*qharisitutapuni*). La atmósfera de proscripción legal y vigilancia policial, que rodea el aborto en la Bolivia rural, la convierte en un área especialmente sensible para la investigación⁵⁴. Sin embargo, la gente se asusta mortalmente de estos “bichos” pequeños, que se conocen como *q’ara wawas* (“bebés desnudos”), *q’ara uñas* (“críos desnudos” – *uña* se usa comúnmente para designar a las crías de los animales) o *duendes*. Siguen creciendo en sus tumbas inquietas y salen en la noche, sobre todo en el período entre la luna llena y la nueva, momento en el que pueden verse bailando juntos, emitiendo una luz fantasmal (de ahí que también se les llame *nina k’ara*, “fuego pulsante”). Se sienten atraídos por los niños pequeños, con quienes juegan, y pueden comerlos si no se les ahuyenta con un rosario o un pedazo de hierro. Les crecen las barbas, y se comportan de manera muy parecida a los Chullpa, hacia quienes parecen ir revirtiendo, lentamente, en una inversión extraña de la dirección del tiempo.

Algunos (siempre “otros”, nunca los del grupo del informante) conservan y disecan estos fetos, ofreciéndoles comidas rituales para adquirir riquezas y prosperidad. Incluso se los puede ofrecer al gran cerro hambriento de Tankatanka⁵⁵, en las fronteras de la puna de Macha con el departamento de Oruro. Este cerro se dice que toma la forma de una serpiente barbuda; la misma serpiente parece personificar el carácter fálico de los fetos, a la vez peligrosos y fértiles⁵⁶. No nos sorprende que los principales devotos de Tankatanka sean – en opinión de los indios – la población mestiza en ascenso de los pueblos rurales, que a veces caen bajo la sospecha de tener tendencias satánicas poco escrupulosas, como una manera de explicar su mayor riqueza mercantil.

Los fetos abortados son furiosos y vengativos, porque se les ha expulsado de su cómoda morada dentro del vientre, donde podían comer sangre materna en abundancia. Ansiosos por recuperar la nutrición perdida, salen a vagar en la noche, olfateando el lugar donde puede estar dando a luz una mujer, sobre todo si el parto va acompañado por una abundante pérdida de sangre. Visitan la casa, y empiezan a comer la sangre con la mirada de sus grandes ojos fetales⁵⁷ (¿una inversión mortífera de los “ojos partidos” de la embarazada?), antes de entrar por su vagina para abrirse camino hacia arriba; si llegan a su corazón (*kurasun*), la mujer muere. La madre es particularmente vulnerable si está sola y soñolienta⁵⁸; despierta con violentos dolores de estómago que le hacen crujir los dientes, mientras que los duendes “matan en la sangre” (*yawarpi wañuchin*). Pero se les puede mantener alejados con la presencia tranquilizante de varios hombres mascando coca y vigilando, y con el ordenamiento de elementos simbólicos en el umbral de la puerta: semillas de quinoa (que representan a mucha gente)⁵⁹, un peine (*ñajcha*, que representa el monte espinoso, que no puede pasarse por los duendes), un espejo (que representa un “peñasco resbaloso”, *llusk’a qaqa*), o un látigo de piel de vaca (*lasu*, que inspira el miedo de los cuernos de la vaca).

La creencia en los *q’ara wawa* muestra claramente el carácter “diabólico” que se atribuye a los fetos. En la España del siglo XVI, los duendes fueron considerados los “ángeles caídos” que ocupaban las cavernas y los pozos y estaban a cargo de las minas y de la riqueza mineral⁶⁰. Una creencia similar en los duendes mineros existía en muchas otras partes de Europa⁶¹. En los Andes, también se considera a los “diablos” como los dueños de la riqueza mineral. El aborto del feto revela, pues, su verdadera natu-

raleza como la reencarnación de un alma muerta pagana – de hecho, los seres peligrosos que cometen el *sajt'ay* o *sarchuwaqay* se llaman a veces explícitamente *almas* (aquí la palabra castellana ha reemplazado la voz quechua *supay*). Se reconocen claramente los riesgos de soltar del vientre a este feto diabólico antes de tiempo⁶². Su hambre es similar a la hambre de las huacas ancestrales andinas y a la de los modernos diablos mineros que, si se les priva de sus ofrendas acostumbradas, “comen” – o sea, drenan de sustancia vital – a los que han fallado en su deber de alimentarles. Igualmente, el feto abortado intenta ser el caníbal de las parturientas, mientras revierte inexorablemente a su condición originaria de Chullpa ancestral. Solo si el feto puede seguir comiendo sangre dentro del vientre, puede el alma hambrienta del antepasado crecer hasta renacer, con la posibilidad de la conversión post-natal en un pequeño cristiano viviente.

La naturaleza agresiva del feto queda así manifiesta. El proceso de gestación se caracteriza por la absorción hambrienta de la sangre de la madre, mientras sigue creciendo en tamaño y fuerzas, llevándola al borde de la muerte antes de que, finalmente, ella pueda expulsarlo en un paroxismo de calor y contorsión. Esta peligrosa lucha entre su maternidad y el feto es su mayor lucha. La voracidad del feto sólo puede ser domesticada y socializada después de realizarse ciertos ritos de separación de la madre, que se llevan a cabo antes de que se le dé el pecho, y se le bautize con un nombre como un miembro individualizado de la sociedad cristiana andina. Pasaré ahora a considerar estos ritos de separación.

Conociendo el momento

Los exámenes prenatales se llevan a cabo por un masajista (*qaquri*), que también puede ser una partera (*unquchij*) o leedor de pulsos (*llankhiri*). En este momento, el lenguaje de la sangre se escucha de nuevo. En quechua, casi cualquier proceso puede representarse fonémicamente⁶³, aunque el movimiento de la sangre conlleva tal confusión de los sentidos que las sensaciones y los ruidos llegan a ser casi indiferenciables. La onomatopoeia quechua nos permite escuchar las palabras dichas por la sangre. Un embarazo sano, que llega a su fin, es indicado por un pulso que dice ¡*phuj!* ¡*phuj!* – el mismo sonido que hacen tanto la chicha (cerveza de maíz) en fermentación (con la cual se compara el líquido amniótico), como la sopa espesa calentada con tres piedras, llamada *qalapari* (o *qalapurqa*), que era una de las comidas preferidas de los Chullpa. El parto inminente se oye como ¡*thum!* ¡*thum!*; mientras un vacilante y delicado ¡*t'uij!* ¡*t'uij!* dice al leedor de pulsos que el parto está aún lejos.

La posición del bebé se revisa con un masaje suave, que ya se habrá hecho por la propia mujer y su marido. En caso de mala posición, la partera, hombre o mujer, puede a veces enderezar al bebé⁶⁴. Untando sus manos con greda, coca mascada y mezclada con nuez moscada, o con *khuru* (una raíz aromática), la partera masajea, suave pero firmemente, con el movimiento de hilar ya mencionado: ambas manos frotan en sentidos inversos en torno al ombligo axial. Si la cabeza debe dirigirse hacia el cuello del útero (*trichu*; del castellano “trecho”), se usa un movimiento convergente, desde las costillas hacia el cuello debajo del ombligo, que se toma como el centro del cuerpo. Alternativamente, la mujer puede ser colocada en un poncho, que se sacude y se tira con movimientos precisos, e incluso puede ser lanzada al aire tres veces por dos o cuatro hombres, que agarran las esquinas del poncho (Que. *thalay*; en castellano “mantear”)⁶⁵. También se le puede “hacer bailar” (*tusuchiy*), saltando, bajo la dirección de la partera, para reposicionar el “bulto” (*wultu*) pesado en su interior.

Si bien se supone que el momento más probable para el inicio del parto se da entre la luna llena y la nueva, existe, sin embargo, algún desacuerdo sobre el número de meses del embarazo. Las niñas se supone que requieren menos tiempo que los niños, quienes deben hacer cuajar más sustancia muscular y huesuda. De ahí que las niñas puedan nacer a los ocho meses y los niños a los nueve o incluso diez, aunque hay incertidumbre sobre qué calendario debe usarse. Una pareja dijo que contaban el tiempo en semanas de ocho días (de lunes a lunes, martes a martes, etc.), que daría un “mes” de cuatro semanas largas y de 32 días. En general, se esperan variaciones debido a la diversidad de “nuestros aden-

tros”, rechazándose nuevamente los intentos biomédicos (y, en este caso, bíblicos) de producir un modelo estandarizado del cuerpo femenino.

Vomitando el feto

Cuando “estallan las copas”⁶⁶, y la sagrada “chicha” (el líquido amniótico) cae al suelo, la mujer se viste con un viejo vestido y se peina cuidadosamente mientras yace, esperando, con un fajín (*wu-fanta*) (tal como se lleva por los guerreros en las batallas) enrollado a la cintura⁶⁷, que se apretará inmediatamente después del parto para evitar que la placenta la asfixie al “flotar” (*phaway*) hacia arriba dentro de su cuerpo, buscando al bebé.

Tanto en las consultas pre-natales como durante el propio parto, la situación de la mujer se relaciona ritualmente con su contexto cósmico más amplio. Se echan las libaciones en las esquinas de la casa, y para las *glorias* (o rayos). Se establecen correspondencias armoniosas entre el vientre de la mujer como una cueva dentro de la tierra, fuente del crecimiento y del nacimiento, como también con el mundo superior, fuente de la luz y del orden cristianos, que se refractan en los cristales del nacimiento utilizados en la construcción de las ofrendas rituales (*mesas*). Al hacer del cuerpo de la madre el centro de un conjunto embutido de dimensiones correspondientes, se establecen las condiciones geománticas necesarias para un nacimiento seguro.

Algunos problemas pueden corregirse analógicamente al invertir el origen de la dificultad. Éstos pueden haberse ocasionado por las correspondencias negativas, producto de la negligencia. Por ejemplo, si la mujer hila durante el embarazo, el cordón puede enredarse alrededor del cuello del feto; tejer a pleno sol puede “tostar” la placenta, haciendo que se pegue a la pared uterina; alzar una carga sobre la espalda (*q'ipiy*) puede torcer el cuerpo (*khiwi*, palabra también usada para las contracciones), dejando al bebé malposicionado. La ceremonia de “romper el hilo” (*p'itira*) es una técnica para rectificar el daño. El cuerpo de la paciente se envuelve con un hilo de lana de llama, plegado a la izquierda (*llu-q'i q'aytu*), que después se rompe para soltar la maraña u obstrucción adentro. La *phishkura* es otro rito de “inversión” (*kuti*, lit. “vuelta, retorno”), en el cual se sacrifica una oveja y se ofrece la sangre al rayo (*gloria*), mientras que el cuerpo de la paciente (en este caso, la parturienta) se frota con fetos de camélido (*sullu*) para absorber la desgracia, y luego se reducen a cenizas, que se dejan recogidas en un envoltorio⁶⁸ al lado del camino, donde el mal puede pasar a un caminante demasiado curioso.

Para ayudar al parto, el proceso de cocción dentro de la mujer se acentúa por la administración de infusiones (*mat'i*), por fumigación (*q'ushnichiy*⁶⁹) y por vaporización (*wawsi*). Los humos calientes envuelven su cuerpo por dentro y por fuera, ayudando a inducir las contracciones. Una receta de fumigación consiste en hojas tostadas del árbol siempre verde llamado molle, muy utilizado en los ritos públicos para propiciar la vida y la reproducción, cuyo humo picante le resulta molesto al feto y lo hace salir rápidamente: la imagen sugiere una técnica para sacar a un animal silvestre o a un enjambre de abejas de su nido o refugio⁷⁰. Las infusiones pueden prepararse con manzanilla, romero u otras hierbas propiamente andinas (especialmente las hierbas etno-oxitóxicas *kancha lawa*, *wallik'iya* y *alusima*⁷¹), junto con miel de abejas tropicales sin aguijón y de avispa, todo hervido en alcohol de uvas (*singani*) o melaza. Los caldos de grasa de gallina y de huesos de res, condimentados con bayas picantes de *ulupika*, también se ofrecen a la parturienta. La misma partera describió otra infusión, de orín fermentado con hierbas, todo hervido con tres piedras calientes (*qalapari*, la comida de los Chullpa). Tres granos de trigo, de calabaza y de *alusima*⁷² se añaden al agua ya enverdecida con hoja de coca, y los humos vaporosos ayudan a hacer resbaloso al bebé. Los masajes del vientre con grasa de gallina calientan más el útero, y frotar los muslos con las deposiciones (*wallpa aka*) o diarrea de gallina (*wallpa q'icha*) también ayudan al bebé a deslizarse hacia fuera. Si el bebé está malposicionado y no puede salir, la madre debe ser sacudida o manteada nuevamente, y se dan otros masajes; un partero dijo que solía aplicar su rodilla al vientre de la mujer. Jalar las articulaciones de los dedos o traquetear el cuello hacia un lado son

formas de quiropraxis que permiten liberar la tensión y el miedo (*mulla*). La mujer también puede ser obligada a soplar fuertemente en una botella verde, para forzar los músculos de su estómago hacia abajo e inducir contracciones.

La pérdida de sangre – un parto “húmedo” – hace más fácil el nacimiento; un parto “seco” puede doler mucho. Aunque algunas mujeres tienen partos fáciles, la mayoría sufre: hay un constante énfasis sobre el dolor. Se le puede dar para morder un suéter (*chompa*) de lana o una piel de animal; una parturienta dijo que había desgarrado una piel con sus dientes crujientes, haciendo el sonido ¡*qhiiij!* ¡*qhiiij!*! Si el dolor se vuelve insoportable, la partera la anima a gritar (“¡Grita, niña, grita!”), llamando a la Madre Remedios, la compañera de San Pedro en la parroquia cercana de San Pedro de Macha, o a la Madre Guadalupe, ambas vírgenes⁷³ patronas del parto. El marido puede unirse a ella con sus propios gritos simpatizantes. Si el bebé aún no sale, la partera o ayudante puede meter su mano en la vagina para encontrar y guiar la cabeza (lavando sus manos primero en orín antiséptico). Pero el peligro y la muerte están siempre presentes. Las hinchazones (*punkiy*, posiblemente pre-eclampsia) se reconocen como impedimentos para un parto fácil, y a veces el bebé está trancado de lado (*wawa trankasqa*), la “puerta está bloqueada” y no puede salir⁷⁴. En ese caso, la mujer quizás muera, salvo si el sanitario del puesto local puede ayudar⁷⁵.

Se adoptan varias posiciones para dar a luz: acucillada (*chukusqa*), sentada (*tiyasqa*), de pie (con el apoyo de los presentes), agarrada del lado del catre (si se da a luz a solas), sobre cuatro patas (*wakachasqa*). El marido puede apoyar a su mujer, tomándola por la cintura desde atrás, con una partera o una pariente sentada delante para recibir el bebé; si el nacimiento se ha realizado dentro de la familia, la partera a veces puede entrar después del parto para levantar el bebé y dar cuidado post-natal a la madre. Pero se considera absurdo dar a luz echada sobre las espaldas en posición supina. Esta actitud concuerda con las críticas de la práctica corriente biomédica por las feministas, e incluso desde dentro de la misma profesión obstétrica⁷⁶.

El bebé se desliza para afuera con el sonido de ¡*phallaj!*!, una onomatopoeya que se tradujo en el siglo XVI como “dar a luz, o el reventar de una presa de agua, de sangre o cosas similares”⁷⁷. El estancamiento de la sangre se ha terminado, el dique se ha reventado, el pan ha salido del horno, y la normal circulación de la sangre de la madre puede retomar su curso.

Tratamiento postnatal del bebé

i) Cortando el cordón

Inmediatamente después de la expulsión del bebé, mientras aún yace en el suelo o sobre una frazada⁷⁸, la partera rápidamente aprieta el fajín alrededor de la cintura de la mujer para evitar que la placenta “flote” (*phaway*), “salte” (*phinkiy*) o “se alce” (*jijkatay*) dentro del cuerpo en busca del bebé perdido, llegando así a asfixiar a la madre. Sólo entonces se corta el cordón (*kururu*) con un tiesto (*k’ana-lla*), a veces recogido del suelo al instante fuera de la casa. Los tiestos también se asocian con los restos arqueológicos del tiempo de los Chullpa. El cordón se ata del lado del bebé con hilo (*ilu*)⁷⁹. Esta parte se va a secar y caer dentro de una semana, y puede usarse en forma de polvo como un remedio para la malaria. El cuidado prioritario que se da a la madre confirma la preocupación que se siente por su seguridad, por encima de la del bebé.

Se dice que el uso del tiesto garantizará que el niño siempre tenga buena ropa; el uso de las tijeras o de una cuchilla (*gilette*), que ahora se ha adoptado en algunas familias, se critica por los tradicionalistas, quienes dicen que esto va a suponer ropa escasa y andrajosa. Detrás de estas creencias yace un cuento sobre el origen del tejido, que nos proporciona una clave importante para interpretar la conceptualización del parto en Macha. Dios, se dice, dijo al zorro que ordenase a las mujeres sacar sus tejidos de las ollas, pero el zorro les dijo que fuesen a poner cuatro palos en el suelo para tejer. El zorro es una figura farsante (“trickster”), asociada con los orígenes de la cultura⁸⁰. La idea de que los tejidos de-

bieran sacarse “cocidos” de las ollas ofrece una analogía con la emergencia del feto “hilado” del vientre caliente y húmedo de la madre. La intención de Dios sigue gobernando la producción de seres humanos, a partir de las fibras sangrientas que se tuercen para formar grumos, mientras “cucen” en la “olla” carnosa de sangre de la madre. Pero los recién nacidos, para vestirse decentemente como miembros de la sociedad cristiana, deben envolverse ahora en una “piel social” textil⁸¹, que tejen sus madres de fibra de camélidos en un telar colgado de cuatro palos insertos en el suelo. La actividad social de tejer aparece, así, como una manera de hacer culturalmente visible la esencia tejida de los cuerpos biológicos, un paralelismo cuya expresión culinaria directa fue encubierta por las trampas del zorro. El uso del tiesto, metonímicamente relacionado con las ollas de los Chullpa, para cortar el cordón constituye, por lo tanto, una delimitación simbólica de la frontera convergente entre los tejidos internos (“naturales”) y externos (“culturales”) del cuerpo humano. De ahí que propicie una abundancia de buena ropa para el recién nacido.

Una vez cortado el cordón, algunas mujeres cuentan como después de nacer el bebé – si es varón – es levantado por los pies, y se le insulta por haber proporcionado a su madre tanto dolor y molestia: “Pescadito! Porquería! Pene desnudo (*q'ara ullu*)! Farsante! Mira cómo hace sufrir a su madre, desde el principio!” Una mujer (que se llevaba especialmente mal con su esposo, a quien frecuentemente pegaba e insultaba) dijo, estando borracha, que había demasiados niños varones y que deberían matarse al nacer, asfixiándolos con una frazada o entre andrajos, “aunque su padre pueda enojarse”.

ii) El vientre masculino hecho de andrajos

Los andrajos, como tejidos deshechos, son inevitablemente significativos en los Andes. Después de nacer, se recoge y se limpia la sangre y la viscosidad con andrajos que se sacan de unos pantalones de bayeta (*calzonas*; hechos de tejido casero), pertenecientes al padre, que se rompen en ese preciso instante. La palabra aymara para estos andrajos, *q'usuyllu* o *q'uchayllu*⁸², también se refiere a los andrajos teñidos de añil (que se dicen “negros”, aunque son azul oscuro), con los que se amarran las piernas y los pies de la madre cuando, por primera vez, se levanta y sale al aire libre. En ambos casos, los andrajos “sellan” la piel, bloqueando el peligro de nuevos derrames de sangre a través de las superficies aún permeables (especialmente las de los pies) de la madre y del bebé. Pero en el caso de los andrajos del padre, la práctica parece relacionarse con la creencia en un útero paterno. Al igual que el bebé se ha nutrido en el vientre de la madre como un pedazo coagulado de tejido sangriento y caliente, así ahora se coloca dentro de un vientre paterno igualmente “andrajoso”. Estos andrajos constituyen un paso intermedio entre los grumos torcidos de sangre, que “hilaron” el cuerpo del feto, y su vestimenta social, tejida de fibra de animal domesticado, con la cual se va a envolver en la sociedad andino-cristiana. La práctica tiene resonancias de la covada que necesitan ser comentadas.

Peter Rivière ha sostenido⁸³ que la covada está diseñada para afirmar la contribución espiritual del padre al bebé, en contraste con la contribución física de la madre. Esta formulación aristotélica es inconsistente con la idea de los Macha de que es el padre quien contribuye “sangre blanca” o cuajo, y con la importancia del alma ancestral, procedente de la piedra de la fertilidad, como la chispa vital del feto. Por otra parte, la idea de Malinowski de que la covada legitima el papel social del padre concuerda con la idea del vientre paterno de andrajos, que ofrece un puente entre los torcidos de hilo sangriento, que constituyen el feto en el vientre materno, y los diseños tejidos de fibra animal, que cubren a los miembros de una sociedad donde la propiedad de la tierra se define patrilateralmente⁸⁴. En Macha, los andrajos sacados de unos viejos pantalones establecen la paternidad al representar el vientre del padre biológico y social. Mary Douglas ha sugerido que la covada es una manera de subrayar la confirmación del vínculo matrimonial mediante el nacimiento de los hijos⁸⁵. También en Macha el matrimonio es un proceso largo, construido por repetidos ritos de confirmación a lo largo de la vida, pero fortalecido sobre todo por el nacimiento de los niños⁸⁶. Criticando tales interpretaciones, Patrick Menget ofrece un

análisis de la covada⁸⁷ en términos del reordenamiento de universos cognáticos en el idioma de las sustancias. Esta teoría también capta un aspecto importante de la práctica en Macha. La existencia de dos vientres refleja los aportes complementarios de sustancia sangrienta por ambos padres y la transición del bebé desde el dominio interno de la madre al mundo exterior de los grupos patrilineales. Así, la mayoría de estas teorías logran captar diversos aspectos de la participación masculina en el acto de dar a luz en Macha. Por otra parte, al límite de su cobertura semántica, el concepto de covada tiende a diluirse, porque puede incluir muchas expresiones masculinas de preocupación y cuidado, que se reconocen como tales por la mujer. Esta perspectiva tiene una especial relevancia cuando se da el caso, como en Macha, de que la mujer a menudo es atendida solamente por su marido.

La madre es el recipiente hacia donde se canaliza el poder fertilizante de las almas ancestrales, que emanan de la piedra *kamiri* bajo la influencia celestial de la luna. Su propia contribución a la gestación se expresa por su relación social privilegiada con el ganado lanar, con el hilado y con el tejido; ella misma, cual camélida hembra, contribuye con los hilos sangrientos a la formación fetal. Pero la patrilateralidad y la virilocalidad determinan la herencia y el asentamiento de tierra y territorio. La contribución de cada padre a la sustancia fetal refleja, por lo tanto, una ideología de complementariedad genérica que puede dar lugar, sin embargo, al cuestionamiento y al conflicto. De ahí que a veces se diga que “crece la amargura entre las sangres” (*jayachinakun yawarpura*) dentro del feto o del individuo, reflejando una tensión entre la contribución materna y paterna a su ser físico. En el caso del feto, la división efectiva de las sangres puede producirse por un rayo poco después de la concepción, dando como resultado el nacimiento de mellizos⁸⁸. La tensión entre los “vientres” materno y paterno también expresa la tensión entre los parientes de la madre y los del padre, en tanto dadores y tomadores de mujeres⁸⁹.

iii) Del canibalismo fetal a la lactancia

157

Renacido del vientre de andrajos paterno, el bebé aún tiene huellas de sangre, que luego se lavan en una fuente de orina espumosa proporcionada por todos los adultos presentes. La orina es un antiséptico que sale por los orificios inferiores del cuerpo, igual que la sangre reproductiva⁹⁰. Neutraliza y limpia al bebé en un baño amarillo y salado, que constituye un “bautismo” ctónico, anterior al bautismo cristiano de sal blanca con agua, que se administrará pocos días después.

El bebé está ahora en un estado liminal entre el vientre y la sociedad, y mientras no haya pasado por esta etapa no se le da el pecho. Durante dos o tres días, debe prepararse para la lactancia, recibiendo primero unas gotas de orina sobre un estropajo de lana, o tres cucharaditas del mismo, seguido a veces por gotas de infusión o chocolate. Con la aplicación de la orina, tanto dentro como fuera del cuerpo del bebé, se intenta parar la pérdida de sangre. Madre e hijo están aún imperfectamente separados, y la sangre puede brotar por la superficie de sus pieles en cualquier momento. El tratamiento con orina produce un efecto de curtido; se dice que, de otro modo, los pies del niño podrían abrirse más tarde, al cruzar agua fría y turbia (*allpi*), porque la piel seguirá aún tierna y fácil de diluirse⁹¹.

Pero la postergación del pecho tiene otro propósito muy importante. Funciona para romper el hambre voraz del feto, y colocarlo bajo la disciplina de la práctica nutricional humana. Esto se confirma cuando preguntamos a una madre si conocía el valor del calostro (*kurta*). “Sí, eso es muy bueno”, contestó; “es demasiado bueno!”

“No, ya no le hagan amamantar ese calostro, ¡jordenen eso! para que no lo coma así, si llegara a ser hombre, comerá, mucho comerá, y ¡será una vergüenza para sus padres! ¡Ordeñen esa leche [el calostro] directamente, si va a llegar a ser un hombre!”

“mana, kay kurtataqa ama ñuñuchiychisñachu, ¡ch’awarpaychis! mana mikhunanpaj ajina, runapis kanman, mikhunqa askha mikhunqa, tatanta mamanta qhawarachinqa, i si runapis kanman, ¡chay lichita ch’awarpaypuni!”

El pensamiento está claro: la voracidad fetal no se considera social y debe cortarse y controlarse, como parte del rito de separación del bebé del cuerpo de su madre, que es asimismo un rito de entrada a la sociedad cristiana. Sólo así sabrá “aguantar” (*muchuy*) como adulto los períodos de hambre, y no mostrarse tan goloso como para avergonzar a sus padres por su mala crianza.

iv) *Envolviendo al guerrero y a la pastora*

Después de lavado, se envuelve al bebé en pañales (*akawara*) y luego en una honda (*warak'a*), un artefacto hecho de tejido denso, con un diseño simétrico de blanco y negro, cuyo simbolismo durante las batallas sobre los linderos se vincula con la idea de *allqa*⁹². Envolviéndolo en una honda, el niño será un buen guerrero, y puede añadirse una piedrita, colocada en su pequeño puño, con la cual cargar la honda y darle una “mano de piedra” (*rumi maki*; un nombre que también se da a los líderes guerreros en los Andes). Si el bebé es una niña, se busca garantizar con la honda su habilidad como pastora. Nuevamente, la propiedad masculina de la tierra y los barbechos, heredados patrilinealmente, se vincula con la capacidad de los hombres de proteger las fronteras territoriales; mientras que las niñas y las mujeres se vinculan con los animales que formarán parte de su dote y darán la lana con la cual tejerán la “piel social” de sus familias.

La forma del bebé se vuelve rígida, finalmente, al envolverlo con una faja (*waltha chumpi*), transformándolo en una pequeña y tiesa momia de fertilidad, que recuerda la forma inerte del Chullpa ancestral al que reencarna. Los restos chullpa, envueltos en textiles, eran colocados en posición fetal en sus tumbas de adobe, como si esperaran el renacimiento⁹³. Al nacer, sin embargo, el feto se estira, y después se envuelve firmemente, llegando a ser tan rígido como el pene que inicialmente lo “cuajó” dentro de la sangre menstrual de la madre. Con su salida el feto invierte el movimiento penetrante del pene, convirtiéndose así en su expresión simbólica complementaria. De tal manera que al ser transferido desde el vientre de andrajos paterno a la honda, y luego envuelto en la “vagina” social (es decir, tejida) de la madre (la *waltha chumpi*), el bebé se contrapone al falo paterno, al mismo tiempo que es envuelto y recibe leche (en lugar de ser ordeñado) de su madre⁹⁴.

v) *El bautismo doméstico cristiano*

La etapa final que lleva al bebé hacia la sociedad cristiana consiste en rociarle con sal y agua, y darle un nombre. Antes de recibir su nombre es *kampa*, un monito mudo y anónimo⁹⁵. El nombre cristiano se extrae del almanaque Bristol, que comúnmente circula en el campo; tradicionalmente, corresponde al santo del día en el que nació el bebé. El nombre se da con la fórmula “que sea este nombre” (*'kay suti kachun' nispa*), y la gente reza tres veces en latín las oraciones que mejor conoce (*Pater Noster*, *Dominus Te Salve*, *Ave María*, *Gloria*, etc.), mientras se hace la señal de la cruz sobre el bebé con agua salada. Este bautismo doméstico se lleva a cabo dos o tres días después del nacimiento, y antes que cualquier bautismo eclesiástico. Está así completa la transición de “diablo” a ser humano (es decir, cristiano), un proceso que se inició al momento de nacer, envolviéndolo en los andrajos del padre y dándole un “bautismo pre-cristiano” con orina amarilla y salada.

La amplia gama de nombres que se encuentran en el almanaque (uno o dos para cada sexo en cada día del año), y pueden ser usados durante el bautismo, debe contrastarse con los muy pocos nombres atribuidos a los diablos — Jorge y Lucas son los más comunes — y con los dos usados por las parejas antiguas de los Chullpa, quienes en los cuentos se llaman, simplemente, Mariano y María (cóndor macho y rana femenina, expresiones de los cerros y del agua). La simple dualidad genérica de los Chullpa coincide con la dualidad genérica anunciada a los tres meses por los movimientos del feto en el vientre. El grado de individuación logrado mediante el bautismo, que hoy combina el nombre del santo y el apellido del padre, es mucho mayor que los dos nombres genéricos que se atribuyen a los diablos y a los

antepasados chullpa⁹⁶. La transferencia del bebé, concebido bajo la influencia de la luna, al reino solar de “este mundo” (*kay pacha*) se logra, pues, como un proceso de individuación y especificación onomástica de la nueva persona social, realizado mediante el bautismo cristiano del feto pagano, anónimo y hambriento, que acaba de nacer.

El sacrificio de la placenta

Volvamos ahora al destino del compañero placentario del feto. Después de cortar el cordón, el cabo de la placenta se ata con un hilo doblado de lana roja, que después se amarra al dedo gordo del pie izquierdo de la mujer. Esto podría verse como un medio de dotar a la mujer de su propia agencia, en cuanto que le permite ejercer su propia tracción controlada sobre la placenta para ayudarla a separarse de la pared uterina; sin embargo, una tracción demasiado violenta puede provocar hemorragia e incluso la inversión del útero, desenlaces ambos muy temidos⁹⁷.

Según los informantes, las placentas pueden salir casi al mismo tiempo que el bebé, o pueden tardar hasta veinticuatro horas. La norma obstétrica de esperar media hora antes de administrar las inyecciones oxitócicas presupone una estandarización del cuerpo de las mujeres que se rechaza en Macha, donde, como hemos visto, “nuestros adentros son de toda clase”. La posición adoptada para esperar la placenta también varía, pero la mayoría declararon que preferían quedarse *winkusqa*, o sea, en la posición en la que cada una se sentía más a gusto⁹⁸.

La retención de la placenta se considera uno de los principales peligros del parto, y se asocia con el cocinar sobre el fogón o, sobre todo, con el tejer al sol: el calor sobre las espaldas de la mujer hace que la placenta se pegue a la pared uterina, como la comida que se quema en una olla o sartén. La situación puede tratarse amarrando una cataplasma de maíz hervido (*mut'i*) a las espaldas de la mujer: en quechua, la palabra *qhirqhichiy* significa “hervir”, donde el sonido del maíz hirviendo se representa fonémicamente como *qhir!* *qhir!* El efecto analógico transfiere la separabilidad de los granos en el agua a la placenta dentro de la “olla” uterina, al mismo tiempo que restaura la humedad del “tejido” de sangre y grumos quemado. Otra técnica para obligar a la mujer a expulsar la placenta consiste en hacer que atore hasta la garganta una botella verde: así se baja el diafragma y se produce una contracción. Si falla todo lo demás, algunas parteras meten un cuchillo dentro del útero (lavando primero sus manos en orina) y extraen la placenta en pedazos.

Después del nacimiento, la placenta se trata al principio de manera parecida al bebé: se envuelve en harapos y se mantiene caliente cerca de su madre. Si se deja enfriar, la madre o el bebé pueden sufrir un dolor de estómago. Esta interdependencia entre los tres inmediatamente después del parto refleja el grado incompleto de separación que se ha logrado. Aunque no se le llama explícitamente “mellizo” del bebé, la placenta parece ser tratada como su equivalente simpático. Pasados tres días, debe ser desechada correctamente, para que no se vuelva duende o *q'ara wawa*, como los fetos abortados. Se entierra entera, rociada con agua salada y acompañada con platos de comida, o se reduce a cenizas, con rescoldo de estiércol animal, antes de enterrarla. Dicho entierro se hace unas veces en el campo, otras debajo del umbral de la casa, donde los innumerables pies que lo pisan aseguran que no podrá salir para amenazar la familia⁹⁹.

No he encontrado ninguna evidencia de que, hoy en día, se coma la placenta por las madres de Macha, algo que fue bastante común en Europa¹⁰⁰, donde en algunos casos se sigue practicando en la actualidad. Sin embargo, el consumo de la placenta parece haber sido parte de las prácticas de parto en el siglo XVI, y un breve comentario sobre este punto aclarará una importante diferencia entre las prácticas modernas y las pre-hispánicas. El lexicógrafo jesuita del aymara Ludovico Bertonio anotó, respecto a los Lupaqa de las orillas del lago Titicaca en el siglo XVI, lo siguiente:

“Tienen otra costumbre muy puerca y bárbara, y es que después del parto la muger come un poco de las pares, mandándoselo el hechizero, para librarse de enfermedades:

“cchihua mankamasa yocachasitathà mankantiritha”¹⁰¹.

Ahora bien, la práctica Lupaqa del siglo XVI es probablemente parte de un conjunto más generalizado de creencias. Es probable que, en la práctica registrada por Bertonio, la placenta fuera considerada como el doble o “mellizo” del bebé, de la cual la mayor parte era ofrecida por el “hechicero” a una divinidad ctónica, después de asignar un bocado a la madre. Tal sacrificio de la placenta refleja un tratamiento común que se da a los mellizos en varias sociedades amerindias, donde se mata a uno de ellos, mientras que al otro se le permite vivir. Esta práctica, documentada hoy para los Bororo de la cuenca amazónica (Bolivia)¹⁰², también puede encontrarse en los mitos quechua de la colonia temprana recogidos en Huarochiri¹⁰³. Aquí, durante el período de sujeción al dios costero del fuego, Wallallu Qarwinchu, las mujeres daban a luz solamente mellizos, a uno de los cuales se le permitía sobrevivir, mientras que el otro era devorado por el dios del fuego. Es lícito suponer que, en este mito, el mellizo sacrificado era, en realidad, la placenta del bebé que se dejaba vivir. También parece existir una relación histórica, aún por investigar, entre el mito de Wallallu Qarwinchu y el consumo, hoy en día, de los fetos disecados por la hambrienta y fálica serpiente del cerro Tankatanka.

Así, pues, la práctica moderna es probablemente el resultado de la extirpación de idolatrías llevada a cabo por la Iglesia en los siglos XVI y XVII; antes, existía una aproximación comensal (“canibalística”) al sacrificio placentario. Sin embargo, un resto del canibalismo placentario puede encontrarse todavía hoy, bajo una forma cristianizada, durante las ceremonias que acompañan a la celebración de Todos Santos y Día de Difuntos. Para esa ocasión, las almas de los muertos se representan como “bebés de pan” (*t’anta wawas*), pequeñas imágenes hechas de masa de pan y horneadas, que se colocan sobre la tumba en el cementerio, y después se comen por los amigos y la familia del muerto¹⁰⁴.

El cuidado postnatal de la madre

La madre ha sido llevada hasta los confines de la muerte; pero, si ha triunfado en su batalla cósmica para expulsar el feto, debe ser traído de nuevo a la vida cotidiana. La hemorragia postpartum (*yawar apay*) se considera el principal peligro en esta etapa. Algunas madres se quedan en la cama durante una semana, y a veces un mes, mientras que otras dicen que se levantan tras un par de días, e incluso de inmediato. El coraje femenino y la “dureza” de la mujer (*wapu*; del castellano “guapo”) no sólo se modela sobre la valentía de los hombres en sus batallas¹⁰⁵; es una calidad compartida por ambos sexos, cada uno en sus propias esferas de lucha.

Después del nacimiento, la madre se lava con agua caliente, y se le da un caldo de huesos también caliente¹⁰⁶. Pueden administrarse infusiones de una hierba con hojas afiladas (*siwinqa*; una variedad de *Cortaderia*) pueden administrarse para hacer “cortes” internos y asegurar que toda la sangre salga; mientras que la resina de *q’uwa*¹⁰⁷ ayuda a congelar un brote excesivo de sangre, que podría atraer la atención fatal de los duendes. La administración de hollín (*qhisima*), picante y negro, también ayuda a contener el flujo excesivo de sangre. La madre, aunque ya se ha librado del bebé, está aún en un estado muy vulnerable. Cuando quiere lavarse las manos, debe hacerlo con agua donde se ha puesto a remojo el chuño (patata disecada) que elimina la calidad “fresca” del agua pura. El chuño es “caliente”, y se dice que la mujer debe evitar toda comida “fresca”, como por ejemplo la patata y la carne de llama y cabra. Hay algo muy claro, y es que, cuando la mujer sale al aire libre por primera vez, sigue estando bajo el riesgo de los duendes. Aún está “abierta” y, por lo tanto, sujeta a la amenaza del frío; así, un viento chullpa podría soplar hacia sus adentros y provocarle la enfermedad de los Chullpa (*chullpa unquy* o *chullchu unquy*), una sensación de debilidad y fatiga que paraliza a la víctima. El retorno de la mujer al equilibrio humoral debe lograrse paulatinamente, mediante una dieta cuidadosa y nutritiva que, en un inicio, excluye las comidas frescas.

Antes de salir de casa, la mujer debe amarrarse los pies con andrajos teñidos, sacados de un viejo vestido (*aymilla*). Se trata de los “harapos negros” (*yana q’uchayllu*), teñidos de añil, ya mencionados,

y que deben distinguirse del *q'uchayllu* sacado de los pantalones del padre. Puesto que la madre post-partum es susceptible de desangrarse por los pies (igual que el bebé, durante el resto de su vida, si no se lava con orina amarilla), debe amarrarse bien las piernas, desde la pantorrilla para abajo, y frotarse el puente del pie con grasa de gallina y romero, amarrándose la pomada en continuo contacto con los andrajos.

Los colores del parto

Hasta aquí, he venido mencionando la presencia de colores específicos que “tiñen” diferentes aspectos del proceso del parto. Tal vez sea útil resumir ahora las dos secuencias de contrastes de color, que organizan y vuelven significativas estas ocurrencias cromáticas aparentemente inconexas. Conviene observar que cada etapa y acción sucede bajo la irradiación de los diferentes colores del arcoiris (*kuyrami*), símbolo de la belleza, de la seducción y del peligro¹⁰⁸, que articula los diferentes aspectos del parto. Esta secuencia tonal da un significado perceptivo a las relaciones y sensaciones que afectan a la madre y al feto, desde la concepción hasta la separación post-natal.

Comencemos por los ojos blancos y negros (*allqa*) de la mujer embarazada. Como hemos visto, así eran los ojos de los devotos del dios andrógino Wiraqucha. Hoy, en Macha, cuando una mujer queda encinta, sus “ojos partidos” indican el movimiento de gestación iniciado dentro de su vientre, infundido con vida ancestral por la piedra *kamiri*. Pero ese mismo binomio puede verse, también, al final del proceso, donde el bautizo del bebé con sal blanca contrasta con los “andrajos negros” que protegen los pies de la madre mientras vuelve a la vida normal. Es como si este contraste que, en los ojos de la madre, anunciaba la formación incipiente de una nueva vida, terminará confirmando la separación exitosa del bebé, mediante la distancia física y conceptual entre la frente salada del infante bautizado y las piernas ennegrecidas de la madre.

El patrón *allqa* del blanco-y-negro, como principio de fecundidad, suerte y divergencia dinámica entre principios contradictorios, está ampliamente difundido en la cultura andina¹⁰⁹. Las piedras blancas y negras también expresaban ideas de deuda y crédito en el aymara del siglo XVI, y en otra parte he analizado su uso en las hondas de diseño blanco-y-negro para “liquidar las cuentas” entre grupos guerreros¹¹⁰. Rénard-Casewitz ha analizado el contraste entre la piedra negra de la brujería y el cristal blanco del chamanismo entre los Matsigüenga del Amazonas¹¹¹. La importancia del cuarzo en el chamanismo andino del siglo XVI puede verse en los cuentos quechuas de Huarochiri¹¹²; mientras que, en el Potosí moderno, la sal (*kachi*), cuyo nombre ritual es “cuarzo” (*qhispi*), ha ocupado el lugar del cristal chamánico. La sal es la sustancia cristalina que refracta la luz, colocando al niño bajo el poder chamánico del sacerdote católico, que sabe la palabra de Dios¹¹³. De hecho, en las ceremonias que propician un buen parto aún se emplea una piedra de cristal (*qhispi rumi*). Y las minas de sal son las únicas que caen bajo los auspicios de la “señora cristalina”, *qhispi siñura*, una forma de la virgen cristiana; mientras que todas las otras minas pertenecen a los “diablos” ancestrales y a las fuerzas oscuras del mundo interior (*ukhupacha*), ocupando así la posición de la piedra negra de la brujería amazónica.

Las sangres blanca y roja son las sustancias más básicas del crecimiento fetal, siendo la blanca la semilla del hombre (que da lugar a la grasa lubricante llamada *linki*) y la roja la sangre menstrual de la mujer. Infundidos con vida ancestral por la piedra *kamiri*, estos componentes macho y hembra de la sustancia fetal se entretejen como hilos torcidos en una sola entidad. En los siglos XV y XVI, se daba la misma relación al nivel político de la confederación de los Charka, donde los señores de los Charka Rojo y Blanco también estaban vinculados por un complejo conjunto de visitas, contravisitas e intercambios ceremoniales. Los componentes y los procesos de la gestación del bebé recuerdan, al nivel del feto, las características de la antigua confederación en cuyo territorio ha nacido.

El verde es el color del molle, el árbol siempre verde, símbolo de la vida perene en toda la región potosina. Sus amplias ramas dan una abundante sombra en los valles y lugares de descanso para los viajeros, cansados de caminar por los senderos pedregosos bajo el ardiente sol altoandino. Ramilletes de molle se llevan hasta las tierras altas para ser utilizados en la medicina y el ritual. Coberturas ver-

des de molle se colocan sobre las mesas ceremoniales y sobre los animales sacrificados, y se ponen en los sombreros como adorno. Son la expresión regional más vívida de la fertilidad reproductiva, y ofrecen el color paradigmático de la nueva vida. La hoja de coca se usa también para teñir de verde las infusiones. Y el tinte químico utilizado como un abortivo también es verde, porque éste es el color del parto (aunque sea prematuro), como también lo es la botella verde donde sopla la mujer para producir las contracciones que expulsarán tanto al bebé como a la placenta. El verde se asocia, por lo tanto, con la producción y la conservación de la vida terrestre y húmeda, contra la amenaza de la disecación mortífera que amenaza el fuego solar.

La orina amarilla corta el flujo de sangre roja, mientras finaliza la cocción del bebé. Constituye un bautizo ctónico, procedente de los orificios inferiores del cuerpo, antes de la transición al blanco cristalino del bautizo por la sal. En cuanto excremento corporal es parte de la cultura fertilizante de los poderes del mundo interno. Baña al bebé por dentro y por fuera, disolviendo las huellas de sangre mientras curte la piel. Es el color de la transición desde la sangre roja hacia la sal y la leche blancas, y como tal marca la socialización inminente del feto ctónico en la sociedad cristiana.

Es llamativa la coherencia del simbolismo cromático de las diferentes etapas del parto. Las transiciones perceptivas, enmarcadas por la oposición *allqa*, expresan cómo la madre y el bebé, que ocupan posiciones opuestas al principio del embarazo, van invirtiéndolas durante el embarazo y el parto. El bebé empieza como el negro telúrico de los ojos *allqa* de la madre recién encinta, ella misma todavía ubicada en la luz blanca del mundo solar cristiano. La transición del bebé, formado de sangres blanca y roja que se ponen en movimiento con el aliento de la piedra, desde la sangre roja nutricional, por vía de la orina amarilla, hacia lo blanco de la sal y de la leche materna se complementa con la transición de la madre desde lo rojo de la sangre menstrual estancada, por vía del verde del parto, hacia el *q'uchayllu* y el hollín negros, que curten su piel y purgan sus interiores de un exceso de sangre. Así pues, las secuencias son: Negro > Rojo/Blanco > Amarillo > Blanco (bebé); y Blanco > Rojo/Rojo > Verde > Azul/Negro (madre). Dichas secuencias expresan la una el movimiento del feto desde el mundo genésico de los poderes telúricos extra-sociales hacia la cultura humana y cristiana, y la otra el movimiento de la madre desde la posición cristiana hacia el negro de la tierra interior desde donde surge la nueva vida. El blanco-negro (*allqa*), que al principio se concentraba en los ojos de la madre embarazada, termina expresando la divergencia dinámica y la separación del bebé del vientre materno. En este sentido, todas las transiciones cromáticas proporcionan una estructura perceptiva para el proceso de dar a luz, que también puede contribuir a nuestra comprensión de los significados propiciatorios de las combinaciones de colores en los textiles andinos y, más ampliamente, al estudio de la óptica andina¹⁴.

Volvamos, pues, a los ojos de los devotos del Wiraqucha andrógino, el invisible infundidor de la vida en los arquetipos inertes, y poseedor de sus devotos, ojos que comparten diversos seres representados en los materiales arqueológicos, y que, hasta hoy, son también los ojos de todas las mujeres embarazadas. El movimiento dinámico de *allqa* es el concepto clave en este paisaje imaginativo, tanto de la reproducción humana como de las transiciones históricas. El feto agresivo se ha desplazado desde las tinieblas del interior de la tierra, que son también las del vientre de la madre, y de las energías oscuras de los Chullpa, gobernados por la Luna, hacia la leche blanca y la sal cristalina del bautizo en el mundo exterior cristiano, gobernado por el Sol. Al mismo tiempo, la madre ha pasado desde la posición de un miembro del rebaño cristiano-solar hacia la condición de caverna oscura, donde se gestan las fuerzas del futuro. Lo oscuro interior ha surgido a la luz exterior y se ha separado como lo blanco de lo negro, mientras que la mujer ha debido situarse en el papel del mundo interior (*ukhupacha*), que le permite expulsar al feto pagano como si fuera hacia un nuevo período mito-histórico cristiano. Mientras tanto, el *allqa* permanece, en diferentes configuraciones, para enmarcar la estructura cósmica y adivinatoria de “este mundo” (*kay pacha*) donde vivimos, nutridos por los poderes peligrosos de ambos extremos antagónicos¹⁵. El retorno de la madre a la vida normal de la comunidad pone fin y echa el telón a una dramática representación fisio-cósmica, que ha realizado las transformaciones del universo uterino en aras de la emergencia de una nueva vida y un nuevo tiempo.

Reorientaciones

Hemos seguido la trayectoria del embrión en Macha, desde el momento de la concepción, a través del proceso de gestación, hasta la expulsión del feto mediante el parto y, unos días después, su bautizo doméstico informal como bebé cristiano (*wawa*) con sal cristalina y el nombre que le otorga su identidad social. Ha empezado, pues, la pertenencia del infante a la sociedad cristiana andina, aunque le esperan muchos otros ritos de pasaje antes de poder tomar su lugar entre los mayores de la comunidad. Al replicar la historia de la sociedad nativa andina, la gestación de cada bebé da realidad a las ideas indígenas sobre su propia “otredad”, como una población de perpetuos conversos andinos.

Esta analogía histórica se construye a partir de variados y dispersos elementos y discursos, que son los que también proporcionan a la mujer los recursos imaginativos para sentir, interpretar y reaccionar fisiológicamente frente a los cambios vitales, pero peligrosos y a veces dolorosos, que suceden dentro de su cuerpo. En esta teoría de la gestación, el aborto llega a ser indeseable, no porque represente una forma de homicidio o asesinato: finalmente, la persona social todavía no existe, ni el feto tiene una valoración humana e individual mientras no se haya bautizado. Más bien se teme el aborto porque podría soltar un pequeño ser *pre*-social en la forma de duende ancestral, que terminaría comiendo la sangre de las parturientas de la comunidad¹¹⁶. Contra estos duendes anónimos existen medios de protección, y podemos – si queremos – relacionar su poder con los peligros de la hemorragia post-natal. Pero, en cuanto a la transferencia de las ideas culturales a los cuerpos de las parturientas, los duendes son actores en un más amplio drama social, cósmico y mitohistórico que, mediante el alineamiento ritual de correspondencias embutidas, se repite por cada parturienta en el proceso de dar a luz a un nuevo bebé. Su determinación de triunfar en su batalla con el feto agresivo se fortalece al saber que también otros están jugando un papel a su alrededor, ayudándola a traer a un nuevo cristiano solar del vientre del pasado lunar, que a la vez da poder a su propio vientre. En este sentido, el papel complementario del padre, de los especialistas chamánicos y de otros hombres que ofrecen su apoyo dentro de la comunidad, se considera muy valioso como un soporte fundamental para la mujer, justo como el soporte de las mujeres es necesario para los guerreros en las batallas sobre los linderos.

Los ritos post-natales de separación son necesarios para contrarrestar la sensación previa de la mujer de que su cuerpo estaba ocupado por un “diablito”, cuyo avance hacia la vida cristiana podría costarle la suya. Los bebés se apartan del pecho, y su voracidad ancestral se reprime, antes de que se les permita tomar la nueva fuente cristiana de alimentación. La sangre roja interna se reemplaza por leche blanca, aunque el calostro puede ser considerado como “demasiado bueno” para el bebé. El problema de “bonding” no se presenta, porque la disciplina post-natal le predispone a tomar el pecho cuando finalmente se le ofrece. Una vez que se le da el pecho, sin embargo, se abandona la idea de disciplina, y el bebé puede alimentarse en cualquier momento y puede seguir mamando durante dos o tres años¹¹⁷. Así, la socialización se construye al reemplazar la separación, la disciplina y una experiencia temprana de privación, con un retorno a la misma accesibilidad continua de la alimentación que el feto agresivo había disfrutado en el vientre, y que ahora se provee por los pechos de la madre.

A través de los ritos de separación, el infante andino aprende que solo puede sobrevivir en el mundo andino-cristiano controlando su hambre, y que a la privación de hoy seguirá la abundancia mañana. La lección es psicológica, emocional y fisiológica, lo mismo que la interpretación y reacción materna frente a los estados cambiantes de su propio cuerpo durante el embarazo. Al mismo tiempo, la placenta, compañera del feto e intermediario uterino, tras mantenerse caliente durante algunos días, se elimina a través del sacrificio, completando así la separación física de los dos polos *allqa* encarnados por la madre y su hijo. La construcción de la persona india andina surge, pues, de la conciliación entre la voracidad de los antepasados paganos y las disciplinas alimentarias de la sociedad andina-cristiana, alcanzada mediante la forma compleja de un psicodrama mito-histórico, que se estrena inconscientemente por la mujer y contribuye a formar parte del inconsciente del niño.

En su conjunto, y al nivel de un modelo general de la persona novocristiana del indio originario, tales procedimientos podrían relacionarse con los intentos de formar un tipo específico de personalidad, enraizada en la tierra y el subsuelo pagano, y capaz de resistir en este mundo la vida cristiana-solar de un “indio pobre y miserable”. A la vez, retiene el acceso a recursos explosivos de energía y rebelión, que emergen exultantes de la persistente fuerza pagana en su interior, procedente a su vez de la piedra-*kamiri* que infundía vida en el momento de su concepción¹¹⁸. Además, la “conversión perene” significa que el cristianismo no es una condición heredada por la sangre – como en algunas ideologías identitarias del Norte español cristiano-viejo –, sino que es un signo de socialización incipiente, que se recibe junto con el bautismo. Los cristianos nuevos, por definición, no pueden separarse enteramente de su propia esencia pagana. La sangre y la semilla proceden de los “diablos” subterráneos, y la vida del feto se origina entre las “almas” ancestrales (*supay*) de las minas. Aquí tenemos la base sustancial de la identificación política y jurídica del indio originario con la tierra.

Los datos etnográficos sobre el parto deben complementarse, entonces, con una externa “historia de los acontecimientos”, si queremos comprender las implicancias de este paralelismo para la construcción de la persona india. La conversión amerindia en la América Hispánica debe considerarse en relación a la experiencia específica de la España de la Reconquista. El contraste conceptual entre sectores “puros” e “impuros” de la población hispánica se trasladó a América, donde corrió el riesgo de invertirse a la luz de la explotación colonial de los indios. Además, los españoles e hispanoamericanos con pretensiones de ser cristianos viejos (los únicos, teóricamente hablando, con derechos a trasladarse a América) solían trazar su ascendencia hasta una casa solar ancestral en un “lugar” particular de la Península. De ahí que los derechos hispánicos en América fueron, inevitablemente, los de *forasteros*¹¹⁹, que vivían en constante tensión con los “autóctonos” indios *originarios*¹²⁰.

La idea de la autoctonía – aunque sea una ficción en términos biológicos – ha determinado la categoría social de los *originarios* hasta hoy, estableciéndose una contradicción ideológica entre la necesaria herencia de sustancia pagana y la eficacia de la conversión cristiana. Las aproximaciones indias al parto expresan, y en parte superan, esta contradicción. Al mismo tiempo, la oposición entre dos enfoques teóricos en el estudio de las sociedades indias andinas también se supera. Uno de estos enfoques enfatiza el mestizaje *de facto*, biológico y cultural, de todo habitante “indio”, en cuanto producto histórico de olas sucesivas de conquista, cruces matrimoniales, colonialismo y transformación. Por el contrario, el otro enfoque enfatiza la persistencia indígena y su continuidad interna con sus predecesores pre-colombinos. Una posición busca desmitificar el indigenismo, tachándolo de “esencialista”; la otra defiende la “otredad” cultural y política de los indios andinos. Pero en Macha, ambas posiciones se combinan y se trascienden en una narrativa que subraya la repetida transformación, y reencarnación, de las almas paganas (*supay*) en bebés nuevo-cristianos. La sustancia “esencial” (*alma*) de los Chullpa ancestrales se transmite constantemente hacia la época cristiana, y con ella la coherencia de la categoría de *originario*, que remite a otras categorías de identidad, propiedad y posesión.

Y sin embargo, este psicodrama mitohistórico y fisiológico es también el resultado de una historia. Muchas de las prácticas descritas pueden encontrarse en España y en otras partes de Europa, y probablemente llegaron a los Andes con olas sucesivas de “modernización” global, desde el siglo XVI en adelante¹²¹. Por otra parte, la idea de los antepasados como emanaciones líticas puede haberse vinculado con los orígenes de las almas fetales desde mucho antes de 1532, tanto en los Andes como en Europa. La relación colonial con el cristianismo misionero quizás haya acentuado los rasgos “diabólicos” del feto, agravando el maniqueísmo psicológico y, como resultado, aumentando el dolor y la angustia experimentada por la madre. En los Andes, el énfasis sobre lo cristiano nuevo se marca por la experiencia específica de la Península, pero también reclama una continuidad de diferencia entre la civilización indígena precolombina y el “bárbaro” mundo colonial y republicano. Hoy, los indios comunitarios luchan por encontrar nuevas formas de adaptación a las últimas manifestaciones biomédicas de la “modernidad”, que amenazan con eliminar una de las expresiones más íntimas de los derechos colectivos indígenas a la tierra.

La manera de construir la persona que aquí hemos analizado puede considerarse un caso de “esencialismo histórico”, una idea que resulta perfectamente comprensible si reconocemos que la experiencia histórica necesariamente subyace en cualquier construcción de lo cotidiano. Al mismo tiempo, plantea preguntas importantes a los psicólogos y los psicoanalistas que se interesen en las experiencias fetales y del parto, en cuanto influencias que pueden contribuir fuertemente a los procesos formativos de la personalidad de los individuos¹²². Las ideas y las prácticas andinas, con respecto a la separación y la reunificación de la madre y el bebé, obligan a realizar nuevos estudios clínicos y/o seguimientos de casos, para determinar en qué medida las teorías psicoanalíticas son limitadas a determinadas experiencias culturales e históricas, y si la experiencia andina – por ejemplo, de la privación temprana – se compensa con las sensaciones reconfortantes infundidas por otras prácticas, tales como los ritos de envoltura y la participación doméstica y familiar en el parto. Las actitudes hacia la comida y las reglas de etiqueta, que enfatizan la necesidad de compartirla equitativamente, junto con el valor positivo puesto sobre el “aguante” (*muchuy*) en diferentes contextos de la vida agropastoril altoandina (y que no puede atribuirse a ninguna “cultura de la pobreza”, como sabemos de los estudios arqueológicos y etnohistóricos), son todos coherentes con los ritos de separación que hemos descrito. Por otra parte, es posible que la investigación futura muestre que estas “premisas básicas” del parto y de la formación de la persona son compensadas o modificadas durante el desarrollo de cada individuo, reduciendo el impacto de algunos aspectos y acentuando otros, a tono con la veloz transformación producida en los últimos años en las sociedades campesinas y urbanas andinas.

Quedan por realizar nuevas investigaciones comparativas sobre las relaciones entre el “sostén psicológico” y la “función uterina”, como recomienda Sheila Kitzinger, en otras sociedades sujetas a una religión ajena, que exige la conversión y el renacimiento espiritual. Debemos preguntarnos si también en ellas se fundan los derechos a la tierra en un concepto de autoctonía, que presupone la herencia de la “esencia” de los antepasados que vivían antes de la conversión religiosa. De esta manera, será posible plantear una teoría que tome en cuenta las diferencias en la formación de la persona en sociedades de diversas denominaciones cristianas en diferentes países, o en países que practican otras religiones que también han llegado mediante un proceso de conquista violenta. En el caso andino, es posible que las heridas infligidas hace muchos siglos no han terminado de tener sus efectos sobre la madre y los hijos, en la medida que, hoy, éstos reproducen inconscientemente una experiencia traumática que sigue considerándose como fundadora de una determinada identidad social.

Pero la encarnación de esta transformación mito–histórica en los cuerpos de las mujeres paritricas también puede verse cómo un esfuerzo creativo, resultado de una intervención sostenida durante varios siglos, para consustanciar las identidades jurídicas con los procesos generativos de los individuos. Debemos preguntarnos si esta consustanciación puede eliminarse, sin poner en tela de juicio la persistencia de las propias comunidades indígenas que lo han puesto en práctica. El mismo concepto de la “violencia” puede encontrarse sobre el tapete de discusión, en la medida en que las políticas biomédicas de salud reproductiva, como otros aspectos de la “modernidad”, también presuponen la imposición forzada de nuevas prácticas. Estamos frente a un debate que tiene proyecciones importantes, a la hora de plantear la defensa de los derechos indígenas en las sociedades modernas, y al mismo tiempo lograr la reducción de la mortalidad materna de una manera que respete las ideas culturales y las prácticas etno–obstétricas que desean mantener las madres, no sólo en los Andes, sino también en muchas otras partes del mundo¹²³.

Notas

- * E-mail: tp@st-and.ac.uk. Agradezco a Barbara Bradby, Concepción Gavira, Jo Murphy–Lawless y Patricia Oliart conversaciones con respecto al tema de este trabajo, y a Berta Arés la revisión del texto castellano.
- 1 MacCormack, Carolyn (comp.): *Ethnography of Fertility and Birth*. New York, 1982. Jordan, Brigitte: *Birth in Four Cultures*. New York, 1978. Davis–Lloyd, R.E. & Sargent, Carolyn (comps.): *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross–Cultural Perspectives*. University of California Press, 1997.

- 2 Lévi-Strauss, Claude: "The Effectiveness of Symbols", en *Structural Anthropology*. New York, 1963 [1958].
- 3 Kitzinger, Sheila: "The Social Context of Birth: some comparisons between Childbirth in Jamaica and Britain". En MacCormack (comp.): *Ethnography of Fertility ...*
- 4 Murphy-Lawless, Jo: *Reading Birth and Death. A History of Obstetric Thinking*. Cork University Press, 1998.
- 5 Gokalp, Altan: "Le Placenta, ou l'Épouse Déchue du Dieu-Ciel", en *Singularités: les Voies d'Émergence Individuelle. Textes pour Eric de Dampierre présentés par le Laboratoire d'Ethnologie et de Sociologie Comparative*. París, 1989.
- 6 En Macha, el contraste entre la época lunar y la época solar tiene más importancia que la distinción entre las épocas pre- y post-Conquista. De ahí que he encontrado conveniente contrastar un período "inka-hapsburgo" solar, en su conjunto, con la anterior época lunar de los Chullpa.
- 7 Estas tumbas se asocian con el período arqueológico conocido como el Intermedio Tardío (ca.1000-1450 DC), aunque en la región del lago Titicaca una nueva tradición de construcción de tumbas de piedra fue introducida por el Inka en las décadas previas a la invasión española.
- 8 Wachtel, Nathan: *Le retour des ancêtres*. París, 1990.
- 9 Cardaillac, Louis: *Morisques et Chrétiens. Un affrontement polémique (1492-1640)*. París, 1977. Wachtel, Nathan: "Francisco Maldonado de Silva. 'Le ciel face à face'", *Annales H*, SS. París, 1999.
- 10 Silverblatt, Irene: "New Christians and New World Fears in Seventeenth-Century Peru", *Comparative Studies in Society and History*. Vol 42 No 3. 2000.
- 11 Ver Assadourian, Carlos Sempat: " 'La Gran Vejación y Destrucción de las Indias': Las Guerras de Sucesión y de Conquista en el Derrumbe de la Población Indígena del Perú", en *Transiciones hacia el Sistema Colonial Andino*. Lima, 1994.
- 12 Ver Harris, Olivia: *To Make the Earth Bear Fruit. Ethnographic Essays on Fertility, Work and Gender in Highland Bolivia*. Londres 2000. Harris rechaza la crítica del "andinismo" desarrollada por Orin Starn por "orientalista", al aclarar el contexto político donde se desarrollaron el indigenismo y el "andinismo" en los mismos países andinos. Por mi parte, en este artículo intento aclarar, sobre un período temporal más amplio, las influencias políticas sobre las estrategias indias de auto-construcción, a través de un análisis de las prácticas de parto y de las representaciones comunitarias de la formación de la persona originaria o "autóctona".
- 13 La mayoría de los entrevistados son del cabildo Pichhichua, del ayllu menor AlaQuyana, mitad Alasaya, de Macha; algunos han conocido al autor desde 1971. Para la organización social de Macha, ver Platt, Tristan, "Mirrors and Maize: the concept of *yanantin* among the Macha of Bolivia", en Murra, John, Wachtel, Nathan y Revel, Jacques (comps.): *Anthropological History of Andean Politics*. Cambridge, 1986 [1978]. Hoy, los Macha hablan un dialecto potosino del quechua sureño, con fuertes influencias del aymara y del castellano. Las entrevistas se llevaron a cabo en quechua por el autor, Balbina Arancibia y Primitivo Nina, éstos últimos hablantes nativos del quechua potosino. Cada entrevista fue transcrita, traducida al castellano andino regional, y anotada en discusión con los entrevistados. Se elaboró un vocabulario general del quechua usado en las entrevistas sobre el parto. También se presentó un cuestionario cerrado a 23 madres, algunas entre las previamente entrevistadas, cuyos resultados también se han utilizado, junto con el anterior trabajo etnográfico y etnohistórico del autor.
- 14 Platt, Tristan: *La persistencia de los ayllus en el Norte de Potosí. De la Invasión Europea a la República de Bolivia*. La Paz, 1999.
- 15 *Maternal Mortality and Appropriate Methods of Childbirth*. El proyecto más amplio fue elaborado por el Centre of Women's Studies, Trinity College Dublin, y financiado por la Comisión Europea DG XII. El autor y Balbina Arancibia participaron en el subproyecto de Macha por la Universidad de St Andrews, y Primitivo Nina por el Taller de Investigación y Formación Académica y Popular (TIFAP, Sucre, Bolivia). Agradezco a Verena Stolcke por haberme invitado a presentar una primera versión del presente trabajo en el Departamento de Antropología y Prehistoria de la Universidad Autónoma de Barcelona (1998); a Carmen Gómez por la invitación a presentarlo en el Departamento de Historia de la Universidad de Sevilla (1998); y a Nathan Wachtel, Jacques Poloni y Gilles Rivière, quienes me invitaron a pasar una estancia en la École des Hautes Études en Sciences Sociales (París), donde pude presentar el trabajo en el Centre des Recherches sur les Mondes Amerindiens (CERMA) (1999). El trabajo también fue presentado en un seminario en memoria del antropólogo Gabriel Martínez, recién fallecido, en el Museo de Azapa, Universidad de Tarapacá (Chile), como parte del Proyecto, 1990200 de FONDECYT (Chile), dirigido por Vivian Gavilán, del Taller de Estudios Andinos, Arica (2000).
- 16 Foucault, Michel: *The Birth of the Clinic*. Londres, 1986 [1963]. Murphy-Lawless: *Reading Birth and Death ...*
- 17 El matrimonio es normalmente virilocal y la herencia de la tierra patrilínea, salvo si faltan hijos varones. En tal caso, el vínculo patrilínea puede recrearse a través de una hija, y entonces el matrimonio será uxrilocal.
- 18 En el cabildo pastoral altoandino de Tumaykuri (ayllu Majapicha, mitad Majasaya, de Macha), las parteras (*unquchij*) son consideradas como las equivalentes femeninas de los hombres chamanes (*yachaj*, "sabio"). Ambos son llamados a su vocación al ser fulminados, reunidos y resucitados por el rayo (Cassandra Torrico, comunicación personal). En nuestra región de estudio, habían varias parteras, tanto hombres como mujeres, pero ninguna se había iniciado de esta manera. También se busca la ayuda chamánica en los partos, y en un caso la partera trabajaba junto con su marido chamán. En general, los conocimientos y las capacidades prácticas se vinculan con la experiencia personal del parto:

- “ver”, “saber” y “hacer” son las precondiciones epistemológicas para llegar a ser partera; y muchos conocimientos se transmiten horizontalmente entre hombres y mujeres, en lugar de concentrarse en manos de especialistas.
- 19 La alta tasa de cesáreas en los hospitales regionales sugiere que este miedo no carece de fundamento.
- 20 *Sajt’ay* posiblemente provenga de *jsajl*, una representación onomatopéyica de la acción de apuñalar; y *t’a*, el sufijo aymara que significa una acción repetida. “Puñalada repetida” se referiría, entonces, a las punzadas de dolor provocadas por los duendes. Desconocemos la etimología de *sarchuwaqay*.
- 21 De acuerdo con un testimonio, el útero (*magre*, del castellano “madre”, o *jakaña*, del aymara) “sale de repente estirado” (*ch’utast’amun*). Cf. la frase recogida por el lexicógrafo Diego González Holguín: “*chhutaycumuni* o *chhutaycutamuni*, entrar por lo estrecho estirándose y forcejeando”. González Holguín, Diego: *Vocabulario de la Lengua General de Todo el Perú Llamada Lengua Qquichua o del Inca*. Lima, 1989 [1608]. En el testimonio recogido en Macha, el infijo *-yku-*, que significa la entrada a un espacio estrecho, se reemplaza por el infijo aymara *-su-*, reducido a *-s-* antes del infijo de acción momentánea *-t’a-*, que significa un movimiento rápido de expansión desde adentro hacia afuera (cf. Quechua *-rqu-*). Para la presencia de la afijación y la morfofonémica aymaras en el quechua potosino, ver Platt, Tristan: “The Sound of Light. Emergent communication through Quechua shamanic dialogue”, en Howard-Malverde, Rosaleen (comp.): *Creating context in Andean cultures*. Oxford, 1997.
- 22 La prominencia dada a este problema en Macha, que produce un trauma agudo en las mujeres afectadas, contrasta con su relativa infrecuencia en las sociedades noratlánticas. Ver Silverton, Louise: *The Art and Science of Midwifery*. Londres, 1993 (pp. 424–5). Según Silverton, la inversión uterina es “una emergencia infrecuente que sucede en 1:20.000–25.000 nacimientos”, aunque algunos autores dan una frecuencia mucho más alta de 1:2148. Las causas pueden ser la tracción inexperta sobre el cordón, la presión que se ejerce sobre un útero relajado o la retención mórbida.
- 23 Silverton, *The Art and Science* (p. 408), revisa las críticas de la corriente definición biomédica de la hemorragia como 500 ml, indicando mucha variabilidad en la cantidad de sangre perdida. Esta variabilidad se reconoce por nuestros informantes de Macha. El énfasis sobre la especificidad del cuerpo de cada mujer, y su comportamiento distintivo durante el proceso de embarazo y parto, contrasta fuertemente con los estandarizados modelos fisiológicos que son utilizados por la moderna obstetricia biomédica, y que presuponen una semejanza básica entre todos los cuerpos parturientos, sin diferenciación.
- 24 Sullivan, Thelma: “Pregnancy, Childbirth and the Deification of the Women who Died in Childbirth. Texts from the Florentine Codex, Book VI, ff. 128v–143v”, *Estudios de cultura nahuatl* VI. México, 1966. López Austin, Alfredo: “Los Temacpalitotique. Brujos, profanadores, ladrones y violadores”, *Estudios de cultura nahuatl* VI. México, 1966.
- 25 Lestages, Françoise: *Naissance et Petite Enfance dans les Andes Péruviennes. Pratique, rites, représentations*. París, 1999. Canessa, Andrew: “Making Persons, Marking Difference. Procreation Beliefs in Highland Bolivia”, en Loizos, Peter y Heady, Patrick (eds.): *Conceiving Persons. Ethnographies of Procreation, Fertility and Growth*. Londres, New Brunswick, N.J., 1999.
- 26 Ver, para Europa, el estudio de Gélis, Jacques: *History of Childbirth. Fertility, Pregnancy and Birth in Early Modern Europe*. Londres, 1991 [1984]).
- 27 La idea andina de la concepción durante la menstruación se ha interpretado a veces como un mecanismo funcional para limitar el crecimiento demográfico. Por otra parte, a las niñas en Macha también se les aconseja que hagan el amor entre sus períodos menstruales, si no quieren quedarse embarazadas. La explicación debe buscarse más bien a nivel de la ideología religiosa y la etiología del crecimiento.
- 28 Arnold, Denise: *Matrilineal Practice in a Patrilineal Setting: Ritual and Metaphors of Kinship in an Andean Ayllu*. Tesis doctoral inédita. University College Londres, 1988.
- 29 Se dice que la mujer puede carecer de sangre, y el hombre puede sufrir de *quebración*, que conduce a que salga pus (*q’i-ya*) de su pene. La alusión parece ser a sangre blanca podrida.
- 30 Para la relación entre el rayo y el labio leporino, como una forma de “gemelidad” incipiente en Macha, ver Platt: “Mirrors and Maize ...” También Lévi-Strauss, Claude: “Une préfiguration anatomique de la gemellité”, en *Le Régard Éloigné*. París, 1979. En los Andes, sin embargo, el modelo para el labio leporino proviene, probablemente, del camélido, y no de la liebre.
- 31 Bertonio, Ludovico: *Vocabulario de Lengua Aymara*. La Paz, 1956 [1612].
- 32 Ver Anónimo: *Explicación de algunas palabras provinciales, usadas en el Banco Nacional de Rescates y Casa Nacional de Moneda (1870)*. Biblioteca de la Universidad Mayor de San Andrés, La Paz (Colección J.R. Gutiérrez No 2339).
- 33 Para un análisis comparativo de las creencias andinas con respecto a estos seres predatorios (también conocidos como *qharisiris*, o *ñak’aj*), ver Molinié Fioravanti, Antoinette: “Sebo Bueno, Indio Muerto: La Estructura de una Creencia Andina”, *Bulletin de l’Institut Français d’Études Andines* 20, No 1. Lima/París, 1991.
- 34 Absi, Pascale: *Le Diable au Corps. Organisation Sociale et Symbolique de la Production Minière dans les Cooperatives de Potosí (Bolivie)*. Tesis doctoral inédita. École des Hautes Études en Sciences Sociales. París 2001.
- 35 Es tentador imaginar que los hilos doblados son rojos y blancos y proceden de los grumos torcidos de la sangre blanca masculina y la sangre roja femenina, pero ningún informante explicitó esta idea. Tampoco es seguro (aunque parezca lógico) que la sangre masculina (semen o “cuajo”) predomina en la estructura más muscular del feto masculino, y

- la sangre femenina en el cuerpo más suave del feto de la mujer.
- 36 Una mujer que no quería tener más hijos dijo que había dejado su faja sin terminar; otra dijo que había pedido a otra mujer, que deseaba tener hijos, que tejiera la suya.
- 37 La misma imagen de los grumos de sangre como fibras hiladas y dobladas se encuentra también entre los Kuna de Panamá. Ver Lévi-Strauss: “The Effectiveness of Symbols ...”
- 38 *Wak’a*; concentración sagrada de poder, generalmente un rasgo sobresaliente del paisaje. Ver Salomon, Frank y Urioste, Jorge: *The Huarochiri Manuscript. A Testament of Andean Religion*. Austin, 1991. También Astvaldsson, Astvaldur: “The Powers of Hard Rock: Meaning, Transformation and Continuity in Cultural Symbols in the Andes”, *Journal of Latin American Cultural Studies*, Vol. 7, No 2. Londres, 1998. Astvaldsson, Astvaldur: *Las Voces de los Wak’a*. La Paz, 1997.
- 39 El zorro (una perra silvestre) también tiene asociaciones legendarias con la fertilidad y el parto, como veremos más abajo.
- 40 Por ejemplo, se considera que la facilidad o la dificultad del parto se hereda de la madre de la parturienta.
- 41 Taylor, Gerald: “Camay, camac et camasca dans le manuscrit quechua de Huarochiri”, *Journal de la Société des Américanistes*, t. LXII. París, 1974–76. Una idea parecida se encuentra en el pensamiento cristiano, con la diferencia fundamental de que, aquí, el alma no procede de los antepasados, sino de Dios. Ver Bartolome Clavero, “Delito y pecado: Noción y escala de transgresiones”, en Francisco Tomás y Valiente et. al., *Sexo barroco y otras transgresiones premodernas*. Madrid, 1990.
- 42 Incluso los metales, que fueron considerados en los Andes (como en Europa, cf. la obra de Agrícola) como materiales orgánicos, que crecían en las profundidades de las minas. Ver Salazar-Soler, Carmen: “La divinidad de las tinieblas”, *Bulletin Français d’Études Andines* 26 (3). Lima/París, 1997.
- 43 Ver Gélis: *History of Childbirth ...*
- 44 Harris: *To Make the Earth Bear Fruit ...* Martínez, Gabriel: “Los Dioses de los Cerros en los Andes”, *Journal de la Société des Américanistes*, t. LXIX. París, 1984.
- 45 Taylor, Gerald: “Supay”, *Amerindia* 5. París, 1980. El carácter ambiguo del “diablo” andino, subrayado tanto en el siglo XVI por el sacerdote Bartolomé Álvarez como por los antropólogos modernos, también puede encontrarse en Europa (cf. el *daimon* griego), una consideración que no habría escapado la atención de los teólogos del Renacimiento. Ver Del Pino, Fermín: “Introducción”, en Álvarez, Bartolomé: *De las costumbres y conversión de los indios del Perú* (1588). Madrid, 1998.
- 46 Otros antojos incluyen cerdo asado y una sopa de carne de perro (*alqu lawa*).
- 47 Para una definición aymara de *allqa* en el siglo XVI, ver Bertonio: *Vocabulario*. Cf. para el quechua, González Holguín, Diego: *Vocabulario de la Lengua General de Todo el Perú Llamada Lengua Quichua o del Inca*. Lima, 1989 [1608] (p., 19). “*Allca*, o *ticlla* [cf. *tijra*, n. 50]. Algo de dos colores, negro y blanco. *Allcasillu*, Un poco más que el blanco de la uña”. Para el carácter adivinatorio de la oposición blanco–y–negro, ver Cereceda, Verónica: “A partir de los colores de un pájaro”, *Boletín del Museo Chileno de Arte Pre-colombino* No. 4. Santiago de Chile, 1990.
- 48 Esto puede verse claramente en la forma verbal *allqay*, o *ayqay*, “dejar algo incompleto, o sin terminar” “apartarse”.
- 49 Ver la oración pseudo–incaica a Wiraqucha, registrada por el neófito jesuita Joan de Santa Cruz Pachacuti Yamqui: *Relación de Antigüedades deste Reyno del Piru* (eds. Pierre Duviols & César Itier). Lima–París–Cusco, 1993. En su texto y traducción, Itier (pp. 140–141) traduce *allqa ñawi* como “ojos nebulosos”. La etnografía macha sugiere más bien que la frase fue elegida para expresar la “inspiración” o “posesión” de los devotos andinos y de sus divinidades por el principio dual de la fertilidad. Los ojos *allqa* también se encuentran como un motivo frecuente en los diseños geométricos de Tiwanaku y Wari, como de otras civilizaciones andinas precolombinas, donde también pueden interpretarse como indicio de “inspiración divina”, probablemente asociada con la ingestión de plantas halucinógenas.
- 50 La palabra *tijrasqa*, “invertido”, “vuelto cabeza abajo”, se usa para expresar tanto la inversión de los mundos superior e inferior durante una transición mitohistórica (*pachakuti*), como el malposicionamiento del bebé durante el embarazo.
- 51 Los peces–gato se encuentran en los manantiales térmicos cercanos a Phutina. Se cogen por los niños, quienes desvían una parte de la corriente del agua hacia una pequeña represa, hecha de piedras, que forma una lagunita donde los peces–gato quedan atrapados. En el siglo XVI, estos peces–gato pueden haberse relacionado con los divinos peces–gato gemelos del lago Titicaca, adorados antes de la aparición milagrosa de la Virgen de Copacabana. Ver Gisbert, Teresa: “El ídolo de Copacabana, la virgen María y el mundo mítico de los Aymaras”, *Yachay* no. 1. Cochabamba, 1984. Bouysse–Cassagne, Thérèse: *Lluvias y Cernizas. Dos Pachacuti en la historia*. La Paz, 1988. Wachtel: *Le retour des ancêtres ...* Los bebés recién nacidos se levantan “como peces” (*piskaru jina*), es decir, por sus pies o “cola”. Para un análisis detallado de los peces–gato fetales entre los Dogon del África Occidental, ver Dieterlen, Germaine: “L’image du corps et les composantes de la personne chez les Dogons”, en *Singularités: les voies d’émergence individuelle ...*
- 52 La fuerza suave, líquida y lacustre de las mujeres, que se opone al carácter duro, pétreo y montañoso atribuido a los hombres, es bien conocida por la clasificación dual de las federaciones aymaras pre–hispanicas en *uma* y *urqu*. Ver Bouysse–Cassagne, Thérèse: *La identidad aymara*. La Paz, 1987.
- 53 Para la construcción “performativa” del género en las sociedades post–modernas del Atlántico Norte, ver Butler, Judith: *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity*. Londres, 1990. En Macha, la “performance” inicial consiste en

- las descripciones y las clasificaciones dualistas de los movimientos fetales, que son pronunciadas por la madre a los tres meses del embarazo, y sirven para atribuir a los fetos de cada sexo las características que se consideran, socialmente, como “esenciales” de cada uno.
- 54 Las niñas solteras pueden romper todas las reglas del embarazo para provocar un aborto que tendrá la apariencia de un malparto, maltratándose al levantar bultos pesados, tirándose desde una altura, etc. Los abortivos incluyen el alcohol puro, una parte del panal de la abeja ladrón *Lestrimelitta (tujtu punku)* y un tinte verde químico que se vende en los mercados, además de infusiones herbales (manzanilla, romero, el cactus *qhiwalli*, etc.), del mismo modo que se usan para provocar las contracciones del parto.
- 55 También el nombre de una divinidad triple adorada entre los Charka pre-hispánicos. De Vérin-court, Virginie: *Rituels et Croyances Chamaniques dans les Andes boliviennes. Les semences du foudre*. París 2000.
- 56 Como dijo un hombre, la serpiente de Tankatanka es “¡tan gruesa como aquél bebé!” (*chay wawa rakhu jina*).
- 57 La referencia a los ojos recuerda los inmensos ojos sin párpados del feto antes de alcanzar la novena semana. Ver Wolpert, Lewis: *The Triumph of the Embryo*. Oxford, 1991. Inversamente, una mujer que se había dedicado a asistir a las parturientas dijo que se había vuelto ciega por haber mirado demasiada sangre.
- 58 El *q'ara wawa* andino probablemente se relaciona con el *temacpalitotique* de los Nawa, que usaban los brazos mutilados de las mujeres muertas en el parto para echar un hechizo de sueño e inmovilidad sobre los ocupantes de una casa, cuyos bienes y mujeres en seguida procedían a robar y violar. Ver López Austin: “Los Temacpalitotique ...”
- 59 Según los informantes de Macha, la quinoa era una de las comidas favoritas de los Chullpa, y, según Waman Puma, se utilizó por los Inka para hacer cuentas de la población.
- 60 Ver Covarrubias, Sebastián de: *Tesoro de la Lengua Castellana o Española*. Barcelona, 1993 [1611]. Covarrubias también vincula a los *duendes* con la *tarasca*, un monstruo con colmillos que salía en las procesiones españolas de Corpus Cristi, y también se conoce en las fiestas andinas. R.T. Zuidema sostiene que, en las procesiones de Corpus Cristi del Cusco colonial, la *tarasca* española encubría la serpiente-arcoiris andina (*amaru*) (de la cual la serpiente de Tankatanka puede ser una manifestación local). Ver Zuidema, R.T.: “De la Tarasca a Mama Huaco. La historia de un mito y rito cuzqueño”, en Pierre Duviols (coord.): *Religions des Andes et Langues Indigènes. Equateur – Perou – Bolivie avant et après la Conquête Espagnole*. Aix-en-Provence, 1993.
- 61 Salazar-Soler: “La divinidad de las tinieblas ...”
- 62 Como dijo un informante, en la forma de un refrán: “*wawastapis wañuchishan, rimuñus purishan, nishanchis*” (“Decimos: ‘a los bebés están matando, y los demonios están caminando’”). El incesto fue mencionado como un motivo justificado para el aborto (como lo es también según la Ley boliviana).
- 63 Para el carácter altamente motivado del signo lingüístico en quechua, ver Bruce Mannheim: *The Language of the Inka since the European Invasion*. Austin, 1991.
- 64 Una indicación de que el bebé está a un lado del vientre es la sensación de vacío en el otro. Algunas madres dijeron que habían detectado el malposicionamiento del feto por el dolor causado por el peso adicional que caía sobre un pie.
- 65 Algunos movimientos del *thalay* (manteo) parecen ser más violentos que aquél que se practica entre los Maya, descrito por Sheila Kitzinger como “meceo pélvico”. Ver en Davis-Lloyd & Sargent: *Childbirth and Authoritative Knowledge*. Existe una representación del manteo por cuatro chamanes cornudos, uno con un largo bastón blanco-y-negro (*all-qa*), procedente de la Cultura Imperial Chancay de la costa peruana (1300-1532 DC). Ver la “Escena Médica” de algodón y fibra de llama perteneciente al Museo Larco Hoyle de Lima, que pude contemplar en la exhibición “Tesoros del Antiguo Perú”, Museo Arqueológico, Sevilla, presentada del 8 de mayo al 12 de junio de, 1999.
- 66 *Wasus t'ujjay*; la imagen proviene del vocabulario ceremonial de las libaciones: en ese contexto, los *wasus* son fuentes de madera, llenas de chicha (cerveza de maíz), a menudo con dos toros en el centro, tallados en madera. Se echan gotas de chicha sobre la tierra antes de servirse, para alimentar a las divinidades ctónicas.
- 67 Así sucede si las circunstancias son favorables. Pero una mujer nos contó cómo habían empezado las contracciones mientras estaba cocinando patatas en un horno de tierra (*wathiya*). Su marido quería que terminara de cocinar la comida, pero su hija le dijo que corriese rápidamente a casa. Al llegar, aseguró la puerta desde adentro, para que su marido no pudiera entrar, y dió a luz a solas, agarrada al lado del catre.
- 68 Sobre la importancia de los envoltorios en las culturas amerindias, ver Desveaux, Emmanuel: “Le Placenta ou le Double Mort du Nouveau-Né”. *Journal de la Société des Américanistes* 84 (1). París, 1998.
- 69 La mujer se pone de pie, con las piernas separadas, por encima de una olla humeante de sustancias médicas encendidas.
- 70 “La fumigamos adentro con molle tostado. Eso pronto hace que el bebé se asquee desde adentro, pronto – molle es amargo, ¿no? ¡Eso es! hace salir inmediatamente al bebé” (*mulliwán asaykunchis. ujta wawata millachimun ukhuman-ta, ujta – mulliq jayaqa piru, i? asta! wawata quchimun pacha*). También: “Debe hacer un mal olor en el vapor” (*waw-sipi phututiykuchina* [reduplicación de *tu>ti* antes de *-yku-*]). Una idea similar subyace probablemente en el uso de la cola de zorrino en la práctica partera nahua. Ver Sullivan: “Pregnancy, Childbirth and the Deification ...”
- 71 *Wallik'ya*, cedrón (*Psoralea Pubescens*); *alusima*, espliego (*Hyssopus officinalis*). Estas y otras identificaciones botánicas provienen del estudio de Denise Y. Arnold y Juan de Dios Yapita (con Margarita Tito): *Vocabulario aymara del parto y*

de la vida reproductiva de la mujer. La Paz, 1999. Este valioso libro representa otro producto, referente sobretudo al mundo aymara del Altiplano, del proyecto financiado por la DG XII.

72 "Sólo treses, pues, tres de trigo, tres de calabaza, tres de alusima. Tres, pues. Eso pronto hace resbaloso al bebé" (*kinsi-tallataj a, trigu kinsa, sapallu luru kinsa, alusima kinsa. a kinsa. chayqa llusk'a chay ratu wawataqa chayqa*).

73 Se supone que las *wirjin*as (del castellano "virgen") existen en las capillas cristianas, y también como formas de la Tierra Madre (*pachamama*) dentro de la tierra.

74 Esto puede producirse durante el embarazo al levantar bultos pesados, torcer el cuerpo para alzar una carga, o por la violencia marital.

75 En un caso, el sanitario local pudo sacar al bebé, cuando habían fallado todos los otros recursos. "Lo alzó como un pescadito, ¡sí!" Pero la gente protestó de que el sanitario no había prestado ninguna atención a la faja en torno a la cintura de la mujer; y la madre se quejó amargamente de que había usado agua fría para lavarla a ella y al bebé.

76 Ver Murphy–Lawless: *Reading Birth and Death* ...

77 Ver Bertonio: *Vocabulario* ... (II:255). "*phallacatha*, parir o reventar el agua represada, sangre y cosas semejantes".

78 Lestages: *Naissance et Petite Enfance* ... Lestages informa que, en Huarochiri, la madre da a luz en cuclillas, y el bebé cae de cabeza sobre una depresión en el suelo, que representa un re–nacimiento del vientre de la Tierra Madre, *Pachamama*. No he escuchado referencias a esta práctica en Macha, pero sí la idea de un renacimiento de un "vientre masculino" de andrajos, como veremos en seguida.

79 Encontramos un sólo caso atípico, donde se había cortado el cordón después de la expulsión de la placenta. Esta práctica es beneficiosa para madre y bebé, y también reduce el riesgo de la retención placentaria. Ver Inch, S: *Birthrights. A Parent's Guide to Modern Childbirth*. Londres, 1989.

80 En un cuento, el zorro quema a sus bebés por error, convirtiéndolos en momias disecadas, después de que la perdiz (*p'isasaqa*) le haya dicho que los ponga al horno para darles un lindo color tostado. Luego, la perdiz, amenazada por el zorro, desparrama sal blanca y ají rojo en sus ojos después de "bailar" sobre su nariz, y escapa. Con la cocción excesiva de los hijos del zorro, la fertilidad de las sangres roja y blanca se convierte en el dolor enceguecedor de los dos condimentos.

En otro cuento, el zorro intenta bajar a la tierra desde un banquete en el cielo, hilando un cordón de paja, que es cortado por un loro con su "pico de calabaza" (*mathisimi*; un tiesto "natural"), dejando caer al zorro, quien grita que le tiendan una frazada (como si cayera de una vulva nutritiva). Pero cae sobre un cactus y se revienta su estómago, desparramando todas las semillas de los cultivos utilizados en la agricultura andina. En lugar de caer como bebé sobre una frazada, el zorro se encuentra pariendo violentamente las bases de la alimentación andina.

En el caso actual, el zorro oculta el arte de cocinar la lana en ollas para producir tejidos (una referencia a la gestación fetal), pero muestra a las mujeres cómo colocar cuatro palos en el suelo y tostarse al sol (con el riesgo consiguiente de quemar la placenta, justo como el zorro quemó a sus bebés en el horno). El vínculo entre los embarazos burlescos del zorro y los orígenes de la cultura nos presenta una figura a la vez *trickster* y prometeica, y puede subyacer en los antojos de la mujer encinta por la "sopa de carne de perro" (*alqu lawa*), como también la asociación de los *kamiris*–perro con los nacimientos rápidos y fáciles.

81 Turner, Terence: "The Social Skin", en Cherfas, J & Lewin, R (comps.): *Not Work Alone*. Londres, 1980 (págs.113–40).

82 Ver Bertonio: *Vocabulario* ..., para la importancia del *q'uchayllu* en la cultura aymara del siglo XVI.

83 Rivière, P.G.: "The couvade: a problem reborn", en *Man*, New Series, Vol. 9 No. 3. Londres, 1974 (págs. 423-435).

84 La asociación de los andrajos con la paternidad se encuentra también en los *Cuentos de Huarochiri* (siglo XVI), donde el hijo de Macahuisa identifica a su padre al arrastrarse hacia un forastero vestido de andrajos, quien resulta ser la huaca Pariacaca disfrazada. Ver Salomon & Urioste: *The Huarochiri Manuscript* ... La divinidad aymara Tunupa – más tarde identificado con Santo Tomás o con Cristo – también reaparece en las leyendas modernas como otro viajero andrajoso, que premia y castiga a la gente según su comportamiento, en una saga mítica ampliamente difundida en el Altiplano boliviano.

85 Cf. Bloch, Maurice: "Birth and the Beginning of Social Life among the Zafimaniry of Madagascar". En Göran Aijmer (comp.): *Coming into Existence. Birth and Metaphors of Birth*. Göthenburg, 1992.

86 Platt: "Mirrors and Maize ..."

87 Menget, Patrick: "Temps du naître, temps d'être: le couvade", en Izard, M & Smith, P (comps.): *La fonction symbolique: essais d'anthropologie*. París, 1979.

88 Aquí, se supone que el relámpago o "padre" (*tata*) se ha equivocado (*pantan*); los mellizos, por lo tanto, se consideran como ocurrencias anormales y "monstruosas".

89 Ver Harris: *To Make the Earth Bear Fruit* ...

90 Es posible que la orina se relacione con las aguas termales volcánicas, aunque el agua volcánica es un tema poco estudiado en los Andes. Ver, sin embargo, Bouysse–Cassagne, *Lluvias y Cenizas* ...

91 El resultante "talón partido" (*k'akalli*) se cura con grasa derretida en agua caliente.

92 Para el simbolismo oposicional del blanco–y–negro en la honda aymara del siglo XVI o *paqui korahua*, ver Platt, Tristan: "Pensamiento político aymara", en Xavier Albó (comp.): *Raíces de América. El Mundo Aymara*. Barcelona, 1988.

- 93 Cerca de Puno (Perú), existen chullpas (tumbas funerarias ancestrales) que tienen formas explícitamente fálicas. Ver Kauffmann Doig, Federico: *Comportamiento Sexual en el Antiguo Perú*. Lima, 1978.
- 94 Ver Lestages: *Naissance et Petit Enfance* ...
- 95 La forma castellanizada *camba* se usa, hoy en día, para caracterizar a los habitantes de los llanos orientales de Bolivia, que no saben hablar quechua. Los monos también aparecen con los “diablos” durante procesiones festivas. Entre los Laymi vecinos, los bebés pre-bautismales se llaman *moro*, una clara referencia a su condición de “pre-conversos”. Ver Harris: *To Make the Earth Bear Fruit* ...
- 96 Para las propiedades clasificatorias de los nombres propios, ver Lévi-Strauss, Claude: *El Pensamiento Salvaje*. Barcelona, 1985. Para una fase transicional entre las prácticas de nombrar pre-colombinas y las cristianas, en el vecino pueblo de Aullagas (Lake Poopó) a fines del siglo XVI, ver Álvarez: *De las costumbres y conversión* ...
- 97 El útero invertido puede corregirse al suspender a la mujer cabeza abajo desde una viga del techo (“¡no te muevas, mi niña!” dice la partera) y empujar el útero hacia adentro con el puño, después de lavar las manos en orina. Tal práctica es un equivalente rústico del tratamiento recomendado por las parteras noratlánticas, que consiste en conectar una ducha salina a la vagina, para que por la ley de la gravedad baje el líquido antiséptico, y después empujar el útero hacia adentro con el puño. Ver Silverton: *The Art and Science* ...
- 98 Agradezco a Cassandra Torrico esta interpretación de *winkusqa*.
- 99 La preocupación que sienten las mujeres después de dar a luz en el hospital debe relacionarse con el miedo a que las placentas podrían volverse *q'ara wawa*. Para un síndrome similar en la Turquía islámica, ver Gokalp: “Le Placenta ...”
- 100 Gélis: *History of Childbirth* ...
- 101 Bertonio, Ludovico: *Advertencias* (p. 252). Agradezco a Ivan Tavel, de la Universidad Católica de Cochabamba (Bolivia), por haber llamado mi atención sobre este texto, que él está preparando para una nueva edición.
- 102 Crocker, Christopher: *Vital Souls. Bororo Cosmology, Natural Symbolism and Shamanism*. University of Arizona Press, 1985.
- 103 Salomon y Urioste: *The Huarochiri Manuscript* ...
- 104 Cf. Gélis: *History of Childbirth* ..., para una costumbre similar en Europa.
- 105 Sin embargo, las mujeres solteras también suelen pelear, entre ellas mismas, durante las batallas rituales o *tinku*, que siguen celebrándose en Macha. Para el *tinku*, ver Platt, Tristan: *Los guerreros de Cristo. Cofradías, misa solar y guerra regenerativa en una doctrina surandina (siglos XVIII–XX)*. La Paz, 1996. También Platt, “Pensamiento político aymara ...”
- 106 El agua fría que se usa hoy en los hospitales es otro motivo de queja para aquellas mujeres que se encuentren internadas.
- 107 El incienso de *q'uwa* se ofrece a las divinidades ctónicas del “mundo inferior” o “interior” (*ura parti*, o *ukhu pacha*); el copal y la mirra se ofrecen más bien a las divinidades del “mundo superior” (*pata parti*, o *janaj pacha*).
- 108 Cereceda, Verónica: “Aproximaciones a una estética aymara”, en Albó (comp.): *El Mundo Aymara* ...
- 109 Cereceda: “A partir de los colores ...”
- 110 Platt: “Pensamiento político aymara ...”
- 111 Rénard-Casewitz, France-Marie. *Le Banquet Masqué. Une Mythologie de l'Étranger. L'Étranger chez les Indiens Matsigenka*. París, 1991.
- 112 Salomon y Urioste: *The Huarochiri Manuscript* ...
- 113 Para el sacerdote como chamán cristiano, ver Platt, Tristan: “Writing, shamanism and identity; or, voices from Abya-Yala”, *History Workshop Journal* 34. Oxford University Press, 1992.
- 114 Cereceda: “Aproximaciones ...”
- 115 Para los aspectos adivinatorios de *allqa*, ver Cereceda: “A partir de los colores ...”; y para sus dimensiones cósmicas, ver Bouysse-Cassagne, Thérèse y Harris, Olivia: “*Pacha*: Sobre el pensamiento religioso aymara”, en Albó (comp.): *El Mundo Aymara* ...
- 116 Cf. Morgan, Lynn M: “Imagining the Unborn in the Ecuadorean Andes”. *Feminist Studies* 23, no 2., 1997.
- 117 McKee, Lauris: “The Dieta: PostPartum Seclusion in the Andes of Ecuador”, en Cohn, Anna y Leach, Lucinda (comps.): *Generations*. Washington D.C., 1987.
- 118 La asociación entre piedras y formas concentradas de vitalidad se ha documentado en varias partes de los Andes. Ver Astvaldsson: “The Powers of Hard Rock”; y *Las Voces de los Wak'a* ...
- 119 Waman Puma traduce “forasteros” como *mitimaes*, palabra quechua que se refiere a los colonos andinos precolombinos que, trasladados a tierras lejanas, sea por sus familias, sea por los señores étnicos o por el Estado Inka, seguían manteniendo sus derechos a tierras familiares en sus lugares de origen.
- 120 Algunos “mestizos” (tomando esta palabra en su sentido social, no solamente biológico) pretendían gozar de ambas formas de legitimidad (p.ej. Garcilaso de la Vega, “El Inka”). Pero hasta ahora sabemos poco de las ideas y prácticas del parto en otros grupos marginados, tales como mulatos, zambos y otras “mezclas”. La persistencia en las ciudades de algunos aspectos del panorama aquí descrito, fue documentada por otros subproyectos dentro del proyecto global de Trinity College Dublin, financiado por la DG XII.

- 121 En 1541, por ejemplo, un médico mallorquín recomendó atar el cordón, después de cortarlo, a la pierna de la madre. Ver Carbón, Damián: *Libro del arte de las comadres y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños*. Mallorca 1541 [Biblioteca Nacional, Madrid, R100.135]. Las técnicas de extraer la placenta también recuerdan las empleadas en la España de mediados del siglo XVIII. Ver Ortíz, Teresa: “From hegemony to subordination: midwives in early modern Spain”, en Marland, Hilary (comp.): *The Art of Midwifery. Early Modern Midwives in Europe*. Londres, 1993. Todavía no sabemos en qué medida tales prácticas también estaban presentes en las sociedades andinas pre-colombinas, o si reflejan, precisamente, oleadas previas de modernización europea.
- 122 Para una perspectiva clínica italiana sobre la influencia de la experiencia fetal en la psicología infantil, compárese Piontelli, Alessandra: *From Foetus to Child: an observational and psychoanalytic study*. Londres, 1993.
- 123 Un proyecto de seguimiento, desarrollado a partir del Proyecto financiado por la DG XII, intentó averiguar en qué medida sería aceptable para las mujeres aymaras de La Paz esperar la salida de la placenta antes de cortar el cordón, en cuanto que esta práctica ofrece un sostén adicional al bebé después de nacer y ayuda a la placenta a separarse de la pared uterina. También cuenta con algún apoyo minoritario en algunas comunidades entrevistadas (cf. n 79). Ver Arnold, Denise Y., Murphy–Lawless, Jo, y otros, *Prácticas apropiadas para mejorar las condiciones de atención postnatal de las mujeres bolivianas*. Informe Final. Proyecto para la Embajada Real de los Países Bajos. La Paz, 1998.

MORTALIDAD MATERNA EN BOLIVIA

¿Qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres?

Graciela Uriburu¹
Argentina

En el año 2000, las Naciones Unidas acordaron que una de las metas del nuevo Milenio sería reducir en 75 por ciento la Mortalidad Materna para 2015 con respecto a 1990². En América Latina, Bolivia ocupa el penúltimo lugar en este indicador sólo seguida por Haití. La OPS/OMS viene planteando desde hace varios años estrategias para mejorar significativamente la salud de las mujeres en los períodos pre, intra y post natal en la Región de las Américas (OPS-OMS, 2002). Sin embargo, el impacto de los programas acordes con esas estrategias en países con alto porcentaje de población indígena no ha sido hasta ahora el deseado. En el caso de Bolivia, la enorme cantidad de mujeres que mueren por esta causa es un fenómeno socialmente invisible y constituye una tragedia evitable que viene de larga data. Cabe preguntarse por qué los recursos financieros y técnicos invertidos en países con alta población indígena y las estrategias propuestas por los organismos internacionales han tenido un impacto tan reducido y lento. La principal estrategia de las Agencias Internacionales y de los Ministerios de Salud se basa en implementar servicios de alta calidad técnica para salvar vidas de mujeres en los *eventos de riesgo* y, sin duda, existe un déficit objetivo de calidad en los servicios de salud que las mujeres y las comunidades conocen perfectamente; éste es uno de los factores por el que muchas de ellas deciden no asistir a los servicios de salud. Sin embargo, esas estrategias prestan poca atención a los aspectos de calidad y calidez en los *partos normales*, que constituyen entre 85 y 90 por ciento de los casos, en los que se da un tratamiento muy medicalizado, agresivo y reñido con las prácticas tradicionales, lo cual es otro factor importante para disuadir a las mujeres del uso de los servicios de salud, incluso en eventos de alto riesgo para sus vidas.

Como se puso de manifiesto en una consulta reciente, la propuesta que hacen muchos de las y los trabajadores de la salud en comunidades de Bolivia, coincidente con la opinión de las y los usuarios, encara esta situación con el fin de evitar esta tragedia humana, éticamente inadmisibles.

Los hechos

La última Encuesta Nacional de Demografía y Salud realizada en 2003 muestra que, en los últimos diez años, la Mortalidad Materna en Bolivia se ha reducido, pero sigue siendo dolorosamente alta: las muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos se redujeron de 390 a 230 entre 1994 y 2003³. Debe notarse que, como lo demuestran otros países, la mayor parte de estas trágicas muertes podría haberse evitado actuando rápidamente con los Recursos Humanos e insumos esenciales adecuados⁴. Debe tenerse presente que las muertes de las mujeres por causas atribuibles al embarazo, parto y post-parto, son solo la punta del iceberg de un problema de salud más extendido: por cada mujer que muere por causas atribuibles al embarazo, parto y post-parto, alrededor de 30 sobreviven con su salud sexual y reproductiva severamente comprometidas (OPS-OMS, 2002). Los huérfanos sobrevivientes también sufren problemas de salud, crecimiento y desarrollo muy bien documentados en diferentes investigaciones⁵.

El mejoramiento que se ha producido en esos últimos diez años se ha logrado con grandes pero insuficientes esfuerzos del Ministerio de Salud para mejorar la calidad de atención, con la aprobación

desde 1995 de sucesivos seguros materno-infantiles que hicieron gratuita la atención del embarazo, parto y puerperio y del niño pequeño, con políticas públicas de salud sexual y reproductiva aprobadas en línea con las resoluciones de las Cumbres del Cairo (1994) y de Beijing (1995), y con la introducción en los protocolos del “parto humanizado” —pocas veces llevado a la práctica— cuya finalidad es el respeto por las prácticas tradicionales en el embarazo, parto y puerperio *en el hospital*, una suerte de “adaptación cultural” del parto (Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia, 2006).

La consulta

Hacia mediados del 2004 realicé una exploración para analizar el fenómeno de la Morbi-Mortalidad Materna en Bolivia y discutir con los protagonistas cuáles serían las mejores estrategias en ese contexto en particular para que las altas tasas descendieran más rápida y significativamente⁶. Al comenzar el trabajo, se realizó, una reunión de consulta con más de cincuenta instituciones con años de experiencia en el tema, en general trabajadores de proyectos en las comunidades rurales o peri-urbanas, para conocer su opinión al respecto. Además de representantes de los Ministerios de Salud y Deportes y de Educación, estuvieron presentes OPS/OMS, UNICEF, UNFPA y directivos de diferentes organizaciones no gubernamentales con proyectos de salud materna y peri-natal en el altiplano, los valles y los llanos bolivianos. Sucesivas reuniones de consulta se realizaron con líderes indígenas que trabajan en el sector salud⁷, usuarias y usuarios del sistema de salud, directivos y docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés de La Paz, miembros de la Asociación de Médicos de Atención Primaria en Salud de La Paz y El Alto, docentes de la Escuela Técnica de Salud de Cochabamba, y de la Escuela Tekove Katu (escuela técnica en área guaraní) representantes de la Defensoría del Pueblo de Bolivia y otros protagonistas. Se hicieron viajes a las comunidades para analizar *in situ* los proyectos con las y los trabajadores de la salud y las y los usuarios. En esas reuniones, los asistentes relataron sus experiencias y manifestaron sus opiniones para mejorar la salud de las mujeres bolivianas y reducir la Morbi-Mortalidad Materna. Es que durante los últimos veinticinco años, prácticamente desde la recuperación de la democracia en Bolivia en 1982, se han desarrollado experiencias e investigaciones sobre creencias, prácticas y representaciones acerca del embarazo, parto, puerperio y crianza de los niños, así como sobre creencias acerca del rol del hospital. Algunos de estos proyectos, que podrían replicarse a nivel nacional, fueron expuestos y analizados en las reuniones de consulta⁸. Se analizó también la información estadística disponible sobre ocupación de camas, partos institucionales y domiciliarios⁹, se trabajó sobre los programas de estudio de trabajadores de salud de las universidades y escuelas técnicas de salud y se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema.

Resultados de la consulta y del análisis de los materiales

Las y los trabajadores de la salud en terreno consultados (y el material analizado confirma esta opinión) estuvieron de acuerdo en que el porcentaje de partos hospitalarios o atendidos por médico/a ha aumentado significativamente en Bolivia desde la creación a partir de 1995 de diversos tipos de seguros materno infantiles cuya última versión es el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), (Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, 2006) que da atención gratuita a la mujer en los períodos de embarazo, parto y puerperio y al niño menor de 6 años¹⁰. Sin embargo, a pesar de que todos los servicios para la mujer embarazada, en período de parto o post parto son gratuitos, la cantidad de mujeres y parejas que eligen el parto institucional es baja: 75,5 en área urbana y 30 por ciento en área rural en 2003 (Encuesta Nacional de Salud, Bolivia, 2003). Esta baja demanda del servicio de salud en el área rural de Bolivia es generalmente atribuida (y con razón) a las distancias, la falta de caminos y de medios de transporte adecuados para una población rural muy dispersa. Sin embargo, también deben de estar en juego otros factores pues en la ciudad de El Alto de La Paz, constituida por población migrante del cam-

po, mucha de ella afincada allí desde hace dos o tres generaciones, los partos hospitalarios o atendidos por médico/a, constituyen apenas el 60 por ciento de los casos (Encuestas Nacionales de Salud 1998 y 2003; Dibbits, 1994). No se puede decir que en esta ciudad de más de 500.000 habitantes las mujeres no tienen acceso fácil a un servicio de salud público (gratuito) o privado. Se trata más bien de una elección. Por otra parte, si se analizan los índices de ocupación de camas en 2005, se observa que las camas de maternidad en todo el país tienen un índice de ocupación de 34 por ciento y las camas de otros servicios están ocupadas en un 53 por ciento (Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, 2006). El fenómeno es harto conocido: los hospitales de los tres niveles de atención tienen un muy bajo porcentaje de ocupación, fenómeno particularmente notable en los servicios de maternidad.

Thaddeus y Maine (1994), estudiando el fenómeno de la Mortalidad Materna en varios países de África, señalaron los factores que influyen entre el inicio de la complicación obstétrica y su desenlace. En ese trabajo ya clásico sobre el tema, las autoras plantean que si se proporciona con prontitud el tratamiento adecuado cuando hay riesgo para la vida de la madre, el desenlace suele ser favorable: es decir, la mayor parte de las muertes maternas son “técnicamente” evitables. La pregunta es, entonces, cuáles son las causas que impiden prestar la atención necesaria en el momento adecuado. En el estudio mencionado se examinan lo que las autoras llaman las “tres demoras”. Se analizan los factores que: 1) demoran la decisión de tener el parto fuera de la casa, 2) una vez tomada la decisión, demoran la llegada a un establecimiento de salud y 3) una vez en el centro hospitalario, los factores que demoran la atención adecuada¹¹.

Está claro que los servicios de salud *de alta calidad técnica* son indispensables cuando aparecen las complicaciones obstétricas. Sin embargo, son especialmente las experiencias de las mujeres y las comunidades con los *partos normales*, que constituyen la mayoría de los casos, las que “espantan” a las usuarias de los servicios, reforzando la idea de rechazo a asistir al servicio de salud.

Si se analiza la *primera demora* de Thaddeus y Maine, la decisión tomada por la mujer, la pareja o la familia para tener un parto hospitalario cuando aparecen complicaciones, encontraríamos que en general esta decisión es tomada bastante tardíamente. Las razones de ello pueden buscarse en algunas prácticas que siguen imperando en los establecimientos de salud en los partos normales. Así, a pesar de que ya desde los años noventa la OMS (1996) contraindica explícitamente la realización de algunas maniobras de rutina en el parto normal como el rasurado pubiano, el enema y la episiotomía en las primerizas (Carrioli y Belizán, 1999) por ser innecesarias e incluso peligrosas, se siguen realizando casi de rutina en la mayoría de los hospitales de Latinoamérica. Más aún: Caldeyro-Barcia (1979), demuestra que la posición vertical durante el trabajo de parto es más fisiológica que la posición horizontal, que las contracciones uterinas son más eficientes y que el trabajo de parto se acorta significativamente con la posición vertical. Asimismo, demuestra que los bebés nacen con mayores concentraciones de oxígeno en sangre, menos cianóticos, más rosados, con un pH más alto, que los que nacen de madres en posición horizontal. Esas conductas, además de innecesarias médicamente, tienen una enorme carga agresiva para cualquier mujer, y mucho más si se trata de mujeres indígenas que tienen un modelo de parto con el que han parido y visto parir a sus madres y familiares. El problema no es solo que el parto se ha medicalizado sino que en el siglo XXI prosigue la práctica de procedimientos que se retrotraen al siglo XVII¹² y sobre los cuales hay evidencia suficiente para demostrar que son innecesarios y contraindicados. Y lo que es peor: se siguen enseñando en las facultades de medicina y de enfermería sin fundamento alguno. En las comunidades andinas, el modelo de parto normal es en la casa, generalmente en cuclillas, con la parturienta asistida por miembros de su familia, la partera empírica o sólo por su pareja, tomando infusiones calientes (mates). En cambio, en los servicios de salud la mujer se ve sometida a un conjunto de maniobras invasivas y prohibitivas reñidas con sus costumbres tales como desnudarse para ir a la sala de partos, aislarse de sus familiares y, según el protocolo, mantenerse en ayunas, lo cual se extiende a la ingesta de los mates calientes tradicionales. Las mujeres de las comunidades indígenas conocen estas prácticas hospitalarias porque las vivieron ellas mismas en un parto anterior o se las relató otra mujer. Por eso, la decisión de parir en institución es temida, y si aparecen complicaciones du-

rante el trabajo de parto la decisión es demorada además por otra “creencia” popular: “en el hospital una se muere”. Y ésta “creencia”, expresada como seguridad por las mujeres andinas, se basa en conceptos también referidos por Thaddeus y Maine (1994) en la “tercera demora”: “al llegar al Centro de salud tal vez la mujer no comience a recibir tratamiento de inmediato. La escasez de personal competente, de medicamentos y suministros esenciales sumada a demoras administrativas y mal manejo clínico es un factor constatable que contribuye a la mortalidad materna”. Es importante, asimismo, notar que en los hospitales urbanos se realiza de forma innecesaria un número excesivamente alto de cesáreas sin indicación (CLAP, 2002), otro elemento que, con razón, atemoriza y desincentiva la búsqueda del servicio de salud institucional. Por lo tanto, para lograr un cambio en la opinión pública sobre la calidad y calidez de los servicios de salud, se deberían reducir las deficiencias de la calidad técnica de los servicios y mejorar la disponibilidad de insumos esenciales y de personal calificado. Pero esto no es suficiente porque también es fundamental poner el acento en la desmedicalización de los partos normales, y el respeto en ellos de las normas establecidas por el modelo amerindio.

Esto introduce otro elemento sobre el que, sin duda, hubo un acuerdo entre los consultados: *sin modificar los programas de estudios de médicos/as, enfermeros/as y otro personal de Ciencias de la Salud, sería imposible lograr que los trabajadores de este campo puedan respetar el paradigma de los usuarios y usuarias indígenas*. Y sin este respeto tampoco se lograría la confianza de las usuarias y usuarios en el modelo occidental. Y este respeto y confianza recíprocos son condición *sine qua non* para la prevención de la Morbi-Mortalidad Materna (y de otros grupos).

Del divorcio de los modelos a su integración

176

En un importante trabajo, Menéndez (1990), reconoce tres modelos de atención médica: el Modelo Médico Hegemónico, el Modelo Alternativo Subordinado y el Modelo de Autoatención. Según este autor, el primer modelo “construye una hegemonía que intenta la exclusión ideológica y jurídica de las otras posibilidades de atención, lo cual en la práctica se resuelve en procesos de transformación de las otras prácticas y saberes preventivo-curativos.” Se constituyen, así, “procesos derivados de las relaciones conflictivas y/o complementarias... a partir de la hegemonía obtenida por el Modelo Médico Hegemónico”. Lo que ocurre es que en la práctica se realizan lo que el autor denomina “transacciones” que involucran los dos primeros modelos y que “suponen procesos de reapropiación y rearticulación generados desde los grupos subalternos”. Ahora bien, sin duda estas “transacciones” se realizan azarosamente pero si ellas se transformaran en un objetivo de la formación de los recursos humanos en salud, se colaboraría con el proceso de democratización de los sistemas educativo y de salud. Este aspecto es crucial en un país como Bolivia, donde existen *diversos* paradigmas socio-culturales que contienen sendos modelos de salud (concepciones, representaciones, prácticas). Sin embargo, uno de esos modelos, el modelo occidental moderno o bio-médico, es hegemónico y por ende, el modelo tradicional, con todas sus prácticas, es marginado y despreciado, especialmente a nivel de las Universidades Nacionales o privadas (Michaux, 2004; Fernández Juárez, 1999; Castellón Quiroga, 1997; Menéndez, 1990).

En las escuelas de medicina, de enfermería y de otras carreras relacionadas, se enseña solamente el modelo bio-médico. Cualquier otro modelo, especialmente los modelos holísticos indígenas, se consideran supersticiosos, erróneos e inferiores. Sin embargo, los estudiantes, en un país con un 62 por ciento de población indígena (Censo Nacional de Población, Bolivia, 2000; Censo Indígena de Bolivia, 2000), llegan a las escuelas con una estructura de pensamiento que incluye un modelo de atención a la salud producto del medio cultural y ambiental en el que crecieron. Para transmitirles el modelo occidental bio-médico y el correlativo desprecio por el modelo del que son portadores (en general un modelo holístico, sean ellos de la clase social que sean), se hace necesario alterar, re-significando, esa estructura de pensamiento de los estudiantes indígenas y no indígenas. Mientras estos ingresan en las casas de estudio con un modelo internalizado, egresan de ellas con otro, el bio-médico y con un adquirido desprecio por el anterior¹³. Este es un mecanismo violento que se ejerce a nivel del sistema educativo con-

tra los futuros trabajadores de la salud (Rance, 1999). De esta manera, éstos son inducidos a despreciar su propia historia. Y, en el caso del parto, prácticas no solo innecesarias sino también generadoras de enfermedad, y ciertamente agresivas contra la mujer física, psicológica y culturalmente, se transmiten e incorporan como si fueran la evidencia científica más moderna.

Por su parte, la población originaria que es mayoritaria en Bolivia reacciona con una estrategia de resistencia a los servicios de salud en los que ese modelo hegemónico se aplica. Ese modelo incluye valores ideológicos que legitiman el maltrato y la represión en el servicio de salud (Menéndez, 1990; Caramés García, 2004). Un dicho bastante repetido en Bolivia es “prefiero morir en casa antes que en el hospital.” Los servicios de atención del parto son emblemáticos pues en ellos es más evidente que en otros el contraste entre los dos modelos. Michaux (2004) habla de un *boicot silencioso a los servicios de salud*. Este se evidencia, como hemos visto, en una ocupación de camas muy baja, mucho más baja en los hospitales rurales que en los urbanos, y un 43 por ciento de partos domiciliarios a nivel de todo el país (Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, 2006; Encuesta Nacional de Salud, Bolivia, 2003; Encuesta Post-Censal de Mortalidad Materna, 2004).

Se han descrito casos en que las madres de las comunidades aymaras o quechuas, esconden sus hijos de las auxiliares de enfermería que caminan kilómetros en el altiplano para llegar a vacunarlos en sus domicilios. Las madres se niegan a que alguien, aún oriundo de sus propias comunidades, vacune a sus hijos si no entienden el por qué de la inyección. Es común la identificación del auxiliar de enfermería con el *kharisiri*, personaje del imaginario altiplánico quechua o aymara que chupa la energía o la sangre a las personas (Castellón Quiroga, 1997, Michaux, 2004). Según Dibbits y Boer (2002) “esta situación a su vez genera *frustración en el equipo de salud*.”

El boicot de las poblaciones originarias a los servicios de salud que manejan el modelo biomédico como la única verdad y que desprecian las concepciones de los Pueblos Originarios y su cultura, no ocurre, por supuesto, sólo en Bolivia. En Chiapas, México, los zapatistas afirman que “fue necesario rescatar y fortalecer las formas tradicionales de cuidar la salud” y que es necesario “que los médicos se hagan conscientes de que hay otras alternativas de atención y que las respeten” (Declaración de Moisés Gandhi, 1997). “Los campesinos de la zona han dejado de ir al enorme hospital de Guadalupe Tepeyac porque como a indígenas los tratan muy mal o les dicen que no hay medicinas” (La Jornada, México, 2004). Y “son los promotores de las clínicas zapatistas quienes discuten en su idioma sobre la planificación familiar, el número de hijos que quieren tener y el espaciamiento de los embarazos” (Zylberberg Panebianco, 2004).

Menéndez, plantea que el Modelo Médico Hegemónico se apropia de los modelos subordinados como ocurrió en occidente con la acupuntura, la homeopatía y otras medicinas “alternativas”. En ese sentido, creemos que si ese proceso de apropiación se llevara a cabo *conscientemente* en las Escuelas de Ciencias de la Salud y otras relacionadas se abrirían espacios de reflexión y discusión sobre los modelos existentes en las diversas Naciones Originarias. De esa manera, los egresados de esas carreras no tratarían de imponer un modelo ajeno a la realidad cultural de la población (Dibbits y De Boer, 2002; Michaux, 2004; Fernández Juárez, 1999; Castellón Quiroga, 1997), sino que más bien articularían los modelos desde la Escuela de Salud haciendo la “transacción” consciente y un objetivo explícito del sistema educativo.

Es fundamental, pues, que los servicios de salud se integren a las comunidades a las que pertenecen, a su historia y a sus tradiciones: sólo así no serán rechazados. Desde la formación en el pre-grado se debería generar en los estudiantes preguntas como: ¿Cómo vemos y cómo somos vistos por el/la otro/a? ¿Existe un/a otro/a? Y, si la población que posee otro modelo es la mayoría, ¿cuál es ese conjunto de prácticas y representaciones? (Michaux, 2004). Pero, además, debería interrogarse sobre las ventajas del otro modelo, algo evidente, por ejemplo, en el caso de la posición vertical para el parto.

Si el modelo de atención continúa siendo solamente el de la minoría no indígena no será posible alcanzar la universalidad y la equidad. “Desde esta perspectiva será necesario revisar las políticas y

programas universitarios que hasta el momento se han inspirado en la idea de imponer la uniformidad cultural en un país caracterizado por una riquísima diversidad” (Dibbits y De Boer, 2002).

También es importante reivindicar los derechos que tienen los trabajadores de la salud a conocer los modelos de atención prevalecientes en la zona en que trabajan, a integrarse con la comunidad a la que sirven, a ser aceptados por esa comunidad y a evitar la frustración laboral.

¿Adecuación cultural o interculturalidad?

Este dilema debería ser abordado cuando se analizan las prácticas de atención a la salud, pues ambos conceptos se confunden muy frecuentemente.

La *adecuación cultural* es la práctica más difundida. Sin cambiar el modelo cambiamos solo algunas partes del protocolo. Por ejemplo en el ambiente hospitalario sin cambiar nada más, se permite el parto en cuclillas o la posición que la mujer elija y al final se devuelve la placenta (Michaux, 2004). Pero, las maniobras invasivas y las normas prohibitivas se mantienen. Con estos procedimientos (el denominado “parto humanizado”) *no se ha visto un incremento significativo de la demanda en los Centros de salud en donde se realizan*. “Si las relaciones profundas de dominación persisten, si no se analiza en profundidad la historia personal de cada uno de los integrantes de los servicios de salud rurales, si no hay cambio de conducta con respecto a las prácticas en torno al proceso salud/enfermedad/atención de la comunidad, es muy difícil que las y los usuarios tomen la iniciativa y expliquen cuáles son sus preocupaciones, sus exigencias, sus requerimientos” (Dibbits y de Boer, 2002). La adecuación cultural significa, pues, “la incapacidad de los sistemas de salud modernos de cuestionar sus fundamentos, reconocer la existencia de *otro modelo*, y de analizar los límites del propio” (Michaux, 2004). La *interculturalidad* en cambio, “rebaso lo étnico, implica la interrelación, la interacción dialógica de diversos actores sociales (etnias, clases, géneros, regiones, comunidades, generaciones) con distintas representaciones y universos simbólicos” (Guerrero, 1999). La interculturalidad implica “la promoción e implementación de modelos interculturales de salud y una organización de los servicios que permita que la cosmovisión de los pueblos y comunidades involucrados, en lugar de constituir una barrera, se constituya en el espacio idóneo para reducir las contradicciones entre lo que hacen en sus comunidades y lo que encuentran en las unidades de salud” (Cunningham, 2002).

Hacia una integración de modelos en la formación de los trabajadores de la salud

Las y los trabajadores de la Salud, Docentes y Directivos/os de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, líderes de los diferentes Pueblos Originarios, Representantes de las Agencias del Sistema de Naciones Unidas (OPS/OMS, UNICEF, UNFPA), trabajadores de organizaciones no gubernamentales, usuarias y usuarios y otros protagonistas consultados estuvieron de acuerdo en que en los nuevos programas de las Facultades de Medicina y de otras carreras de Ciencias de la Salud, debería incorporarse una materia *no optativa* como Antropología de la Salud y Enfermedad, la cual debería cruzar *todas* las asignaturas y que analizaría los diversos modelos de atención para lograr el respeto por los paradigmas no hegemónicos que son los de la mayoría de la población. Los contenidos de esta materia también deberían ser incluidos en las Escuelas de Enfermería, Nutrición, Kinesiología, Escuelas técnicas de auxiliares de enfermería y de promotores de la salud. Asimismo, se propuso facilitar el proceso de referencia entre ambas medicinas: hay ciertas “enfermedades o síndromes” que no pueden ser tratados ni curados por la medicina occidental (Fernández Juárez, 2004). Esto implica que en el proceso de aprendizaje universitario, técnico y de los promotores, se plantee que el personal de salud convencional valore y reconozca el modelo tradicional. Esta actitud más abierta contribuiría a que la población conozca las posibilidades terapéuticas de la medicina occidental. Obviamente, la propuesta incluye la actualización de la atención del parto en base a los normas de la OMS (1996): posición vertical,

o la posición en que la mujer se sienta más cómoda, evitar las episiotomías de rutina en las primerizas, evitar los enemas y el rasurado, las cesáreas innecesarias, etc. Por ejemplo, ¿Por qué no dar mates calientes a la mujer en trabajo de parto normal en el servicio de salud? ¿Qué lo contraindica? También se propuso replicar el modelo ya experimentado con éxito por la organización no gubernamental Tahipamu en el Hospital de Patacamaya (Dibbits y De Boer, 2002). Esta experiencia de análisis *in situ* con los equipos de salud en servicio acerca de su conducta, de la historia personal de cada uno de los miembros del equipo, analizando los modelos y sus relaciones con la comunidad, podría realizarse a nivel nacional.

Y la historia continúa...

Hubo consenso entre los protagonistas consultados de que la exclusión política y social de los pueblos originarios ha implicado la exclusión y el desconocimiento de un sistema de salud tradicional, incorporado a las representaciones mentales y a las prácticas de los pueblos indígenas y de la minoría no indígena boliviana que siempre ha estado en contacto estrecho con ellos. Ahora bien, la nueva situación política creada con las elecciones de diciembre del 2005, en las que fue elegido Presidente con más del 50 por ciento de los votos un líder originario del país, abre posibilidades de inclusión y reconocimiento de los problemas planteados. La nueva Ministra de Salud y Deportes de Bolivia (cuando aún no era Ministra) creó en 2005 un Diplomado en Salud Intercultural cuyo objetivo general es “incorporar los conceptos de la temática intercultural en la visión bio-médica de los Recursos Humanos del sistema de salud, en función de construir acciones de enfoque multidisciplinario con respecto a usos y costumbres en la interacción con los componentes de la comunidad” (SEDES, 2005). A este objetivo general, se agregan objetivos más específicos tales como generar una corriente de pensamiento bajo el concepto de interculturalidad en la actividad sanitaria, deconstruir la metodología analítica bio-médica y construir una nueva manera de analizar la temática de salud a través de la incorporación de la lógica intercultural y establecer líneas operativas de investigación cualitativa y cuantitativa en el marco de la metodología antropológica dirigida hacia las formaciones cognitivas culturales, y hacia la investigación experimental del acervo de la fito-farmacología de las plantas medicinales tradicionales. Este curso se inauguró en Junio de 2005 con el reconocimiento de la Universidad Mayor de San Andrés de La Paz y actualmente se planea generalizarlo a todos los departamentos del país. Estos pasos son imprescindibles para los cambios programáticos propuestos y el respeto mutuo entre ambos modelos de salud imperantes en Bolivia. Y, fundamentalmente, para comenzar a encarar con una mayor dosis de realismo, de eficacia y eficiencia, la enorme deuda social en salud de Bolivia.





*Proyecto Adecuación Cultural del Parto (Dibbits y Terrazas, 2003)
Promotoras de Acachachi (Prov. Omasuyos, Bolivia) en capacitación*



*Proyecto Adecuación Cultural del Parto (Dibbits y Terrazas, 2003)
Promotoras de Acachachi (Prov. Omasuyos, Bolivia) en capacitación.*



Proyecto Adecuación Cultural del Parto (Dibbits y Terrazas, 2003). Los padres con su recién nacido, después del parto. Achacachi, Prov. Omasuyo, Bolivia.

Notas

- 1 Médica Sanitarista, ex Representante de las Organizaciones Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS) y del Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA/ONU). Trabajó en Bolivia cinco años (1984-1988) como Oficial del PMA/ONU y cuatro años (1994-1998) como Consultora en Salud Materno-Infantil de la OPS-OMS. <usumacinta21@yahoo.com.ar>
- 2 La OMS define a la Mortalidad Materna como “la muerte de una mujer que ocurre durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de la terminación del embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio.”
- 3 Encuesta Nacional de Salud, 1994; Encuesta Nacional de Salud, 1998; Encuesta Nacional de Salud, 2003; Encuesta Post-Censal de Mortalidad Materna, 2004.
- 4 Por ejemplo, Chile tiene 13 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos; México, 65,2; Guatemala, 153; Cuba 38,5; Ecuador 77,8 (OPS/OMS, 2005).
- 5 La mala salud materna es la causa de la mitad de todas las muertes infantiles (Declaración Conjunta de Naciones Unidas para reducir la mortalidad materna, 1999)
- 6 Consultoría de OPS/OMS. Se agradece al Representante OPS/OMS en Bolivia, Dr. J. A. Pagés el apoyo logístico y técnico para llevar este trabajo a cabo.
- 7 COPICHAS (Confederación de Pueblos Indígenas del Chaco Suramericano); APG (Asamblea del Pueblo Guaraní); CI-DOB (Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia); Confederación Nacional de Naciones Originarias de Bolivia; Central de Pueblos Indígenas del Beni; Central de Pueblos Indígenas del Trópico de Cochabamba; Central Indígena de Pueblos Originarios de la Amazonía de Pando; Central de Pueblos Indígenas de la Paz.
- 8 Véase, por ejemplo: Dibbits, 1994; Secretaría Nacional de Salud de Bolivia, Plan Vida, 1994; Arnold, Murphy-Lawless y Yapita, 2000; González, Dearden y Jiménez, 1999; Blaney, 1994; Dibbits y Terrazas, 2003; González, Arteaga, y Howard-Grabham, 1998; Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, 2004; Vargas Quiroga, y Alemán, 2003, Dibbits y de Boer, 2002.
- 9 Encuestas Nacionales de Salud, Bolivia, 1994, 1998, 2003; Encuesta Post Censal de Mortalidad Materna, Bolivia, 2004; Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, 2006.
- 10 Recientemente, en el Día Internacional de la Mujer 2006, la Dra. Nila Heredia, Ministra de Salud y Deportes de Bolivia, anunció la extensión de este Seguro a todas las mujeres, y no solo a las que están en embarazo, parto o puerperio.
- 11 “Cuando se habla de búsqueda y utilización de los servicios de salud, nos concentramos en la atención médica moderna ya que las principales complicaciones del parto que nos interesan no se pueden tratar en el ámbito de la medicina tradicional” Thadeus y Maine (1994).
- 12 La posición horizontal para el parto fue introducida en el siglo XVII por el partero francés Moriceau para tornar más cómodas para el médico las maniobras que permiten hacer diagnóstico así como la aplicación de fórceps (Caldeyro-Barcia, 1979).
- 13 “El proceso de formación en Ciencias de la salud supone un proceso de construcción ideológico-cultural y no solamente de adquisición de habilidades técnicas lo que a su vez determina formas de ver y, consecuentemente de abordar el fenómeno salud-enfermedad-atención.” (Caramés García, 2004).

Bibliografía

- ARNOLD, Denise, Jo Murphy-Lawless, Juan de Dios Yapita et al.
 2000 “Hacia un modelo social del parto: Debates obstétricos interculturales en el altiplano boliviano”. *Informes de Investigación* II, N° 1, ILCA, La Paz
- BLANEY, C.
 1994 “Making Motherhood Safer in Bolivia”. *Network*, ;14(3) pp.18-9, 27.
- CALDEYRO BARCIA, R., G. Giusi, E. Storch et al.
 1979 “Bases Fisiológicas y Psicológicas para el Manejo Humanizado del Parto Normal”. *Publicación Científica* N° 858, CLAP, (Centro Latinoamericano de Perinatología).
- CARAMES GARCIA, Ma. Teresa
 2004 “Proceso Socializador en Ciencias de la Salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente”. En, FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina: Perspectivas Antropológicas*, pp. 31-52, Editorial Abya Yala, Bolhispania, UCLM, Quito

- CARRIOLI, G y J. Belizán
1999 "Episiotomy for Vaginal Birth". The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3.
- CASTELLON QUIROGA, Iván
1997 *Abril es Tiempo de kharisiris. Campesinos y Médicos en Comunidades Andino-Quechuas*. ASONGS, Project Concern International Bolivia, MAP Internacional, Prefectura de Cochabamba y SITUMSS. Cochabamba
- CENSO INDÍGENA DE BOLIVIA, 2000
2001 *Instituto Nacional de Estadística (INE)*. La Paz
- CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN DE BOLIVIA, 2000
2001 *Instituto Nacional de Estadística de Bolivia (INE)*. La Paz
- CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA (CLAP)
2002 Montevideo, Uruguay, Boletín N° 20.
- CUNNINGHAM, Myrna
2002 "Etnia, Cultura y Salud: La experiencia de la salud Intercultural como una herramienta para la equidad en las regiones autónomas de Nicaragua" Conferencia en homenaje al Centenario de la OPS. <http://www.ops.org.ni> (sitio internet de la Representación OPS/OMS Nicaragua. Visitado en abril de 2006)
- DECLARACION DE MOISÉS GANDHI
1997 "Por una salud en manos del pueblo". Moisés Gandhi, Región Autónoma de Toztz Choj, Chiapas, 24 de febrero. Primer Foro-encuentro de promotores y agentes de salud. <http://www.ciepac.org/analysis/salud.htm>, (sitio Internet visitado el 3 de abril de 2006).
- DIBBITS, I y Terrazas, M
2003 *Uno de Dos. El involucramiento de los hombres en la atención de la salud perinatal. Revelaciones desde Santa Rosa y Rosas Pampa, El Alto, Bolivia*. Ediciones Tahipamú, La Paz
- DIBBITS, I y Terrazas, M.
2003 "Adecuación cultural del parto en servicios públicos de salud: su impacto en la satisfacción con los servicios obstétricos y neonatales. Una investigación en el Municipio de Achacachi, La Paz, Bolivia". Comunicación personal con fotografías.
- DIBBITS, I.
1994 *Lo Que Puede el Sentimiento. La Temática de la Salud a Partir de Una Experiencia de Trabajo con Mujeres en El Alto Sur*. La Paz, Ediciones Tahipamu, La Paz
- DIBBITS, I. y de Boer, M.
2002 *Encuentros con la Propia Historia. Interculturalidad y Trato Humano desde las perspectivas de un Equipo de Salud*. Tahipamú, La Paz
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (ENDSA), 1994
1995 Instituto Nacional de Estadísticas (INE). La Paz.
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (ENDSA), 1998
1999 Instituto Nacional de Estadísticas (INE), La Paz
2000
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (ENDSA), 2003
2004 Instituto Nacional de Estadísticas, (INE). La Paz
- ENCUESTA POST- CENSAL DE MORTALIDAD MATERNA 2003
2004 Análisis de los datos por A. de la G. Murillo, Instituto Nacional de Estadísticas (INE). La Paz
- FERNANDEZ JUÁREZ, Gerardo
2004 "AJAYU, ANIMU, KURAJI". La enfermedad del "susto" en el altiplano de Bolivia". En, FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (Coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina: Perspectivas Antropológicas*, pp. 279-304, Editorial Abya Yala, Bolhispania, UCLM, Quito
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
1999 *Médicos y Yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara*. Ministerio de Salud y Previsión Social, CIPCA, ESA, OPS/OMS. La Paz
- GONZALEZ, F., Dearden K. y Jimenez W.
1999 "Do Multi-Sectoral Development Programmes Affect Health? A Bolivian Case Study". *Health Policy Plan*. Dec; 14 (4) pp.400-8.

- GONZALEZ, F., Arteaga, E. & Howard-Grabham, L
1998 "Scaling up the the Warmi Project: Lessons Learned. Mobilizing Bolivian Communities around Reproductive Health". Save the Children Federation Inc. Bolivia Field Office. <http://www.coregroup.org/resources/Saveboli.pdf> (sitio Internet visitado el 3 de abril de 2006).
- GUERRERO, Patricio
1999 "La Interculturalidad sólo será posible desde la insurgencia de la ternura". En, *Reflexiones sobre Interculturalidad. Primer Congreso Latinoamericano de Antropología Aplicada "Diálogo Intercultural"*. UPS, Quito
- LA JORNADA
2004 Chiapas, la Resistencia., Suplemento Especial de 20 Aniversario, México, DF., Edición del 19 de septiembre de 2004. <http://www.jornada.unam.mx/2004/09/19/chi-portad.html> (sitio Internet visitado el 3 de abril de 2006).
- MENENDEZ, Eduardo
1990 *Morir de Alcohol. Saber y Hegemonía Médica*. Editorial Patria SA. de C. V. Alianza Editorial Mexicana, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México DF.
- MICHAUX, Jacqueline
2004 "Hacia un Nuevo Sistema de Salud Plural e Intercultural en Bolivia. Reunión de Coordinación para la Elaboración de una Propuesta de Atención a la Salud Materna y Neonatal para Mujeres Indígenas en Bolivia (OPS/OMS)", Comunicación personal para la reunión de consulta en OPS, La Paz, Bolivia, mayo).
- MICHAUX, Jacqueline
2004 "Hacia un sistema intercultural de salud en Bolivia: de la tolerancia a la necesidad sentida". En, FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (Coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina: Perspectivas Antropológicas*, pp.107-128, Editorial Abya Yala, Bolhispania, UCLM, Quito
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES DE BOLIVIA
2006 <http://www.sns.gov.bo>. (Sitio Internet visitado el 2 de abril 2006)
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES DE BOLIVIA
2006 Proyecto de Salud Integral. http://www.usaid.gov/our_work/cross-cutting_programs/wid/snapshot/lac/bolivia_health.htm (sitio Internet visitado el 1 de abril de 2006)
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES DE BOLIVIA
2006 http://www.sns.gov.bo/bolsns/produccion_2005/301_12g01.htm (sitio Internet visitado el 1 de abril de 2006).
- OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD)
1996 *Cuidados en el parto normal: Una Guía Práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva*. Ginebra.
- OPS/OMS (ORGANIZACIONES PANAMERICANA Y MUNDIAL DE LA SALUD)
2002 "Estrategia Regional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Maternas". 26º Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, D.C., EE.UU., 23-27 septiembre.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OMS)
2005 "Indicadores de Mortalidad en la Región de las Américas", <http://www.paho.org/english/dd/ais/BI-brochure-2005.pdf>. (sitio Internet visitado el 3 de abril del 2006)
- RANCE, Susana
1999 *Trato Humano y Educación Médica. Investigación-acción con estudiantes y docentes de la carrera de Medicina, Universidad Mayor de San Andrés, (UMSA), La Paz*. Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia. La Paz
- SECRETARÍA NACIONAL DE SALUD DE BOLIVIA
1994 *Plan Vida para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna, Perinatal y del Menor de 5 años*. La Paz.
- SEDES, (SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD), La Paz
2005 "Especialidad en Salud Intercultural. Programa Académico de la Primera Parte"; Prefectura Departamental de La Paz, Bolivia (Comunicación personal)

THADDEUS, S y D. Maine

1994 "Too far to walk. Maternal Mortality in Context". *Social Science and Medicine*. Vol. 38, No. 8, pp.1091-1110.

VARGAS QUIROGA, Y. y Alemán, L. V

2003 *La maternidad de mujeres indígenas quechuas. Caso de diez ayllus de los Municipios de C y Caiza "D" y Cotagaita del Departamento de Potosí, Bolivia*. Centro de Desarrollo Comunitario Causanachispaj, Population Concern Andes y OPS/OMS; La Paz, Bolivia.

ZYLBERBERG PANEBIANCO, Violeta

2004 *Género, Etnicidad y Resistencia. Movimiento Zapatista y Mujeres en Chiapas*. Tesis. Escuela Nacional de Antropología e Historia. I.N.A.H, SEP. México, DF.

EL SAMAY, EL 'SUSTO' Y EL CONCEPTO DE PERSONA EN AYACUCHO, PERÚ¹

Isabel Neila Boyer
Universidad Complutense
España

En este artículo trato de aportar algunas ideas acerca de la importancia del *samay* para la concepción de la persona y el cuerpo en Ayacucho. A pesar de ser el protagonista de un sinnúmero de aflicciones de toda índole, al *samay* como principio interno que anima el cuerpo se le ha prestado escasa atención en los Andes en general, en contraste con las innumerables páginas existentes sobre los *wayra* como fuente principal de las enfermedades en esta área cultural. Exceptuando algunos trabajos (Muñoz Bernand, 1986; Clarac, 1992, 2000; Fernández Juárez, 1995, 1998, 1999, 2000, 2004a, 2004b), los abordajes tradicionales del binomio salud/enfermedad en el área andina han adolecido de un análisis de la aflicción a partir de la concepción del cuerpo y de las entidades que lo componen, obviado así su construcción cultural. A lo sumo, algunas explicaciones ofrecidas sobre el 'síndrome cultural' del 'susto' hacen referencia a la pérdida o abandono del organismo por parte de una entidad anímica indiferenciada (Cavero, 1988; Lira, 1995; Valdivia Ponce, 1975; Valdizán y Maldonado, 1985). La pretensión de este trabajo es ofrecer otro abordaje del problema de la salud y la enfermedad partiendo de un análisis del concepto de *samay*, así como apuntar algunos datos sobre la representación, comprensión y construcción del cuerpo y la persona en este departamento peruano.

187

El monismo andino y la filosofía del ser en Ayacucho

En Ayacucho, aunque actualmente no de manera explícita, se concibe al ser humano y a muchas otras cosas más de la Naturaleza compuestas por un aire que las anima, principio que Fray Domingo de Santo Tomás (-1560-, 1951) identificó con el nombre de *camay*. Como no podría ser de otro modo, este aire participa en las ideas acerca de la salud y la enfermedad, y parece ser el protagonista tanto de las interacciones fortuitas como de los contactos obligados en forma de rituales entre los *runas*² y aquellos seres que pueblan el imaginario ayacuchano. Él, a diferencia de cuantos vientos, *wayra*, circundan el cuerpo cargados con las emanaciones de los cadáveres, de los fetos abortados o de los *gentiles*³ y sus "entierros", y que "te chocan" en las gélidas noches de la sierra andina para cobijarse en el organismo, posee la cualidad de estar recogido al interior del cuerpo humano, aunque su persistencia dentro del organismo resulta débil y debe ser vigilada⁴.

A pesar de la vigilancia continua hay momentos en los que da en ausentarse, como durante el sueño, y momentos en los que su apego hacia el cuerpo se diluye como en el tránsito hacia la muerte. En otras circunstancias su salida es propiciada por el 'susto', o como resultado de la acción casi quirúrgica llevada a cabo por diferentes seres (*wamanis*, *pachamama*, *gentiles*)⁵ que, con una facilidad cuanto menos pasmosa, agarran y extraen el corazón de la víctima. Ellos saben que es aquí, en el *sonqo*, donde se encuentra esta sustancia de la que depende el bienestar del cuerpo, la persona y la comunidad. De modo que si este órgano resulta "agarrado" o "tocado", *llapchay*, o si el *samay* se avienta como consecuencia de un susto, sobrevienen el decaimiento, la apatía, la pérdida de fuerzas y, en los casos que acusan mayor gravedad, hasta la muerte. Pareciendo, además, que el organismo va desinflándose y secándose poco a poco.

No caminar en solitario por lugares poco poblados, ni recorrer tierras erizadas, evitar caídas en parajes desolados y, más aún, que el sueño gane a la consciencia en ellos, son las maneras más referidas de mantener dentro del organismo este aire vital. Tal es así, que las advertencias más comunes que suelen enunciarse al respecto siempre remiten a la cualidad salvaje y no domesticada de ciertos elementos de la Naturaleza y del folklore ayacuchano. Elementos que, según cuentan, no están habituados al contacto con el *runa* y poseen una fuerza, un “encanto”, extraordinario. Y es que parece ser el *samay* la sustancia que antojan fundamentalmente los cerros y la *pacha* cuando no se ha cumplido ritualmente con ellos, o cuando su salvajismo y maldad les hace desconocer las ofrendas y *pagapus*⁶ que puede dispensar el *runa*. Eludir estas circunstancias y los estados corporales que propicien la salida del *samay* o puedan convertirlo en presa fácil de entidades ctónicas, son, además de garantizar la salud y la vida, modos de salvaguardar la totalidad de la persona en tanto este aire interior posee una consistencia anímica. Ya advertía en 1560 el dominico Fray Domingo de Santo Tomás que es “el alma por la cual vivimos”, el *camaquenc* o *fongo* (corazón-entrañas).

Quisiera hacer hincapié en la idea del *samay* -*camaynin* o *camaquenc*- como equivalente a espíritu y ánima, y subrayar su relación con las entrañas y el corazón. Con ocasión de la evangelización en el Perú, en numerosas pláticas destinadas a la conversión de los indios, los predicadores empleaban el término *songonchic*, “nuestros corazones”, para referirse a “nuestras ánimas”⁷. Este binomio corazón-entrañas/espíritu tiene todavía vigencia en los Andes y en otras áreas de América, donde algunas de las entidades anímicas esenciales de la persona parecen igualmente alojarse dentro de este órgano o en el espacio corporal a él reservado⁸. Ya advertía Polia que el *camaquenc* reside en el corazón y que tiene que ver con la fuerza vital, la voluntad, la memoria, la razón y los afectos. Es más, señalaba que *animu* en quechua moderno es *kamaq-sonqo* (1996: 168, 172). Por lo tanto el *samay* es mucho más que un aire físico recogido dentro del cuerpo, es la fuerza que anima y sostiene al hombre y a todas las demás cosas de la Naturaleza (Garcilaso, [1609] 1953; Muñoz Bernand, 1986; Rostworowski, 1988; Taylor, 2000; Platt, 2001). Una suerte de sustancia primordial que poseen las *chacras*⁹, los animales y las entidades tutelares, e incluso determinadas piedras que mediante su aliento constante propician la reproducción del ganado y la procreación de las personas¹⁰. Es, en definitiva, aquello que favorece el desarrollo, el crecimiento y la salud de todo cuanto rodea al *runa* y del *runa* mismo. La idea de este aliento que infunde vida se plasma, además, en el contexto ceremonial de múltiples rituales andinos que tienen por objeto solicitar protección a las entidades tutelares de la comunidad, pedir su dispensa para el inicio de las actividades agrícolas e instarlas a que favorezcan la procreación del ganado. Así, en Ayacucho se dice también *tinkai* o *saminchai* a una especie de obsequio o agasajo a las entidades tutelares afirmando la realización de un trato, compromiso o negocio¹¹. Éste se efectúa derramando las primeras gotas de licor con los dedos índice y pulgar de la mano derecha, o mediante el sahumero con incienso y alhucema, *chachando*¹² coca y fumando cigarrillos.

Pero más aún que todo esto, que no hace sino igualar al hombre con el resto de cosas de la Naturaleza, el *samay*, como trataré de demostrar a continuación, es al mismo tiempo la sustancia que diferencia al *runa* de todo cuanto le rodea. Como fuerza y energía vital, parece que en el hombre se canaliza a través del trabajo, y tengo la impresión de que es éste precisamente un ejercicio esencial en el pensamiento andino ayacuchano a la hora de establecer categorías donde ubicar al ser humano y al abigarrado conjunto de personajes con los cuales se comparte este mundo y que hacen del ocio su modo de vida. Si bien cuanto existe posee una fuerza que lo anima, su cualidad no es la misma en todos los casos. Ocurre también en Ayacucho, como en otras regiones del área andina (Muñoz Bernand, 1986: 186), que hay elementos donde dicha fuerza tiende hacia la vida y la reproducción, asegura el equilibrio del cuerpo y la sociedad, y viene a ser sinónimo de orden y ley, y otros elementos que se hayan dominados por una fuerza no domesticada que puede resultar peligrosa y llegar a causar la enfermedad y la muerte.

Esta última, que en muchas ocasiones se glosa como “poder” o “encanto”, parece ser la propia de las entidades tutelares, de los *gentiles* y de todos aquellos personajes que han contravenido las normas que posibilitan la reciprocidad y las correctas relaciones sociales. Pero también es en los Andes la

fuerza que anima al feto (Platt, 2001: 146-148) y al niño antes de ser bautizado, el cual, como se ha señalado en más de una ocasión, pertenece al espacio no domesticado de los cerros (Fernández Juárez, 1995: 43- 47 y 2000: 183-185). Podría decirse entonces que ellos viven gracias a la misma fuerza que caracteriza a la 'otredad', la Naturaleza y que dota de personalidad a las cosas del pasado (Muñoz Bernand, 1986: 13; Bouysse-Cassagne, 1987). Aquellas cosas que hoy en día actúan simuladamente y que en un tiempo anterior parece que se mantuvieron sin el trabajo y el esfuerzo que define la vida, la ralea y la corporeidad del *runa*¹³.

A este aire interior aluden directamente enfermedades que en la medicina tradicional, popular y folklórica peruana (Valdizán y Maldonado, 1922; Caverro, 1965; Valdivia Ponce, 1975; Lira, 1985) se han consignado por separado en atención a las fuentes causantes del mal o, a lo sumo, a la labilidad de un espíritu que se resiste a corresponderse con las categorías cristianas que definen tal elemento. Dolencias que provienen de algunos tipos de emanaciones, como el *aya waspi* o *wari onqoy* (emanación del cadáver o enfermedad del *wari*), la *puquio waspi* o *puquiusqa* (emanaciones del *puquio*), el *chirapa* (arco iris) y la *pacha waspi* (tierra que emana o exhala), así como el aliento del difunto o *qaiqa*, son los modos en que se concreta la presencia de la fuerza vital de otras cosas en el cuerpo humano. Por otra parte, enfermedades en principio tan dispares como el mal del 'susto', *mancharisqa*, y el mal de espanto, la *pacha chasqui* (tierra que recibe), la *pacha alcanzo* (la tierra que se apodera del corazón) y ciertas formas de hechicería basadas en el entierro de prendas que han estado en contacto directo con el cuerpo y que retienen sudor, orina, sangre menstrual y otros efluvios corporales en lugares de *gentiles*, en *puquios*¹⁴ y cerros desconocidos, son males que implican en Ayacucho una ausencia en el organismo de este aire interior¹⁵. De manera que ni el exceso ni el defecto de esta sustancia en el organismo, como veremos más adelante, resulta beneficiosa para el *runa*.

Pero a pesar de conocer los peligros que acarrea el traspaso de las fronteras del cuerpo por parte de esta fuerza vital, siempre hay momentos para el olvido, el descuido y, por qué no, la picardía de toda una pléyade de personajes que tienen en él su mayor apetencia. Así, los vaivenes de este aire interior son continuos y estas oscilaciones entre el adentro y el afuera del organismo mecen al ser humano entre la aflicción y el bienestar, y pueden aún conducirlo a disfrutar de un elevado estado anímico o, por el contrario, hacerlo padecer de ánimos resquebrajados. Su ausencia o presencia en el cuerpo, su carencia o rebose, provoca en las personas unos modos de estar connotados por dos expresiones fundamentales, aunque con variados matices, que se concretan, como se ha indicado, en la nominación de diferentes enfermedades. De modo que de una persona que goza de buena salud y cuyo estado anímico es favorable, se dice en Ayacucho que tiene un aire (semblanza) característico, y la expresión empleada para designarlo es "allim kay", "vivo kay", "qali, qali, qali kay"; es decir, estar ágil, estar bien y ser muy alegre. Por el contrario se llama *unquy*, enfermo, al individuo decaído, y de él se comenta que está sin aire. Tal es así que la enfermedad es entendida como un estado corporal y otro modo de ser asociado a personas que tienen gustos, ánimos y preferencias particulares (PRATEC, 2002: 158-160), constituyéndose en una manera transitoria de 'otredad'.

El *samay*, entonces, aunque interior, puede intuirse en el estado físico del cuerpo; y más aún en la mirada y el estado de los ojos, como en el 'síndrome cultural' del 'susto' (Muñoz Bernand, 1986: 186). Pero igualmente se manifiesta en la disposición de la persona para el trabajo y en las ganas, el ánimo, para realizar los quehaceres de la vida cotidiana. Tener aire, y por tanto estar sano, se expresa con términos que vienen a indicar una buena existencia basada en el trabajo, la reciprocidad entre todo cuanto existe, el respeto por las tradiciones y las normas éticas que gobiernan la sociedad. Por lo tanto, en Ayacucho, el aire interior y su expresión externa como apariencia, no aluden exclusivamente a la corporeidad sino, además, al concepto de persona y al comportamiento social. Es precisamente por su relevancia para la vida personal y social por lo que una vez superados los lindes del cuerpo, como veremos, se le piensa peligroso y dañino para la salud, siendo evitado su contacto porque, como sinónimo de fuerza que es, tiene poder para dentro de otro organismo hacerlo enfermar gravemente y precipitar su muerte.

La ociosidad y la construcción de la persona en los Andes

Me contaba don Alejandro Ccoragua que los antepasados, los *gentiles*, eran hombres rudos, feos, bravos, *lisos*¹⁶ y carnívoros. “Eran hombres drásticos”, me decía, “... no eran ya como yo, unos hombres mansos”. Sus cuerpos también eran diferentes a los de la gente de ahora, como lo demuestran los restos óseos enterrados al interior de los cerros o encontrados en las cuevas. “Calavera de anteriores, grandes, tremendo calaveras. Dientes también eran grandes. Tremendo manos tenían”, decía la Sra. Teofila de Ayacucho, quien además advertía sobre su desnudez. Ambos rasgos, gigantismo y amoralidad, han sido las cualidades más referidas a la hora de establecer diferencias de humanidad entre el *runa* y el *gentil* (Urbano, 1981; Ansión, 1987; Polia, 1996). Pero existen otros aspectos, como el exceso de fuerza, que apenas se han tenido en consideración y que en el pensamiento andino ayacuchano guardan íntima relación con la construcción de diferencias en base a la moral y la corporeidad¹⁷. A parte de advertir que la fuerza de los *gentiles* era enorme, le comentaba el *tayta*¹⁸ Ciprián a Darío Espinosa que “... eran exagerados, robándose la tierra entre ellos la llevaban hasta cualquier sitio, haciendo fila en postas y recibiendo de mano en mano (...) Ya en los tiempos del Hijo del Creador nosotros venimos trabajando en los cerros y quebradas. Ellos habían trabajado muy poco. Es el oro y la plata lo que habían trabajado más (...) Aquí en Perú nuestro Padre caminó por nosotros sudando por los cerros y quebradas, es por eso que nosotros también sudamos, en todos los trabajos sudamos. Ya que nos creó con estos cinco dedos, caminando con estos pies y con estas manos trabajamos mucho con su grandiosa bendición” (Espinosa, 1997: 281, 61, 111). En los lugares de trabajo, decía también el *tayta* Ciprián, queda el ánima y la sombra: “Si es que no llamas a tu ánima entonces se queda en los campos donde trabajaste, y de por sí se viene. Pero todavía permanece en la *chacra* laborando toda la noche, haciendo ruido y trasladando piedritas. Esas cosas hace, así es” (ibíd.: 95). Las diferencias de humanidad entre *gentiles* y *runas* puesta de manifiesto en estas palabras evidencian la relación exceso de fuerza/ocio-ánima/trabajo que trataré de desentrañar a continuación.

El proceso de inserción en la sociedad y los ritos que prologan las etapas de maduración en la vida personal y social en los Andes, dan la impresión de ser momentos significativos de un ejercicio paulatino de domesticación de esa fuerza pagana que dominaba el tiempo de antes. Un proceso que culmina con la formación de la persona completa mediante el matrimonio, ejemplo de la unión entre opuestos complementarios necesaria para que la vida se produzca (Isbell, 1976; Harris, 1985). La construcción del *runa* parece entenderse entonces como una actividad progresiva de transformación y compensación de energías: aquella que procede del “tiempo de Dios Padre” y que se mantiene en esta vida condensada fundamentalmente en elementos de la Naturaleza, *gentiles* y otros personajes del folklore ayacuchano, una fuerza de la que el ocio es su expresión; y esa otra fuerza vital que se consigue mediante la domesticación y el equilibrio de la fuerza bruta a partir del trabajo y del consumo de los alimentos obtenidos gracias al cultivo y cuidado de la *chacra*. De este modo, el trabajo viene a ser la actividad que transforma parte de esa fuerza no domesticada en la fuerza vital, y que da ánimo nuevamente para faenar en el campo, originándose un proceso de retroalimentación donde el *runa*, mediante la actividad agrícola, puede compensar en su organismo esa fuerza de la Naturaleza y disponer de ella con prudencia, respetando la que queda como materia bruta (Muñoz Bernand, 1986: 186). Esta fuerza es la propia de las personas de ahora, del “tiempo de Dios Hijo” que, a diferencia de los *gentiles*, son bautizadas y hacen del trabajo su expresión de vida. Tengo la impresión, como trataré de ilustrar a continuación, que esta fuerza vital, este espíritu y ánima, es posible gracias a dicha actividad, la cual actuaría como un gesto capaz de convertir lo “salvaje” a la vida cristiana, aquella competente de este tiempo. Un espíritu, no olvidemos, codiciado por todo un consorcio de personajes que tratan continuamente de agarrarlo y sustraerlo del organismo, enfermando al *runa* y acercándolo a la naturaleza de la *gentilidad*. En este sentido se pudiera imaginar el cuerpo no sólo como un espacio que condensa y reproduce los tiempos de la historia (Platt, 2001; Pitarch, 1996), sino además como el lugar en donde las luchas entre la tradición andina y la cristiana se producen con mayor vehemencia. No olvidemos que en Ayacucho existe una tra-

dición en lo que respecta a la idea de la posesión del cuerpo con objeto de revivir o volver un momento de la historia. Desde 1564 y hasta que fuera erradicado el movimiento del *Taki Onqoy*, los *taquiongos* afirmaban estar poseídos por las *huacas*, y preconizaban el regreso a la vida previa a la conquista¹⁹.

El ocio ha sido y es una preocupación constante en los Andes²⁰, e intuyo que tiene que ver, además de con una cuestión moral, con la idea de que aquello que se conceptúa como dañino y peligroso implica una retención del *samay* como fuerza, energía o poder, y se encuentra relacionado con un tiempo anterior regido por normas de comportamiento radicalmente distintas a las del tiempo de ahora. En la lengua quechua de los siglos XVI y XVII, como en la actualidad, aliento, ocio y holganza se han expresado mediante el concepto *samay*. En tanto esta lengua se encuentra abarrotada de expresiones onomatopéyicas, de metáforas y paralelismos, no sería descabellado imaginar la acepción de *samay* como ocio en el sentido de retención de las exhalaciones que llevan parejas el esfuerzo físico y el trabajo. De este modo, quien no trabaja no efectúa el mismo número de expiraciones que quien sí lo hace, lo que le conduce a acumular esa fuerza vital destinada a compensarse mediante la faena. La persistencia al interior del cuerpo de toda esta energía, lleva a imaginar que los seres que demuestran un comportamiento ocioso gocen de más poder que los trabajadores, de ahí que sean considerados dañinos y peligrosos por la sociedad en general.

Intentando hilvanar notas para componer el pensamiento andino con respecto a este aire interior, podría pensarse, además, que la consideración en algunos lugares de los Andes del feto como criatura agresiva responde a esta lógica. Él no es sino otro ser ocioso que se alimenta de la sangre de la madre, sustancia íntimamente relacionada con la fuerza vital (La Riva, 2000; Platt, 2001; Bastien, 1985). Pero además de ir acumulando y concentrando en sí esta energía restada a su progenitora, existe el agravante de su imposibilidad para rebajar su exceso mediante la respiración. En este sentido, una primera idea que se desprende de este análisis es que para ser *runa*, lo principal durante los primeros meses de vida, o los primeros años, sea la compensación de la fuerza que conforma este aire interior, la descarga paulatina del cuerpo de la fuerza ancestral acumulada durante el proceso de gestación mediante el aprendizaje del trabajo. Tal vez de aquí la importancia de advertir, como lo hacen en Ecuador durante la celebración del primer cumpleaños del niño, que la criatura “ya ha respirado” -ña *samashkamani*- y por tanto se encuentra en camino de ser una persona completa (Carpenter, 1992: 122). La infancia en los Andes sería entendida entonces como un proceso gradual de transformación no ya del niño en persona adulta, sino de un ser ‘otro’ -en el amplio sentido de la palabra- en un sujeto social a partir del aprendizaje del trabajo.

A mediados del siglo XVI, hacia 1560, uno de los primeros agustinos que llegaron al Perú, concretamente a la región de Huamachuco, Fray Juan de San Pedro, daba cuenta a los superiores de su Orden de la necesidad de mayor presencia de religiosos a las misiones de este reino del siguiente modo: “Cuando ponen nombre al niño, que es una manera de bautismo que el demonio les ha mostrado, mochan y adoran a *ataquju* y hacen unas como poleadas y allí meten la cabeza del niño o niña y ponenle nombre y este tienen por bautismo. Aquí mochan porque el niño o niña no se muera ni sea perezoso en trabajar (...) Cuando el niño está grande ponenle otro nombre y ponenle unos paños para tapar sus vergüenzas y entonces mochan y adoran otra vez a *ataquju* para que le dé fuerza al mozo y las cosas necesarias. Entonces él mismo mata un *cuy* y ofrece la sangre a la *huaca*, y los demás hacen fiesta un día, y acabada la fiesta que es beber y cantar, uno o dos de los más honrados hacen una plática al mozo diciéndole que no sea perezoso ni bellaco sino que sirva a su padre y madre, y acabada la plática danle un poco de *cabuya* que es como sogá de esta tierra porque de la *cabuya* que es como lino la hacen para que comience a trabajar y traer leña a cuestas y sea hábil para el trabajo y luego hacen grandes borracheras. Advierta que el que está en la doctrina que no consienta que le llamen otro nombre sino el de la pila, que muchos llaman a su hijo el nombre que aquí les ponen y no el del bautismo verdadero” (Millones, 1992: 206-207)²¹.

Aún al día de hoy continúa practicándose en algunas comunidades rurales andinas el *rutuy*, el primer corte de cabellos; momento en que algunas crónicas señalan que se instaba a los menores a par-

ticipar con su trabajo en la vida social. Respecto a esta costumbre decía Cristóbal de Molina, El Cuzqueño (1570), lo siguiente: “El *rutuchico* era cuando la criatura llegaba a un año, ora fuese hombre ora mujer; le daban el nombre que había de tener hasta que fuese de edad, si era hombre, cuando lo armaban caballero y le daban la huaraca, entonces les daban los nombres que habían de tener hasta la muerte; y si era mujer cuando le venía la primera flor, le daban el nombre que había de tener para siempre; y así cumplido el año, la criatura que trasquilaban...” (en Morote Best, 1988: 302). Igualmente, Cieza de León, en su *Crónica del Perú*, al tratar acerca de las costumbres indias para poner nombre a los nacidos percibía lo siguiente: “Una cosa noté en el tiempo que estuve en esos reinos del Perú, y es que en la mayor parte de sus provincias se usó poner nombres a los niños cuando tenían quince o veinte días, y les duran hasta ser de diez o doce años, y deste tiempo, y algunos de menos, tornan a recibir otros nombres, habiendo primero en cierto día, que está establecido para semejantes casos, juntándose la mayor parte de los parientes y amigos del padre, a donde bailan a su usanza y beben, que es su mayor fiesta, y después de ser pasado al regocijo, uno de ellos, el más anciano y estimado, tresquila al mozo o moza que ha de recibir nombre y le corta las uñas, las cuales, con los cabellos guardan con gran cuidado” (Ibíd.: 301).

Lo que quisiera subrayar con estas referencias es que, desde antaño, ha existido una relación entre el nombre y ciertas costumbres que parecían acercar al individuo a una humanidad más próxima a la del *runa*, alejándolo de este modo de aquella otra que lo había dominado durante el primer tiempo de vida. Con esta especie de “bautismo”, como lo refería Fray Juan de San Pedro, la “criatura” recibía, además de un nombre que lo unía a su parentela y lo identificaba como miembro de la comunidad, nuevas ropas, instrumentos para el trabajo e increpaciones para que no fuera ocioso y correspondiera al mantenimiento de la sociedad a partir de la consolidación de vínculos de reciprocidad e intercambio²². Pero además, y es significativo indicarlo, se le practicaba el corte de cabellos y uñas, cosas del cuerpo que parecen indicar la existencia al interior de la persona del *samay*, esa fuerza bruta no domesticada. Ellas crecen sobre el cuerpo sin sentido aparente, igual que fluye la sangre menstrual, las lágrimas, el sudor y el semen, y parecen contener una porción importante de *samay*, de ahí que resulten peligrosas en malas manos pero que, al mismo tiempo, se conviertan en esenciales para hacer regresar al espíritu asustado o recuperarlo mediante el intercambio cuando es “agarrado”. Veremos posteriormente cómo en la curación del ‘susto’, mediante el *qayapu*, “la llamada”, nombre y *samay* como aliento se unen para restablecer el equilibrio en el cuerpo y restaurar la salud.

Fray Domingo de Santo Tomás, en el prólogo a su obra *Grammatica o Arte de la lengua general de los Indios de los reynos del Peru* (-1560-, 1995), expresaba el siguiente pensamiento: “... Dios nuestro señor puso en las cosas donde que las crió (ocupando cada una en su officio, de tal manera que unas a otras se ayudassen y todas sirviessen a la máchina del universo) nos enseñan que ninguno de los hombres ha de estar ocioso ni ocupado en sola su utilidad privada sino también en la de su próximo y república. Y de aquí vino a dezir el gran philosopho Eurípides que lo mismo quería dezir hombre ocioso que mal ciudadano. Y el divino Platón decía que el que se passava la vida sin emplearla en utilidad de la república bivía en balde. Y todos los philosophos uniformes concordaron en que el hombre ocioso no bivía. Porque dezían que la ociosidad no es otra cosa sino una sombra y figura de la muerte”. Quizás como una enseñanza de Dios fue durante la evangelización la exquisita atención que se le prestó al trabajo como la cualidad que diferenciaba al hombre del resto de cosas del universo. De ahí las palabras del *tayta* Ciprián: “Aquí en Perú nuestro Padre caminó por nosotros sudando por los cerros y quebradas, es por eso que nosotros también sudamos, en todos los trabajos sudamos. Ya que nos creó con estos cinco dedos, caminando con estos pies y con estas manos trabajamos mucho con su grandiosa bendición” (Espinosa, 1997: 61). Me parece interesante subrayar que para construir la noción de *runa* y su corporalidad en este departamento peruano, y tal vez en más lugares de los Andes, se estén empleando categorías ligadas en la tradición católica a la moralidad, como lo es el ocio. Habría que saber si ellas se configuraron a partir del proceso de evangelización en el Perú, o son de raigambre incaica. Es posible que el ocio, tal y como aún puede intuirse, fuera entendido en tiempos prehispánicos como un exceso de la fuerza que dominaba la Naturaleza y los ancestros. Tengo la impresión de que la inclusión en el

pensamiento indígena de la moral como rectora de la vida y el comportamiento social influyó de manera decisiva para que el ocio, asociado con la fuerza, los ancestros y la Naturaleza, se relacionara, además, con la amoralidad. De modo que la construcción católica de la ‘otredad’ en base a categorías morales fue integrada a aquella otra que privilegiaba la fuerza como elemento distintivo y conformador de las cualidades de todas las cosas.

Estas dos formas de la misma fuerza primigenia, domesticada y salvaje, parece que han servido hasta la actualidad de andamiaje para la construcción de categorías referidas a la corporalidad y al concepto de ‘ser humano’ en Ayacucho. De este modo, ser *runa* en Ayacucho no puede disociarse de la función del trabajo. Pero si el *runa* es el resultado de la compensación de estas dos fuerzas, la ‘otredad’ supone un desequilibrio que se hace notorio en el modo de actuar, siendo el ocio fundamentalmente la manifestación de tal descompensación. Por otro lado, variedad de dolencias que tienen su razón en la ausencia, raptó o herida de la fuerza vital domesticada, se manifiestan físicamente por un decaimiento y anímicamente por la apatía, la falta de ganas y las fuerzas para acudir a la *chacra*. Con la enfermedad, se dice en Ayacucho, el cuerpo y la persona están de otra manera. Cuando aquí a un *onccoq*, enfermo, se le pregunta ¿cómo estás?, éste responde: *allinllam* -bien nomás-, *kay werpullaymi quqmanrayachkam* -este mi cuerpo nomás está otra forma- (PRATEC, 2002: 178).

Traspasar el aliento. Modos de enfermedad y maneras de ser “otro” en Ayacucho

Supiy kusunkichu es una expresión muy empleada en Ayacucho cuando se quiere indicar la mala influencia que una persona ha recibido de otra. Expresión que en castellano viene a significar “te ha soltado un pedo”²³. Otro de los modos, menos coloquial y escatológico, de notar el contagio de malos hábitos es empleando el vocablo quechua *samay*, que al tiempo de referirse a la ociosidad también lo hace al aliento, habiendo una interrelación entre ambos conceptos y de éstos con la fuerza²⁴. Así, cuando las malas costumbres son adquiridas o se imitan conductas reprochables, la censura se expresa afirmando con contundencia y seguridad que lo digno de sanción es consecuencia de haber inhalado el aliento de quien se comporta de manera reprochable, y se dice: “seguro que *fulanito* te ha traspasado su aliento”²⁵. El momento más favorable para este singular contagio es la infancia; por ello los adultos tienen especial celo en controlar quien duerme próximo a los niños ya que éstos podrían “viciarse” mediante la respiración del aliento de alcohólicos, jaraneros, ociosos... Ya González Holguín en su “Vocabulario” (-1608-, 1952), advertía la capacidad del aliento para contagiar malos hábitos, y añadía a los significados de *samay* las construcciones lingüísticas siguientes: *samaykuni*, que traduce como “inspirar el bien o el mal”; “respirar fuera el vaho” o “dar con el vaho olor de lo que se ha comido o bebido”; *samay uncuyta* o contagiar por la respiración; *samay mana allin sonkoyta*, pegar a otro las malas costumbres y *samay cristiano cayñita*, que sería dar buen ejemplo de una vida cristiana. Ejemplo, por otra parte, que pareció encontrar en el trabajo su máxima expresión.

De este modo, en Ayacucho, padecer la ventosidad de otro, o respirar el aire que su boca ha expelido, acarrea consecuencias nefastas para la sociabilidad, pues la introducción de ese aire en otro cuerpo distinto al de su origen parece explicar la práctica de conductas censurables y disyuntivas de la comunidad como lo son las borracheras injustificadas o el ocio desmedido. A la inhalación del pedo o del aliento ajenos se atribuye, generalmente entre risas, la culpa de un hábito inapropiado y es mediante estos dos modos como se efectúa el contagio de unos individuos a otros, fundamentalmente de adultos a niños, de formas de estar y comportarse sancionadas en tanto ponen en riesgo la solidaridad de grupo y la posibilidad de establecer relaciones recíprocas. El aliento es pues susceptible de traspasarse, al igual que la ociosidad y la holganza son entendidas como defectos contagiosos. Cualidades que desde antaño y hasta el día de hoy, como se ha visto, se han venido expresando también con este concepto, *samay*.

En este sentido, parece haber dos concepciones del *samay* que parten de la propia corporalidad. Una de ellas es la referida al aire interior al cuerpo, aquel necesario para la vida y determinante de la salud que hoy por hoy, a no ser en rituales y prácticas curativas, carece de significado léxico. Y la otra

es el aliento, el aire que ha superado las márgenes corporales pero que, aún así, forma parte de la persona y contiene cualidades de su carácter. Este aliento, como manifestación extracorpórea del aire interior, posee sus mismos atributos, con la salvedad de que una vez fuera del organismo resulta peligroso para quien lo inhala en tanto supone adoptar particularidades de otro individuo. Por ello, en Ayacucho, respirarlo es interpretado como una manera de influencia que más allá del malestar físico u orgánico que provoca supone una transformación en la persona, un modo de ser diferente, de ser otro mediante la enfermedad. A partir de ahora, al aire interior al cuerpo humano lo llamaré fuerza vital, espíritu, ánima o *ánimu*, ya que las acepciones de *camay* y *camainyn* para referirse a él actualmente no existen y parecen haberse sustituido por éstas. De este modo me referiré al *samay* en los términos que lo hace cotidianamente la gente común y que registran hoy día los diccionarios contemporáneos, como aliento, ocio y descanso. Pero al mismo tiempo trataré de demostrar que este fluido expulsado por la boca, los poros u otras aberturas corporales es una manifestación de la fuerza[<] que compone el interior de cada cosa, cómo su ausencia o reboso conducen a la enfermedad, y porqué ésta es concebida como un estado transitorio de ‘otredad’ en función de la indisponibilidad de ánimo para el trabajo, principal cualidad definitoria del *runa*.

Distinguía Lira (1985: XXVI) dos clases de *khhaykka*, aquella que sucede cuando una criatura ha estado en contacto directo o indirecto con “estados letales” de la madre, *wawa khhaykka* -por ejemplo si la madre durmiendo le dio el pecho a su hijo-, y la denominada *machu khhaykka*, ocurrida por la fuerza o el influjo nocivo de los cadáveres sobre las personas. De este modo, como los vivos, también los difuntos, o quienes están a punto de fallecer, pueden ejercer su influencia nociva sobre las personas; máxime cuando en vida se han tenido roces y enemistades o el difunto no era un hombre correcto. Con el nombre de *qaiqa* se conocen en Ayacucho los malestares ocasionados por la inhalación del aliento emitido por el muerto durante el sepelio (Cavero, 1988: 100), pero también se denomina *qaiqa* al daño producido por el encuentro de una persona con un alma.

Entre la población quechua de este departamento, la persona es concebida como una totalidad compuesta por un cuerpo y un alma, el espíritu como fuerza vital, el ángel y varias entidades anímicas de carácter menor que también se glosan como espíritus y cuyo número varía dependiendo del género del sujeto (cuatro para los varones y siete para las mujeres)²⁶. Al respecto me decía la Sra. Teofila: “Espíritu es otro, ángel es otro, nuestra alma es otro. Alma es igualito yo, a mi tamaño, que vive en mi corazón. Pero esa mi alma debe tener espíritu”. Durante la evangelización en el Perú se predicó la idea del alma como un hombre interior que habitaba en las entrañas del cuerpo y que disponía de vida eterna. Aún al día de hoy así se piensa que es en Ayacucho, y se imagina como un segundo cuerpo de distinta consistencia a la carne pero igual en imagen que vive después de enterrado y desaparecido el cuerpo carnal²⁷. Tan igual es a él, que dentro de sí alberga el espíritu que la vitaliza, pero a pesar de que su existencia se dijo ilimitada, ha de cuidarse para no enfermar o, peor aún, morir. Precisamente de estos peligros me advertía la Sra. Teofila cuando me narraba el encuentro con el espíritu de su tía paterna que acababa de fallecer:

“Seguramente mi espíritu conoció que era muerto, ya no era sano. Ya era su espíritu nomás, por eso habrá tartamudeado. De un momento a otro me ha visto, también ha tartamudeado. Hasta nos dañamos a ellos. Si ellos no nos ha visto, dañamos, duele su estómago, tiene que curarse; casi se muere su alma. Si nosotros no hemos visto a ellos y ellos nos han visto, entonces también comienza a doler estómago, con cólico, diarrea, dolor de cabeza; hasta de botando espuma, ahí nomás podemos quedar. En vivo personal no nos dañamos pero en muerto y vivo nos dañamos ya, maltratamos a ellos, a nosotros también²⁸”.

El espíritu, el ánima, lo que es recubierto por cuerpo y alma, es quien en realidad goza de la vida eterna prometida en las pláticas destinadas a la conversión. Al menos así es como lo entiende actualmente Manuela Fernández, quien me decía: “...espíritu es el ánima que cuando el alma muere se va al cielo o al infierno”. De este modo, siendo vista el alma como una persona, es comprensible su capacidad para ejercer una influencia dañina sobre otros hasta el extremo de llegar a causar la muerte. Como

las personas entonces, también las almas se clasifican de acuerdo a su bondad o maldad, y pueden ser “buenos muertos” o almas condenadas. De estas últimas se dice en Ayacucho que hay que cuidarse porque cuando se encuentran en su trajinar con una persona le cambian la suerte; es decir, el condenado traspasa su castigo y se redime²⁹. Pero aún siendo almas de “buenos muertos” hay que tener cautela, sobre todo en las noches y cuando hay fiestas, momentos en que salen a caminar. Una de las precauciones más empleada, por lo usual del acontecimiento, la refiere mama Luisa:

“Una noche, dice mi abuelo, volvía a la casa y llegó a la orilla de un río y dice allí se encontró con un bulto³⁰ negro que daba vueltas en la orilla del río. Mi abuelo tenía miedo pero estaba borrachito y al ver al bulto se dijo para sí: “este es un nariz tapada” (alma), y se fue para otro lugar. Dice el bulto le habló al abuelo llorando y le suplicó que le hiciera cruzar el río. El abuelo retrocedió y recordó la enseñanza del cura Galván que le había dicho que al alma hay que cargarlo siempre con la boca hacia abajo. Y aceptó ayudar al alma a cruzar el río. Mi abuelo se sentó y el alma, un bulto pequeñito, se posó en su espalda con la boca hacia abajo”.

De este modo, y aunque en ocasiones la *qaiqa* se ha asociado a las emanaciones de putrefacción del cadáver, parece que en Ayacucho guarda más bien relación con el aliento como expresión externa de la fuerza vital, de tal modo que se producen significativas correspondencias con la sintomatología de otras aflicciones también referidas al aire que compone cada ser. A veces los síntomas que se presentan son sudores frecuentes e hinchazón del estómago. Síntomas que, como veremos, parecen indicar la saturación del organismo por el *samay*. En estos casos la cura se efectúa sobando todo el cuerpo con hierbas como la Santa María y el ajeno, o tomando estas plantas en aguardiente (PRATEC, 2002: 195). En otras circunstancias se manifiesta como vahídos, vómitos, náuseas, pérdida de peso y dolor abdominal (Lira, 1985: XXVI; Valdivia Ponce, 1975: 91-91; Cavero, 1988: 100). En ocasiones más excepcionales, cuando una mujer está de dos, tres meses de gestación y se topa con un alma dicen que el bebé sale *uriwa*³¹. Santana Mendoza me comentaba al respecto que “...sale bebito y así camina, por espaldas nomás. No camina de frente y no se engorda pues. En mi familia ha fallecido chiquitito. Si está último ya no hay cura. Llevamos al patio, al nicho, donde está se entierra, *calatito* (desnudo) se entierra: “*Cotichi, cotichi churiquita*”, diciendo. El bebe se regresa normal”.

Contaba don Benito Quispe López, de la Parcialidad de Ch’añajari, distrito de Conima, que en cierta ocasión que viajó a Bolivia con su padre, éste le enseñó “... que una persona que tiene aliento fétido y la mujer con menstruación no deben hacer la *chacra*. La persona que entra con aliento fétido malogra la *chacra* (...) Si una persona tiene buen aliento, su *chacra* también estará bien (...) si la persona no tiene buen aliento, su *chacra* se termina” (PRATEC, 2002: 39-40). De manera que esta influencia, el contagio de la fuerza a partir del aliento o cualquier otra de sus manifestaciones, no se ejerce exclusivamente de unas personas -vivas o no- a otras, pues también las *chacras* -como personas que son- pueden sufrir los efectos de estos efluvios corporales y enfermar hasta dejar de producir. Entonces, ambas inmaterialidades, espíritu y *samay*, no poseen idéntica consideración, pues si el uno es la fuerza vital necesaria para la vida que siempre ha de permanecer en el interior, oculta entre las vísceras o en el corazón, el otro es la fuerza que satura, excede y hace enfermar otros cuerpos. Así bien, si al espíritu se le insta y ruega para que permanezca dentro de uno mismo, y se avisan los comportamientos, lugares y entidades que pueden precipitar su huída o rapto, al otro se le obliga a salir del organismo cuando se acomoda en él mediante hierbas y prácticas rituales diversas. De este modo, ambos, espíritu y *samay* -tanto en sus formas de aliento, gases, sudor, sangre menstrual, etc.-, vienen a ser dos manifestaciones del aire que contiene el cuerpo en su interior. Del *samay* mama Luisa, sonriendo y cubriendo la boca con su mano derecha, me contaba lo siguiente:

“Samay en quechua significa descanso, pero también aliento, y cuando una persona adquiere malas costumbres o imita conducta indeseable de otra persona, figurativamente le dicen: “Seguro que malafe te ha traspasado su aliento”, y esto significa que ese malafe le ha contagiado sus malos hábitos. Es como

decir en castellano: “Dime con quien andas y te diré quien eres”. Otro término utilizado en quechua para decir esto mismo es la palabra *supiykusunkichu*, que en castellano significa “te ha soltado un pedo”. Equivale a decir que has recibido la mala influencia de alguien. El cerro, los puquiales, también emanan un vapor que es dañino y también es *samay*”.

Y es que en Ayacucho los cerros, como me explicaba don Gerardo Muñoz, curandero del barrio de Capillapata, “también son igual que un ser humano”. Algunos, decía, “... son médicos, algunos también son *malero*, eso que dicen *encanto*”. Ellos albergan en sus entrañas aquello que aunque sabida su existencia sólo es posible ver durante la noche, cuando el cuerpo descansa y el espíritu lo abandona para recorrer otras geografías y dar fe de la verdadera existencia de una Naturaleza animada. En este estado es cuando el “patrón del cerro” se presenta ante el hombre bajo diversas apariencias, siendo el momento más propicio para los contactos entre los *wamanis* y los seres humanos (Ansión, 1987: 118, 120). A partir de estos encuentros las gentes narran como es este otro, y en esta descripción se aportan datos que no remiten exclusivamente a la figura de esa materia espiritual del cerro sino que, además, definen su poder, perfilan su morfología y explicitan su moralidad³². Pero si únicamente los “espíritus de los cerros” pueden corporeizarse durante el sueño, su aire interior en forma de aliento o como emanación, puede sentirse a cualquier hora del día y en estado de vigilia, causando en quien lo respira o se expone a él enfermedades como las denominadas en algunas comunidades de Ayacucho *samaykusqa* y *waspi*. De este modo, como en muchas otras cosas referidas a la corporalidad y a la ralea de cada quien, también en esto el cerro es como un ser humano. Si a una persona de mal aliento, al igual que a una mujer con la menstruación, se le tiene prohibido el acceso a la *chacra* porque se corre el riesgo de que eche a perder la cosecha, de que se contagien a la tierra los efluvios del cuerpo, como lo aprendió don Benito Quispe de su padre, el mal aliento del cerro, “con sabor a amoniaco” según don Alejandro Ccoragua, es igualmente ofensivo y dañino para el hombre. Si en algún descuido el *runa* pasa por delante de su boca sin *chacchar* hojas de coca y lo recibe, comienza inmediatamente a hinchársele de gases el estómago, produciendo cólicos agudos y cortes de digestión.

Samaykusqa, la tierra que respira, es en la comunidad de Putica, Ayacucho, el término empleado para designar la sintomatología de esta afección cuyo tratamiento, en el caso más leve, se lleva a cabo practicando soplos de humo en el rostro y sobre la cabeza con la finalidad de que éste penetre hasta el estómago y corrija el mal. Igualmente es aconsejable sudar para que el aire dañino transpire por los poros o se vea impelido a salir en cada exhalación, o también se prescribe tomar hierbas de matico y anís en infusión. Entonces, tal y como el cerro saturado de aire lo despide hacia el exterior, el cuerpo humano propasado con el humo del tabaco u otras sustancias expulsa el excedente por el ano o la piel. En los casos que revisten mayor gravedad, cuando parece no funcionar este principio físico que relaciona la expulsión con el rebozo, se procede a preparar un *pagapu* al cerro Tinkaylla con clavel rojo, hojas de tumbó, *wayruro*, *sayruco*, caramelos, galletas, hojas de coca y cigarros que son depositados en alguna de sus bocas (Inostroza García, 1983: 42-44). Para el éxito de este ritual es esencial que mientras tanto el enfermo permanezca despierto, ya que de dormirse podría sobrevenirle la muerte, tal y como aconteció con una de las hijas de mama Luisa. Ella se lamentaba diciéndome: “En mi tierra han muerto tres de mis hijos. Yo tenía tres hijas mujeres”. Cuando las niñas murieron, vivían a las faldas de un cerro en San Luis de Pischa, distrito de Vinchos, Ayacucho. Una murió con ‘susto’, la otra de *pacha*, y la ultimista falleció a causa de la influencia negativa del cerro, quien la *qaiqo* cuando ella pasteaba sus animales en él:

“... Era un día lluvioso, llovía mucho. Cuando escampó un poquito me empecé a desplazar y no me di cuenta que por mi cuerpo estaba pasando el arco iris en momentos que yo le daba de mamar a mi hijita. Al darme cuenta escapé preguntándome cómo era posible que el arco iris se me haya pegado. Me asusté demasiado. El arco iris me seguía por donde iba. Y para ese momento recordé que mi abuela recomendaba y nos decía: “Cuando llueve se debe ocultar la ropa de color rojo”. Y precisamente ese día yo usaba una reboza de color rojo, entonces me saqué la reboza y oculté. Recién el arco iris dejó de perseguirme, pero con este incidente mi hijita murió”.

Antes de que aconteciera la muerte un curandero le dijo: “El cerro estaba abierto y ahí se sentaron. La niña se dio cuenta, ella sabe”. Cuando llegó el marido la pegó y preguntó: “¿Dónde te metiste? ¿Por qué diste de mamar a la bebe con el pecho totalmente descubierto, a la intemperie?”

“... Yo le contesté que en lugares de costumbre había pasteado, y como de costumbre le había dado de mamar a mi bebe. En ese caminar el cerro le había dañado a mi hijita. A consecuencia de ello se hinchó totalmente. Su barriguita parecía que iba reventar por la hinchazón. Ya creció la niña, ya va caminando, pero de periodo en periodo la barriguita se le hinchaba. Se sanaba, se enfermaba; se sanaba, se enfermaba. Así transcurrió el tiempo. La enfermedad estaba madurando por dentro. Exponerse al aire libre también había sido malo. Le hice tomar llampu, misa mano, chawa qullqi (plantas andinas de la puna), pero siempre volvía a caer enferma hasta que murió con urqu qaiqa (qaiqa del cerro). A esta enfermedad también se le conoce con el nombre de sallqancha. Así murió mi hijita cuando el cerro le qayqo”.

En otras comunidades como en Chaka e Ingenio Paqre, Ayacucho, los mismos síntomas que se padecen cuando se ha respirado el aliento del cerro o la *pacha*, se sufren con ocasión de recibir su sudor. El sudor hace enfermar al *runa*, y con ello se hincha el cuerpo total o parcialmente. *Pacha waspi* se dice aquí a los momentos en que la *pachamama* está sudando. Una enfermedad que se cura mediante pagos y ofrendas con flores, velas y diversas semillas de la selva que son del gusto del cerro o la *pacha*. Pero también en Ayacucho los *puquiales* respiran y transpiran, tienen vida, y estas emanaciones pueden causar en quien las recibe la enfermedad de *chirapa waspi*. Cuentan aquí que este mal se adquiere cuando en los *puquios* nace el arco iris después de la lluvia. Su fulgor y “relumbro” (Muñoz Bernand, 1986: 137-152) es interpretado como el aliento del manante o del río que se “pega” literalmente al cuerpo de la persona, ocasionando el hinchamiento del estómago o de alguna parte del organismo. El tratamiento se efectúa con hierbas que crecen cercanas al *puquio*, tomando el mismo agua del *puquial* y ofrendando al manante con flores, velas y *qase* -arbusto de zonas bajas- (PRATEC, 2002: 195-196). De este modo, es posible afirmar que el *waspi* son los desequilibrios causados por el sudor de *puquios*, lagunas, ríos, *pacha* y *apus*. Don Blas Guerreros, de la comunidad de Ingenio Paqre, decía que “... esta enfermedad se presenta cuando después de la lluvia solea de un momento a otro. Entonces, en ese momento, los *puquios*, los ríos, la *pachamama* y las lagunas transpiran. Este sudor es lo que te enferma, para lo cual el hombre del campo, sabiendo, tiene ya que prevenirse. Pero a veces existen *ayllus*³³ que no saben. A estas horas caminan y es donde adquiere el *waspi* tu cuerpo” (Ibíd.: 195). Nuevamente me contaba don Alejandro cómo los *puquios* transpiran, y el modo en que esa transpiración, *puquio waspi*, se percibe a través del *chirapa* (arco iris). Señalaba también que el *puquio* puede, además de penetrar en el organismo, apoderarse o tocar la “fuerza vital” que lo sustenta, *chasqui waspi*. Él me decía:

“... *puquio waspi* es también peligrosísimo. Eso generalmente donde hay manantiales, donde hay arco iris. Esos sitios son donde que hay encanto. Hay viven espíritus del cerro, sirenas pero de tipo manantial. En eso habita ese mal, generalmente en manantiales. Donde que hay ese manantial virgen que la humanidad no lo ha manoseado pa trabajo permanente, allí no se ve mucho contacto con la sociedad, con la humanidad, ese manantial te agarra. Debes morir instantáneamente, o también te pierdes, simplemente desapareces. Nosotros tenemos en nuestra tierra, acá, negro *puquio* lo llamamos. Entonces ese negro *puquio*, sin haber hecho pagapu, entras a hacer algún trabajo, ¡tras!, mueres. No salvamos de él por más que hagamos pagapu. No salvamos de eso. Ese ya es fuerte. Entonces, cuando es de lejitos nomás, te ha agarrado. Ronchas, ronchas, ronchas, ronchas y escuece. Eso hace unas heridas y sale líquido (...) A las mujeres cuando da es más fuerte. Adentro, adentro en la barriga, en la vagina se hincha y no baja con nada. Con ese *waspi* todito lo saca, en cuclillas hace el *waspi* y todito sale el agua. A las mujeres les da mayormente en el ovario y pasa a todo el intestino y no se da cuenta. Crece en la barriga y tiene agua en el riñón; tiene agua en cualquier parte del organismo: fuera de los intestinos, en toda la cavidad ventral... Eso es el *puquio*”.

Otro modo en que los cerros y los *puquios* ejercen su influencia sobre el organismo es mediante la “burla”. La fuerza engendradora de estos seres accede al interior del cuerpo femenino por los “va-

ginales“. Es entonces cuando el vientre comienza a hincharse, y no ya de aire sino de la propia “criatura” del cerro y el *puquio* que se va gestando al interior. Este es el modo como las entidades sobrenaturales se “burlan” de la mujer, una “burla” entendida en Ayacucho como enfermedad. La “burla”, dicen, “... es una enfermedad andina en la que el cerro adquiere la figura del esposo y se acuesta maritalmente con la mujer, la embaraza y con esto muere”. Si la mujer de quien se ha “burlado” el cerro no cuenta su secreto a nadie, logra alumbrar. En Vinchos, Ayacucho, cuentan que si el bebé es varón fallece después de nacer, pero si en hembra vive. Entonces nace una criatura muy linda de pestañas muy brillantes. “Así es el caso de ese sitio llamado *Runa Wanay*”, decía Manuela Fernández, un lugar “... donde sólo viven mujeres, no hay varones, y todas ellas son hijas del *morro* (cerro). Varoncito que nace indefectiblemente muere, en cambio mujercitas que nacen son rubias muy hermosas”. Esta belleza femenina de las hijas del *morro* contrasta con la monstruosidad que pudo contemplar la Sra. Teofila atendiendo los partos de su prima y tía, embarazadas del *puquio* y del cerro respectivamente. Ella me contaba lo siguiente:

“Los puquiales de debajo de la tierra nacen, de adentro de la tierra. De dónde todavía vendrá pues esa aguita, ¿no? Entonces, esa aguita vienen, vienen, vienen y se vuelven encanto. Encanto sirena puede ser, maligno puede ser; un niño puede ser, un viejito puede haber ahí, su rostro de ellos. Entonces los puquiales pueden entrar a la mujer, pueden entrar al hombre. Cuando entra a la mujer igualito embarazada está, se siente. De repente el esposo piensa que está embarazada pero, cuando te fijas en doctor, negativo; y nada. Entonces nosotros hacemos vapor, ponemos toda clase de hierbas, orine que está penetrado largo tiempo (fermentado). Con eso hacemos vapor a ellos tapando con frazada (manta), calatito (desnudo) nomás. Entonces, ese puede venir, puede venir.

Así hemos hecho una vez a mi prima. A ella le había entrado, entonces hemos hecho. Mi prima barri-gona era, hasta manchas en la cara; igualito embarazada pue. Entonces yo decía: “Esta mi prima está embarazada”, yo decía. No era. Hinchados sus pechos, todo igual. Entonces hemos hecho vapor, no ha hecho nada. Pero ya ese dolor, parece que se va venir nuestra menstruación, algo así, dice. Entonces hemos juntado bastante pis y orine, bastante. Lleno de olla hemos hecho hervir. De ahí hemos echado sal, dos kilos de sal hemos echado. He hecho sentar en una tena a mi prima, calatita (desnuda) nomás, y, encima, échale caliente, caliente. Mi prima ha gritado. “Hay que rebozarte de valentía”, diciendo. Con orine hemos echado, echado, echado así y, envolví con frazada. Todas ropas tenía encima y le hecho echar. A media noche me dice:

- Prima.
- ¿Qué mamá?, he dicho.
- Algo está en mi adentro, me dice.
- ¿Qué cosa?, ¿qué cosa?, diciendo.

Abrí, miré; así largo estaba, toda colores. Ese puquial era, el arco iris. Toda colores estaba. Parece por el suelo camina. Es un animalcito largo, con sus cuernitos, resbalando así. Entonces yo corrí a la cocina.

- ¡Usté!, Un plástico para recoger, diciendo.

Entonces plástico recoger a la cocina he ido. Traí plástico, abrí, no estaba.

- ¡Dios mío!, ¡Dios mío!, ¿Dónde se ha ido eso?, ¿Entonces estaba vivo ese cuerpo?, ¿Entonces qué cosa era?...

Mi prima también.

- No está. Se ha ido. No hay nada. Mi barriga también no hay nada. ¿Qué cosa era? Hubieran agarrao pue. Yo no pensaba...

Desde ahí mi prima casi ocho días venía, venía, pero no es sangre; venía como mucosidades. Así venía bastante. Entonces en un sueño había dicho a mi prima:

- ¡Qué cochina mujer! Lo que ha salido de tus excrementos, esas aguas, con eso me has bañado, con eso me has hecho tomar. Por eso yo me ido, te dejé para siempre. Contigo estábamos diez años.

Así le ha dicho.

- Diez años estábamos contigo. Cumplían veinte años y ya íbamos conmigo para siempre.

Le ha dicho dice. Así le ha dicho. Toda colorcito, bien brillantito. Así largo como una culebra, como un pescado que está echado ahí, así he mirado. Una mi tía también ha dao luz, este, ese se llama cerro, dicen. Parecía un mono, o parecía gorila, pero no, parecido es su cara, así. También tenía en su barriga mi tía y, en su sueño, dice que estaba un hombre viejo, así como todo carachuzo, todo pachurrado (espachurrado) sus caras, ya viejo, viejo ya siempre le fastidiaba en sus sueños. Así estaba, decía: “No puede ser natural esta cosa, también algo debe ser”. También a ella hemos hecho igualito, con orine. Entonces ella ha dao luz. Dice que en su sueño pujaba, pujaba y quería tener un bebito. Así como dando luz hacía su esfuerzo. Entonces hacía forzones, forzones. Se ha derpertao mi tía: “¡Ay Dios mío!, ¿qué cosa estoy haciendo? Con su pie lo ha tocao y estaba; parece con su pelito estaba una cosa.

- ¡Ay!, ¿qué cosa es eso?, ¡Dios mío!, ¿qué cosa es eso?, ¡Dios mío!, diciendo.

Prendió su vela, levanta, tapando la cosa ha levanta y me ha llamao a mí. Vivíamos cerquita, vecinos nomás con mi tía.

- ¡Teofila!, ¡Teofila!, me decía. Corrí.
- ¿Qué tía?, ¿qué cosa ha pasao?

Pensaba que alguien se había entrao, así como ella sola vivía.

- Qué pasó tía, qué pasó.

Yo quería arrojarlo ya. Entonces con palo:

- ¡Véngate!, ¡véngate!, me decía.

Abrimos la frazada (manta). Estaba para salirse para acá, para allá, para acá. Como un gato meterías en la cama, igualito estaba dando vueltas. Entonces yo le abrí y toda su cara era un viejito, pachurradito su carita, un viejito. Sus ojitos estaban casi caiditos. Tamaño de gato nomás estaba. Sus pezuñas tenía, no era como nosotros, de hombre, era como de un animal. Entonces, con una frazada envolvimos; llevamos allí lejos para botar (tirar) al río. Bien, bien, bien amarramos; igualito como a un gato para matarlo. Para botarlo al río diciendo hemos llevado. Estamos llevando, llevando, llevando, de repente, así viento, ventarrón se ha venido: ¡Fuiuuu, fuiuuu...! Con todo se ha llevao. Se ha ido aire, por el medio del aire se ha ido eso. Más allá: ¡Guauuu!, ha gritao, como un perro que estaría aullando, así. Me asusté fuertemente, parecía una loca; de ahí me regresé. Con cuerpo y todo se ha ido. Pero mi tía desde mediodía ya se dormía, a mediodía ya no tenía valor ya. Todos los días dormía de mediodía. Bien pálida estaba mi tía, su barriga bastante. Su barriga le había entrado el cerro dice”.

Así, bien por la boca, bien por otras aberturas y vías de comunicación con el exterior, emana de los cuerpos el aire interior, la fuerza que los anima, el cual, una vez despegado del cuerpo que le confiere presencia, busca otros vacíos donde adentrarse, desencadenando enfermedades cuyo desenlace puede ser fatal. La gran mayoría de estas dolencias son afecciones que solamente saben curar las gentes del campo, pues de ellas se comenta que “no son para doctor”. Su peligrosidad estriba esencialmente en que guardan relación con una fuerza y un tiempo ajenos a la fuerza vital cristiana y al tiempo de Dios Hijo. Pero también nariz, boca, poros y vagina se convierten en orificios corporales que, al tiempo que peligrosos, resultan necesarios para la vida, para la circulación de la fuerza engendradora entre el cuerpo y el cosmos, asegurando -como ya lo dijera La Riva (2000: 179)- la comunicación entre el cuerpo interior (alma) y el cuerpo exterior, entre el mundo de las divinidades y el mundo de los hombres, entre el pa-

sado y el presente. De este modo, tales aberturas propician la continuidad del tiempo y el encuentro entre categorías opuestas pero complementarias necesarias para que la vida se produzca. Es a través de ellas como el cuerpo se construye como una vía de contacto permanente con la Naturaleza y lo sobrenatural, y viene a ser un decodificador privilegiado de los diálogos permanentes mantenidos entre los hombres y las deidades que pueblan la cosmología andina. Pero al mismo tiempo estas enfermedades nos están remitiendo, aún hoy día, a la confrontación de dos tiempos y dos cosmovisiones que litigan, una por mantener el dominio del mundo de ahora y la otra por provocar un cambio hacia el tiempo anterior. El cuerpo se configura así como un escenario donde la fuerza vital cristiana choca con la fuerza no domesticada de la Naturaleza. En algunas ocasiones, como las que hemos visto, este choque provoca una saturación del organismo (hinchazón) por parte de esa fuerza pagana que impide el trabajo y propicia el ocio. En otros casos, como veremos a continuación, esta fuerza vital cristiana es “asustada”, secuestrada y “agarrada” por diversas entidades que lo retienen dentro de sí y promueven que los individuos se vayan “secando” y pierdan el ánimo preciso para trabajar. De uno u otro modo las personas parecen retroceder en el tiempo y regresar a ese mundo de la *gentilidad* connotado por el ocio.

CONTAGIO POR EL SAMAY

Cuando el aire interior de otro penetra en el cuerpo humano.

ENTIDAD QUE PROPICIA EL CONTAGIO		FORMA DEL SAMAY	TIPOLOGÍA DE DAÑO O ENFERMEDAD POR CONTAGIO DEL SAMAY A PERSONAS		MOMENTOS Y LUGARES EN LOS QUE SE PRODUCE EL CONTAGIO
PERSONAS PROPASADAS DE “FUERZA”	VIVOS: (Borrachos, ociosos, mujeres con la menstruación)	• Aliento • Ventosidad • Sudor • Sangre menstrual • Leche materna	• Influencia. Adquisición de malos hábitos entre los que se destaca la holgazanería.		Sueño. Menstruación. Momentos asociados a una pérdida de fuerza.
	DIFUNTOS, ALMAS DE “BUENOS MUERTOS” O NO CONDENADOS Y CONDENADOS	• Aliento • Espíritu, ánima	Kaika o Qaiqa. Uriwa. Condenación	SÍNTOMAS • Hinchazón del estómago. • Decaimiento y malestar general. • Influencia como parecido físico. • Condenación.	Sepelio del Difunto. Encuentros nocturnos con almas condenadas o con “buenos muertos”.
CERROS PACHA PUQUIOS ARCO IRIS LUGARES DE GENTILES		• Aliento	• Samaykusqa. • Qayqa del cerro o Sallqancha.	SÍNTOMAS	Lugares que tienen “encanto”. No domesticados por el hombre. Lugares propasados de fuerza ³⁴ .
				Hinchazón del estómago.	
		• Sudor	• Pacha waspi. • Chirapa waspi. • Puquio waspi.	SÍNTOMAS	
				Erupciones cutáneas. Hinchazón del estómago.	
		• Fuerza engendradora	• Burla o embarazo.	SÍNTOMAS	
				Hinchazón del estómago.	

¡NO TE ASUSTES, AQUÍ TE ESPERA TU CUERPO! ¡AUUY! Y TRES RESPIRACIONES DAS. TRES LLAMADAS, TRES RESPIRADAS: EN NOMBRE DE DIOS PADRE, DE DIOS HIJO Y ESPÍRITU SANTO.

Más peligroso aún para el cuerpo y la vida misma es si el espíritu, esa fuerza vital cristiana, da en asustarse y acceder al interior del cerro, o si es *kapisqa*, “agarrado”, y obligado a permanecer en el corazón de ese otro organismo. Si esto acontece se le interroga y pregunta: “A qué vas a esa mansión oscura donde no llega el sol, donde no existe el agua, regresa, no te asustes, tus padres te ansían y aquí te esperan”. Y mientras que las palabras hacen su labor y llegan directamente al estómago del cerro con objeto de procurar una respuesta del espíritu asustado, el curandero procede a dar en la coronilla del paciente tres respiradas: en nombre de Dios Padre, de Dios Hijo y del Espíritu Santo. Con ello intenta que el cuerpo no se desinflen, tratando de restituir con su propio aliento, con su propio “sabor”, el aire que se le ha ido. En eso consiste para don Emiliano Gallardo la práctica del *qayapu*, de la que me decía:

“El *qayapu* es un ‘sabor’ que se da al cerebro en su nombre. Una creencia toda hay que hacer. En su cabecita se agarra y se dice su nombre y se reza pues con una fe. Justo que la fe y el mismo ‘sabor’ que le das, con eso ayuda y se sana. Se reza en nuestro divino Dios, creyendo con fe también de que se sane; y haces una creencia y sana. El ‘sabor’ en el cerebro, nuestro ‘sabor’, nuestro mismo, quiero decir, nuestra inspiración se le da. A la vista, si está más grave está abierta la cabecita y ahí se le da el ‘sabor’ y entra al cerebro. Ahí entra el ‘saborcito’ y como es increíble se salvan. Es por su nombre mismo, el nombre de la persona. Y se reza Padre Nuestro, y se reza Ave María. Eso se reza y se pone un alcoholcito con agua en el cerebro nomás. Se prepara así con plantas, por ejemplo con molle, eucalipto. Con eso se sahuma y algún ‘sabor’ se le da en el cerebro y en diez minutos ya están sanos. Tres veces se reza. Uno es por su nombre: “¡Alejandro! ¡regresa! ¿adónde estás yéndote?”, dices. Al terminar tres veces así (aliento) en su cerebro pues; fuerte, como para que entre hacia dentro ¿no?, y rezas en ese mismo momento: “Padre nuestro...” Después de eso otra vez las tres veces y de ahí otra vuelta: “¡Alejandro! ¡regresa! ¿dónde te has ido?, vuelve”, diciendo con una fe. Cuando tú con fe es igualito, parece que alguien que te viene, que parece que te quiere jalar, que te choca como el espíritu. Viene, te choca y haces lo correcto. Empiezas a doler porque está recibéndote, en esa manera es el que agarra, se sana”.

Increíble es, pero se salvan simplemente con el “sabor” de quien *qayapa*. Con su aliento directo sobre el cerebro el asustado deja de padecer escalofríos, náuseas, vómitos, diarreas, palpitaciones, dolor de cabeza, delirios y flojera para trabajar. Con ese aliento los ojos antes para adentro, “desmiembrados”, vuelven a llenar las órbitas, y la mirada otrora perdida y vacua se recupera. Con el ‘susto’ se queda entonces el cuerpo sin “sabor”, sin la fuerza vital, el espíritu o ánima. Queda al igual que las habas y la cebada cuando el granizo ataca las *chacras* de los campesinos aymara en Puno, sin su *qamasa*³⁵. Al menos eso decía el puñeno don Tiburcio Cahuana, del distrito de Moho: “Cuando era niño sabía venir el granizo. A las habas total sabe golpear. Como mascado por el chanco sabe dejar. La cebada sabe estar madurando amarillo. Mi abuelo sabe decir que esa cebada ya no tiene sabor porque está sacado su *qamasa* (...) La *qamasa* seguro que es el sabor. Cuando el granizo se lleva la *qamasa*, entonces ya no tiene sabor”. Así también queda el cuerpo del asustado en Ayacucho, como mascado, sin fuerza, sin vitalidad, porque el espíritu, el “sabor”, la *qamasa* o el *samay*, son la fuerza que da la vida, hasta el extremo, como decía nuevamente don Tiburcio, de prohibir los abuelos el silbido dentro de la casa porque existía la creencia de que con él se estaba “... soplando la *qamasa* que da vida” (PRATEC, 2002: 39, 41).

Esta sustancia con idéntica densidad que el aire parece también encontrarse en cabellos, dientes y uñas, de ahí que cuando alguien fallece se proceda a recuperar estas materias y a enterrarlas junto con el difunto, e incluso se guarden con celo durante la vida por temor a que con ellas, como con aquellas prendas de vestir que han estado en contacto directo con las partes más íntimas del organismo, se practiquen rituales de brujería que terminen “secando” el cuerpo del embrujado, dejándolo sin su ánimo, y conduciéndolo hasta la muerte. Así fue como enviudó mamá Luisa hace 14 años, cuando su esposo murió en el hospital “seco totalmente” a causa de la brujería. Al momento de fallecer algunos se

aventuraban a diagnosticar *pacha* como la causa de la muerte, y otros afirmaban que había sido “comido por el gentil”. Él, cuando aún estaba agonizando, contaba a su familia que constantemente soñaba con gallinas que le picoteaban y con espinas que le estaban pinchando. “Soñé espinas y las pisé. Al despertar sentí mi pie todavía adolorido”, decía. Tiempo después descubrieron que su enfermedad y muerte habían sido causadas por la cólera de una antigua enamorada, pues estando él aún en relaciones con ella había contraído matrimonio con mama Luisa. Ella misma confesó cómo había llevado al cerro de su localidad el cabello, la *ojota*³⁶ y la camisa del que fuera su enamorado para empolvarlo con los restos óseos de los *gentiles* y cómo los había abandonado allí, en su boca. Además, declaró que había enterrado otros mechones de cabellos junto con los pantalones en el *puquial* que atraviesa este *pago* (anexo de una localidad mayor).

Con objeto de evitar estas situaciones, los mayores instan a los niños a ejercer un cuidado y vigilancia continua sobre esas cosas del organismo que se creen investidas de una fuerza regeneradora y que son de frágil unión con respecto al compacto del cuerpo. Ellos les aconsejan desde muy tierna edad que cuiden y no pierdan ningún diente, mechón de cabellos o ropa porque podría sobrevenirles una desgracia. De este modo el pelo, las uñas y los dientes vienen a ser franquicias de esa esencia interior en el mundo extracorporal, tanto en la persona como en los animales domésticos. Así, en Puno, cuando el ganado es vendido dejan “... el pelo de la oveja o de la vaca en el corral (...) para que se quede su *qamasa*, así seguirá multiplicándose y no se acabará” (Ibíd.). En este sentido, como el pelo de la oveja tiene parte de la *qamasa*, y por tanto capacidad para la regeneración, igualmente la ropa que ha estado en contacto directo con el organismo sirve al curandero para simular un cuerpo y atraer al espíritu asustado o, por el contrario, es empleada por el “malero” para practicar la brujería. Al respecto decía la Sra. Teofila: “Los brujos para hacer brujería traen sus ropas de la persona, sus calzones con sus menstruaciones, hasta lo que hemos orinado también recogiendo”. Entonces cosen las prendas o las atan, en otras ocasiones hacen “muñecotes” que llevan a enterrar a los cementerios. Después, me contaba don Emiliano Gallardo “... esa maldad llega con el mismo ‘sabor’, como electricidad, como rayo. Así igual viene. Como se reza lo que se reza, con tu ‘sabor’, con todo y justo pa’eso contrarrestar”. Esto es lo que acontece en Ayacucho cuando dicen “que una bruja lo ha agarrao su ánima” o que ha sido “comido por el *gentil*”.

“No te asustes, aquí te espera tu cuerpo, y tres respiraciones das. Tres llamadas, tres respiradas: en nombre de Dios Padre, de Dios Hijo y Espíritu Santo. Otra vez llamas y rezas Padre Nuestro, y otra vez tres respiraciones en la parte central de la cabeza”. Generalmente al anochecer, al mediodía o en la mañanita, antes que salga el sol, cuando dicen que los espíritus están concentrados y sólo es silencio lo que se escucha, comienza a *qayaparse* en la coronilla, en la parte central del hombre, desde donde se le controla y vela por su espíritu³⁷. Es la coronilla un lugar muy sensible del cuerpo que ha de cuidarse con esmero porque por ella, al igual que entra el aliento reparador, puede salir el ánima. Al menos eso pensaba Antonia Cárdenas, quien por su adscripción al evangelismo me decía del ‘susto’ que “... es una enfermedad en la que no intervienen los cerros, sino es el diablo, es Satanás que al darnos un jaloncito del cabello en el centro superior de nuestra cabeza nos saca el ánima y con eso podemos morir”. Para evitar esta muerte, casi a diario y en torno al mediodía, pasado el Arco conmemorativo del 9 de Diciembre, frente al Mercado Central de Huamanga, se congregan en el patio de la iglesia convento de San Francisco mujeres dedicadas a la venta de plantas medicinales y flores empleadas en las curaciones. También allí se reúne gente especializada en la práctica del *qayapu*, la llamada para curar el ‘susto’ o *mancharisqa*³⁸. Son muchos los nombres que se pronuncian a estas horas, fundamentalmente de niños de quienes se dice que tienden a asustarse con mayor facilidad que un adulto. Ellos son quienes se quedan solamente con alma y cuerpo, porque su espíritu o ánima, como expresa don Alejandro Ccoragua, se encuentra perdido, quizás pidiendo auxilio, sufriendo o con dolor:

“El ‘susto’ es... Pierdes el espíritu de la humanidad. La humanidad, dice, está compuesta por alma, cuerpo y espíritu (...) Con ‘susto’ estás dormido y estás volando, pateando. No puedes dormir y ojos abiertos. Bien estás dormido pero bien abiertos los ojos, gritando, y vas perdiendo el apetito. A la vista es

cuando una criatura está con ‘susto’, sus ojos abierto es. Ese es el ‘susto’, perder la parte espiritual del hombre. Te quedas solamente con el alma y el cuerpo. Ahí donde te has asustao, ahí te ha abandonao. Entonces ese ‘susto’ se cura a través de qayapu, de llamar. Llamas, entonces tú te has asustado y nombre completo tienes que hablar. Hay un desequilibrio y cuando es de último grado no hablas, por señas hablas³⁹. ¿Qué es bueno para eso?, qayapu, llamar. Donde te has asustado hay que llevar y hacer el qayapu. Ahí está tu espíritu. Dicen los viajeros, los que van de noche, pasan por esos sitios donde te has caído con carro, dicen ahí piden auxilio, allí la humanidad sufre, a veces está con dolor. Entonces piden ayuda. Vas a eso y qayapas generalmente al anochecer, a mediodía o a la mañanita, antes que salga el sol, donde los espíritus están concentrados, donde no hay bulla, donde hay silencio. Entonces vas, ahí empiezas a qayapar en la parte central. El hombre también tiene la parte central. La coronilla es la parte central donde se controla al hombre. A través de eso comunicas: “No te asustes, aquí te espera tu cuerpo”, y tres respiraciones das. Tres llamadas, tres respiradas, en nombre de Dios Padre, de Dios Hijo y Espíritu Santo. Otra vez llamas y rezas Padre Nuestro, y otra vez tres respiraciones en la parte central de la cabeza.

Si tú te has caído en un camino, en cualquier sitio, y te has asustado ahí, tu cuerpo está en otro sitio, entonces simplemente llevas sus ropas que choca el cuerpo. Llevas a ese sitio donde te has caído, ahí llamas. Tiendes ropa, llamas, y luego lo pones a su cabecera o vuelves a vestirle... y sano. También ya no sabes dónde te has asustado, vienes enfermo, te has caído y no sabemos dónde, entonces tenemos fogón donde cocinamos con leña, allí hay cuatro piedras, eso se comunica a nivel mundial⁴⁰. Esas piedras a cualquier parte del mundo comunica. Está conectado a espíritus del mundo de la naturaleza. Ahí haces subir a las seis de la mañana, o a las seis de la tarde, o a las seis del mediodía, y hago qayapu y no necesito ir”.

Me advertía doña Ricardina Bendezú que “...uno solo nomás es *alcanzo*, *pacha*, ‘susto’, a veces sólo diferencian por engañarte”. De igual modo me indicaba don Gerardo Muñoz: “*Pacha*, *chachu*, *lomada*, como quiera la misma cosa es”. Y es que ambos curanderos saben bien que estas enfermedades se basan en la ausencia de la fuerza vital de la persona. La única diferencia radica en la forma en que el espíritu abandona el cuerpo. Si bien con el ‘susto’ su ausencia es fruto de una fuerte impresión, emoción o caída, la *pacha* se produce cuando éste es “agarrado”. Contaba don Alejandro Ccoragua que “... esos cerros, esas tierras, grandes cordilleras, grandes montañas, abismos mayormente, son tierras vírgenes donde que nadie habita y ahí están más esos espíritus de la tierra. Entonces de repente cae, se te aprovecha, te quita la vida y te mata. Cuando uno se cae te agarra el corazón, dicen, eso es el *Alcanzo*. Ese que castran, ese que agarra. Cuando mueren se vuelve negro la parte de la espalda, los dedos, los pies.” Y es que la *pacha* o *alcanzo*, como decía, “... es algo espiritual de la tierra porque dice que el *wamani* está en cada parte de la tierra y de repente hayas caído, te tocó y quiere matarte porque vive también de la parte espiritual de la humanidad”. Por ello, continuamente se advierte la inconveniencia de sentarse y dormir en lugares desconocidos que pueden ser “puerta del patrón”. En caso de ocurrir el descuido, las personas comienzan a sentirse mal de un momento a otro. Entonces deben acudir con rapidez a un especialista ritual para que hagan el seguimiento y ubiquen el lugar exacto donde la persona cayó o se durmió con objeto de efectuar el pago⁴¹. El curandero, antes de realizar este ritual, tiene que rastrear, *qatipa*. Si advierte que la curación es posible procede con el pago, pero si al tomarle el pulso al paciente la sangre sólo fluye en dirección al corazón la muerte se entiende como inevitable⁴². Cuanto todavía hay oportunidad, en ocasiones, el cerro pide las cosas que desea que se coloquen en su *pagapu*. Dicen que “... te revela en sueños y te dice: Te sentaste en mi puerta, o te caíste en mi puerta, quiero que me pagues con flores, *llampu*, *machka*, cereales”. En otros casos es el rastreador el que determina qué elementos van a ser incluidos en el pago, tal y como me decía don Alejandro:

“Cuando te agarra, cuando apenas te tocó, ya estás ya mal. Entonces para curar eso acuden primero al *pagapu*. Hay que pagarle al cerro, ¿qué cosa?: un animalito vivo. Haces hueco en la tierra, cavas y ahí, más o menos a unos 80 o 70 centímetros de profundidad, haces hueco y metes un perrito vivo, o un

chanchito vivo, un carnero, acompañado de coca, cigarro, caña, algunos líquidos, esencias olorantes como timolina, agua de azahar. Cosas que son de olor y sabor agradable. Entonces con todo eso, o sangre también traes de camal (matadero), sangre de chanchito, sangre de carnero negro o cuy también puedes enterrar. Entierras directamente y el enfermo reacciona rápido. En vez de muere, mueren los animales. En el mismo sitio donde caes, o donde te has dormido, o donde te has sentado. En el cerro uno a veces te sientas así, pero a veces, cuando estás cansado te tumbas, ya te agarró ahí. Tocó el corazón y quiere matar. Si es varoncito le castra también, le hace desaparecer los testes (testículos). También para eso haces el pagapu. Entonces se le hincha todo el penecito de la criatura y el teste desaparecen y mueren, mueren. A lo más aguantarán tres días, cuatro días, y mueren negro. Votas espuma y llevas a los médicos, no lo encuentran. Paro cardíaco dicen y por si acaso le ponen inyección. Diez minutos estás muerto.”

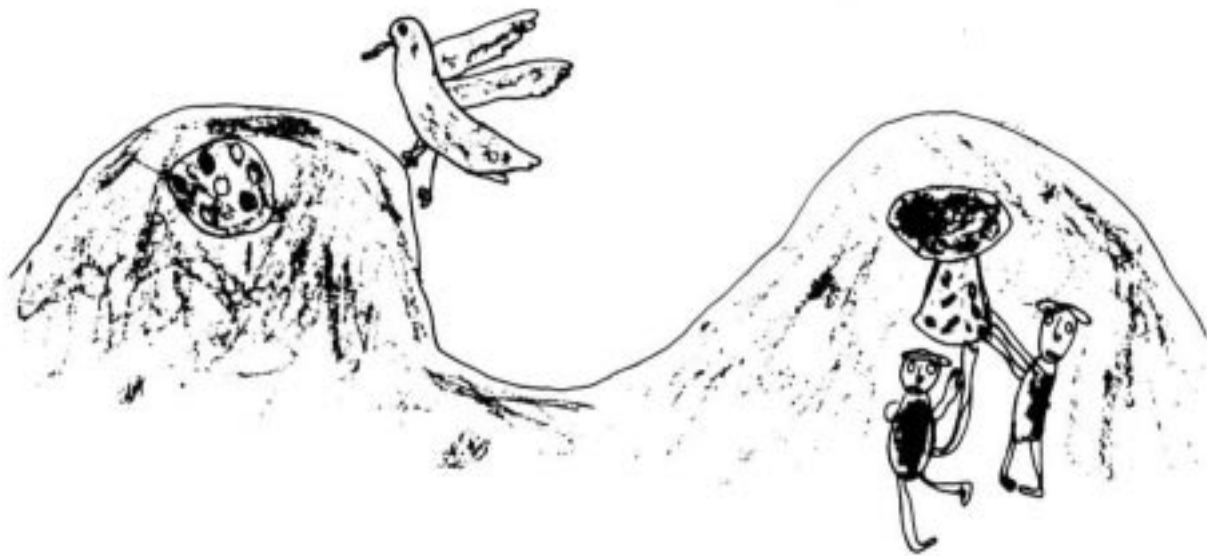
Como bien dice, “... el susto es perder la parte espiritual del hombre”. Aunque no está muy claro en la literatura antropológica cuál de las entidades anímicas que parecen componer la persona es la que se ve afectada por el *mancharisqa*, me atrevo a decir que en Ayacucho es el espíritu, ánima o el *samay* como fuerza vital domesticada, quien abandona el cuerpo dejándolo sin fuerzas, como seco y desinflado. Su tratamiento consiste en procurar su restitución a través de diversos procedimientos donde sobresale, sin excluir otros, la práctica del *qayapu*. En algunas ocasiones, los casos más leves, se logra que el espíritu vuelva a ocupar el lugar que le corresponde dentro del organismo. Se le convence para que lo rellene y vitalice. En otras circunstancias más desafortunadas, cuando es retenido contra su voluntad, no hay palabras ni *pagapus* que sacien el apetito y convenzan a esos “cerros malos” u otras entidades que lo antojan para que lo liberen y le devuelvan a la persona la humanidad que ha perdido. Es entonces cuando el espíritu va a permanecer esclavo debajo de la tierra para toda la eternidad, como los *gentiles*, y cuando la persona enferma quedando sin ánimos para el trabajo, más próxima a esa humanidad de tiempos anteriores. O cuando muere, porque un cuerpo, dicen, no puede sobrevivir sin su espíritu. Esto fue lo que aconteció con el hijo de la Sra. Teofila, quien en un descuido lo sentó en tierra desconocida:

“Hemos ido a un viaje. Entonces, para bajar mis bultos del carro, he hecho sentar al niño, después he hecho bajar mis bultos. De ahí nomás estamos yendo, yendo, se apareció fiebre, diarrea, gómitos. Llegamos a la casa, ya entonces agarré su vena; ya no palpaba ya. Las venas que palpaban bonito ya no palpaban ya. Entonces: “Chachu⁴³ se agarrao mi hijo”, decía. Entonces corrí donde mi hermana: “Hermana, véndeme uno de tus cuys pues porque acá qué cosa va haber”. Entonces mi hermana me ha dado uno de sus cuys y agarré flores; recogí del campo flores. Le hecho collarcito de flores a su cuellito al cuy, le he pasado con ese cuy a mi hijo, le he mandado. Dice que uno mismo, por más que seas curandera, no puedes remediar. Tiene que ser alguien, persona por tus platas tiene que hacer; así será agradable para el cerro también. Entonces a la persona he dado esa vez; yo he dado pues plata, cinco soles, lo ha hecho hueco, lo ha puesto en esas cosas que quemaba. Por aquí, por allá, como diez veces ha hecho hueco; no lo ha recibido para nada. Siendo fierro que es, una barrita, no entraba en la tierra. Se ha hecho así ya, por la fuerza lo ha enterrado el señor y ha regresao: “Ya no ha recibido lo que he llevado, ofrece. Tu hijo se va a morir”, me dice. Mirando su coquita: “¡Ay que pena!, la wawita ya no es para vivir”, me dicen. Lloraba: “¿Por qué no ha recibido? A mí si me va recibir en nombre de Dios”, diciendo. Yo me he listado, he hecho llamar a su papá y ahí nomás se ha muerto el chiquito. De la mitad se ha vuelto blanco, de la mitad se ha vuelto sangre colorado. Parecía que alguien le ha golpeado; hasta sus uñitas la mitad.

Cerro malo era. Entonces, en mi sueño, el cerro me soñaba. Me soñaba, en mi sueño había un hombre, una mujer; así montones mujeres calatos (desnudos) están, como tiempo de anteriores. Y todos los hombres calato están. Ancianas, ancianos calatos están trabajando, esclavo en el cerro. Y niños también calatitos. Y mi hijito también calatito. Entonces, yo pregunté diciendo: “¿Cómo puedo rescatar?”. Entonces me dijo: “Rescátale pue. Preséntale lo que gusta al señor”. Pero siempre sueño calato. Entonces una señora me dijo: “¡No!, al cerro tienes que llevar su ropita del niño, su vestimenta. Bonito pones en

un sitio, con sus flores, con sus velas. Pago del cerro puedes llevar frutitas también, coca, cigarro. Todas mis apuestas tienes que llevar al cerro. Haces una capillita en el mismo cerro, dejas su vestimenta y desde el día tenés vestido al niño”. Ahorita ya no está calato.

Entonces yo preguntaba en mi sueño: “¿Y por qué esta gente trabaja acá? ¿ellos por qué son calato? “Ellos son esclavo del cerro, alma y cuerpo están esclavos ahí, ni van aparecer al Dios, ni van a conocer Infierno ni Purgatorio. No hay solución, no hay nada para ellos”, dice. Trabajando están, escarbando la tierra. Dicen que tienen patrón, ese patrón es malo, a mucha gente ha dañado. Toda esa gente está ahí pue y el niño que es varoncito más querido por el cerro es. Mujeres menos todavía. Hombrecito más rapidito es al coger el “susto”, el chachu. Al caer nomás dice que tiene su hora de ellos, también hacer como asamblea, como una fiestita ellos también hacen. Una mesa puesta están comiendo; ahí están en banquetíos. Ellos también tienen su día y ese rato una persona se cae, ya te cogió ya. Como una mosca cae al caldo igualito hemos caído. Ya esa persona es de ellos ya. Su espíritu en el cerro se ha positao porque él se ha recogió su espíritu. Su alma ya no lo tendrá. Solamente el cuerpo podemos tener para enterrarlo, pero nuestro espíritu jamás va parecer. Ellos están para siempre, para eternidad, abajo la tierra, abajo del cerro, esclavos”.



“Wamani guardando almas capturadas que han enojado a la deidad caprichosa” (Isbell, 1976: 44)

Conclusiones

A pesar de que en las pláticas para los indios, en las predicaciones, los religiosos se empeñaban en establecer una distinción entre el hombre y las demás cosas de la Naturaleza en función de la posesión o carencia de entidades anímicas y de la perdurabilidad de éstas tras la muerte, para quienes escuchaban lo que ellos decían no cabía la menor duda de que casi cuanto existía gozaba de una consistencia espiritual. Quedaba entonces salvado el abismo que separaba al ser humano de todo lo demás del universo en una suerte de continuidad que por todos los medios trató de erradicarse en las campañas de extirpación de idolatrías. Una y otra vez durante la evangelización, se puso énfasis en la existencia de un ánima y espíritu en quien residía el deber de asegurar la eternidad del hombre. Algo que no siendo visible pautara el comportamiento humano y fuera objeto de múltiples atenciones para salvaguardar su

destino cuando el cuerpo finalizara su existencia. Éste ánima y espíritu, se dijo, eran como el *camay* (*samay*), aquella fuerza que en el pensamiento amerindio dotaba de vitalidad todo cuanto había en la Naturaleza. De este modo, al igual que lo era el *camay*, el espíritu o ánima se tornó imprescindible no sólo para la vida misma, sino, además, para la salud y útil por tanto, más que en la vida extraterrena, en el mundo de aquí. Habría de ser entonces objeto de múltiples atenciones que poco tenían que ver con las letras del catecismo. Se puso esmero y cuidado en que esta “fuerza cristiana” permaneciera al interior del cuerpo propiciando la salud, y no en poder de esos seres de la Naturaleza causando aflicciones y la muerte del descuidado, el olvidadizo o del cuerpo aún tiernecito del niño que no sabe retenerlo con maestría. El *samay* o *camay* fue identificado con el espíritu cristiano, con esa fuerza que formaba parte del ser con el bautismo, que se hermanaba desde entonces con el nombre y cuyo mejor ejemplo de su existencia al interior del cuerpo era el trabajo, predicado como el paradigma de una vida cristiana. Esta porción de la fuerza vital del individuo habría de estar compensada con la fuerza bruta de la Naturaleza, la cual debía ser domesticada a partir el trabajo.







Vendedora de hierbas. Ayacucho

Notas

- 1 El trabajo de campo que sirve de base para este artículo fue realizado durante los meses de mayo a julio de 2003 gracias a la financiación de la *Fundación Ramón Areces*. Igualmente debo mi gratitud al profesor D. Antonio Sulca Effio y su esposa, Dña. Inés Acosta Chávez, por las transcripciones del quechua al castellano y viceversa que fueron esenciales a la hora de comprender los conceptos que se analizan en estas páginas. Mi agradecimiento a todas aquellas personas que pacientemente compartieron conmigo sus conocimientos y a los profesores Jesús Adánez, Gerardo Fernández, Manuel Gutiérrez, Julián López y Pedro Pitarch por sus sugerencias y comentarios.
- 2 Término en lengua quechua para designar al ‘ser humano’. ‘Ser humano’ en Ayacucho no es sinónimo del término persona, este último es una categoría más amplia que abarca a determinados elementos de la Naturaleza, fenómenos atmosféricos y personajes del folklore. Por su parte, el concepto de *runa* remite primeramente a cualidades morales que se traducen físicamente en una corporalidad concreta y diferenciada de otros seres que, aún siendo personas, han quebrantado cualquiera de las normas éticas que rigen el comportamiento social y, por tanto, sufrido una metamorfosis física que los conduce a adoptar una corporalidad distinta a la propiamente humana.
- 3 Los *gentiles* son en Ayacucho la humanidad anterior a la existencia del *runa*. En ocasiones también se les denomina “antiguos” o “abuelos”. La presencia de los *gentiles* se encuentra asociada a lugares como cuevas y ruinas prehispánicas. Sobre los *gentiles* en Ayacucho ver, por ejemplo, Urbano (1981).
- 4 Esta distinción entre viento o aire que rodea al organismo, *wayra*, y *samay* o aliento, aire que radica en el interior del cuerpo, también está presente en otros países del área andina como Ecuador (Carpenter, 1992: 122; Muñoz Bernad, 1986: 138, 183-186).
- 5 Sobre la *pachamama* o “madre tierra” y los *wamanis* o *apus*, entidades que señorean los cerros, como personajes tutelares en todo el espacio andino véase la síntesis explicativa de Fernández Juárez al respecto (2004b).
- 6 El *pagapu*, pago a los *apus*, es un rito propiciatorio orientado a obtener un mayor rendimiento de las tierras, a la fertilidad del ganado y a evitar las sequías, las heladas y el granizo. También se dispone a modo de agradecimiento por la cosecha obtenida. Relacionado con la enfermedad, es un pago-intercambio empleado con objeto de restablecer el equilibrio y componer a la persona cuando ésta ha perdido alguna de sus entidades anímicas. Se trata de negociar con la entidad que mantiene presa la fuerza vital, el espíritu del sujeto para que acepte el pago y libere este componente esencial del individuo. El curandero exige al enfermo variados productos como coca, cigarros, cereales, licores, frutas, hierbas y flores que son ofrendados a los personajes míticos que señorean los cerros, la *pacha*, los *puquiales*, a los *gentiles*, etc. para que al enfermo le sea devuelta su salud. Para un análisis más amplio de este rito en Ayacucho véase Delgado (1984) y Caverio (1988).
- 7 En su “Léxico” ([1560], 1951), traduce Fray Domingo la idea de “alma por la cual vivimos” o ánima como *camaynin*, proporcionando como sinónimos los términos *camaquenc* y *fongo* (asadura del animal, corazón del animal, corazón de la madera y entrañas). Igualmente aparecen en la *Grammatica o arte de la lengua general de los indios de los reynos del Peru* ([1560], 1995: 173), los términos *camaquen* o *camayin* para designar al ánima o al espíritu. Por lo tanto, el ánima o el espíritu, siendo la misma cosa y esencial para la vida, está en íntima relación y en el mismo campo semántico que el corazón entendido como entrañas.
- 8 Para el caso de Mesoamérica ver, por ejemplo, Galinier (1990: 623-633), Pitarch (1996: 32- 52), Guiteras Holmes (1961: 240-242), López Austin (1980: 181-262).
- 9 Pequeña porción de tierra cultivada.
- 10 Creo que es fundamental advertir que el aymara actual tiene igualmente esta voz, *samana*, y es traducida por Van den Berg como exhalación, aliento. Además, a las elevaciones naturales o pequeñas construcciones cónicas consideradas como protectoras de la comunidad y garantes de la buena suerte de sus gentes se las denomina *samiris* y son concebidas, dice, como personajes que proporcionan un aliento constante (1985: 169-170). *Kamiris* son también en Macha, Bolivia, determinados animales y piedras sagradas que transmiten, a modo de emanaciones, la chispa o fuerza vital al feto. Esta fuente de energía ctónica accede al vientre de la madre y pone en movimiento las sangres que darán lugar al embrión y que han sido aportadas por el hombre y la mujer. De este modo, la capacidad para concebir se encuentra asociada con el *kamiri*, que no trasmite exclusivamente la vida, sino, también, características físicas y morales que pasan de la madre al bebé. *Kamiri* es en la actualidad, según Platt, el acto de infundir vida a seres inertes, y el principio vital de todas las formas de vida orgánica (2001: 646-648).
- 11 La relación entre el don o regalo y esta fuerza vital o espíritu ha sido analizada por Muñoz Bernand con relación al brujo. En lengua quechua al regalo o don se le dice *camari*, vocablo construido a partir de la raíz *cama* (fuerza que anima y sostiene al hombre y demás cosas de la naturaleza) y el sufijo reflexivo *ri*, que indica la idea de fuerza recíproca que une a dos personas implicadas en el acto de dar. Subraya, además, que en las sociedades andinas este don se encuentra provisto de un “espíritu”, dimensión, dice, que ha de ser tenida en consideración cuando se analizan los fenómenos de reciprocidad (1986: 119-120). Respecto a prácticas rituales basadas en la noción del *samay* ver, por ejemplo, Tomoeda (2001: 216), Espinosa (1997: 65-67), PRATEC (2002: 140).

- 12 Masticar hojas de coca.
- 13 Me parece fundamental remitirme aquí al extraordinario trabajo de Platt (2001) sobre el parto y la formación de la persona con relación a los tiempos míticos y a la historia en los Andes. Él advierte que la mujer gestante se entiende como poseída por un pequeño diablo, un feto agresivo con el que tiene que pelear por la vida. El embarazo es concebido entonces como un estado de enfermedad sumamente peligroso que acontece durante la menstruación. Periodo íntimamente ligado al ciclo lunar y relacionado con el tiempo extremadamente fértil en que vivieron los *chullpa* (*gentiles* en Ayacucho) ancestrales. Cuando el embarazo no se lleva a su término y se produce un aborto, es llevado secretamente a los límites de la comunidad, donde se entierra sin bautizar, sin sal y sin nombre. Estos “bichos pequeños” se conocen como *q'ara wawas* (bebés desnudos) o duendes, y se cree que continúan creciendo en sus tumbas y salen en las noches de luna llena y luna nueva. Se comportan de manera similar a los *chullpa*, hacia quienes, indica Platt, parecen ir revirtiendo en una inversión extraña de la dirección del tiempo.
- 14 Los *puquiales* son arroyos formados a partir del agua del subsuelo. Resultan más peligrosos cuanto más cercanos se encuentren a su nacimiento u “ojo” y cuanto menos utilizados sean en las labores cotidianas.
- 15 Ya advertía Muñoz Bernand que aquellas enfermedades vinculadas a los antiguos y sus posesiones, las que remiten a las creencias y aquellas que tienen que ver con el medio en que habitan, es decir, las que ha denominado “enfermedades del campo”, tienen que ver con un aire que no es el aire frío de los *desmandos*, sino que se corresponde más bien a un vapor o emanación imperceptible, haciendo alusión indirecta al aire interior de la tierra, de los cerros y demás elementos. Señala también que son estas dolencias las que aportan más datos sobre la concepción de la corporalidad en Pindilig, Ecuador (1986: 137-138).
- 16 Atrevidos, insolentes.
- 17 El exceso de fuerza es también una de las principales características de todo un conjunto de personajes que pueblan el imaginario ayacuchano y amenazan la salud, la vida y la sociedad del *runa*. A pesar de ser el *gentil* el ser antagónico por antonomasia, los *bultos* o almas condenadas, las *qarqachas* o “llamas demoniacas”, las *umas* o cabezas voladoras de brujas, el ventarrón, el granizo y la helada entendidos como tres hermanos ociosos, los *puriqkuna* (“los que caminan”) o *terrucos*, “terroristas” del tiempo de la ‘violencia política’ y los *pandilleros*, representan otras formas de humanidad frente a las cuales se construye la corporalidad y la categoría de ser humano en esta zona de los Andes. La alteridad en Ayacucho parece fundamentarse en el exceso de fuerza, la carencia de moral, el ocio y la consecuente transformación del cuerpo del *runa* en otros cuerpos más o menos grotescos. Ver, por ejemplo, Ansión (1987), Caverro Carrasco (1990), Morote Best (1988), Tito Dávila (1993), Taipe y Orrego (1997), García Miranda (1999). Para el caso de la transformación de cuerpos humanos en otros cuya fisonomía se opone a la categoría de humanidad durante los tiempos de terrorismo véase Theidon (2003) y Neila (en prensa).
- 18 Distintivo afectivo en quechua que, en castellano, equivale a padre, señor, anciano.
- 19 El *Taki Onqoy* fue un movimiento nacional anticolonial del siglo dieciséis. Para su análisis ver, por ejemplo, Caverro (2001).
- 20 Porras Barrenechea, en el prólogo al “Lexicón” de Fray Domingo ([1560], 1951: 23-24), advertía sobre la cantidad de epítetos registrados en este vocabulario para designar a los que violaban la rígida ley del trabajo incaico. Para designar a los perezosos y holgazanes se empleaba la palabra *guachoc*, adúltero; el verbo *ossachini* *gui* que equivale a “forzar a mujer”; *sincasca* que significa amancebamiento; *pampayruna* o *mita guarmi* para designar a las ramerías; *suani*, hurtar, y *suaccapa*, ladrón. Ello indicaría que el ocio es una categoría amplia que contendría gran cantidad de comportamientos reprochables y antisociales, como igualmente lo subraya el mito panandino de “Los hermanos ociosos”. Para consultar análisis y versiones de este mito ver Taipe y Orrego (1997), Muñoz Bernand (1986: 145-148) y García Miranda (1999).
- 21 He modificado la grafía y la puntuación del texto original para facilitar su lectura. Quisiera aprovechar este espacio para subrayar la antigua práctica de los “indios” de asignar a una misma persona dos nombres diferentes a lo largo de su vida: al momento de nacer o en los meses posteriores y cuando adquiere cierta madurez. Al respecto decía Fray Domingo en su “Gramática” ([1560], 1995: 143-144): “Es de notar que estos indios suelen poner los nombres a los niños poco después de nacidos: los cuales imponen los padres o madres de los cuentos y successos que acaescen al tiempo que los niños nascen; o de los rostros y gestos que sacan al tiempo del nascer; o de lo que dize la madre pariéndole; o de lo que haze el padre quando el niño nasce; o del nombre de heredad donde nasce; o de el ave que entonces paresce (...) Y assí les imponen nombres de aves: *Condor*, que es ‘buitre’; *Guamán*, que es ‘açor’; *Quispe*, que quiere dezir ‘piedra resplandesciente’; *Curonina*, que quiere dezir ‘gusano de fuego’; *Poma*, que significa ‘león’. Y estos nombres los tienen hasta que llegan a ser de edad de veinte años arriba o poco más, o que se casan, o están para ello. Y entonces les mudan el nombre, y les llaman otros nombres: o de los padres o aguelos o personas que a avido muy notables y principales en su linaje, o brevemente el mismo de parescer de sus padres o los que están en lugar dellos; si no los tiene, escoge el nombre con que se quiere nombrar...”. Adviértase cómo los de la primera edad están relacionados con el mundo salvaje y la Naturaleza en oposición a los que se adquieren cuando ya se es una persona completa, con el matrimonio, o se está a punto de serlo. Igualmente es de notar la relación de esta práctica antigua con el fenómeno contemporáneo de la *yagua* o *uriwa* (ver nota 30).

- 22 Escribe Fernández Juárez (1995: 43-47), que el proceso de transformación del niño aymara en una persona con obligaciones familiares era señalado entre los varones con la adquisición del primer pantalón. Una costumbre ya perdida pero que Albó recoge en algunos sectores del altiplano, y cita: “A los siete años de edad el padre enseña a su hijo a utilizar la honda y le da un palo para cazar sapos. Hasta ese momento el niño acostumbra a vestir una simple faldilla que, a partir de entonces, es sustituida por el pantalón en la víspera de Jueves Santo”.
- 23 Escribe Galinier (1999: 268) que “... los otomíes tienen una teoría del pedo que relacionan con la salida de las almas. Es una manifestación de la energía interna del cuerpo, ligada a los excrementos, para con los cuales los otomíes muestran una fascinación excepcional”. En Ayacucho no se muestra un interés tan vívido pero igualmente pedo y aliento se conciben como manifestaciones extracorpóreas de la fuerza vital de las personas y de los elementos de la Naturaleza entendidos como tales.
- 24 Fray Domingo de Santo Tomás, en su “Lexicón” ([1560], 1951), recoge el término *camay* para significar el descanso, la ociosidad y la holganza, y las palabras *camani* como tomar aliento y *camaynin* como huelgo por aliento. Igualmente González Holguín en su “Vocabulario” (-1608-, 1952) registra *samay* como descanso, y anota las expresiones *samay tullu* (poco trabajador) y *samay ppunchau* (día de fiesta). En el presente, tanto en el quechua de Ayacucho como en el Cuzqueño, *samay* significa además respiración, aliento y resuello.
- 25 Véase nota 10.
- 26 Véase, por ejemplo, Espinosa (1997: 95, 195) y Marzal (1991: 225).
- 27 Sobre esta concepción contemporánea del alma como un cuerpo interior ver La Riva (2000).
- 28 Como veremos en el siguiente epígrafe, la descomposición de la unidad de la persona, que tiene en la pérdida del espíritu -fuerza vital- su máxima expresión, es sinónimo de enfermedad. El complemento de esta concepción es que el espíritu, en tanto fuerza, es la única entidad capaz de provocar aflicciones importantes en la persona en vida y en el alma después de la muerte. Creo que es en este sentido como hay que interpretar las palabras de la Sra. Teofila. Quisiera destacar también la importancia del tartamudeo como modo de expresión de los espíritus en oposición a las voces gangosas de las almas o “narices tapadas”. Me explicaba la Sra. Teofila de los espíritus que “...no hay modo de que hablen de otra forma”. Entendiéndolo en el contexto que lo hemos hecho hasta el momento, como aliento cuando está fuera del organismo, es lógico pensar que el espíritu solo, sin el alma y sin el cuerpo, es puro aire que camina como una larga y continua exhalación, y sus palabras son como la respiración entrecortada: sueltas e inarticuladas.
- 29 Véase al respecto Tito Dávila (1993).
- 30 En Ayacucho, en ocasiones, se emplea el término “bulto” como sinónimo de alma.
- 31 Se denomina *yagua* o *uriwa* a la influencia ejercida por animales, personas o almas sobre el feto en gestación, originando un parecido en el bebe con el ser contemplado por la madre durante el embarazo. Al respecto ver Valdivia Ponce (1975: 112-119), Valdizán y Maldonado (1985: 115-119), Caveró (1988: 111-112), Lira (1995).
- 32 Si bien a los cerros y a sus *wamanis* siempre se les ha reconocido su ambivalencia (Ansión, 1987), sobre todo en las comunidades más alejadas de los centros urbanos (Taussig, 1993), en Ayacucho existe la polaridad bueno/malo de estas entidades. La Sra. Teofila, curandera de *Acuchimay*, el cerro más venerado en Huamanga (Ayacucho), decía que “... al cerro no se conoce, como personas... ¿Cuál de ellos será malo, bueno? Donde que vive la gente tiene que volverse bueno ya; donde que crecen nuestras plantas ya debe ser bueno. Adonde que no crecen y ningún nadie llega, ni viven ni gente ni nadie, deben ser malos, intocables”. En Huamanga se está llevando a cabo un proceso de domesticación de los cerros, e incluso de profesionalización que, quizás, tenga su origen en las consecuencias de la violencia de hace más de una década. Las lomas de Ayacucho han sido casi en su totalidad cubiertas por Asentamientos Humanos de población desplazada durante el conflicto, y de sus cerros se dice que son médicos (*Acuchimay*) y alguno de ellos abogado (*Señor de la Picota*). En la década de los 60 el único cerro tutelar de Huamanga era *Acuchimay* (Earls, 1969, en Taussig, 1993: 244-245), hoy día son tres, los dos mencionados y el *Campanayuq* -el que tiene campana-. Se clasifican como cerros buenos aquellos con los que es posible establecer y mantener relaciones de reciprocidad y que, por tanto, se muestran generosos y protectores de los hombres a los que tutela. De este modo, el proceso de domesticación de los lugares con “encanto” pasa en un primer momento por el uso o el asentamiento de personas en ellos y, después, por la asignación de un papel significativo y necesario dentro de la sociedad que propicie un ejercicio continuo de dar y recibir. La misma cosa ocurre con los *puquios* o la *pacha*, considerados peligrosos y con “encanto” cuando no son de utilidad en la vida cotidiana.
- 33 Unidad de organización social campesina. En ocasiones se emplea como sinónimo de “comunidad campesina”.
- 34 En Ayacucho el concepto de “encanto” es empleado como sinónimo de poder y espíritu, siendo el “encantado” la persona saturada de poder debido al contagio. El “encanto” está relacionado con la noche, el tiempo anterior y fundamentalmente con zonas alejadas y despobladas, o como decía don Alejandro, “... que la humanidad no lo ha manoseado pa trabajo permanente”. Es en estos lugares donde se cree que habitan los espíritus del cerro, del manantial... Al respecto, y con relación a la “burla” del *puquio* o *pukiyu*, me comentaba una señora de Huamanguilla, Ayacucho, lo siguiente: “... soñar con sapo es *pukiyu*, con *chancho* (cerdo) es encanto y también culebra es encanto. El encanto se da en fechas lluviosas, entre sol y lluvia, allí sale el arco iris y él es el encanto... Con esa enfermedad también se hincha tu barriga y alumbras *chancho*, alumbras sapo o culebra. Te embarazas normal, nueve meses, pero al alumbrar pares *chan-*

- cho o culebra si es hijo del arco iris, y si es sapo es hijo del *puquial*. Mayormente con eso mueren las mujeres”. Para un análisis de los lugares de “encanto” ver Polia Meconi (1996: 205-277).
- 35 Parto de la idea del *samay* como sinónimo del término *qamasa* y, por tanto, como advierte don Tiburcio Cahuana, de “sabor”. A pesar de la distinta manifestación, como aliento (*samay*) o como sombra (*qamasa*), ambas comparten idéntica función con respecto a la persona. *Qamasa*, dice Polia Meconi (1996), en el idioma aymara actual toma la acepción de “sombra”. Van den Berg, por su parte, advierte lo mismo y afirma que es una de las almas humanas que guarda íntima relación con la fuerza o debilidad de una persona respecto a los demás. Es esta “sombra” o *qamasa* la que puede perderse a causa del ‘susto’ (1985: 154).
- 36 Calzado a modo de sandalia.
- 37 Quisiera indicar lo asiduo que es en todos los Andes que tales “llamadas” y recuperaciones del espíritu se produzcan a determinadas horas del día. Tengo entendido, al menos en Ayacucho, que a primera hora de la mañana, al medio día y a última hora de la tarde, tañían las campanas de las iglesias para convocar a la misa y velar por el estado del espíritu.
- 38 Con el término quechua *mancharisqa* se denomina en Ayacucho al ‘síndrome cultural’ del ‘susto’. Este concepto ya era empleado en tiempos de la colonia para indicar asombro, miedo, terror, carencia de arrojo, flojera (Fray Domingo de Santo Tomás [1560] 1951; González Holguín [1608] 1952; Fray Diego Torres Rubio, 1619). Como bien advierte Valdivia Ponce (1975) existe una sinonimia múltiple para designar este tipo de afección panamericana: ‘susto’, “mal de espanto”, *mantzaque*, *patza*, *pachachari*, “agarrado de la tierra”.
- 39 Advértase nuevamente la relación entre el espíritu y el lenguaje puesta de manifiesto en la nota 28.
- 40 Pareciera existir, como en Mesoamérica, una relación entre el cuerpo humano y el hogar donde el fogón hace las veces de la fontanela.
- 41 En Ayacucho se emplean distintos términos para referirse al pago ritual al cerro: *pagapu*, *pampapu*, *kamari* o *kamari-pu*... *Pampapu* y *pagapu*, me explicaba don Alejandro, “... son la misma cosa. El *pagapu* es dar el valor de aquel enfermo que quiere matar. En reemplazo de su cuerpo, *pagapu*. Ese es el reemplazo de él. Es valorar. En vez de que muera es pagándole otra cosa y ya no va morir. Entonces ya acepta el cerro y ya no muere. Ese es el *pagapu*”. Similar a la variedad de nombres son los elementos que pueden conformar el pago ritual y los modos en que éste es servido al *wamani* (véase nota 6).
- 42 Si el estar quedándose seco es un anuncio de la muerte próxima, también lo es que el flujo sanguíneo discurra únicamente en dirección al corazón. Segundino Curi, curandero natural de San Luís de Píschá, me explicaba: “Se sabe que el paciente va a morir al tomarle el pulso. Si la sangre sólo va hacia el corazón y ya no va en dirección contraria ese paciente morirá. Y cuando miras en la coquita aparece la sepultura. Entonces ya no hay nada que hacer. Ese paciente morirá”. Pareciera que esta oquedad ocupada por el aliento se va llenando de sangre hasta que sobreviene la muerte, cuando toda la sangre del cuerpo queda estancada en las entrañas. En este sentido también las palabras de mama Luisa, quien decía lo siguiente: “Una muerte común por enfermedad en una persona es muy triste. El enfermo no encuentra comodidad en ninguna posición. Se queja de todo. Sus ojos se desorbitan, su rostro se desencaja. Aparenta dormir pero no duerme. Pide que le cambien de posición, se queja. Está en un estado de decaimiento final y ya se sabe que va a morir porque hasta debajo de cada diente se deposita la tierra. Cuando se le toma el pulso sólo corre la sangre de afuera hacia adentro pero ya sin retorno. Se le traba la boca, ya no habla”.
- 43 Otro de los modos empleados para designar el ‘síndrome cultural’ del ‘susto’.

Bibliografía

- ANSIÓN, Juan
1987 *Desde el rincón de los muertos. El pensamiento mítico en Ayacucho*, Grupo de Estudios para el Desarrollo, GREDES, Lima.
- BASTIEN, J. W.
1985 “Qollahuaya- Andean Body Concepts: A Topographical-Hydraulic Model of Physiology” en *American Anthropologist*, New Series, 87(3), pp. 595-611.
- BOUYSSÉ CASSAGNE, Thérèse et al
1987 *Tres reflexiones sobre el pensamiento andino*, HISBOL, La Paz.
- CARPENTER, Lawrence K.
1992 “Inside/Outside, which side counts? Duality-of-self and Bipartization in Quechua” en *Andean Cosmologies, through time*, Indiana University Press, pp. 115-135.
- CAVERO CARRASCO, Arnulfo
1990 *Incesto en los Andes. Las “llamas demoniacas” como castigo sobrenatural*, CONCYTEC, Ayacucho.

- CAVERO CARRASCO, Arnulfo
 2001 *Los dioses vencidos*, Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga y Centro de Pesquisa en Etnología Indígena (UNICAMP, Brasil), Perú.
- CAVERO, Gilberto
 1988 *Supersticiones y medicina quechuas*, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Trujillo.
- CLARAC, Jacqueline
 2000 “La representación del cuerpo y de la enfermedad. Su relación con el espacio físico de la cordillera andina y el cosmos” en M. Gutiérrez Estévez (ed.) *Sustentos, aflicciones y postrimerías de los Indios de América*, pp. 193-207, Casa de América, Madrid.
- CLARAC, Jacqueline
 1992 *La Enfermedad como Lengua en Venezuela*, Universidad de Los Andes, Mérida.
- DELGADO SUMAR, Hugo
 1984 *Ideología Andina. El pagapu en Ayacucho*, Tesis de Licenciatura UNSCH, Ayacucho.
- DOMINGO DE SANTO TOMÁS, fray
 [1560] 1951 *Léxico o vocabulario de la lengua general del Perú*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Publicaciones del Cuarto Centenario, Lima.
- DOMINGO DE SANTO TOMÁS, fray
 [1560] 1995 *Grammatica o Arte de la Lengua General de los Indios de los Reynos del Peru*, Centro de Estudios Regionales Andinos “Bartolomé de las Casas”, Cuzco.
- ESPINOSA, Darío
 1997 Tanteo puntun chaykuna valen: “Las cosas valen cuando están en su punto de equilibrio”, CHIRAPAQ, Lima.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
 1995 *El banquete aymara. Mesas y Yatiris*, HISBOL, La Paz.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
 1998 *Los Kallawayas: medicina indígena en los Andes bolivianos*, Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
 1999 *Médicos y Yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara*, CIPCA, La Paz.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
 2000 “La tutela de las “sombras”: Enfermedad y cultura en el altiplano aymara”. En, GUTIÉRREZ ESTÉVEZ, Manuel (ed.) *Sustentos, aflicciones y postrimerías de los indios de América*, pp. 157-191, Casa de América, Madrid.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
 2004a “Ajayu, Animu, Kuraji. La enfermedad del susto en el altiplano de Bolivia”, en FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*, pp. 279-303, ABYA YALA/AECI/UCLM, Quito.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
 2004b *Yatiris y ch'amakanis del altiplano aymara. Sueños, testimonios y prácticas ceremoniales*, ABYA YALA, Quito.
- GALINIER, Jacques
 1999 “Cuerpo aéreo versus aire corporal. Reflexión sobre la antropomorfización de los fluidos en las cosmovisiones mesoamericanas”, en José A. González Alcantud y Carmelo Lisón Tolosana (eds.), *El aire. Mitos, ritos y realidades*, pp. 262-295, ANTHROPOS y Diputación Provincial de Granada, Barcelona.
- GARCÍA MIRANDA, Juan José
 1999 “La tradición popular y los sistemas de transmisión de conocimientos en la sociedad andina”, en *Sociedad Científica Andina de Folklore*, Huancayo, Perú, y en www.nalejandria.com/00/colab/edu-folk.htm.
- GARCILASO DE LA VEGA, Inca
 [1609] 1963 *Comentarios Reales de los Incas*, Biblioteca de Autores Españoles, Tomo 133, Madrid.
- GONZÁLEZ HOLGUÍN, Diego
 [1608] 1952 *Vocabulario de la Lengua General de todo el Peru llamada Lengua Quichua o del Inca*, reedición del Instituto de Historia de la Universidad de San Marcos de Lima, Lima.

- GUITERAS HOLMES, Calixta
1965 *Los peligros del alma. Visión del mundo de un tzotzil*, Fondo de Cultura Económica, México.
- HARRIS, Olivia
1985 “Complementariedad y conflicto. Una visión andina del hombre y la mujer”. En, *Allpanchis Phuturinqa*, n° 25, Cuzco, pp. 17-39.
- INOSTROZA GARCÍA, Lauro
1983 *Medicina andina en la comunidad de Putica*, Tesis de Licenciatura UNSCH, Ayacucho.
- ISBELL, Billie Jean
1976 “La otra mitad esencial: un estudio de complementariedad sexual andina”. En, *Revista de Estudios Andinos*, Año 5, Vol. V, n° 1, pp. 37-56.
- LA RIVA, Palmira
2000 “Le walthana hampa ou la reconstruction du corps. Conception de la grossesse dans les Andes du sud du Pérou”, en *Journal de la Société des Américanistes*, Tomo 86, Paris, pp. 169-183.
- LIRA, Jorge A.
1984 *Medicina andina. Farmacopea y ritual*, Centro Bartolomé de Las Casas, Cuzco.
- LÓPEZ AUSTIN, Alfredo
1984 *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas* (2 Vols.), UNAM, México.
- MARZAL, Manuel M.
1991 “La religión quechua surandina peruana”. En MARZAL, Manuel, M (coord.), *El rostro indio de Dios*, pp. 197-267, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- MILLONES, L; TOPIC, J. y GONZÁLEZ, J.
1992 *La Persecución del Demonio: Crónica de los Primeros Agustinos en el Norte del Perú*, Editorial Algazara, Málaga.
- MILLONES, Luís; TOMOEDA, Hiroyasu y KATO, Takahiro
2001 *Dioses y demonios del Cuzco*, Fondo Editorial del Congreso de Perú, Lima.
- MOROTE BEST, Efraín
1988 *Aldeas sumergidas. Cultura popular y sociedad en los Andes*, Centro de estudios Rurales Andinos, Bartolomé de las Casas, Cuzco.
- MUÑOZ BERNAND, Carmen
1986 *Enfermedad, daño e ideología. Antropología médica de los Renacientes de Pindilig*, Ediciones ABYA YALA, Quito.
- NEILA BOYER, Isabel
“Puriq kuna (los que caminan): del tiempo del mito al tiempo *sasachakuy*. Apuntes sobre la violencia, la ‘otredad’ y el cuerpo en Ayacucho, Perú”. En, PITARCH, Pedro y LÓPEZ, Julián (eds.), *Lugares indígenas de la violencia en Iberoamérica*, AECI, (en prensa).
- PITARCH, Pedro
1996 *Ch’ulel: una etnografía de las almas tzeltales*, Fondo de Cultura Económica, México.
- PLATT, Tristan
2001 “El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes”, en *Anuario de Estudios Americanos*, Tomo LVIII, 2.
- POLIA, Mario
1996 “Despierta remedio y cuenta...”. *Adivinos y médicos del Ande* (2 vols.), Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- PRATEC (Proyecto Andino de Tecnologías Campesinas)
2002 *Salud y diversidad en la chacra andina*, PRATEC, Lima.
- ROSTWOROWSKI, María
1988 *Estructuras Andinas del Poder*, Instituto de Estudios Peruanos, Lima.
- TAIPE CAMPOS, G. y ORREGO BEJARANO, R.
1997 “Laboriosidad y ociosidad en dos relatos andinos”, en *Allpanchis Phuturinqa*, n° 48, Cuzco, pp. 175-188.
- TAUSSIG, Michael
1993 *El diablo y el fetichismo de la mercancía en Sudamérica*, Editorial Nueva Imagen, México.

TAYLOR, Gérald

- 2000 *Camac, camay y camasca y otros ensayos sobre Huarochirí y Yauyos*, IFEA Centro Bartolomé de Las Casas, Lima.

THEIDON, Kimberly

- 2003 “La micropolítica de la reconciliación. Practicando la justicia en comunidades rurales ayacuchanas”, en *Allpanchis Phuturinqa*, n° 59/60, Cuzco, pp. 113-142.

TITO DÁVILA, Tafur

- 1993 *De hombre a condenado. Un estudio acerca de la creencia en el centro poblado de Choclococha, Ayacucho*, Tesis de Licenciatura UNSCH, Ayacucho.

TORRES RUBIO, Diego

- 1619 *Arte de la Lengua Quichua compuesto por el Padre diego de Torres Rubio, de la Compañía de Jesús*, Francisco Lasso, Lima.

URBANO, Henrique-Osvaldo

- 1981 “Del sexo, incesto y los ancestros de Inkarrí. Mito, utopía e historia en las sociedades andinas”, en *Allpanchis Phuturinqa*, n° 17-18, Cuzco, pp. 77-104.

VALDIVIA PONCE, Oscar

- 1975 *Hampicamayoc. Medicina folklórica y su substrato aborigen en el Perú*, Universidad de San Marcos, Lima.

VALDIZÁN, H. y A. MALDONADO

- [1922] 1985 *La medicina popular peruana* (3 vols.), Consejo Indio de Sudamérica, Lima.

VAN DEN BERG, Hans

- 1985 *Diccionario religioso aymara*, Vol. I, CETA-IDEA, Iquitos.

¿FÁRMACOS CONTRA EL SUSTO?

Paradojas y posiciones enfrentadas en la concepción de la enfermedad en el altiplano boliviano

Francisco M. Gil García
Universidad Complutense
España

Al recibir la proposición para participar en este segundo volumen de *Salud e interculturalidad en América Latina*, y superado el primer contenido de compartir índice con amigos de tiempo ha, me sobrevinieron dudas acerca de que mi contribución pudiera aportar algo al debate que con esta obra se pretende alentar. En realidad, nunca había prestado una especial atención etnográfica a cuestiones vinculadas con la salud y la enfermedad, siendo en el esfuerzo por buscar algo que escribir cuando volvió a mi memoria una experiencia vivida durante mi primera campaña de trabajo de campo en la comunidad de Santiago “K” (Provincia Nor Lípez, Dpto. Potosí, Bolivia)¹, allá por septiembre de 2001, y que me pareció que podía adaptarse bien al tema central de las problemáticas de esa llamada salud intercultural. Hoy como ayer, mi trabajo en esta comunidad agropastoril altiplánica al sur del Salar de Uyuni se centra fundamentalmente en las representaciones del pasado y sus habitantes, en el valor y uso de la memoria, y en cómo todo ello se proyecta en la construcción del paisaje. Por este motivo siempre vi el episodio que trataré a continuación como otra anécdota más de antropólogo inocente. Sin embargo, evocando lo sucedido desde la distancia, sabiendo sobre qué detalles fijar la atención, y calibrando bien las lentes, el esfuerzo intelectual aplicado a estas páginas me ha permitido detectar ahora, a partir de las notas de mis diarios, un trasfondo que dice mucho más de lo que entonces alcancé a entender, y que habla claramente de desanclaje sociocultural² y de desencuentro entre tradición y modernidad, todo ello en torno a la concepción de la enfermedad, su diagnóstico y su tratamiento.

Pasando directamente al estudio de caso, los hechos sobre los que voy a centrar la discusión ocurrieron de la siguiente manera:

Santiago. 10.09.2001. Media mañana. Aprovechando uno de los recreos, me acercaba hasta la escuela para recoger los dibujos que con el tema “Mi Comunidad” había solicitado días antes a los alumnos, cuando en el camino encontré a un grupo de profesores conversando con cierto aire de pesadumbre. Según me comentaron, la profesora Paulina llevaba ya varios días *enferma del corazón*³, y no presentaba mejoría. Interesado por su estado de salud, y recogidos los dibujos, me acerqué hasta su casa, uno de esos barracones -pequeños monoambientes- que la comunidad cede a aquellos docentes que no cuentan con casa propia. Buena parte de los profesores se encontraba allí congregada. El ambiente resultaba pesado, sofocante, saturado de olores, porque según me dijeron habían estado sahumando para ver si así la enferma conseguía respirar mejor. La profesora Paulina, se encontraba postrada en la cama, arropada con varias mantas, recibiendo ánimos por parte de algunos de los allí presentes a través de exhortaciones del tipo de tienes que superarlo, tienes que volver a ser tú, piensa en tus hijos, al tiempo que le insistían en la necesidad de dormir. En un rincón de la estancia, abatido, el mayor de sus tres hijos, José Luis Carlo⁴, en 1º de Secundaria, un muchacho tímido, sensible, esquivo, al que la mayoría de los presentes miraba inquisitorialmente. Me explicaron que la profesora se quejaba de una fuerte presión en pecho y abdomen que le impedía respirar; no había dormido nada en los dos últimos días, apenas había comido, tenía fiebre y escalofríos, y a ratos deliraba. En la mesilla había unos fármacos supuestamente para tratar afecciones cardiovasculares. Con gran insistencia me solicitaron medicamentos, ar-

gumentando que en mi botiquín yo debía tener algo que le pudiera ayudar. Ante la presión, me comprometí a ir a buscar algún remedio y volver más tarde.

Me acompañó hasta la salida el profesor Jaime, quien me informó de que se trataba de una mujer viuda desde hacía un año, que todavía no había conseguido superar la pérdida del marido, también profesor en Santiago, y un guitarrista extraordinario, y que aunque llevaba tiempo arrastrando una fuerte *depresión*, nunca antes le había dado un *ataque de ansiedad* como el experimentado en esta ocasión.

Esquivando toda responsabilidad médica, regresé al cabo de un rato con dos blíster de grageas de valeriana, lo más inocuo que encontré en mi botiquín. Expliqué la naturaleza de las pastillas y “receté” su posología reproduciendo escrupulosamente lo indicado en el prospecto, indicando que se trataba de un remedio que le ayudaría a estar más relajada y a conciliar el sueño.

En esta segunda visita, José Luis Carlo me manifestó su preocupación, y algunos presentes aprovecharon entonces para culparle abiertamente del estado de su madre por tocar la guitarra. Él me solicitó información acerca de hospitales especializados en España, donde su madre pudiera curarse, pero le siguieron lloviendo recriminaciones, y apenas si le dejaban hablar. Tal insistencia en lo musical empezaba ya a despertar en mí cierta curiosidad, vamos a llamarla, profesional.

Me contaron entonces que el difunto esposo de la profesora Paulina había sido un excelente músico, animando todas las reuniones con su guitarra, y siendo ésta la cualidad de él que desde el primer momento más le había cautivado a ella. José Luis Carlo, que físicamente salió idéntico a su padre, aprendió de éste, adquiriendo pronto gran maestría en la ejecución de este instrumento. Por este motivo, su madre le había prohibido tocar, para tratar de enterrar los recuerdos, aunque él venía haciéndolo a escondidas. La última vez, la profesora volvió a casa de modo inesperado y le sorprendió practicando; creyó estar viendo al fantasma de su esposo, *se asustó, sufrió una impresión*, y fue entonces cuando cayó enferma.

A última hora de ese mismo día regresé para interesarme por la enferma, que seguía acompañada por algunos de sus colegas, quienes se turnaban para no dejarla sola; en esta ocasión su hijo José Luis Carlo no estaba. Pregunté entonces si el responsable de la posta sanitaria había acudido a visitarla, pero resulta que en esos días éste se encontraba de viaje. Me comentaron que si ella hubiera estado en mejores condiciones la habrían llevado al hospital de Uyuni, pero que, en fin, allí tampoco la habrían podido curar, y que además sus doctores no tienen buena reputación. Desvié entonces mi curiosidad hacia la existencia en Santiago de especialistas rituales que pudieran tratarla, pero me respondieron que no, que en la comunidad no había, y que aunque así fuera tampoco hubieran podido hacer nada por ella, porque *su enfermedad era de tipo depresivo*. Al contrario, me solicitaron más medicamentos.

Según me informé al día siguiente, esa noche, y al parecer por efecto de mis medicamentos, la profesora Paulina había dormido. Por la tarde me la crucé dando un paseo. Había mejorado, aunque caminaba muy despacio y presentaba notables signos de agotamiento en el rostro.

El día 12, la profesora Paulina y sus hijos viajaron a Uyuni con el resto del cuadro docente, pues el 15 era día de pago. Ya no regresó más a Santiago, se quedó en su casa haciendo reposo y, como pude comprobar en mis estancias de años siguientes, poco a poco fue cayendo en el olvido de los comuneros y de sus propios colegas.

Que cada cultura e incluso cada grupo social tiene sus propias ideologías acerca de la salud y la enfermedad es algo que no debería cuestionarse, por más que la tiranía de la biomedicina se empeñe en desautorizar a las que desde su hegemonía llama medicinas tradicionales o etiqueta de alternativas. Tratar de romper esta tiranía, y poder así reunir de algún modo tradiciones médicas procedentes de raigambres culturales distintas en beneficio de todas las partes implicadas vendría siendo la máxima perseguida por la llamada salud intercultural⁵. Obviamente, lo *intercultural* supone la coexistencia en un espacio concreto de individuos o colectivos que se identifican o pueden ser identificados como perte-

necientes a culturas (paradigmas de racionalidad cultural) distintas. Sin embargo, como ha hecho notar J. Michaux (2004: 107, 109-110), al trasladar esta idea a América Latina las diferencias culturales se transforman automáticamente en diferencias entre mundo indígena y no-indígena, algo que desde el neocolonialismo y el neoliberalismo tan propios de nuestro tiempo hace que la interculturalidad pase a considerarse más bien en términos civilizatorios. Y esto nos lleva a entender la salud y la enfermedad en relación con el despliegue en la arena social de todo un complejo entramado de relaciones sociales de poder, un campo en el que sin duda se están midiendo mucho más que “saberes” médicos y prácticas terapéuticas.

Hecha esta puntualización, no es mi intención volcar en estas páginas una reflexión profunda sobre salud e interculturalidad, cosa que dejo a los especialistas en la materia, sino más bien explotar la descripción densa de una experiencia de salud intercultural concreta a fin de poner sobre la mesa unas cartas que puedan contribuir al debate. Para ello analizaré los modos de pensar (supuestamente) contradictorios y las maneras de obrar (aparentemente) irregulares en torno a cómo se abordaron la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad de la profesora Paulina, tratando al mismo tiempo la manera en que el desanclaje social y la negación de la tradición en aras de una reafirmación de la identidad llevan a un cambio de paradigmas que afecta directamente a la mutación social de las enfermedades.

Volviendo al episodio de referencia, resaltaré antes de nada las variables sobre las que fijaré el subsiguiente análisis:

1. La enferma pertenece al cuerpo docente de la escuela de la comunidad, algo que la sitúa en esa categoría sociológica que es la del *broker*, un personaje a caballo entre dos mundos, un agente social que actúa como puente entre culturas, imaginarios y/o sistemas de valores.
2. Quienes la acompañan en su convalecencia, interpretan la naturaleza de su enfermedad, determinan sus síntomas y proponen su tratamiento, son también profesores, o todo lo más, comuneros muy próximos al entorno de la escuela.
3. La enfermedad queda oficialmente concebida en términos biomédicos, psiquiátricos o, cuando menos, científicos y racionales (*depresión, ansiedad*).
4. A pesar de ello, se cuela en el discurso una etiología de corte popular (*se asustó*).
5. Existencia de una experiencia perturbadora en el desencadenamiento de la enfermedad.
6. Confianza en que el único tratamiento efectivo posible es el proveniente del uso de fármacos.
7. A pesar de lo anterior, presencia de prácticas de salud tradicionales (*sahumerios*), si bien su uso queda oficialmente relegado a un segundo plano (mejorar la calidad del ambiente de la estancia donde descansa la enferma).
8. Recelo del sistema biomédico.
9. Negación de las prácticas rituales de salud tradicionales.
10. Poder reparador del sueño.

Como en tantas otras comunidades del altiplano, en Santiago coexisten en realidad al menos dos comunidades: los santiagueños y los foráneos, integrando esta última categoría fundamentalmente los profesores que componen el cuadro docente del Núcleo Educativo “Miguel Cuzco”⁶, entre diez y quince según mis permanencias allá, muchos de ellos acompañados de sus familias nucleares. Un buen número de profesores es oriundo de Nor Lípez o de provincias limítrofes, y la mayoría tiene casa en Uyuni, la población citadina más cercana, aproximadamente a 160 Km. al norte, atravesando parcialmente el Salar de Uyuni. Muchos llevan años viviendo y ejerciendo en Santiago, y sus relaciones con la comunidad son cordiales, aunque en realidad no podría determinar su nivel real de inserción en la vida comunitaria, variable según casos; sí puedo constatar que de ninguna manera participan ni del sistema de cargos ni de *los costumbres*, aquellas prácticas ceremoniales y rituales de corte más tradicional. Por otra parte, en términos de cotidianidad ellos mismos se encargan de marcar ciertas distancias

respecto de sus convecinos, emanadas básicamente de su estatus profesional, y que se aprecian más notoriamente en el vestir y en el menaje doméstico. Por regla general, y asumiendo que toda generalización resulta sin duda injusta, cabe decir que conocen la tradición, pero que buscan apartarse de ella por considerarla “cosa de indios”, del mismo modo que, por empatía, mimesis, o simplemente asimilación, terminan considerándose parte del terruño al mismo tiempo que sienten y manifiestan que aquél no es su sitio.

Representantes de unas maneras de pensar diferentes en muchos aspectos a las del resto de comuneros (roles de género y edad, divorcio, nutrición, consumo de alcohol, progreso y expectativas de futuro, por ejemplo), no es de extrañar que cuando la profesora Paulina cayó enferma, sus compañeros abordasen la enfermedad desde una posición esencialmente racional y científica. De ahí el consenso en considerar su enfermedad en términos de *depresión* y (*ataque de*) *ansiedad*, dos trastornos neurológicos cuyos cuadros clínicos engloban desajustes nerviosos y emocionales, tales como tristeza profunda, apatía, angustia, desasosiego, falta de apetito, síntomas todos ellos que presentaba la profesora Paulina. Dado que su esposo había muerto hacía un año y que al parecer ella no había conseguido superar satisfactoriamente su duelo, alguien hablaba de que la profesora Paulina *sufría de pena*, misma expresión utilizada por quienes dentro de la comunidad manifestaron una cierta sensibilidad respecto de su estado.

Hasta aquí, todo encajaría: como consecuencia de la pérdida de su esposo, la profesora Paulina habría entrado en un estado depresivo de tipo traumático, que bien hubiera podido resultar agravado por el recuerdo de y/o los intentos por olvidar su música. Pero no creo que el desencadenante de la enfermedad que en aquellos días la dejó postrada en la cama se encontrara en la depresión, sino más bien en la impresión perturbadora sufrida al llegar a casa y sorprender a su hijo tocando la guitarra sin estar preparada para ello. De hecho, varias voces sostuvieron que en aquel momento la Profesora *se había asustado*, una expresión que puede pasar completamente inadvertida -y más por añadidura del dato de que creyó haberse encontrado con el fantasma de su esposo difunto-, pero que en realidad alude a mucho más que a una simple impresión producida por el miedo, que es lo que todos solemos entender por “susto”.

En la etnografía de América Latina el *susto* constituye un tipo de enfermedad popular consistente en la pérdida del alma (o de alguna de las almas) del individuo, a consecuencia de lo cual éste enferma y puede incluso morir (v.gr. Rubel, 1967; Rubel, O’Neill y Collado, 1995). Por ende, la acción de *asustarse* implicaría que el *asustado* contrae la enfermedad del *susto*, cuyos síntomas generales, curiosamente, coinciden notoriamente con los de una depresión: agitación del enfermo mientras duerme, y cuando está despierto, apatía, pérdida de apetito, descuido del vestir y de la higiene personal, debilidad, tristeza e introversión (Rubel, 1967: 73, 83). Particularizando para el altiplano andino, la sintomatología del *susto* incluye: pérdida de apetito y sueño, escalofríos y destemplanza generalizada del cuerpo, fiebres, diarreas y vómitos, aburrimiento, apatía y pereza, inquietud y desasosiego, ojos enrojecidos y huidizos, ojeras penetrantes, y en los casos más graves, locura, manifestada en enfrentamientos familiares, agresiones filiales y conyugales, desnudez y falta de policía (Fernández, 2000: 169-170; 2004a: 261-262; 2004b: 280). Ahora bien, ¿cómo se puede perder el alma? ¿Cuántas almas tiene un individuo? ¿De qué manera afecta la pérdida de un alma a la integridad de la persona y a su ser social?

En el mundo andino quechua y aymara, la persona está compuesta de un cuerpo y tres almas o *sombras*, que se constituyen en dobles de su propietario; de la integridad de cuerpo y almas depende la salud del sujeto. A grandes rasgos, estas tres almas (amén de terminologías variables) son el *ajayu*, el *ánimo* y el *coraje*⁷. La primera de ellas, el *ajayu*, es la sombra principal, un concentrado de los tiempos oscuros de la gentilidad de los indios. Su pérdida equivale por tanto al deterioro de la memoria histórica, y resulta de consecuencias mortales inmediatas. El *ánimo* constituye una sombra secundaria, testigo del mundo culturizado a partir de la conquista y la evangelización. Su pérdida se hace más peligrosa cuanto más tarde en restituirse. El *coraje* representa la sombra más externa y más etérea, reflejo del mundo contemporáneo. De las tres, resulta la más trivial, su extravío, el más frecuente, y suele reintegrarse

sin complicaciones. En torno a su pérdida se articula el conjunto de las que serían consideradas “enfermedades de la gente”⁸; una pérdida que puede producirse en diversas circunstancias, ya que estas almas tienen la capacidad de separarse del cuerpo de su propietario.

Durante los sueños, las almas desarrollan una suerte de existencia paralela, y ahí pueden extraviarse, sobre todo si el sujeto despierta de manera súbita. También pueden desprenderse como consecuencia de una fuerte impresión emocional, de un susto. O por un simple descuido, un despiste, muy especialmente durante la infancia. En cualquier caso, ante la pérdida de un alma se requiere de la intervención de un especialista ritual que acometa la tarea de ir a buscarla y reintegrarla de nuevo al conjunto de la persona, empresa que puede resultar más o menos complicada dependiendo de las circunstancias en que se haya producido esta pérdida, y de los peligros que haya podido encontrar en su deambular, pues dentro del conjunto de entidades tutelares andinas las hay especialmente ávidas de almas. Cuanto más tiempo pase entre la pérdida y la intervención de este especialista, mayores son los riesgos de que el sujeto enferme y muera, sobre todo si el alma ha sido capturada por algunas de estas entidades tutelares malignas y ya ha empezado a ser devorada; cuando el alma sea engullida y excretada se habrán acabado las opciones para el enfermo, y no tardará en sobrevenirle la muerte.

Hecho este apunte, ¿qué tiene que ver la pérdida de un alma con la enfermedad de la profesora Paulina, por qué tiendo a considerar su estado como consecuencia directa de una alteración en la integridad de su persona?

Según el grupo de profesores que encontré aquella mañana conversando acerca del caso, la enferma llevaba ya varios días afectada de un *dolor del corazón*. Asumiendo un punto de vista romántico, asimilaríamos esta afección con la pena provocada por la pérdida del esposo, pero al hacerlo no estaríamos sino proyectando una valoración etnocéntrica respecto de la concepción del cuerpo. Orgánicamente, el cuerpo del ser humano es idéntico para todos, aunque no resulta así culturalmente, pues cada cultura proyecta una cartografía humana del cuerpo diferente, asociando cada órgano con determinadas potencias, talentos, pasiones, dignidades y bajezas. Para el mundo occidental, en el corazón se localizan la pasión, la capacidad de amar, la ternura, la bondad. Sin embargo, en el mundo andino el corazón constituye el centro de la persona; en él se alojan las almas y la memoria, tanto social como individual, además del conocimiento, la sabiduría y la prudencia (Fernández, 2004a: 262-263; 2004b: 281). Y aquí empiezan las paradojas y las posiciones enfrentadas: el *dolor de corazón* que acusaba la profesora Paulina, ¿estaba causado por una pena de amor derivada de la pérdida del esposo, y por tanto diagnosticable como depresión, o estaba relacionado con la pérdida de un alma, y por tanto diagnosticable como *susto*? Volvamos a la sintomatología y al tratamiento de su enfermedad.

El cuadro clínico que me describieron en mi primera visita a la profesora Paulina presentaba una presión en pecho y abdomen que le impedía respirar, que podría entenderse como angustia o congoja, además de falta de sueño, falta de apetito, delirios puntuales, fiebre y escalofríos. Estos dos últimos síntomas resultan significativos si se tienen en cuenta la oposición binaria frío-caliente que rige buena parte de las concepciones indígenas y populares de la enfermedad, y que exige aplicar su contrario a fin de restablecer el orden térmico corporal alterado, que puede ser a la vez causa o consecuencia de la enfermedad. Por eso el hecho de que la Profesora estuviera arropada con varias mantas implicaría en sí mismo una paradoja, pues la presencia de fiebre indica un exceso de calor corporal que debe ser contrarrestado con la aplicación de frío -lo más común, ésas compresas empapadas en agua fría, vinagre, colonia o alcohol que a todos nos han aplicado alguna vez en la frente cuando de niños enfebrecíamos-. Sin embargo, al *asustado* se le acuesta, se le arropa bien, y mientras éste duerme, se recrimina a su alma para que vuelva, al tiempo que se ofrece algo de incienso, dulces y alcohol por si acaso alguna entidad tutelar maligna la tuviera retenida; se la llama pacientemente, y se vuelve al escenario del *susto* para proceder a recuperarla⁹.

Recompongamos entonces la escena que encontré en casa de la profesora Paulina: la habitación había sido sahumada, la enferma estaba en la cama bien arropada, y a su lado había quien la animaba a superar la enfermedad, aunque estos alientos, más que ánimos parecieran reproches. De los sa-

humerios se había ocupado Jaime Mamani García, entonces de 35 años, que me expresó su descontento por no haber tenido copal y haberse visto en la necesidad de utilizar yuyos quizás no del todo apropiados. El profesor Jaime lo es de lengua y literatura, un hombre interesado por la historia, buen conocedor de tradiciones y leyendas, que confiesa ser miedoso y respetuoso de “los antiguos” y de las entidades tutelares malignas, que prefiere vivir sus días como si no existieran pero evitando cualquier comportamiento que pudiera provocarles; y al mismo tiempo es también alguien muy interesado por la complejidad de la mente humana y los fenómenos paranormales. Quizás por ello no es de extrañar que él espontáneamente se encargara de sahumar la estancia, pero que llegado el momento de explicarme las causas de la enfermedad de la profesora Paulina lo hiciera apelando a la depresión y la ansiedad. Sintetizando su actitud, podría decir que en la persona del profesor Jaime coinciden un discurso estructurado desde la razón y la ciencia, unos pensamientos íntimos ligados a la lógica tradicional, y una praxis respetuosa con la tradición.

Por su parte, la primera vez que acudí a visitar a la enferma, era Betty Ramos Condori quien se sentaba al borde de su cama y la exhortaba para que abandonara su pena, superase la depresión y volviera a ser la persona que antes era. Por efecto de doble juego entre mi caballerosidad y su coquetería femenina, la profesora Betty, de geografía y ciencias sociales, nunca me confesó su edad, aunque a partir de algunos datos de su vida personal y de la edad de sus hijas podría aproximarla en torno a los 45. Muchas veces habíamos conversado sobre esa pérdida de valores que desde sectores conservadores se achaca a los tiempos modernos, de cómo el ritmo de vida urbano convierte a las personas en individuos alienados en términos afectivos y emotivos, y de cómo ello hace que proliferen trastornos neuróticos que antes no existían; a la profesora Betty le apasiona la psicología. El cuadro que ambas mujeres componían aquella mañana era el de una enferma postrada en la cama, lívida y con la mirada perdida, completamente ausente, y una acompañante que trataba de animarla, a veces desde el reproche y la riña enojada, otras adquiriendo un tono más dulce y condescendiente. En un caso de tratamiento de *susto*, el especialista ritual debe llamar al alma perdida con paciencia, pero también enérgicamente cuando ésta no responde. Y es que la principal arma contra el *susto* es el valor, el coraje, el ánimo, expresiones implícitas en la manera de nombrar a las diferentes almas, y máximas frente a la vida y a las adversidades que el sujeto deberá afrontar a lo largo de su vida. Según resuelve G. Fernández (2004b: 293-294), el discurso de la enfermedad del *susto* está estrechamente ligado a la presencia del valor entre los seres humanos, entendido éste como una suerte de metáfora de lo que cabría calificarse como “ganas de vivir”. El valor es necesario para afrontar las múltiples obligaciones de la vida familiar y comunitaria, por lo que el *susto* incapacita para la vida social a quien pierde el valor, y además de poner en peligro a su persona también afecta a la memoria histórica del grupo forjada en el seno del hogar y en el eficaz equilibrio del mundo. En este tono habrían de entenderse los reproches que la profesora Betty hacía a la profesora Paulina, algo así como que el mundo sigue, las pérdidas son dolorosas, pero tú no puedes hundirte porque tienes que continuar tu vida y ocuparte de tus hijos. A la vista de este discurso de ayuda psicológica, pareciera que la enferma lo estaba casi por voluntad propia, algo que coincide con las hipótesis de A. J. Rubel (1967: 84-87) según las cuales el *susto* manifiesta la incapacidad del sujeto para cumplir con su papel en la sociedad en la que se halla inserto, resultando así la enfermedad una suerte de reacción ante ciertas formas de tensión social, asumiendo éste la posición de enfermo como mecanismo de adaptación ante la percepción de su propia incapacidad.

Considerando esto último, nuevamente la etiología del *susto* de la profesora Paulina se confundiría con la de una depresión, pero no hay que olvidar en todo el proceso de su enfermedad la omnipresencia del componente musical, una variable que remite nuevamente a la etnografía de las almas y de las entidades tutelares malignas.

Dentro de la lógica espaciotemporal del pensamiento andino, la música y todo lo que tiene que ver con ella pertenece al mundo de abajo, al mundo interior o al pasado mítico, el *Ujku Pacha* quechua o el *Majasaya Pacha* aymara, un plano genésico donde habitan los *saxras*, el conjunto de entidades tutelares malignas, entre ellos, los diablos. Precisamente, son los diablos los que, se dice, dan voz a los

instrumentos¹⁰, y por eso la música va siempre acompañada de desorden y de cambios de ánimo. La música puede encantar a la gente, incluso volverla loca, pues a través de ella los diablos van a tentar a los seres humanos, van a tratar de engañarlos, de hacerles perder el contacto con la realidad, de agarrarlos, de robarles el alma. En este sentido, recordemos que la profesora Paulina cayó enferma al sorprender a su hijo José Luis Carlo tocando la guitarra.

No quisiera componer una estampa goyesca con el muchacho tocando la guitarra y un montón de diablos bailando a su alrededor, que en el preciso momento en que su madre abre la puerta de la casa se lanzan a su cuello para arrancarle el alma. No. Evidentemente, lo que provocó el susto de la profesora Paulina no fue tanto el sonido de la guitarra como la imagen de José Luis Carlo tocando el instrumento. Pero tampoco podemos negar el poder evocador de las imágenes, y más en una persona que padece desajustes emocionales. Que el hijo tocaba la guitarra igual de bien que su difunto padre, y que la genética quiso que el parecido entre ambos fuera abrumador, son datos constatados, y por eso hubo quien apuntó que la profesora Paulina había creído encontrarse con el fantasma de su esposo, sobrecogiéndose y entrando en estado de shock. Quizás a esta confusión de los sentidos pudieron haber contribuido la manera en que su hijo sujetaba el instrumento, o la pieza que en ese momento tocaba, o la reacción del muchacho al verse sorprendido, o la ropa que vestía en ese momento, aunque todo ello no son más que meras conjeturas. Sea como fuere, insisto, no es que la Profesora fuera víctima directa de los *saxras*, pero sí creo que el poder perturbador de la música, o mejor dicho, de los elementos musicales, jugaron un papel determinante para que se *asustase*. Siendo Santiago una comunidad pequeña, trabajando la madre en la escuela del hijo, muy probablemente habiendo sido alguna vez su profesora, compartiendo la misma vivienda, seguro que las situaciones en las que la manera de actuar de José Luis Carlo hubieran podido evocar a la profesora Paulina el recuerdo de su difunto esposo habían sido múltiples a lo largo de ese año de viudedad; pero sin embargo había sido justamente el hecho de encontrarle tocando la guitarra lo que le había producido una impresión traumática causante de enfermedad, un *susto*.

Según el modelo planteado por A. J. Rubel (1967: 85, inspirado a su vez en Caudill, 1958: 4-7), el susto es producto de la interacción entre tres sistemas abiertos, cada uno encadenado a los otros: el estado de salud del individuo, su personalidad y el sistema social a que pertenece. En el caso de la profesora Paulina, cabe señalar que tanto su estado de salud como su estado anímico ya se encontraban alterados antes del episodio aquí discutido. Respecto de este primer sistema, ya he señalado varias veces que la Profesora tenía problemas para superar el duelo por la muerte de su esposo, lo que la había arrastrado una crisis neurótica de tipo depresivo. Según me contaron, a consecuencia de ello había perdido el apetito, y a raíz de este episodio se había descubierto que presentaba serias carencias nutricionales, pues venía tiempo sustituyendo de modo reiterado la comida por Bicervicina, un complemento vitamínico que tomaba mezclado con yema de huevo batida. Por otra parte, unos días antes de caer enferma, la profesora Paulina había estado participando en un encuentro docente interescolar celebrado en la vecina población de San Juan, del que parece ser que había vuelto bastante afectada, pues fueron muchas las condolencias recibidas y los personajes y situaciones que le trajeron a su difunto esposo a la memoria.

Siguiendo con el esquema de sistemas de Rubel, en cuanto a su personalidad, he de reconocer que durante el tiempo que pasé en Santiago en aquel septiembre de 2001 apenas tuve trato con la profesora Paulina. Por lo que me contaron a raíz de este episodio, era una mujer muy tímida, el polo opuesto de su esposo, y aún más callada y reservada desde que enviudó, que *sufría de pena* y que *había perdido las ganas de vivir*.

En cuanto al sistema social a que en aquel momento pertenecía la enferma, supondré que su estado de ánimo habría terminado repercutiendo de algún modo en sus relaciones con los demás, en la atención de la casa, en el cuidado de los hijos y en el ejercicio de su labor docente, aunque esto es algo que tan sólo intuyo a partir de la comparación con otras situaciones personales análogas que he conocido a lo largo de los años. Sin embargo, sí me parece que el entorno sociocultural en el que se movía la

profesora Paulina resultó determinante a la hora de concebir su enfermedad, especialmente en lo relativo a su etiología y al tratamiento a seguir.

Cuando presenté las variables a partir de las cuales iba a ir guiando mi análisis, ya señalé que la profesora Paulina formaba parte de un colectivo particular dentro de la comunidad de Santiago, el del cuerpo docente de la escuela, que podía ser considerado desde el *brokerage*, una posición a caballo entre dos mundos, cuyos agentes sociales actúan como puente entre culturas, imaginarios y/o sistemas de valores; un colectivo en el que, evidentemente, las paradojas socioculturales y las posiciones enfrentadas entre la tradición y la modernidad pueden observarse de manera mucho más clara que en otros miembros de la comunidad. Los profesores son gente con estudios, leída, cuyo nivel de capacitación intelectual supera al del resto de la comunidad, y esto les lleva a distanciarse de los comuneros en términos de policía y, aún incluso, de civilidad, dejando de lado las tradiciones y adoptando otras maneras de pensar y de actuar que, en tanto que supuestamente modernas, resultan más próximas a la razón. De ahí que se desestimara inmediatamente mi sugerencia de que algún especialista ritual pudiera tratar a la profesora Paulina.

Recuerdo que después de observar y escuchar a unos y otros, me atreví a preguntar si no había en la comunidad alguno de esos que saben leer la coca, hablar con los cerros, y esas cosas. Asumo que la pregunta podía ser propia de antropólogo inocente, aunque no era en absoluto inocente, sino guiada por la emoción de quien en su primera campaña de trabajo de campo en una comunidad vislumbra la oportunidad de asistir a todo un despliegue de prácticas terapéuticas tradicionales. Yo había leído algunos trabajos sobre medicina indígena en los Andes, pero en aquella ocasión preferí hacerme el ingenuo, ingenuidad a la que alguien respondió tajantemente con un *“Aquí en Santiago, viejitos de esos no hay, no quedan. Un mate no más alguien le puede dar, pero ¿para qué? Lo suyo no cura. Lo suyo es pura pena.”* Esta frase debió descorazonarme en tal grado que la recordé textualmente para anotarla en mi diario, aunque me olvidé de citar a su autor. Con el tiempo y mis vueltas a la comunidad he ido descubriendo la identidad de “los que saben”, de quienes dirigen *los costumbres*, de quienes ejercen de yerbateros más cualificados¹¹. Hasta el momento no he sabido de ningún caso en Santiago donde el especialista haya tenido que negociar con entidades tutelares malignas para tratar una pérdida de alma, aunque no descarto ni que los especialistas existan (y sospecho de algunos comuneros), ni que tales rituales de curación se practiquen. Pero lo verdaderamente significativo de la respuesta dada a mi sugerencia es la negación de las prácticas de salud tradicionales frente a la confianza depositada en los fármacos como cura de todos los males que afectaban a la profesora Paulina. Vayamos por partes.

Considerando el papel de los especialistas, G. Fernández (1999: 137) afirma que en el dominio rural es muy extraño que un especialista ritual no pueda hacer nada por un enfermo, salvo que se trate de un caso de suma gravedad, y por más que después de prestar sus atenciones pueda recomendar al paciente la visita a un doctor como tratamiento complementario. Pero en el caso concreto del *susto*, este mismo autor señala que el médico no resulta un interlocutor válido, ya que la enfermedad se manifiesta en el cuerpo físico del paciente pero en realidad afecta a su esencia anímica y a su persona social (Fernández, 2004a: 278). Sin embargo, en el caso que nos ocupa, reconocer la necesidad de recurrir a un especialista tradicional habría implicado considerar que la enfermedad de la Profesora no era una depresión ni un ataque de ansiedad, sino otra cosa, un desajuste en su persona a todas luces impropio de su posición. Dicho llanamente: ellos como ladinos no iban a aceptar que su colega estuviera afectada de *susto*, una enfermedad de indios, pero sí de *depresión*, una enfermedad más propia del mundo blanco-criollo moderno. Así, mientras que la depresión y la ansiedad son trastornos neuróticos tratados por el médico mediante pastillas, aceptar el *susto* implicaría asumir unas creencias rechazadas y unas concepciones del cuerpo y la persona incompatibles con la ciencia biomédica. Sin embargo, lo curioso es que quienes asistían a la profesora Paulina en su enfermedad también negaban la eficacia del médico en el tratamiento de su colega. El agente sanitario de la posta de Santiago no habría podido hacerse cargo de ella porque no se encontraba en la comunidad, una desatención de sus funciones lamentablemen-

te frecuente y que personalmente he podido constatar durante mis distintas estancias allá; de hecho, los comuneros apenas utilizan los servicios de este puesto de salud, prefiriendo los servicios de la posta de la vecina Villa Martín - Colcha “K”, 18 Km. al norte, que consideran más equipada y mejor atendida. Pero tampoco se plantearon el traslado de la enferma o que un agente sanitario se trasladara desde allí para reconocerla. Ni mucho menos pensaron en llevarlo al hospital de Uyuni, en parte por el viaje y sobre todo porque su mala fama se extiende más allá de los límites de la región. Al contrario, pasando por encima del médico, todas las esperanzas de recuperación de la enferma se depositaban en los fármacos, quintaesencia de la biomedicina, poderoso tónico de la modernidad, expresión de un “sistema abstracto confiable” (sensu Giddens, 1999) que como tal asegura la continuidad de la identidad de quienes confían en él y la permanencia de sus entornos sociales. Y efectivamente, gracias a los medicamentos la profesora Paulina, si no se curó, sí al menos mejoró notablemente. Pero ¿seguro que fue gracias a los medicamentos?

Convertido casi a la fuerza en una suerte de “agente de salud”, y capeada la responsabilidad de tener que “recetar” medicamentos, ya he comentado al principio que lo más inocuo que encontré en mi botiquín fueron unas grageas de valeriana. Redonditas, blancas, brillantes, presentadas en un blíster, tenían todo el aspecto de un compuesto farmacéutico, cuando en realidad se trata de un remedio homeopático accesible en farmacias y herbolarios, y que en este caso concreto actuaron como simple placebo, esto es, una sustancia que, careciendo por sí misma de acción terapéutica, produce algún efecto curativo en el enfermo si éste la recibe convencido de que posee realmente tal acción. Pero en este caso el placebo no actuó únicamente en la enferma, sino también en quienes la acompañaban, pues todo el mundo achacó su mejoría a estas grageas, que en realidad sí cumplieron con su acción relajante. De acuerdo al prospecto, mis indicaciones fueron una o dos grageas antes de dormir, aunque desconozco cuántas serían administradas a la enferma, tan falta de sueño. El caso es que la profesora Paulina aquella noche la durmió entera, amaneciendo sana al día siguiente: habían desaparecido la presión en pecho y abdomen, la fiebre, los delirios, había recuperado el ánimo y, aunque con un rostro aún muy cansado, salió a la calle para dar un corto paseo. He aquí otra paradoja más y una nueva posición enfrentada: durmió y sanó, exactamente igual que le ocurre al *asustado*, a quien el alma extraviada regresa durante un sueño reparador.

Tratándose de salud, los seres humanos somos presa en la misma medida de enfermedades de naturaleza biológica y de otro tipo de enfermedades que constituyen en realidad “síndromes socioculturales”, que se manifiestan en nuestro organismo aunque en realidad afectan a nuestra persona anímica y social. En nuestra moderna sociedad occidental tales desajustes se arreglan en la consulta del psicoanalista, y quizás apuntando los conceptos de aislamiento, alineación y stress todos sepamos a qué me refiero. Para otras culturas, estos síndromes están estrechamente relacionados con su cosmovisión, con modelos simbólicos de concepción y representación del cuerpo y la persona, de un ser-en-el-mundo en sociedad, y se resuelven en mundos paralelos o virtuales a través de ofrendas complejas y negociaciones con un panteón de entidades tutelares propio. Y a veces incluso resulta que en realidad los males profundos del ser humano son universales, por más que desde cada paradigma de racionalidad cultural se nombren, se conciben, se diagnostiquen y se traten de manera diferente. Esto pasaría, como he tratado de exponer, con la *depresión* y el *susto*.

Recuperada, al profesora Paulina viajó a Uyuni el día 12 de septiembre de 2001, como el resto de profesores, para cobrar su sueldo. Pero ella ya no regresó más a Santiago. En septiembre de 2002 me enteré de que había pedido una excedencia, y que había marchado a Potosí o a La Paz, nadie lo sabía a ciencia cierta, a casa de unos parientes. A mi regreso en noviembre de 2004 su estela había desaparecido completamente, borrada por el paso del tiempo, y el episodio que sirve de base a estas páginas había pasado a convertirse en una simple anécdota cuyos detalles costaba trabajo recordar incluso a quienes más implicados estuvieron en el cuidado de la enferma. Si lo que en aquellos días padeció esta mujer fue un ataque de ansiedad, una depresión o un *susto* resulta indiferente, y tampoco ha sido mi intención aquí resolverlo. Simplemente, insistiré para concluir, he pretendido tomar el análisis de su caso

particular para contribuir a una discusión sobre salud e interculturalidad otros deberán sistematizar, esperando haber tan sólo haber podido aportar nuevos elementos para el debate. Carezco de los conocimientos necesarios para determinar si la profesora Paulina sanó gracias a las grageas de valeriana o al poder reparador del sueño, pero desearía pensar que en un futuro los “saberes” que amparan cada una de estas hipótesis pudieran caminar de la mano en beneficio de todos.

Notas

- 1 Pudiera pensar algún lector que, siguiendo una práctica frecuente en algunas etnografías clásicas, se está enmascarando aquí el nombre de la comunidad de Santiago “K”, cuando en realidad se trata de éste: la letra “K” responde a una antigua demarcación cantonal hoy en desuso, aunque mantenida todavía en algunos topónimos de Nor Lípez como parte incorporada a los mismos. Sin embargo, los santiagueños sólo utilizan el nombre completo a efectos oficiales, y ocasionalmente para diferenciar a su comunidad de la vecina Santiago Chuvica, de manera que, siguiendo los usos de la toponimia local, y a efectos prácticos de escritura y lectura, en lo sucesivo me emplearé el nombre corto de comunidad de Santiago.
- 2 Utilizo aquí el concepto de *desanclaje* sensu Giddens (1999: 32), en tanto que “el ‘despegar’ las relaciones sociales de sus contextos locales de interacción y reestructurarlas en indefinidos intervalos espacio-temporales”, uno de los puntos que este autor considera inherentes al cambio social en general y a la modernidad en particular.
- 3 De acuerdo con las notas recogidas en mis diarios, en este relato remarcaré con cursivas la “terminología clínica” utilizada entonces por mis distintos interlocutores para referirse a la etiología de la enfermedad que padecía la profesora Paulina, y sobre la cual se plantea la paradoja conceptual que discutiré a continuación.
- 4 En el reverso de los mencionados dibujos los alumnos debían apuntar su nombre y apellidos, curso y edad. Sin embargo, José Luis Carlo no lo hizo, alegando que para qué iba a querer nadie saber esa información y que tampoco él quería que se supiera. Los averigüé a través de otras fuentes, por lo que conozco tanto sus apellidos como los de su madre, pero por respeto a esta búsqueda de anonimato no los citaré. A fin de cuentas, los apellidos son un dato que carece de relevancia para esta discusión, y quizás él tenga razón: a quién pueden interesar.
- 5 Tomo como referente para este juicio de la definición de “medicina intercultural” formulada por R. Campos (2004: 129), y según la cual ésta resulta de “la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes”.
- 6 Este Núcleo Educativo “Miguel Cuzco” está integrado por la Unidad Educativa “Franz Tamayo” y el Colegio Técnico-Humanístico “Mejillones”, desde los que se atienden las enseñanzas Primaria y Secundaria respectivamente.
- 7 En comparación con otras áreas, la etnografía de las almas andinas resulta bastante parca. A pesar de ello, su relevancia y su complejidad hacen que, evidentemente, no me vaya a detener aquí en un análisis detallado de las mismas, para lo cual remito al lector interesado a los trabajos de G. Fernández (1999: 149-164; 2000; 2004a: 259-284; 2004b).
- 8 Tomo esta expresión de la diferenciación establecida por G. Fernández (2005) entre “enfermedades de la gente” y “enfermedades del doctor”, a partir de la cual el autor resalta el enfrentamiento, no siempre excluyente, entre la medicina tradicional y la biomedicina en términos de interculturalidad.
- 9 Para una etnografía de los modos de actuar del especialista ritual en estos casos remito nuevamente a los trabajos de G. Fernández (2000, 2004a, 2004b).
- 10 Para hacerse con la música de los diablos hay que acudir a ellos, en secreto, por la noche, ofreciéndoles coca, alcohol, cigarros, dejando los instrumentos, escondiéndose y esperardo a que ellos se pongan a tocarlos; cuando los diablos callan, hay que retirárselos. Luego hay que dormir, soñar con la música, y a la mañana siguiente, el músico tañerá su instrumento y la melodía irá saliendo sola.
Evidentemente, en los Andes también hay músicos que componen a través de un trabajo creativo sistemático, pero, como en tantos otros aspectos de la vida en los que alguien sobresale del grupo, siempre recaerán oscuras sospechas sobre quienes demuestran estar especialmente capacitados para la práctica musical.
- 11 Establezco esta discriminación cualitativa porque en realidad la mayoría de los comuneros conoce qué plantas resultan indicadas para tratar afecciones de garganta o de tipo gastrointestinal, si bien recurren a estos yerbateros más cualificados cuando no han podido conseguirse los yuyos por sí mismos o para buscar consejo y remedio para otro tipo de trastornos más graves.

Bibliografía:

- CAMPOS NAVARRO, Roberto
2004 “Experiencias sobre salud intercultural en América Latina”. En, FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, pp. 129-151, Abya-Yala/Bolhispania/Universidad de Castilla-La Mancha, Quito.
- CAUDILL, W.
1958 *Effects of social and cultural systems in reactions to stress*, Memorandum to the Committee on Preventive Medicine and Social Science Research, N° 14, Social Science research Council, Nueva York.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
1998 “Enfermedad, moda y cuerpo social en el altiplano aymara: un ‘boceto’ de inspiración colonial sobre modelos de identidad en los Andes”. *Revista Española de Antropología Americana*, 28, pp. 259-281. Madrid.
1999 *Médicos y yatiris. Salud e interculturalidad en el Altiplano Aymara*, CIPCA/ESA/OPS/Ministerio de Salud y Previsión Social, La Paz.
2000 “La tutela de las ‘sombras’: enfermedad y cultura en el altiplano aymara”. En, GUTIÉRREZ ESTÉVEZ, Manuel (ed.), *Sustentos, aflicciones y postrimerías de los indios de América*, pp. 157-191, Casa de América, Madrid.
2004a *Yatiris y ch’amakanis del altiplano aymara. Sueños, testimonios y prácticas ceremoniales*, Abya-Yala, Quito.
2004b “Ajayu, Animu, Kuraji. La enfermedad del ‘susto’ en el altiplano de Bolivia”. En, FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, pp. 279-303, Abya-Yala/Bolhispania/Universidad de Castilla-La Mancha, Quito.
2005 “Salud e interculturalidad: sugerencias para organizaciones de salud en contextos indígenas, a partir de una experiencia boliviana”. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, LX (2), pp. 29-53. Madrid.
- GIDDENS, Anthony
1999 *Consecuencias de la modernidad* [1990], Alianza Editorial, Madrid.
- MICHAUX, Jacqueline
2004 “Hacia un sistema de salud intercultural en Bolivia: de la tolerancia a la necesidad sentida”. En, FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, pp. 107-128, Abya-Yala/Bolhispania/Universidad de Castilla-La Mancha, Quito.
- RUBEL, Arthur J.
1967 “El susto en Hispanoamérica” [1964]. *América Indígena*, XXVII (1), pp. 69-90. México.
- RUBEL, Arthur J., Carl W. O’NELL y Rolando COLLADO ARDÓN
1995 *Susto: una enfermedad popular* [1984], F.C.E., México.

LA ENFERMEDAD NO SOLO ENFERMA

Enfermedades e identidad profesional entre los mineros de Potosí, Bolivia¹

Pascale Absi (IRD²)
Francia

¿Como ser minero y no enfermarse? Para los trabajadores de Potosí, la cuestión no se limita a cuidar su salud con seguridad industrial, buena alimentación o evitando cambios bruscos de temperatura. Para ellos, como para los campesinos andinos de las regiones rurales de las cuales son originarios, la enfermedad surge también de la interacción con las entidades no humanas que pueblan el mundo, más que todo el subsuelo donde los mineros se internan a diario. A estas, no les gusta que exploten sus minerales sin cumplir con los rituales. También castigan mediante enfermedades el mal humor, la flojera o las peleas dentro de la mina. De esta manera las sanciones patológicas de las deidades del subsuelo constituyen una verdadera deontología del trabajo minero. La silicosis, síntoma de la inversión total del hombre que se entrega a la explotación minera participa igualmente de esta construcción; un trabajador sin “mal de mina” no es un verdadero minero. Mas allá, solo una enfermedad iniciática, el susto, que desemboca en la posesión por las deidades del subsuelo permite al minero penetrar y producir en un mundo subterráneo que no pertenece al dominio de los humanos. La interiorización de la identidad minera pasa por la posesión física del trabajador por las deidades del subsuelo. De esta manera, las enfermedades mineras son indisociables de la construcción del minero como categoría social y profesional. Para ser minero, hay que enfermarse.

229

El trabajo en las cooperativas mineras de Potosí

Con el cierre de las minas estatales en el transcurso de los años 1990, la explotación de los yacimientos de plata, estaño, plomo y zinc del Cerro Rico de Potosí cayeron a mano de las cooperativas mineras. Estas alquilan las minas del Estado y reparten las áreas de trabajo pero no organizan la producción ni la comercialización, controladas individualmente por sus asociados. Antes de llegar a ser socios, los trabajadores empiezan su carrera como peones jornaleros. La mayor parte proviene de las comunidades campesinas quechua hablantes de los alrededores.

Algunos trabajan en la mina durante los períodos de receso agrícola; otros se estabilizan en Potosí y emprenden una carrera de minero profesional. Dos a cuatro años más tarde, cuando han adquirido la experiencia necesaria – saber trabajar, localizar un filón, evaluar un mineral, etc.–, podrán, a su vez, volverse socios de la cooperativa.

Algunos trabajan manualmente, con el barreno, solos o acompañados de peones. Otros, cuando la riqueza del filón lo permite, se asocian entre ellos, mecanizan su producción y organizan grandes equipos de trabajo de varias decenas de trabajadores. Aproximadamente dos veces al mes, negocian con un comprador del mineral el precio de su trabajo. Condicionados por la suerte y la experiencia, los ingresos de la venta son muy aleatorios. Y si algunos privilegiados construyen el mito del minero que se vuelve millonario, la pobreza sigue siendo el patrimonio de la mayoría. Además de aleatorio, el trabajo es extremadamente laborioso y peligroso en las minas artesanales donde los hombres raramente pue-

den mantenerse de pie. Sin planificación de las explotaciones ni seguridad industrial, los accidentes son frecuentes; sin ventilación ni máscaras de trabajo, la sílice carcome, día a día, los pulmones de todos los mineros. Los bruscos cambios de temperatura entre el interior de mina y la frigidez del clima en el exterior, —estamos por encima de los 4500 metros de altura— así como la humedad de los callejones internos, son factores causantes de enfermedades.

El patrón diabólico de la mina

Si bien la cooperativa proporciona el marco legal de acceso de los trabajadores a los yacimientos, los mineros consideran al diablo de la mina —llamado Tío— como su verdadero patrón. Día tras día distribuye el metal a los que han obtenido sus favores, transportando las vetas de un lado a otro de los socavones, trayendo a veces el mineral a lomo de vicuña, amarrado con víboras, desde otras montañas para fertilizar la mina. Algunos lo han visto cargar su lámpara y entrar en la mina de noche mientras que las rejas estaban cerradas; muchos lo han escuchado vaciar una carretilla o perforar la roca. Pero el Tío es un compañero de trabajo puntilloso y voraz. ¡Ojo al que explota un yacimiento sin haberlo saciado! Para castigarlo, la deidad puede hacer desaparecer el yacimiento, enfermar al hombre o dirigir su gran apetito contra él. Se considera que los mineros víctimas de un accidente mortal han sido comidos por el Tío. A cambio de su sacrificio, sus áreas de trabajo experimentarán una productividad excepcional.

Una vez a la semana, los mineros se reúnen alrededor de la esfinge del Tío de su paraje de trabajo, para compartir con él su coca, sus cigarrillos y su alcohol, y exhortarle, a veces tiernamente, a veces brutalmente, a dar más mineral, a provocar menos accidentes. Las representaciones antropomorfas del Tío son asombrosas, cualquiera que sea su forma, más aún si fuma y la llama vacilante de una lámpara da vida a sus ojos de vidrio. Su rostro ennegrecido por el humo de los cigarrillos, cuyas cenizas se amontonan sobre su pecho; un tapiz de coca cubierto de pequeños frascos de alcohol y de colillas da fe del gran cuidado que le brindan los hombres. Su sexo desmesurado en erección evidencia su virilidad fecunda, sus cuernos y sus pies a veces bifurcados atestiguan su identidad de diablo.

El Tío debe sus atributos demoníacos a los misioneros españoles que habían creído reconocer al diablo en las divinidades paganas de las minas prehispánicas. Bajo la influencia de la Iglesia, la imagen del Infierno se sobre impuso también a las representaciones indígenas para construir la imagen actual del inframundo: un universo salvaje y fértil, a la vez opuesto y complementario del mundo de arriba, de luz solar y celeste, donde los evangelizadores situaron a Dios, a la Virgen y a los santos. Hoy en día el inframundo alberga las fuerzas incompletamente socializadas, salvajes y diabólicas, del mundo del cual surge su fertilidad: los herederos de los cultos prehispánicos incompatibles con el nuevo orden colonial, seres al margen de la sociedad actual como los muertos y los ancestros, los espacios salvajes, así como lugares y tiempos propicios a la comunicación entre el mundo de arriba y el mundo de abajo (las cumbres de las montañas, las lagunas, las fuentes, las cuevas, las tierras no cultivadas, los cementerios, ciertas horas de la noche, etc.) y, por su puesto, el diablo católico y sus avatares. Todas estas entidades son calificadas como *saqra*, una voz quechua que significa espíritu maligno, pero que también tiene el sentido de fuerza, de poder del mundo salvaje. Un poder que incluye la capacidad de hacer enfermar a los hombres.

Espíritus en fuga, cuerpos poseídos: las enfermedades del comercio con el inframundo

Cuando se pregunta a los mineros acerca de las enfermedades relacionadas con su actividad profesional, los mineros citan generalmente el “mal de mina” (silicosis y tuberculosis), los reumatismos y otras enfermedades de las articulaciones (artritis, artrosis y otras). Con razón estas patologías son atribuidas a las condiciones físicas de la explotación minera. Según la gravedad del estado, el enfermo recurre a un médico o a los conocimientos herbolarios de los curanderos tradicionales. Sin embargo, apenas

se abordan las deidades de la mina, aparecen otras patologías; los mineros mencionan invariablemente la necesidad de mantener buenas relaciones con ellas a través del rito, so pena de enfermarse. Hablan entonces menos de enfermedad que de una interacción patógena: “Tal entidad ha hecho enfermar a fulano”. Ésta desemboca generalmente en una pérdida de la sustancia anímica llamada espíritu o ánimo.

Los mineros describen el espíritu en términos de voluntad, valor o coraje y de aliento. Energía animadora, el espíritu está estrechamente relacionado con la noción de fuerza, una cualidad compartida, de forma más o menos intensa, por los hombres y todos los seres animados del mundo: animales, plantas, vetas, deidades, así como los espacios-tiempos habitados por los saqras. De manera que el actual concepto de espíritu funciona como una categoría englobante, agrupando elementos animistas que en otro tiempo probablemente hayan sido diferenciados. Su captura por una deidad se aparenta a un proceso de posesión. Generalmente la posesión implica también las entrañas (en quechua *sunqu*), entre ellas el corazón, sede de las funciones afectivas, intelectuales y cognitivas.

Las patologías mineras provocadas por el Tío, la Pachamama y el Cerro, pertenecen a la categoría nosológica genérica del *saqrasqa*³, que designa las patologías generadas por el contacto con lugares, u horas, que relevan de la jurisdicción de los *saqras* del inframundo. Pasear o dormir en lugares aislados y poco conocidos, tierras baldías, manantiales, cementerios, etc., expone el espíritu al peligro de ser capturado por entidades diabólicas bajo forma de chanchos, sapos, fantasmas antropomorfos o malos vientos. La curación requiere la intervención de un especialista ritual, llamado en Potosí *jampiri* o *aysiri*⁴. En la mina, la muerte violenta por accidente que desemboca en la apropiación definitiva de la persona, corazón y alma, por las deidades, pertenece al mismo campo. Sin embargo, aunque las enfermedades ligadas al negocio con el subsuelo se inscriben en la continuidad de las enfermedades contraídas fuera de la mina, se distinguen de ellas por su etiología. En el contexto minero, las enfermedades atribuidas a las fuerzas saqras no poseen un carácter contingente e incontrolable, siempre sancionan una infracción a las reglas rituales o actitudes incompatibles con el ejercicio del oficio de minero.

Las principales enfermedades del comercio con el subsuelo

	Proceso patógeno	Agente	Causas	Síntomas
Jallpa	Los pies y las manos son “comidas”	La tierra en su manifestación <i>saqra</i>	Flojera, emociones violentas	Hinchazón, heridas purulentas
Mancharisqa	Fuga del espíritu	Susto	Susto, incumplimiento ritual, encuentro con el Tío o las almas condenadas de lo mineros muertos	Insomnio, pesadillas, inquietud, debilidad, comportamientos descontrolados, desinterés por la vida cotidiana, consumo de alcohol, etc.
Jap’isqa	Captura del espíritu, posesión	Pérdida del espíritu en la jurisdicción de Tío y de la Pachamama		
Depredación del corazón	Aniquilación del corazón	El Cerro Rico en su manifestación más <i>saqra</i> o el Tío	Dormirse en la mina, incumplimiento del ritual	Pérdida de la conciencia, alteración de las facultades afectivas e intelectuales, muerte.
Posesión diabólica de los “empactados”	Captura del espíritu, control del corazón por el Tío	El Tío	Ofrecerse en cuerpo y alma al Tío	Comportamientos, lenguaje, consumo de alcohol y sexualidad fuera de las normas, agresividad, fuerza sobrehumana, etc.

Jallpasqa, el castigo de los emotivos y de los perezosos

Jallpa, denominación quechua de la tierra en el sentido material, designa en el contexto de las enfermedades la cualidad *saqra* de las tierras baldías y de los lugares poderosos, llamados *jallpa* lugares, *saqra* lugares o “lugares pesados”. En la mina, el *jallpa* sanciona a los hombres que trabajan sin ánimo o demuestran una falta de dominio de sí mismos (llorar, enojarse, pelear, etc.). El *jallpa* no afecta al espíritu del trabajador, sino a sus pies y sus manos, que se hinchan. Bajo la acción de la tierra que los come, aparecen heridas purulentas, y los mineros son incapaces de producir. La pereza y la ira incomodan a las deidades que sancionan comportamientos contrarios a los imperativos de la actividad minera.

Mancharisqa, asustarse hasta perder el espíritu

Sorprendida por la caída de una piedra mientras que estaba trabajando en las laderas del Cerro, Doña Mercedes, asustada, dejó escapar su espíritu. Éste se quedó en el lugar hasta que un curandero lo exhortó ritualmente a unirse nuevamente con el cuerpo de su paciente. Doña Mercedes no se dio cuenta inmediatamente de la salida de su espíritu, pero las pesadillas que la persiguieron no engañan: eran el eco de las fuerzas malignas del lugar en el que su espíritu deambulaba desde ese momento. Ella cuenta:

“En la mina me ha caído una piedra así. Todo esto se me ha roto [Doña Mercedes señala su cabeza]. Yo me he asustado, pero yo no me di cuenta de que estaba asustada, pero no podía dormir siempre. Me perseguían así, chanchos, vacas... en mis sueños. Tenía pesadillas, no me dejaban, todos animales me perseguían. Me estaban agarrando. En medio, estoy bailando. Entonces mi marido me ha hecho llamar [ha hecho llamar mi espíritu]. El curandero ha ido a la mina. [Durante ese tiempo] Yo aquí estoy durmiendo con mis dos compañeros, mi hermana. Mi familia me estaba acompañando. Yo seguía teniendo temblores, siguen, esas pesadillas graves tenía y me gritaba, me gritaba. Y han empezado a llamar mi ánimo. Esta noche fueron con mi esposo a llamar a la mina. Con cuchillo han buscado, y donde se clavaba el cuchillo le echan su traguito, su incienso, todo... Con una campanita ‘talan, talan, tan, tan’, decía, ‘*Jampu, jumpu* Mercedes, vámonos, no te quedes floja, vámonos’, ha llamado el curandero. Cuando empecé a despertar, ya estaba bien reaccionando. Otros, cuando es poco ánimo, se muere. Ya se hace dueño [del espíritu] el diablo y se muere pues”.

Doña Mercedes, 47 años, minera

Los mineros usan indistintamente el vocablo *mancharisqa* (del quechua *manchariy*, asustarse) y el término español “susto” cuando hablan de la fuga del espíritu ocasionada por la sorpresa y el miedo, dentro o fuera de la mina. Este susto puede tener por origen una sorpresa trivial: una piedra que cae es suficiente como para que se escape el espíritu de Doña Mercedes. Pero el *mancharisqa* no siempre es el resultado de una experiencia espantosa, basta dormirse en un lugar poco conocido y poderoso como una montaña.

Cuando el *mancharisqa* sobreviene en la zona de influencia de un *saqra* poderoso, puede acompañarse de la captura del espíritu por éste; entonces ya no se habla de *mancharisqa* o de susto, sino de *jap’isqa* (del quechua, agarrado), a veces precedido del nombre del depredador (Tío *jap’isqa*, Pachamama *jap’isqa*, etc.).

Jap’isqa, el espíritu capturado

En la mina, *mancharisqa* y *jap’isqa* casi siempre se confunden. La captura del espíritu por el Tío o la Pachamama es considerada como la conclusión inevitable del *mancharisqa* si el minero no ejecuta enseguida algunos gestos rituales de primer auxilio. Cuando sufren un susto repentino, los mine-

ros dejan de trabajar para libar - el alcohol y la coca fortalecen los ánimos - y el compartir con las deidades negocia su clemencia. Por otra parte, a fin de castigar a los hombres que se olvidan de hacer ofrendas, las deidades pueden asustar intencionalmente a los trabajadores. Un derrumbe, un ruido inesperado son suficientes para llamar al orden a los mineros negligentes, que están obligados a cumplir sus ofrendas para obtener el retorno de su espíritu. No obstante, el rapto del espíritu por el Tío también puede ser definitivo. Separado de forma brutal del cuerpo bajo el shock del accidente, el espíritu de los mineros muertos en la mina permanece prisionero del Tío hasta que las familias lo intercambien por ofrendas.

El corazón devorado por la Montaña y el Tío

En su forma más *saqra*, el Cerro Rico puede también comerse el corazón de los mineros que duermen en la mina. La montaña adopta entonces los rasgos de un cóndor que destripa al durmiente, quien muere poco después. En este rol de depredador, la montaña puede confundirse con el Tío. El diablo de la mina también puede comerse el corazón de los trabajadores mediante el gas que infecta las galerías. Emanación del Tío, el gas se introduce en el corazón de los trabajadores, a los cuales consume poco a poco. Esta depredación es también considerada como un castigo:

“Hay mineros que son tacaños, entonces los tíos tienen que aplastar que se muere y hay plata a su paraje y están explotando. A veces los mineros se hacen la burla, y hay que *ch'allar* (libar) con fe, con corazón. Los mineros son tacaños, prefieren no hacer esta costumbre, trabajan y se reniega el Tío y el gas es con el Tío. Cuando hay gas, hay el Tío y hay más mineral. Es como una trampa que mete el Tío con el gas, pide para comer, quiere comer el corazón, pues. Si te encuentras con gas, hay que pasarte con ajo [...]. El Tío es como una persona que da a sus hijos predilectos, por eso hay que hacer buenas cosas”.

Don Rosendo Mamani, 61 años, socio jubilado

A diferencia del espíritu, el corazón es vital y su alteración puede ser mortal. Durante el periodo que precede a la muerte, el individuo cuyo corazón ha sido devorado por el Tío, es considerado como un poseído. El Tío, que se ha apoderado del corazón, lo reemplaza por un determinado tiempo en sus funciones vitales. Pero la desaparición de las facultades intelectuales y afectivas de la víctima pone de manifiesto que el corazón, que es la sede de estas facultades, ha sido dormido. Este estado es mencionado como una pérdida de conciencia y de la razón que desemboca en la muerte. De hecho, todos los accidentes mortales son considerados como una depredación del corazón. El Tío que captura al espíritu de sus víctimas devora también su corazón.

Corazones y almas, la posesión de los “empactados”

Al margen de la relación usual de los hombres y del Tío, existe otra donde la tradición europea del pacto diabólico juega plenamente: el pacto individual. El pacto con el Tío consiste en asegurar el acceso a vetas excepcionales mediante ofrendas que también son excepcionales: sacrificios humanos, se dice, así como el alma de la persona que cierra el pacto. El contrato se realiza durante un encuentro con la deidad que se aparece en persona a los trabajadores que se han quedado solos en las galerías. Grande, rubio de ojos claros, así lo describen los que lo han visto, con los rasgos de un gringo de buena facha – la belleza del diablo – y si a primera vista, a la luz difusa de la mina, su apariencia humana, su casco y su lámpara engañan a los mineros, algunos detalles como sus ojos claros, sus pelos rojos o las huellas de gallo que deja en el piso, no se escapan para revelar su verdadera identidad.

También los mineros que pactan con el Tío son considerados poseídos. En este caso, la apropiación del espíritu del minero por el Tío ya no es percibida como un estado patológico que requiere la

intervención de un curandero. Siendo una cláusula del pacto, es la contrapartida no negociable de las riquezas prometidas por la deidad. A la manera de un Fausto andino, el que pacta acepta entregar su alma al diablo de la mina:

“Hacer un pacto con el Tío es como si estaría vendiéndose alma y cuerpo. O sea: ‘Dame riqueza y yo te doy mi alma’. Dice su alma no le da a Dios sino a vos. Y no solamente de sí mismo, sino de su familia, porque han empezado a pasar accidentes, en la mina inclusive. La mina se derrumba, hay muertos, los carros se vuelcan... Y cambia el hombre, está con el diablo, sólo vive para fiestas, cantinas, para tomar, pelear... Engaña a sus peones, explota a sus peones, accidentes pasan, pero el ñato ya no le tiene consideración a nadie”.

Don Toribio Calisaya, 44 años, socio jubilado

“Venderse en cuerpo y alma”. Como dice Don Toribio, la apropiación del espíritu del trabajador está acompañada del dominio del Tío sobre su cuerpo y cambia el conjunto de su comportamiento. El “empactado” se caracteriza por su consumo de alcohol fuera de las normas, su actitud violenta y conflictiva, y su lenguaje libre de las reglas de la comunicación social. A la vez incoherente en su forma e inconveniente en su fondo, el discurso agresivo y sexual del poseído es la expresión de la fuerza diabólica que ha reemplazado el espíritu humano en su función de animar el cuerpo. En este contexto, *jap’isqa* se convierte en sinónimo de la expresión quechua *supayukhunpi* (el diablo en sí) y de *supayniyuq* (endiablado).

El Tío ejerce su dominio sobre los poseídos a través de sus espíritus. Sin embargo afecta también al corazón alterando sus facultades. Por eso, los desórdenes que engendra son tan parecidos a los síntomas de las personas cuyo corazón ha sido devorado. Pero el pacto es por naturaleza insostenible a largo plazo y la muerte que acecha a los “empactados” rematará la apropiación de su corazón por el Tío.

La actividad minera, una relación de fuerzas potencialmente patógena

La dificultad de distinguir entre el rol del espíritu y el del corazón en las patologías relacionadas con el subsuelo resulta de la existencia de un *continuum* entre el susto que conduce a la pérdida del espíritu y la incorporación de un principio diabólico en el corazón. La fatiga, la falta de ánimo, la ansiedad, el comportamiento desenfrenado, la inclinación por la bebida, el sentimiento de persecución alimentado por pesadillas, etc., todos estos síntomas son a la vez los de las víctimas del *mancharisqa*, del *jap’isqa* y de la depredación del corazón. De hecho, la distinción que hace el lenguaje entre *mancharisqa* y *jap’isqa* no refleja tanto la existencia de dos patologías distintas como una diferencia de intensidad que depende de la identidad de los *saqras* inculcados. Algunos *saqras* más fuertes o con los cuales los hombres mantienen relaciones particulares, son individualizados y nombrados; es el caso del Tío y de la Pachamama. Otros se confunden con el espacio que frecuentan. Los mineros hablan entonces de lugares malos o de horas malas. Así, el *mancharisqa* ya sería una captura del espíritu, que ha quedado prisionero de las fuerzas del espacio-tiempo con el cual estaría en contacto, mientras que el *jap’isqa* designaría la acción de *saqras* individualizados con poderes menos difusos.

El destino de la víctima depende entonces de la fuerza del lugar o del *saqra* involucrado. La mina, los espacios salvajes y las horas avanzadas de la noche son particularmente propicios para el *mancharisqa*, al *jap’isqa* y el *jallpa*. Es porque sobrevienen en semejante contexto que acontecimientos banales como la caída de una piedra, un perro que ladra o un pájaro que echa a volar, pueden provocar la salida del espíritu. Cuanto más fuerte es el *saqra*, tanto más el espíritu se expone a la captura, pero sólo las entidades particularmente poderosas, como el Cerro y el Tío, pueden devorar el corazón.

También la fuerza del hombre condiciona la intensidad de la enfermedad. Al igual que los *saqras*, no todos los espíritus humanos poseen la misma fuerza; especialmente las mujeres y los niños son

considerados más “débiles de espíritu” que los hombres adultos. Mientras que un ruido repentino es suficiente para que un niño pierda el espíritu en un espacio tan familiar como el patio de la casa, en las mismas circunstancias su madre dirá simplemente “*mancharikuni*” (me he asustado), sin mencionar el *mancharisqa*. Hemos visto como en la mina, el susto, la pereza, las emociones violentas o dormirse conducen inevitablemente a una enfermedad. Todos estos estados dan prueba de una debilidad del espíritu y de una falta de dominio de sí mismo. Éstas vuelven al minero tan vulnerable como un niño pequeño ante las fuerzas *saqras*. Por lo tanto, la alteración patológica, más que surgir de un susto propiamente dicho, resulta del contacto entre un espíritu humano y un espíritu *saqra* más fuerte que él. Esta etiología de la relación de fuerzas explica la existencia de lo que Federico Sal y Rosas (1970:251) ha llamado “susto sin susto”, es decir una salida y/o una captura del espíritu que no está directamente condicionada por un susto.

La continuidad entre el *mancharisqa* y el *jap'isqa* aparece igualmente en los procedimientos terapéuticos. En ambos casos, los curanderos proceden a una purificación del cuerpo del enfermo previa al retorno de su espíritu. Para el *mancharisqa*, el terapeuta fricciona al enfermo con un tapón compuesto de hierbas medicinales y otros ingredientes, llamado pichara (del quechua *pichar*, barrer, limpiar). En el caso del *jap'isqa*, se pasa por el cuerpo de la víctima el animal a ser sacrificado. Estos gestos, que tienen el propósito de liberar el cuerpo de la influencia de los *saqras*, ponen de manifiesto el *continuum* entre la pérdida del espíritu y la posesión del cuerpo.

La frecuente distinción que hacen los investigadores entre las enfermedades por sustracción de una sustancia y las que están vinculadas a la introducción de un agente ajeno se aplica, por lo tanto, muy imperfectamente a las representaciones de los mineros. A la vez captura del espíritu y dominio sobre los cuerpos, *mancharisqa* y *jap'isqa* reflejan la existencia de toda una gama de estados intermedios asociados con las diferentes manifestaciones de las relaciones de fuerza que hemos expuesto. En la mina, la intrusión del Tío en el ser carnal de los hombres y la depredación de su corazón son las máximas expresiones de ello.

Las enfermedades del Tío y de la Pachamama, garantes de una ética del trabajo

En la mina, las enfermedades de los *saqras* siempre son percibidas como castigos, sancionan la falta de respeto de los hombres al contrato que los une a las deidades; su etiología refleja una verdadera ética del trabajo. Generalmente vienen acompañadas por la imposibilidad de producir mineral, del empobrecimiento de la veta explotada o incluso de la desaparición misteriosa de los bienes y las riquezas acumuladas por el trabajador. Significativamente, el término “curar” (en quechua *jampiy*) designa tanto la actividad terapéutica de los curanderos como el rendir culto. Así, se dice de los lugares salvajes que nunca han sido explotados, nunca han recibido ofrendas y son susceptibles de provocar el *saqrasqa*, que “no son curados”. El concepto de curación establece, por lo tanto, una relación semántica entre la producción y la ausencia de enfermedad. La ética revelada por las enfermedades de la mina se basa en dos principios esenciales: los mineros deben tener una actitud ritual correcta, a fin de negociar con las deidades sin poner en riesgo el equilibrio de la sociedad, y deben demostrar cierto estado de ánimo: hay que ser fuerte para trabajar en la mina.

La devoción, que ofrece la mejor protección contra las enfermedades, se debe expresar en el respeto a las reglas de la sociedad humana. El pacto individual es condenado en tanto que constituye una perversión del rito, que pone en peligro el equilibrio económico y social de la comunidad. Su condenación viene acompañada de la idea de que los “empactados” siempre terminan por ser víctimas de su ambición. Las vetas milagrosas desaparecen, el dinero proveniente del pacto es despilfarrado, y el Tío dirige su voracidad contra sus socios de ayer. De esta manera, la deidad se convierte de instigador de la desviación en su justiciero y en el garante de las normas sociales. Consecuentemente, el margen de maniobra del minero es estrecho. Debe rendir culto a las deidades para asegurar su producción y su segu-

ridad, pero sus ofrendas deben ser éticamente adecuadas. De ello depende su vida y el equilibrio de la sociedad, que está amenazada por los sacrificios humanos y las desproporciones económicas de los pactos individuales. Es la razón por la cual la mayoría de los trabajadores prefieren atenerse, aunque generalmente a disgusto, al único sacrificio humano correcto: el del hombre a través de su trabajo. Pero este sacrificio debe ser aceptado de buena gana. En la mina hay que trabajar con ganas, alegremente, sin querer avanzar demasiado rápido, dicen algunos. No hay que enojarse o, peor, pelearse, so pena de ser castigado por la Pachamama o el Tío. Los perezosos y los miedosos son sancionados por el *jallpa*.

De esta manera, la etiología de las enfermedades provocadas por las manifestaciones *saqras* dibujan una verdadera ética del trabajo minero. Concebidas como castigo resultan inevitables. Pero ¿qué sucede con lo que hemos llamado la relación de fuerzas entre el espíritu humano y los *saqras*? Si la mina es un anexo del inframundo, ¿qué predisposición correcta del trabajador puede permitir confrontarse día tras día con estas fuerzas que son, por esencia, más fuertes que cualquier espíritu humano, sin enfermarse continuamente de *mancharisqa* y *jap'isqa*?

Mientras que un niño o un caminante desafortunado atrapado por los *saqras* no es considerado responsable de su desgracia, en la mina no existe ninguna profanación involuntaria. Penetrar en las galerías y exponerse al contacto con las fuerzas *saqras* es un acto responsable; se debe ser fuerte de espíritu para pretender un cuerpo a cuerpo con el Tío y la montaña-Pachamama. Esta fuerza, calidad personal del trabajador, también se adquiere estableciendo una relación privilegiada con el Tío que le permite compartir parte de su fuerza con el minero que podrá, de esta forma, enfrentar el poder del inframundo. Esta transferencia de fuerza tiene como origen un susto primordial que marca el paso del estado de hombre al de minero.

De la enfermedad iniciática al aprendizaje del oficio

Sorprendidos por la caída de una piedra o un ruido inesperado cuando se sabían solos, todos los trabajadores del Cerro reconocen haber sido víctimas de *jap'isqa* en sus comienzos en la mina. Sus compañeros más experimentados les explicaron que se trataba de una manifestación del Tío o de la Pachamama, una especie de iniciación previa a su admisión en la sociedad de los *saqras*. Es al precio de la pérdida de su espíritu que el trabajador novato se convierte en miembro pleno de la comunidad de los familiares con el subsuelo, en compañero de los *saqras*, para retomar la terminología del siguiente testimonio:

“El mancharisqa es para los nuevos. Por ejemplo, a mí también me agarró cuando estaba entrando nuevo en la mina. Es como un bautismo. Yo al principio también he enfermado, me daba escalofríos, me asustaba. Asustado me despertaba así, a la noche. Pero después, nada más, ya no enfermamos. O sea, para que sea miembro como minero, se asusta y ya forma parte de la mina. Cura, entonces ya no agarra. [...] Todos, todos hemos tenido una etapa de enfermedad. Mina mancharikusqa, o Tío mancharikusqa, eso dicen. Todititos han debido tener, primera vez siempre. Por eso en la mina hay muchos espíritus malignos; por eso cuando se duerme dentro de la mina, se sueña con cosas terribles, monstruos... Pero cuando trabajamos, a veces allí solito te quedas, entonces el espíritu maligno te mira pues que estas trabajando dentro y dice: ‘No, éste es mi compañero’. Ya no te puede hacer nada mal porque estás a diario en allí. Es como si ya te adueña, ¿no? Yo por ejemplo, puedo pasar por cementerio, por puente, a mí no me pasa nada, pero hay otros que son más delicaditos de espíritu”.

Don Toribio Calisaya, 44 años, socio jubilado

De esta manera, la pérdida y la captura del espíritu constituyen un rito de paso en el transcurso del cual el hombre se vuelve más fuerte, más *saqra*. La referencia de Don Toribio al bautismo cristiano es clara: el contacto del espíritu humano con los espíritus de la mina incorpora al novato en el mundo *saqra*, al igual que el descenso del Espíritu Santo sobre el bautizado marca su entrada a la comuni-

dad de la Iglesia. Siendo hijo de Dios, el minero también se vuelve hijo del diablo. ¿Acaso los trabajadores no se denominan también a sí mismos “*supaypa wawasninku*”, los hijos del diablo?

De su encuentro con el Tío, el espíritu humano sale enriquecido por la fuerza del maestro del inframundo. Como lo destaca Don Toribio, la transferencia de fuerza que se produce por el susto iniciático está ligada a un fenómeno de posesión. El minero, fortalecido por su bautismo subterráneo, puede recibir en su cuerpo el poder *saqra*; en adelante podrá encontrar dentro de sí mismo la fuerza necesaria para su oficio. Por lo tanto, es la intervención directa de las deidades sobre el individuo que permite la adquisición de la nueva identidad de minero y el ejercicio legítimo de la actividad. En otros términos, el aprendizaje de la profesión trastoca los cuerpos, y la identidad social de los mineros se interioriza en lo más profundo de ellos. De esta manera, adquieren un verdadero espíritu de cuerpo.

El susto iniciático también brinda a las deidades la oportunidad de integrar plenamente al individuo en su red de intercambio, reclamándole el sacrificio necesario para el retorno del espíritu. Una vez que el minero ha cumplido con sus ofrendas terapéuticas, sólo conocerá el *jap'isqa* en el contexto preciso de una infracción: un incumplimiento de los rituales o una debilidad del espíritu (miedo, falta de coraje, flojera, emociones violentas y otros) que es contraria a su identidad profesional.

La familiaridad de los mineros con las deidades de la mina, que resulta del susto y que los mineros piensan en términos de amistad, se extiende al conjunto del mundo *saqra*. Don Toribio cuenta, no sin orgullo, que en tanto minero puede pasear con toda tranquilidad por los lugares malignos sin correr el riesgo de ser víctimas de *mancharisqa* o de *jap'isqa*: en adelante, la naturaleza de su fuerza vale a los mineros el reconocimiento benévolo de los *saqras*. En otros términos, la relación de fuerzas con los *saqras* encontró su equilibrio; sólo una infracción a la ética de la minería, reactivará su poder patógeno.

Apropiación del espíritu, posesión del cuerpo, borrachera y ayuno

237

Iniciado por el susto, el dominio del Tío sobre los mineros es constantemente reactualizado por el consumo de alcohol. El alcohol es, junto con la coca, la principal fuente de fuerza para el trabajo minero⁵. Adicionalmente a las libaciones, su consumo acompaña frecuentemente el comienzo del trabajo para darse fuerza y ánimo. En respuesta a la asimilación de la borrachera a las idolatrías demoníacas por los misioneros, en Potosí el alcohol es considerado como la orina del dueño del mineral, “de la misma manera que el vino es la sangre de Cristo”, precisan los mineros. Por lo tanto, cuando los trabajadores vacían su vaso, absorben un poco de cualidad *saqra*. Esta incorporación diabólica es asimilada a una posesión.

“Cuando uno toma, está con el diablo”, explica Don Julio. La misma expresión quechua, *supay ukhunpi* (el diablo en sí) designa, por otra parte, tanto la posesión “patológica” del “empactado” como la que acompaña la borrachera. La relación semántica entre la forma verbal españolizada *qhayqearse*, que evoca el comportamiento desenfrenado de los mineros ebrios, y *qhayqasqa*, enfermedad panandina relacionada con las montañas y los *saqras*, anula la ambigüedad metafórica de la expresión *supay ukhunpi*. Bajo la influencia del Tío, los hombres borrachos pierden el espíritu, y sus comportamientos son los de los poseídos. Mitad hombres, mitad diablos, ya no son realmente humanos: “Ya no son gente”, dicen los mineros.

A diferencia de las borracheras precoloniales (Saignes, 1993; Salazar-Soler, 1993), el alcohol no es para los mineros una fuente de visión o comunicación formal con las deidades del subsuelo, como puede serlo la actividad onírica. La ebriedad, vivida como una posesión, disuelve al hombre en el universo *saqra*. La idea que las personas borrachas son muertos y que los muertos están borrachos (Harvey, Ibíd.: 122) pone de manifiesto esta desaparición de las fronteras entre los mundos. De hecho, el alcohol es una de las principales causas de muerte entre los mineros. *Tijuchicu*, a veces enunciado *t'iuchi-ku*, que designa la desgracia de los que se encuentran muertos en la mañana, evoca de forma sugesti-

va esa asociación de las personas ebrias con el reverso de nuestro mundo. El *tijuchiku* es atribuido al hecho de que las personas en estado de ebriedad se duermen al revés, la cabeza hacia abajo; *tijsu* significa en quechua volcado, bocabajo (Lara, 1991). Pero *t'iuchicu* también remite al *ttiuni* del léxico quechua de Holguin (1952 [1608]) que él traduce por “enfermar de mucho beber”. El *tijuchiku* de los mineros de Potosí traduce así la idea que la borrachera es acompañada de una puesta al revés de la cabeza la cual, si la ubicación no es restablecida, se vuelve definitiva. El bebedor difunto es entonces llamado a irse al reverso subterráneo del mundo, el inframundo de los muertos y de los *saqras*. Por consiguiente, negarse a beber en la mina equivale no solamente a rechazar el intercambio con el Tío, sino también a sustraerse a su dominio “invertido”. Este rechazo provoca su ira y su castigo (accidente, desaparición de las vetas, etc.). Es una de las razones por las cuales los mineros evangelistas pueden ser contados con los dedos de una mano, ya que ser minero supone que uno acepte ser un poco diablo.

La ósmosis con las deidades de la mina supone poner el cuerpo a disposición. Ese parece ser el rol del ayuno que los mineros respetan a lo largo de todo su trabajo. Una vez que han traspasado la puerta de la mina, los trabajadores se abstienen de comer en la mina; este ayuno puede prolongarse durante 24 horas. Interrogados acerca de sus motivaciones, los mineros mencionan razones prácticas: la comida se echa a perder en la mina, retiene el polvo, provocando el mal de mina. Sin embargo, este ayuno responde a una lógica de restricción alimentaria que lo sobrepasa. Hemos visto que los trabajadores se abstienen de comer muy salado, también evitan el ajo, o de llevar estos condimentos a la mina, so pena de ahuyentar al Tío y sus vetas. Estas prohibiciones aclaran el sentido del ayuno: favorecer un estrecho contacto con las deidades de la mina. En la cultura incaica, el ayuno, la abstinencia, la exposición al frío o a un calor excesivo, los esfuerzos físicos prolongados –otras tantas experiencias que son la suerte diaria de los mineros – eran, junto con la ingestión de sustancias embriagantes o alucinógenas, técnicas de introspección para provocar visiones (Salazar-Soler, 1993). En la actualidad, parece que el ayuno del minero, al igual que las restricciones alimentarias rituales de los chamanes, condiciona el cuerpo del hombre para recibir la fuerza *saqra*.

Volverse minero, volverse diablo: el sentido corporativista de la posesión diabólica

La posesión del minero por el Tío, iniciada por el susto, mantenida por el alcohol y el ayuno, sobrepasa los límites de estas experiencias. Su frecuentación diaria de los *saqras* no deja al hombre indemne:

“Los mineros, cuando trabajan en la mina se ponen otra clase, se vuelve un poco más nervioso ya. Es como si hablaría con el demonio, como si se entraría, como si se volvería también demonio. Como si hablaría con una persona que le haría sentir un poco incómodo. Tienen amistad con el Tío, es como si fuera su padre, su familia, como si sentiría lo mismo. A veces uno se siente solo, pensamos en el mineral, farreamos, nos mareamos, ya no pensamos en nada, solamente en el mineral”.

Armando, 18 años, peón

Sentado en el terraplén de la mina, Don Leonardo confirma esta influencia invasora del Tío sobre los trabajadores que surge de la intimidad subterránea:

“Yo pienso que el Tío a nosotros nos quiere hacer volver como el Tío. Así, ¿qué será? Pero otra clase salimos. Yo, sabes, yo ¿por qué me doy un poco de razón? Ahoritita estamos en nuestras caras ¿no?, pero dentro de la mina no es nuestras caras, cada cual nos fijamos. O tal vez será de lo que hemos coqueado la coca nomás, o tal vez será que hemos trabajado fuerte hasta no poder, pero yo no creo. Nos damos cuenta. Porque dentro de la tierra que estamos entrando, ¿no ve?, no estamos como en aquí que estamos charlando, entonces junto con los diablos parece que nosotros estamos trabajando y junto con ellos estamos coqueando, igualmente cuando coqueamos, igual también creo que ellos están coqueando, y

cuando pasamos después de pijchar, creo que ellos también están trabajando, también porque nosotros siempre cuando salimos acá a la tarde, cambiando la cara”.

Don Leonardo, 46 años, socio

En el transcurso de su carrera, el carácter de los mineros cambia, al igual que el de las víctimas de *mancharisqa* y de *jap'isqa*, destaca Armando. De manera general, todos admiten sentirse más nerviosos, más preocupados desde que trabajan en la mina. Esta transformación es atribuida a la influencia del Tío. El minero piensa y actúa con su maestro diabólico, día y noche está obsesionado por el metal, pues la mina ocupa lo esencial de su actividad onírica. Incluso su cara lleva la huella del Tío, subraya Don Leonardo. La amistad particular entre los mineros y el diablo minero tiene un efecto de fusión: transforma al hombre poco a poco en Tío.

La apropiación del espíritu del trabajador por el Tío durante el susto iniciático resulta, por lo tanto, en una posesión más recurrente, que está acompañada de la adquisición de los atributos *saqras*. Porque la fuerza que lo habita es de la misma naturaleza que la de su fuente diabólica, la presencia del minero puede asustar y provocar la salida del espíritu de los seres débiles. En este testimonio, asusta las papas:

“Los de mi pueblo no confían mucho en nosotros porque somos mineros. Dicen que el minero está junto con el diablo, que está endiablado, dicen. Por ejemplo, los campesinos dicen que cuando un minero va al campo, entra en una casa donde está llena de productos, o como decir, papa, oca, papa lisa, entonces como está junto con el diablo, o sea, su amigo es del diablo, entonces hace asustar la comida, dicen. El minero se acerca a su papa, y empieza a desaparecer. Se debe asustar y no le dura todo el año. También dicen de que el cuerpo del minero está contaminado por el polvo, y este polvo hiede. Aún que te duches, que te pongas desodorantes, siempre está el olor, y para el producto que ha cosechado el campesino es malo”.

Armando, 18 años, peón

Por supuesto, la mayoría de los mineros poseen tierras que cultivan. No obstante, en las comunidades, donde son minoritarios, los campesinos miran con mal ojo la intrusión de esos aliados de los diablos, temiendo sus poderes. Según Armando, la cualidad *saqra* del minero se manifiesta también por su olor a mineral —uno estaría tentado de decir su olor a azufre—, que parece probar que el trabajador, al igual que su alter ego diabólico, forma cuerpo con la mina. Este olor metálico probablemente esté localizado en el corazón, sede de la posesión diabólica, como lo confirma el relato recogido por Juan José Alba y Lila Tarifa (1993, 489-50) en la región de Cochabamba, en el cual una curandera compara su iniciación por el rayo con la experiencia de los mineros: “Había un olor feo, como fierro, como azufre, dentro nuestro interior; a algunos nos hace enfermar. Como el corazón del minero, con el olor se muere del corazón”.

Así, el corazón de los mineros se convierte en una especie de anexo del inframundo, y el minero en un doble del Tío. Por esa razón, su comunicación con la deidad trasciende la alteridad para establecerse al interior mismo del corazón del hombre. “Son los latidos de tu corazón que te indican lo que quiere el Tío...”, explica un minero. Este diálogo interior, que revela al trabajador los humores del Tío, recuerda la inspiración que guía la práctica de los curanderos andinos. La misma expresión “tener pensamiento” describe a la vez la influencia del Tío sobre los mineros y el origen de los poderes chamánicos (Alba y Tarifa, 1993). “Hacer la ch'alla con todo corazón”, expresión que describe una disposición religiosa correcta, sugiere que negociar con el Tío implica aceptar su dominio y abrirle el corazón.

Por naturaleza, este proceso no es diferente a la posesión de las víctimas de *jap'isqa* o de los “empactados”. Entre la animación a distancia a través del espíritu y la toma de control total del Tío sobre el corazón de los “empactados”, la cohabitación del Tío con el corazón de los mineros, “sin compromiso”, aparece como una relación intermedia, menos intensa que la que se establece en el pacto. Sin em-

bargo, a diferencia del *jap'isqa* y de la posesión por el pacto, la posesión “normal” no es considerada como el resultado de un desorden patológico o una perversión deliberada de las relaciones rituales. Es, por el contrario, vivida como la condición imperativa del negocio de los hombres con el subsuelo: sin posesión no hay producción. “El Tío se aprovecha de nosotros, ¿pero qué podemos hacer?”, se pregunta Don Leonardo. Esta posesión legítima, a pesar de que no siempre se la vive alegremente, tampoco posee esa intensidad y el carácter inconveniente de la de los “empactados”. La posesión normal no amenaza el equilibrio de la sociedad minera mediante sacrificios humanos o el surgimiento de fortunas excepcionales. Es socialmente soportable a largo plazo.

De esta manera, el proceso que corresponde con la fase de aprendizaje del oficio por el peón coincide también con la adquisición del “espíritu de cuerpo diabólico” que lo permitirá enfrentarse con el Tío. En adelante, puede volverse un verdadero *maestro* minero capaz no solamente de hacerse cargo del proceso productivo sino también de negociar con los diablos del inframundo. Hace todavía algunos años, los peones eran excluidos de los ritos semanales que reunían cada viernes a los trabajadores alrededor del Tío. Entonces, la organización del culto confirmaba, en la esfera de lo religioso, la jerarquía y las relaciones de producción de las diferentes categorías de trabajadores. Sólo los asociados que dominan el oficio, no los peones, están en condiciones de negociar directamente con el Tío; sólo aquellos que tienen intimidad con el diablo obrero pueden beber, de igual a igual, como colegas, entre maestros, con él. En cuanto a la idea que el espíritu *saqra* del minero es incompatible con el de los productos cultivados y que los campos sembrados por él no producen, confirma, en el registro simbólico, el proceso de ruptura entre el pasado campesino del peón y su nueva identidad de clase. Aún de regreso a sus tierras, el minero raramente vuelve a ser un campesino entre los otros. De esta manera, a nivel individual, las patologías mineras relacionadas con los *saqras* expresan la adquisición del oficio y de la identidad minera (a través de la posesión) y luego sancionan su ejercicio correcto (a través de las patologías-castigos). En el plano histórico, es por préstamo al campo chamánico, de la enfermedad iniciática, de la posesión (Fernández Juárez, 2004) y del consecuente establecimiento de una relación privilegiada con una fuerza viva del mundo —rayo para el chamán, Tío para el minero— que se constituyó, de manera bastante tardía, la clase minera como una categoría social separada del mundo rural en los Andes bolivianos (Absi, 2005).

La dimensión sacrificial del trabajo minero y el rol de la silicosis

En el Cerro Rico, se escucha a menudo decir que un verdadero minero “tiene que tener silicosis”. Un día sorprendí una conversación en la que un minero se quejaba a otro de que el neumólogo no le había encontrado la tasa esperada de enfermedad. El hecho de que la silicosis sea la principal enfermedad profesional minera tomada en cuenta para la jubilación, explica en gran medida la ecuación establecida entre silicosis e identidad profesional. Pero más allá de esta concepción pragmática, la silicosis demuestra el sacrificio de sí mismo por el trabajo. Es un valor central de la deontología minera y un criterio de pertenencia a la clase de los trabajadores. Este sacrificio reivindicado por los mineros no es solamente social, es también ritual: la lógica de la reciprocidad entre el minero y las deidades es dominada por la lógica del sacrificio.

La expresión de un minero de Oruro “Nosotros comemos la mina y la mina nos come a nosotros”, que June Nash ha utilizado como título de su libro (1979), es explícita: es la ofrenda de su vida que la mina le pide al hombre. En el corazón de los socavones, los accidentes mortales que fertilizan las áreas de trabajo constituyen los agentes más eficaces de la renovación de las riquezas mineras. Sólo su muerte regeneradora salda definitivamente la deuda del hombre con la mina. La actividad minera implica un don total de sí mismo, en cuerpo y alma. Aunque la idea de la muerte es siempre dolorosa, los trabajadores la consideran como el resultado inevitable de su relación con el subsuelo. La muerte, que disuelve al hombre en el mundo indiferenciado de los antepasados y de los *saqras*, es la última etapa de

su transformación en diablo. En boca de algunos mineros, morir en la mina se dice simplemente “volverse Tío”. Esta depredación mortal concluye la apropiación del corazón iniciada por la posesión. De esta manera, el sacrificio regenerador del minero se parece a un proceso progresivo en el transcurso del cual la posesión, pero también el esfuerzo en el trabajo, liberan y consumen su energía vital.

En este contexto, la silicosis aparece como la señal de este sacrificio en marcha. Sin estar directamente vinculada a las enfermedades de los *saqras*, es implícitamente atribuida al Tío. Hemos dicho que los mineros consideran el gas que provoca el mal de mina como una emanación del Tío, que ataca el corazón y los pulmones. Los remedios utilizados para curar la enfermedad ponen en escena el universo de los *saqras* y de la hechicería diabólica: beber cocciones de sapos, serpientes o de sangre caliente de vicuña, que son animales asociados al mundo salvaje, fortalece los órganos enfermos. La silicosis aparece así como un anticipo de la muerte del trabajador que él ofrece a la mina. En la mina el hombre es de alguna manera una ofrenda viva, progresivamente sacrificada sobre el altar de las fuerzas vivas del subsuelo.

La energía vital que circula de los hombres a los *saqras* recorre un itinerario paralelo, pero en sentido contrario, de la transferencia de fuerza desde el Tío hacia el espíritu del minero. Esta doble circulación anima a unos y a otros. La idea de que mediante su aliento el hombre hace vivir la mina, al igual que la mina hace vivir al hombre, enuncia de forma poética esta simbiosis vital:

“Cuando ya no subimos a la mina, enfermamos. Pero el minero hasta cierta edad, cuando está trabajando, la mina no le deja enfermarse fácilmente, si tienes fe, ganas de trabajar. Pero cuando la gente no trabaja, se enferma. Vuelven a la mina y recobran fuerzas. No del todo, pero un poquito. No sé qué será este fenómeno; diría que es un fenómeno natural y este, puedes preguntar a cualquiera, y este es verdadero. Se dice que el hombre le mantiene a la mina, como la mina le mantiene al hombre. Cuando la gente no trabaja en la mina, siempre se está derrumbando, o los poteos ceden o la roca de por sí se derrumba. Pero si ves en esta mina por muy deshecha y le han habilitado y le vuelven a trabajar, la mina se mantiene. Es el aliento del hombre, o su respiración que mantiene la mina, como la mina mantiene al hombre, porque cuando está trabajando, no muere fácilmente. Es su aliento, su respiración, sus ganas de trabajar, de producir, y la mina parece que te dejará producir, te dejará trabajar”.

Don Elías †, 44 años, socio jubilado

La existencia de las minas y la del Tío es condicionada por la actividad productiva. Sin el trabajo de los hombres, sin sus ofrendas y la exhalación de su energía, las minas ya no producen, se derrumban, y el Tío vuelve a ser un *saqra* como los demás. En cuanto a los mineros, su existencia se mezcla con la mina y sólo creen a mitad en su sueño de encontrar una buena veta y de cambiar su vida. Pues vivir en la mina no significa únicamente comer su producción; significa también recuperar una parte de esta fuerza vital que los mineros sacrifican durante su trabajo y que el Tío les restituye al poseerlos. Al contacto con la mina, incluso los más enfermos encuentran nuevamente sus fuerzas, explica Don Elías. A la inversa, el cese de la actividad es vivida como una pequeña muerte. Paralizado por una grave artritis que lo clavó en la cama durante más de ocho años, Don Elías sabía de qué hablaba. Su viuda cuenta cómo hasta el último día él ha maldicho el hecho de no poder ir a curarse en la mina...

En Potosí, la minería es considerada como un gran problema de salud pública, tanto por la contaminación del medio ambiente como por ser cuna de numerosas enfermedades, entre ellas la silicosis y la tuberculosis. De ahí que muchos programas de salud fueron destinados a los mineros, pero encontraron poco eco entre los trabajadores. Lejos de un supuesto fatalismo minero, la centralidad de la enfermedad y su carácter imprescindible en la construcción de la identidad profesional de los trabajadores aparece entonces como un caso ejemplar para repensar una de las grandes contradicciones de la interculturalidad aplicada a la salud; es decir ¿cómo respetar las manifestaciones culturales, promoviendo a la vez nuevos cuerpos individuales, sociales y profesionales?



◀
Fig.1. Interior de mina. Cooperativas mineras de Potosí, Bolivia



▶
Fig.2 Empujando la vagoneta en interior de mina. Cooperativas mineras de Potosí, Bolivia



Fig.3 El Tío. Cooperativas mineras de Potosí, Bolivia



Fig.4 El Tío, (Detalle). Cooperativas mineras de Potosí, Bolivia.

Notas

- 1 Este artículo se basa en el libro (Absi, 2005) traducido al castellano por Gudrun Birck.
- 2 Institut de Recherche pour le Développement (www.ird.fr).
- 3 En la palabra *saqrasqa*, *saqra* designa a la vez el agente patógeno, el *saqra*, y su acción; el sufijo *sqa* es aquí el marcador del participio pretérito. *Saqrasha* significa así literalmente “saqué”, y los mineros utilizan también el hispanismo “saqrado”.
- 4 Estos dos especialistas son a la vez adivinos y curanderos, pero sólo el *aysiri* tiene la facultad de hacer hablar a los espíritus por su boca durante las sesiones chamánicas.
- 5 Las hojas de coca, que son consideradas como el espíritu de la Pachamama, realizan una transferencia de fuerza de la deidad al minero, similar y complementaria a la que es realizada por el Tío con el alcohol.

Bibliografía

- ABSI, Pascale
2005 *Los ministros del diablo. El trabajo y sus representaciones en las minas de Potosí, Bolivia*. IRD/IFEA-PIEB, La Paz.
- ALBA, Juan José y TARIFA, Lila
1993 *Los jampiris de Raqaypampa*. Centro de Comunicación y Desarrollo Andino, Cochabamba
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
2004 *Yatiris y ch'amakanis del altiplano aymara. Sueños, testimonios y prácticas ceremoniales*. Edit. Abya-Yala, Quito.
- HARVEY, Penélope
1993 “Género, comunidad y confrontación. Relaciones de poder en la embriaguez en Ocongate. Perú”. En SAIGNES, Thierry (comp.) *Borrachera y memoria*. HISBOL/IFEA, La Paz.
- LARA, Jesús
1991 *Diccionario Qheswa/Castellano/Qheswa*. Edit. Los Amigos del Libro, La Paz/Cochabamba.
- SAIGNES, Thierry
1993 “Borracheras andinas. ¿Porqué los indios ebrios hablan en español?”. En, SAIGNES, Thierry (Comp.) *Borrachera y Memoria*. HISBOL/ IFEA, La Paz.
- SALAZAR-SOLER, Carmen
1992 “Embriaguez y visiones en los Andes. Los jesuitas y las “borracheras” indígenas en El Perú (Siglo XVI y XVII)”. En, SAIGNES, Thierry (Comp.), *Borrachera y Memoria*. HISBOL/IFEA, La Paz.

CURACIÓN DE UNA ENFERMEDAD ESPIRITUAL DESDE UNA PERSPECTIVA AYMARA

Raquel Nava Cerball
UMSA
Bolivia

En los últimos años se han dado las posibilidades de un planteamiento intercultural de salud en Bolivia que se está trabajando mediante un proceso lento y cuidadoso, resultante de un recurrente desencuentro en diferentes campos (políticos, religiosos, económicos, etc.) por los diferentes grupos culturales que conviven en un mismo espacio y resaltan la faceta de un país plurilingüe y multicultural. En este sentido, el ejercicio de la medicina tiene dos miradas o paradigmas diferentes que se practican bajo esta misma causa a partir de diferentes concepciones culturales. El verdadero reto está en que estas dos miradas que corresponden a ámbitos culturales distintos se reconozcan, respeten y trabajen juntas en un diálogo intercultural a partir de las estructuras e instituciones tanto “biomédicas” como “tradicionales”.

La perspectiva de la enfermedad desde una mirada tradicional – Aymara, difiere en su comprensión y entendimiento con respecto al enfoque de salud biomédico que las considera frecuentemente meras prácticas tradicionales o simples creencias supersticiosas. Cada sistema de salud ha construido una competencia distinta desde su carácter cultural, donde se encuentran a su interior diferentes especialistas que manejan competencias específicas. En la biomedicina encontramos una serie de médicos que a lo largo de un período largo de estudios universitarios se especializan en un campo determinado (cirujanos, cardiólogos, ginecólogos, oftalmólogos, pediatras, endocrinólogos, etc.), del mismo modo dentro de las medicinas tradicionales, encontramos una serie de especialistas que ejercen su competencia de acuerdo a su conocimiento empírico o bien mediante una designación sobrenatural (a través del Rayo o la deidad *Illapa*). Es así que existen especialistas Aymaras conocidos por su conocimiento en farmacopea tradicional (*qulliris*), parteras/os tradicionales (*usuyiris*), y los que se desenvuelven en las medicinas rituales (*yatiris*). De esta manera intervienen concepciones distintas respecto a la salud, la enfermedad, la persona, el cuerpo, lo espiritual, y por ende en cómo efectuar el tratamiento y la curación.

La enfermedad para el paradigma biomédico occidental trata los trastorno de una función o el mal desempeño de un órgano, atañe a una persona individual (o a un conjunto de individuos en el caso de una epidemia). En cambio para el paradigma andino, la enfermedad es un síntoma de un desorden social provocado por una enemistad, la falta de respeto a la comunidad y a las deidades tutelares (abortos, adulterios, incumplimientos rituales, etc.)¹. El tipo de enfermedad que se presentan en varios casos puede atacar al cuerpo físico por alguna disfunción orgánica, o de otra manera, debido a una causa espiritual. En este caso, el Yatiri² es el único que puede tratar una enfermedad de origen espiritual efectuando desde un principio el manejo de técnicas de adivinación (lectura en hojas de coca) para consultar la razón explícita por la cual sucede la aflicción o enfermedad padecida tanto por una persona como por una comunidad, y a la vez, para confirmar si la dolencia del paciente es “para el yatiri” o “para el doctor”. Si la hoja de coca confirma que el Yatiri es competente en curar la enfermedad, debe inmediatamente reestablecerse el equilibrio y la relación con los agentes externos o deidades andinas pobladoras del *Alax Pacha* (mundo de arriba), *Aka Pacha* (esta tierra o mundo) y *Manqha Pacha* (mundo de abajo y de “adentro”).

Las diferentes divinidades que pueblan esta estructura de tres niveles dentro de la cosmovisión andina poseen atribuciones específicas relacionándose con los humanos constantemente. Es evidente que en esta estructura existe una influencia cristiana que quiso hacerla coincidir con el cielo, la tierra y el infierno, por lo que las divinidades del *Alax Pacha* fueron consideradas como aquellas de talante benigno, y por lo tanto se relacionan en el mismo espacio con el *Dios Awki*, santos, Vírgenes y cuerpos celestes de la concepción católica. Estas divinidades se opondrían a las propias del *Manqha Pacha*, en cuyo espacio se localizan aquellas deidades que muestran fuerzas ambiguas, clandestinas, oscuras y antioficiales enmarcadas en un orden maligno (*khari khari*, *chullpa*, *saxra*, *anchanchu*, “tío”, entre otras). Todas estas divinidades que pueblan estos niveles mantienen una relación constante con los seres humanos, pues si se pierde el equilibrio existente entre ambos por algún incumplimiento hacia ellas, sobre todo rituales, pueden castigar severamente a las personas o a sus diferentes comunidades. Sin embargo, estas divinidades no se limitan a permanecer únicamente en un solo nivel o espacio, sino que se presentan en dos o hasta en los tres niveles. Por ejemplo, la *Pachamama*, caracterizada como una deidad femenina con una importancia trascendental desde tiempos antiguos con un culto panandino, es comprendida con un cariz maternal afectivo y de fertilidad, se encuentra ligada íntimamente con el hogar doméstico de la casa, el patio y el núcleo familiar como divinidad protectora, pero que a la vez puede presentar una faceta ambigua, en otros casos, por encontrarse asimismo como la esposa del tío³ o como pareja de los cerros *Achachilas*, presentándose generosa con sus hijos cuando es bien atendida, pero cuando es olvidada, hambrea y castiga arduamente.

Los Yatiris curan enfermedades provocadas por las deidades o revierten algún daño hecho específicamente a pedido; en este caso, existen tratamientos rituales que consisten en la elaboración de ofrendas complejas conocidas como *misas* negras o *ch'iyara misas* que contrarrestan maleficios o aplacan a divinidades enfurecidas para volver a reestablecer la estructura de reciprocidad dañada entre humanos y deidades. Poseen un amplio conocimiento del manejo de *misas* que se confeccionan para los diferentes seres como: *saxra*, *katja*, estrellas, *khari khari*, etc., que han ocasionado una enfermedad grave a alguna persona. Aparte de las *misas* negras para curar enfermedades provocadas por estas entidades malignas, así también preparan en algún caso una *misa* para la *Pachamama* cuando se enoja, resaltando su relación con ella a nivel del hogar, pues ella misma puede influenciar a estos demás seres del *Manqha Pacha* para que castiguen a la gente cuando no se acuerdan de ella, su apetito voraz y su ira tienen que ser tratados con mucho cuidado.

Actualmente las ciudades de La Paz y El Alto se presentan como grandes espacios poblacionales con una alta tasa de migración interprovincial que sitúa a muchos residentes Aymaras en la urbe, y en estos grandes núcleos de población, la convivencia diaria y sus conflictos, generan diferentes formas de envidia, daño y proliferación de malos deseos o maldiciones ocasionados por especialistas conocidos como *Layq'as*⁴ que se prestan para realizar *misas* maléficas a pedido, contratados por personas que desean la desgracia en general con quienes no tienen buenas relaciones. Muchos motivos pueden ocasionar esta situación, una de ellas puede significar la aparente desigualdad de riquezas y oportunidades frente a la apertura social y económica que obtienen ciertos residentes al buscar una mejor estabilidad en el ámbito urbano. Por esta razón, se encuentran a la venta en los mercados de chiflerías *misas* negras para curaciones o aquellas para crear maldiciones (Fernández Juárez, 1995). Estas agresiones simbólicas son bien conocidas y manejadas por los/las Yatiris, que mediante su conocimiento y competencia en su trabajo ritual, realizan una especie de contra maleficio hacia todas aquellas personas que se han valido de estos medios. De la misma forma, se incluyen aquellos seres maléficos que también provocan enfermedades espirituales de otra manera, afectando a las personas cuando son perturbados en los lugares donde moran, existiendo gente que puede caminar por algunos de estos sitios vulnerables, periféricos e imprecisos, donde pudieron ser víctimas de sus ataques, incluso sin darse cuenta hasta el momento de caer enfermos. Se pueden citar casos en el área rural y zonas periféricas del ámbito urbano (donde no cuentan con un servicio básico de alcantarillado) donde la gente sale al exterior de sus casas para utilizarlo como baño, sintiendo luego de varios días malestares que afectan sus ganas de comer, dormir y re-

saltan de una manera general un comportamiento de desgano en todos los aspectos de su vida cotidiana. El *saxra* es descrito muchas veces como una especie de remolino que aparece en momentos menos pensados, ocasionando este desequilibrio en la persona que no solo perturba su cuerpo físico y espiritual, sino todo el entorno que le rodea, provocando problemas entre sus allegados más cercanos como familiares y amigos, llegando a alterar incluso el seno mismo de la comunidad.

Curación de una “maldición” efectuada por una mujer Yatiri:

Doña Estefa, partera y Warmi Yatiri proveniente de la provincia Omasuyos, ejerce su especialidad ritual desde hace varios años en el ámbito urbano de la ciudad de El Alto, mayormente con la realización de ceremonias rituales y preparación de *dulce misas* en algunas Apachetas, o de acuerdo a las necesidades del ritual en las casas de los distintos oferentes que solicitan sus servicios. Posee una herencia ritual desde sus antepasados, pasando por una línea de designación para esta especialidad sagrada a nivel familiar, al haber recibido y transmitido este don de conocimiento asimismo a su descendencia. Fue señalada desde su nacimiento al haber tenido ciertas marcas particulares que ya la mostraban como una persona especial. Nació de pie y posee ciertas marcas distintivas en su cuerpo (como lunares), que luego con la llegada del Rayo a sus escasos nueve años, se le confirmó el camino sagrado que debía seguir durante toda su vida. Se destacó inicialmente como partera en varias comunidades a las que migró temporalmente antes de dar el salto migratorio definitivo hacia la ciudad. Una vez instalada, el reconocimiento hacia la designación ritual que ya se la había dado en su pasado de niñez y juventud, fue aceptada hace unos pocos años cuando fue consagrada como Yatiri por un maestro que la guío y le enseñó otras técnicas que le ayudarían a desarrollar su propio estilo ritual, por el que cada especialista sigue su camino o “*thakhi*” de especialización particular. Como mujer Yatiri, expresa afectivamente la sabiduría y el conocimiento emergido desde su corazón e interior, al que atribuye la mayoría de la eficacia de sus curaciones, es decir, gracias a la designación divina y al contacto que tiene con las diferentes deidades, construye su conocimiento diariamente al servicio de sus hermanos y hermanas, mediando frente a los distintos seres tutelares.

Desde que ha iniciado un trabajo ritual como Yatiri, a la par de su trabajo como partera, claramente afirma que la mayoría de los casos que ella atiende tienen que ver con la ejecución de rituales de curación con *misas* negras, que resaltan una generalización de motivos por embrujos y maldiciones, que son la causa principal de desestabilización general por la que viven muchas personas que requieren urgentemente del trabajo de estos especialistas rituales.

Doña Estefa había sido contactada por una familia que presentaba señales que afectaban terriblemente su vida cotidiana, al haberse perturbado paulatinamente la relación conyugal de los padres con inusitadas infidelidades del marido, peleas constantes, la caída de la hija pequeña con frecuentes enfermedades estomacales y de resfrío, con lo que se adicionaron problemas económicos severos que ya estaban por iniciar una posible disolución del matrimonio que se determinó a evitar con el ritual de curación. Con una consulta previa a las hojas de coca, doña Estefa confirmó mediante ésta técnica de revelación la maldición que habían provocado enemistades de esta pareja desde su propia comunidad. Por consiguiente, se concretó realizar la curación inmediatamente con la preparación de una *ch'iyara misa*.

La cita anunciada a las dos partes, la pareja afectada y la investigadora acompañante, se realizó el día martes 13 de Enero del 2004. El lugar de encuentro era el reloj de la Ceja de El Alto, a horas dos de la tarde. Esperé un largo tiempo a doña Estefa, casi desconociendo el motivo específico de la cita a la que ella me había convocado con una fugaz llamada telefónica para presenciar de manera excepcional el tema de curaciones de maleficios, que no causó una aparente molestia para la pareja a ser curada. Luego de la larga espera, pensando que talvez la cita iba a cancelarse, la aparición de doña Estefa se efectuó después de media hora, solicitándome que antes de dar encuentro a la joven pareja la acompañe al mercado cercano de Corazón de Jesús, donde existen casetas especializadas que venden todos los implemen-

tos e ingredientes para confeccionar todo tipo de *misas*⁵. La pareja yacía esperando un largo rato, pero igualmente se había quedado por la confirmación que les fue dada por doña Estefa y por la urgencia de realizar esta curación. Una vez que todos los ingredientes fueron completados en la compra, nos dirigimos tres calles más adentro, donde salen los buses hacia la comunidad de Pocota o aquellos que tienen una vía directa hacia Patacamaya. En este caso, el ritual iba a ser realizado en la Apacheta de *Waraq*, (que se encuentra en las afueras de la ciudad de El Alto, en la carretera principal camino a Oruro).

La llegada a la Apacheta fue a las tres y media de la tarde, para mi sorpresa, doña Estefa apuntó con el dedo a una loma del mismo lugar que se encontraba más alejada, lo que anunciaba que no se iba a realizar el ritual en lugar central de la Apacheta. Este lugar central consta de una piedra cruz adornada y tapada con innumerables serpentinas por todos los oficiantes y oferentes que realizan rituales para atraer el bienestar general, económico, en salud y en temas amorosos. Se caracteriza por estar rodeada de una serie de casetas numeradas y carpas de nylon (como las que se encuentran en las organizaciones de Yatiris en la Ceja de El Alto, aunque en menor número) donde se asientan varios especialistas rituales y comerciantes que venden leñas, cervezas, asientos, y ofrecen servicios de palas y picotas para enterrar las ofrendas una vez que han terminado de ser quemadas, haciendo de este lugar su asentamiento de trabajo diario. En el mes de agosto, de gran importancia ritual en el calendario Aymara, se visualiza una gran cantidad de autos, camiones y flotas que se dirigen allá para ofrecer sus *misas* a las diferentes deidades andinas y sobre todo para el habitante sagrado del lugar, el *Achachila Waraqu*.

De esta forma, esta *wak'a* ambivalente requería que nos dirigiéramos a otro espacio, por lo que debíamos realizar una caminata más larga situada en la parte superior del lugar, que puede pasar desapercibida para aquellos que no están familiarizados con sus motivos específicos. A otros quince minutos de subida, llegamos a este lugar conocido como “*Masu Cruz*”, siendo la parte contraria de la principal del complejo, pues sólo en este sector de *Waraq* se pueden realizar rituales de curación de maleficios, o por otro lado, aquellos para propiciarlos, realizándolos únicamente por las noches por los especialistas del daño que no quieren ser reconocidos, mostrando este espacio su carácter oscuro y ambiguo de relacionamiento con estos seres del *manqha pacha*.

A la llegada, doña Estefa buscó un lugar propicio donde no existiera mucho basural para poder sentarnos y compartir previamente entre todos *akullicando* coca y fumando cigarrillos “Astoria”. Se realizaba una combinación de charlas íntimas que la pareja compartía por la preocupación de su situación, escuchando y analizando atentamente todas sus adversidades. Terminadas sus quejas, ella les daba varios consejos para mejorar su vida familiar en general, constatando que el problema mayor era resultante de la maldición iniciada por los enemigos de su comunidad.

Empezó solicitándoles que saquen un lápiz y papel para que escriban los nombres y apellidos de todas las enemistades. Haciendo para ciertos casos un esfuerzo de memoria, y en otros escribiendo aquellos con la seguridad de las malas relaciones llevadas, escribieron alrededor de diez nombres. En una conversación y consulta previa, doña Estefa les había recomendado para este día que con cuidado y discreción, saquen tierra de las puertas de las casas de dichos enemigos, habiéndolas transportado desde su comunidad en varias bolsitas individuales junto con los nombres escritos en un papel para su fácil identificación. Las tierras embolsadas inmediatamente fueron entregadas a doña Estefa.

Con todos los ingredientes listos para iniciar la preparación y confección de la *misa*, doña Estefa sacó de su *tari*⁶ un puñado de hojas de coca previamente escogidas para predecir con la lectura si la realización de esta *misa* iba a resultar satisfactoria con la mediación de las deidades andinas benéficas para este caso. La respuesta era positiva. Con todos estos indicios, empezó a preparar la ofrenda ritual.

El primer paso para la curación consistía en proporcionarles a la pareja agua de retama en un frasco que había sido preparado especialmente por la misma Yatiri en su casa, y así lograr que las penas y problemas se alejen. Se apartaron de donde nos encontrábamos para que no seamos causa de interferencia, llevándose el frasco de retama para que se laven sus caras, manos y pies. Mientras se hallaban lejos, doña Estefa empezó a confeccionar la *ch'iya misa*, disponiendo primeramente papel periódico que serviría como base de la ofrenda para luego transportarla al fuego.

Cuando la pareja retornó después del lavado y de haber tirado lejos el agua que contenía todas sus penas y problemas, Doña Estefa ya había dispuesto algunos ingredientes, colocando encima del papel periódico lana de llama de color café de forma circular, pero que posteriormente fue totalmente cubierta al colocar las plantas especiales de esta *misa* derivadas de la *wira q'uwa* conocidas como *t'ika q'uwa* y *k'ili q'uwa*⁷. Una pequeña olla de barro fue ubicada en la parte colindante a la periferia superior de la ofrenda, donde fueron colocados en una primera instancia pajas con algunos puños de tierra envueltas en lanas de llama café, provenientes de la casa de los enemigos de la pareja. Otro elemento ubicado al interior de la olla, fue un huevo *q'ullu*⁸, asimismo envuelto en la misma lana color café.

Concentrándose en los elementos tendidos y dispersos sobre el papel periódico, dispuso una vela negra con una figura de calavera envuelta en lana de llama al pie de la ofrenda entre la hierbas de *q'uwa* y la olla de barro. Sacando dos paquetes conteniendo diversas plantas dificultosamente identificadas por la mezcla que se hicieron con otras especies naturales de plantas y animales; se podían notar pedazos pequeños de retama, romero, gladiolos y *molle* mezclados con frutos y semillas conocidos como *kuti kuti*, *wayruru* (hembra y macho) y calaveritas⁹. Otros elementos animales formaron parte de esta configuración como: *ch'api qamaqi* o pelo de zorro, espinas de puerco espín, pluma de animal (no identificado por doña Estefa, pudiendo ser de ñandú) y grasa mezclada de varios animales salvajes posiblemente del Oriente del país, junto con un pedazo de mineral cristalizado conocido como alumbre o *millu*. Los pedazos de grasa de color rosado con chispas azules se atribuyeron a una serie de grasas mezcladas de varios animales, siendo dispersada por encima, complementada con el esparcimiento de figuras de *chiwchi misa*¹⁰ así colocadas también dentro de la olla de barro junto con algunos escasos papeletos brillantes.

De un grupo de velas negras de 10 a 12 en cantidad, sacó un par para disponerlas de forma horizontal junto con otra vela de forma vertical creando una cruz que había sido envuelta por lana de llama café. Esta representación fue dispuesta encima de la ofrenda ocupando la parte central superior del amontonamiento de los demás ingredientes.

Solicitó a la joven pareja que con las otras velas restantes nombren a cada enemigo de manera individual. Con esta operación, doña Estefa los llevó a la cruz o *Apacheta Masu Cruz* transportando estas velas para luego proceder a limpiarles uno por uno con los ramos de retama y de flores de gladiolos, pasando por todos sus cuerpos desde la cabeza, brazos y pies, con una acción mezclada de oraciones y peticiones para ayudar a los afectados, profiriendo palabras y rezos en voz baja. Al finalizar esta acción, las flores fueron ofrecidas, entregadas y colocadas sobre la cruz. Las velas negras, junto con hojas de coca y cigarrillos de marca “Astoria” fueron metidos en el orificio de la parte baja del altar, donde habían indicios de otras velas y vasijas de otras preparaciones rituales. Otras velas fueron colocadas junto a una pequeña vasija de barro en el mismo lugar, para que al terminar de colocarlas, doña Estefa *ch'alle* estos ingredientes dispuestos en el altar, prendiéndoles fuego para que las velas ardan.

Terminadas las libaciones de alcohol, retornaron al lugar donde se encontraba extendida la ofrenda encima de los papeles periódicos y del textil *awayu* de doña Estefa. La siguiente operación fue dirigida hacia la manipulación del hilo de oveja uniendo el hilo negro con el beige. Se realiza el *qullu ch'iq'a* o el hilado hacia la izquierda para alejar las maldiciones y malos deseos propiciados hacia la pareja. De la misma forma, posteriormente se realiza el *t'axsu* rompiendo el hilo tres o cuatro veces encima de la cabeza de los clientes, mezclados con rezos y peticiones para que las maldiciones se alejen y se reviertan a aquellos que la propiciaron. Una vez que se termina de romper los hilos, los clientes soplan cinco veces para que de esta forma doña Estefa los disponga posteriormente encima de la ofrenda. Junto con los otros hilos de la mujer y la pequeña bebe ya dispuestos en la ofrenda, agarró otra parte del hilo extendiéndola y dando vueltas al contorno superior de los ingredientes de manera circular, como realizando una clausura o un posible cierre de las maldiciones externas.

Terminada de confeccionar la ofrenda, se procedió a armar los palos de leñas transportados desde las casetas del altar principal de *Waraq*, ordenándola cerca a la otra estructura destinada para este tipo de *misas* negras. La ofrenda antes de ser colocada en las leñas ardientes, fue pasada por encima

de la cabeza de la pareja y su pequeña bebe con las respectivas peticiones combinadas con la *ch'alla* para que pase hacia las deidades ambiguas, con la mediación de las deidades regionales importantes *Achachilas* y *Awichas*. Al ir realizando libaciones de alcohol sobre la ofrenda para avivar el fuego, se dio cuenta que no prendía con facilidad, sin tener que preocuparse mucho por esta situación, se quedó bastante tiempo cerca del fuego, aproximadamente de quince a veinte minutos tratando de cuidar que la llama no se apague. Mientras se esperaba que la ofrenda pase, compartíamos *akullicando* coca y fumando cigarrillos Astoria, sobre todo en el caso de los afectados, al hacerlo solo con la mano izquierda para ayudar a que todo lo negativo definitivamente se disperse.

Quedando sólo las cenizas luego de haber esperado casi media hora para que toda la ofrenda se consuma, doña Estefa procedió a apreciar el estado de éstas para augurar si la ofrenda había “pasado” satisfactoriamente. Sus mensajes fueron buenos, ella recalca que la enfermedad espiritual estaba curada y que su vida iba a dar un giro positivo desde ese día. En el camino de bajada, la pareja continuaba siendo aconsejada por ella sobre todo en cuestiones prácticas de cómo evitar las maldiciones, y recalcando de no olvidarse de hacer el pago a las deidades que se pueden encolerizar y acrecentar la negatividad en sus vidas.

Las enfermedades “espirituales” citadinas

Este caso muestra que la construcción de una *misa* negra fue específicamente realizada para la curación de una “maldición” hecha por varias enemistades. Este viene a ser tema frecuente de curaciones espirituales que varios Yatiris realizan en su mayoría en el ámbito urbano. Este tipo de *misas* peculiares tienen una configuración diferente a las *dulce misas*, ya que no todos los ingredientes pueden ser encontrados en los mercados de plantas tradicionales y chiflerías, pues existen los casos, de acuerdo a cómo lo observa la maestra Yatiri, en la que es necesario conseguir elementos propios que sólo pueden ser adquiridos por los mismos clientes, o de otra manera, manufacturados por el propio especialista ritual. Estos elementos que se inscriben dentro de cada ritual, hacen notar el estilo propio que maneja cada Yatiri, ayudando a contrarrestar los maleficios en los que varios de los elementos son difíciles de conseguir y ni siquiera se sabe su procedencia exacta, acrecentando el valor monetario de la curación.

Estos rituales son bastante arriesgados y presentan la dificultad de poder participar como un agente ajeno a ellos, en su mayoría, sólo es permitido que las personas afectadas y familiares participen del ritual. Las explicaciones se basan en que cuando se va a alimentar y tratar con las deidades del *Manqha Pacha*, o con una deidad que tiene que ser aplacada, existe el riesgo de ser atacada por los seres ambiguos a los que se trata de seducir para que dejen tranquilo el cuerpo físico y espiritual de la persona o las familias afectadas.

El desequilibrio ocasionado o curado por la realización de estas ofrendas se inscribe dentro de una reciprocidad negativa que hace nacer el espíritu de venganza para contrarrestar el maleficio ocasionado¹¹. Está más generalizado en las ciudades encontrar las enfermedades espirituales de este tipo por el ambiente de desigualdades, celos, envidias, disputas de herencia y muchas otras razones que hacen materializar simbólicamente estos deseos negativos, con un notable crecimiento de la venta de ingredientes para crear o contrarrestar maleficios en una *misa* dirigida a las deidades.

El ritual en este caso trata de curar espiritualmente a los afectados/as mezclando todos los ingredientes como en una sola masa al final, sin descuidar claramente el acabado estético con el que ejecutan la configuración de la ofrenda mezclando elementos animales, minerales y vegetales entre otros, que terminan en un sentido final conjuntivo con un marcado centro en la disposición de la cruz de velas negras y un ovillo de lana de llama, con el cierre periférico del mismo para amurallar la ofrenda y también cercar las maldiciones realizadas a los afectados, y que así no puedan volver a ingresar nuevamente. Todas las acciones mezclan una serie de oraciones y peticiones conjuntas, entre el oficiante y oferentes, que a través de ciertas acciones hace mediar sus propios deseos con el soplo de sus alientos, en

ciertos objetos como el hilo, que posteriormente se lo romperá en varias partes encima de la cabeza de los afectados y así solicitar la devolución de las malas acciones a los autores intelectuales. Asimismo intervendrán elementos considerados benignos, como las flores, ya que ayudarán a liberar los espíritus negativos y la mala influencia, con la función específica de hacer florecer nuevamente la suerte y los aspectos más positivos de sus vidas de manera general.

Conclusión

Al reconocer las diferentes formas y concepciones culturales acerca de la enfermedad y su tratamiento, lo que se quería reflejar en este artículo más que todo era la forma terapéutica espiritual que maneja una mujer Yatiri como especialista ritual. No queriendo enmarcarlo como un caso aislado, sino como una experiencia más de curación espiritual que se vive a diario en los tratamientos efectuados a nivel urbano, es importante que ambas medicinas trabajen juntas en un diálogo intercultural, *“como un espacio de interacción en el que la diferencia cultural es conocida y constituye el centro de la interacción”* (Michaux y Gonzáles, 2001) que se genera a partir de una convivencia pluricultural en el país. Es así que muchas veces existe un desconocimiento mutuo en el que se inscriben ambas concepciones de salud, que todavía falta mucho trabajo por reconocer, donde por un lado excluyen y juzgan negativamente las prácticas aymaras de salud, y por el otro, en las comunidades Aymaras no reconocen la eficacia del avance médico y sus descubrimientos para la curación, vacunación y la prevención de enfermedades fisiológicas.

Cuántas veces salen artículos en los periódicos especializados en salud acerca de cómo prevenir ciertas enfermedades de la cabeza, abdomen, piel, corazón, etc., y no se promueve el conocimiento de las enfermedades espirituales desde una concepción Aymara. Pero por otro lado, existe una visión con un marcado interés por la llamada nueva medicina holística que toman en cuenta a todas las dimensiones humanas en lo social, el cuerpo, mente, afectividad y espíritu en su totalidad.

El Yatiri recrea la vida espiritual en cada tratamiento y reestablece la reciprocidad dañada a través de un trastorno que afecta no sólo a una persona, sino también a todo su entorno, buscando la causa de origen del mal en el orden social que afectará a una disfunción orgánica. Por esto, el Yatiri es un especialista ritual que trabaja con un procedimiento terapéutico atendiendo tanto al individuo y a lo social, con lo visible y lo invisible, reestableciendo la estructura de reciprocidad dañada, y en el que los enfermos participan activamente en su propio tratamiento.



Foto 1: Inicio de la preparación de la ch'iyara misa. Papel periódico base, olla de barro en la parte superior. Plantas k'ili q'uwa y t'ika q'uwa



Foto 2: Olla de barro en la parte superior en su interior pajas de tierra, huevo q'ullu y otros elementos envueltos en papel periódico. Cruz formada de velas negras en la parte superior central de la ofrenda.



Foto 3: Hilo negro y beige. Dispuesto alrededor de la ofrenda terminando en el la parte central, cerrando y alejando todas las maldiciones.



◀ Foto 4: Masu Cruz: velas negras dispuestas al interior del orificio inferior. Ramos de flores de retama y gladiolos ofrecidos a la Apacheta para que la vida de los afectados “florezca” nuevamente.



◀
Foto 5: Quema de la ofrenda



Foto 6: Warmi Yatiri ch'allando con alcohol sobre la ofrenda que está "pasando" hacia las deidades

Notas

- 1 Revisar el cuadro de conceptos y prácticas sobre el paradigma Occidental y el paradigma Andino realizado por Jacqueline Michaux (2004).
- 2 “El que sabe” especialista ritual Aymara que manejan su sabiduría y conocimientos designados sobrenaturalmente por la voluntad de los seres tutelares andinos para ejercer su rol hacia el interior de la cultura Aymara. Su trabajo se caracteriza por tener un perfil ritual que sirve a su comunidad y hacia sus “hermanos y hermanas” residentes Aymaras en el medio urbano, poseyendo múltiples funciones: curandero, amigo, consejero, organizador de rituales y mediador frente a los ancestros” (Huanta, 1989: 19; Fernández Juárez, 2004).
- 3 Dueño de las vetas del mineral y profundidades de la tierra perteneciente a la esfera del manqha pacha, conocido antiguamente como supay, las interpretaciones europeas lo hicieron coincidir con la figura del diablo cristiano. Tristan Platt (1988: 32) menciona que en muchos lugares la Pachamama es su consorte, su esposa e intercesora con él ante los mineros.
- 4 Son especialistas del daño, optan por trabajar a pedido en la realización de daños o maldiciones a personas cobrando en algunos casos sumas elevadas de dinero. Su especialidad los lleva a ser excluidos y despreciados tanto en las comunidades como en el ámbito urbano, es por eso que es difícil que un *Layq’a* se de a conocer abiertamente prefiriendo trabajar de manera clandestina.
- 5 Las misas son ofrendas rituales Aymaras que poseen otras denominaciones como: *waxt’a*, *luqta*, *dispachu*, *churawi*. Son elaboradas para diversos pedidos específicos, ya sean para atraer la suerte en general, en los estudios, negocios, amor con la confección de las dulce misas, o también las denominadas *ch’iyara* misas o misas negras que se elaboran para curar enfermedades espirituales causadas por alguna entidad maligna o en otros casos, para contrarrestar maleficios hechos a propósito por personas enemigas (Fernández Juárez, 2004).
- 6 Pieza del arte textil andino en el que se comparte coca o productos alimenticios.
- 7 Plantas herbáceas del altiplano, cuya derivación viene de la planta *Wira q’uwa* (senecio mathewsii) (Girault 1988: 168) frecuentemente utilizadas para rituales, que en este caso, se utilizan para *misas* negras de curación.
- 8 Huevo podrido o aquel donde un pollo de forma anormal es impedido de nacer y quedan sus restos en el interior desprendiendo un olor hediondo
- 9 Frutos o leguminosas tropicales. Las calaveritas “*jutkuy ch’imi*” (perforado con pequeños ojos) se asemejan a una calavera de ojos hundidos. El kuti kuti es un fruto amarillo espiroidal que crece especialmente en las sabanas del Chaco (Fernández Juárez, 1995:238; Van den Berg, 1985: 99)
- 10 Conjunto de figuras pequeñas de estaño y plomo. Son paquetes vendidos en los mercados conteniendo miniaturas que representan objetos domésticos, figuras humanas, herramientas, astros, cruces, plantas, etc., que pueden ser acompañadas por láminas de papel brillante y pepitas de wayruru.
- 11 Dominique Temple (2003) acerca de la teoría de la Reciprocidad habla de la reciprocidad positiva y negativa. En el primer caso, cuanto uno más participa de la generación del ser, donde el hombre se nombra como ser para el don y con el aumento de éste, el nombre deviene en renombre, lo cual se traduce en el prestigio en las relaciones de alianza con las sociedades de reciprocidad. En cambio, si el prójimo no puede ser contado como aliado, se lo percibe como enemigo, en el que en este principio se pueden explicar varias reglas de la guerra respetadas en las sociedades indígenas, en el que la figura del don cuando es aceptado conduce a la paz, y en el caso de ser rechazado conduce a la venganza. Así las misas negras se inscriben dentro de la reciprocidad negativa, como agresiones simbólicas, como venganzas secretas al crear brujerías.

Bibliografía

- ALBO, Xavier
1992 “La experiencia Religiosa Aymara” en, Manuel MARZAL (Coord.) *Rostros Indios de Dios*, CIPCA-/Hisbol/UCB, La Paz, Bolivia.
- ALBÓ, Xavier
1998 “La Paz es también Chuquiyawu”, *La Paz 450 años (1548-1998)* Tomo I, Honorable Alcaldía Municipal de La Paz.
- BERG, Hans Van den
1985 *Diccionario Religioso Aymara*, CETA – IDEA Iquitos, Perú
- BOUYASSE-CASSAGNE, Thérèse y HARRIS, Olivia.
1985 “Pacha: En torno al pensamiento Aymara”, En *Tres reflexiones sobre el pensamiento Andino*. Edit. HISBOL. Biblioteca Andina. La Paz.

FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo

1995 *El Banquete Aymara: Mesas y Yatiris* Edit. Hisbol, La Paz.

FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo

2004 *Yatiris y ch'amakanis del altiplano Aymara: Sueños, testimonios y prácticas ceremoniales* Edit. Abya-Yala, Quito.

GIRAULT, Louis

1988 *Rituales en las Regiones Andinas de Bolivia y Perú*. Edit. Don Bosco, La Paz, Bolivia.

HUANCA, Tomás

1989 *El Yatiri: En la comunidad Aymara* ,Edit. CADA / HISBOL, La Paz.

MICHAUX, Jacqueline

2004 “Hacia un sistema intercultural de Salud en Bolivia: De la tolerancia a la necesidad sentida”. En, FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (Coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina: Perspectivas Antropológicas*. Editorial Abya- Yala /BOLHISPANIA/UCLM, Quito.

MICHAUX, Jacqueline y SEBBERT, Anne.

1999 “Salud Sexual y Reproductiva en cuatro comunidades Aymaras del área de trabajo del Consejo Rural Andino: Los puntos de vista del personal de salud y de la comunidad”,*Informe presentado para el CSRA*, La Paz.

TEMPLE, Dominique

2003 *Teoría de la Reciprocidad*.Tres tomos. Padep, GTZ Edit. Garza Azul La Paz.

LA VERGÜENZA

Enfermedad y tensiones sociales entre los indígenas choles de Chiapas, México

Gracia Imberton

Instituto de Estudios Indígenas-Universidad Autónoma de Chiapas
México

Entre las poblaciones indígenas de ascendencia maya y mesoamericanas, en general, el tema de la enfermedad es siempre recurrente, particularmente en las localidades rurales. Refleja una preocupación constante no sólo por la condición física de los individuos sino también por todo aquello asociado, de una manera u otra, a los diversos padecimientos: los conflictos y tensiones sociales, la condición de las “almas” de la persona y los estados de ánimo, entre los más importantes. Adentrarse en la explicación antropológica de la enfermedad supone explorar campos muy distintos para reconstruir las complejas conexiones que establecen los indígenas entre su salud y el mundo social, natural y sobrenatural en el que viven.

Para los indígenas mayas choles del estado de Chiapas, México¹, la *vergüenza* es una enfermedad bastante frecuente. Sin embargo, no les resulta fácil hablar del tema, ni entre ellos y mucho menos con la antropóloga. En un principio, cuando inicié la investigación en la comunidad campesina de Río Grande, las pláticas sobre los casos, narrados de manera impersonal, se hacían en voz baja, cuidando mucho las palabras utilizadas y sin identificar a los enfermos. Hubo de transcurrir un tiempo para que mis preguntas causaran menos molestia, lo que me permitió registrar con detenimiento las situaciones descritas y, ocasionalmente, grabar las conversaciones.

La reticencia para hablar sobre la *vergüenza* reside en que se atribuye causalmente a las tensiones sociales locales, como son los chismes, las ofensas, los robos y otros conflictos entre pobladores. Es así como se piensa, por ejemplo, que una mujer enfermó de *vergüenza de lámina* por las envidias que suscitó el nuevo techo de este material que pusieron a su vivienda. En otro caso, un hombre fue acusado de robar un puerco y aunque se comprobó su inocencia, supuestamente enfermó de *vergüenza de puerco* por el incidente. De esta manera, hablar sobre esta enfermedad implica generalmente entrar en un juego de acusaciones e incriminaciones entre familiares y vecinos sobre quién tiene responsabilidad en el origen del mal, asunto muy delicado en un pueblo pequeño en que todo lo dicho se llega a conocer por los demás.

Otra dificultad que enfrenté al realizar esta investigación está relacionada con el hecho de que ni los pobladores ni los especialistas (llamados en español curanderos) comparten tipologías médicas claras que permitan establecer separaciones nítidas entre las diferentes enfermedades, así como tampoco contenidos específicos particulares. Tanto la denominación de las diferentes enfermedades como los pasos del tratamiento y las yerbas utilizadas varían significativamente entre los especialistas del poblado.

Por ejemplo, para referirse a la enfermedad de la *vergüenza*, en Río Grande se utilizan tres diferentes palabras en chol: *kisin*, *yaj* y *mulile ty'an*. Las primeras dos, *kisin* y *yaj*², son traducidas al español como *vergüenza*, pero *yaj* denomina generalmente a aquellos casos en que el origen del padecimiento está vinculado, en la etiología local, con animales domésticos que se comen y pueden llamarse *yaj* o *kisin-yaj*, mientras que todos los restantes son *kisin*. Y el tercer término que se usa es *mulile ty'an*, cuya traducción al español es *delito* o *pecado* (*mul* o *mulil*) *de palabra* (*ty'an*). Algunos plantean que este úl-

timo es un mal diferente a la *vergüenza* y le llaman en español *delito o pecado de palabra* (no *vergüenza*), pero otros hablan de ella como *vergüenza de palabra*. Algunos más la conciben como la enfermedad del cólico. Este caso, en particular, muestra las dificultades que existen para marcar una delimitación clara y precisa entre los diferentes padecimientos.

Los choles de Río Grande distinguen entre las enfermedades que requieren de la atención de un médico (el paludismo y la tuberculosis, entre las más importantes) y las afecciones que sólo pueden ser tratadas por los curanderos, como son el *espanto* o *susto*, las derivadas de actos de brujería y la *vergüenza*, entre otras. Entre éstas últimas reconocen unas leves y otras graves, dependiendo de cómo el padecimiento impacte el alma (*ch'ujlel*, en chol) de la persona³. La *vergüenza*, por ejemplo, es considerada un enfermedad leve que no puede conducir a la muerte. Esto es así porque no implica la pérdida del alma sino solamente su debilitamiento. El *espanto*, en cambio, supone la separación entre cuerpo y *ch'ujlel* por lo que puede ser mortal.

Prácticamente no hay síntomas específicos que conduzcan al especialista al diagnóstico de la *vergüenza*. En los casos que registré se mencionaron muchos y muy variados: sudor (el único presente en la mayoría de casos), dolor de cabeza, de estómago, de cuerpo, calor, frío, escalofríos, ansiedad, cansancio, falta de apetito, exceso de apetito, somnolencia, sueño excesivo, insomnio, nervios, vómitos, diarrea, lesiones de la piel, entre otros. En las narrativas locales, la atención se centra principalmente en la descripción de las circunstancias que supuestamente desencadenaron el mal.

Los casos de vergüenza

258

Los pobladores de Río Grande identifican los casos en su mayor parte por los objetos o animales que se supone están involucrados en el origen de la enfermedad o, a través del nombre, hacen referencia a personas. Recopilé 24 nombres diferentes pero es importante aclarar que bajo una misma denominación pueden incluirse situaciones muy distintas: *vergüenza* de puerco, de pato, de pavo, de pollo, de arroz con pollo, de perro, de vaca, de caballo; *vergüenza* de lámina, de casa, de despulpadora, de carro, de tractor, de dinero, de huevo, de olla, de botella, de maíz, de frijol, de palabra; y, *vergüenza* de mujer, de parte de mujer, de hombre, de gente.

A continuación describo con detalle dos casos, los *de vergüenza de olla* y *vergüenza de puerco*. La intención es que el lector tenga una visión de conjunto del mal, que incluya los síntomas, la explicación causal y los pasos del tratamiento, en palabras de los choles, cuando ha sido posible. Pero también se pretende, a partir de estos dos casos, discutir una posible clasificación casuística. Igualmente servirán de ejemplo para cuestionar la interpretación funcionalista de la enfermedad, tan presente en los trabajos sobre Chiapas, y ofrecer una alternativa a ésta.

Vergüenza de olla (*kisin p'ejty*)

Marina había preparado atole para su esposo y nueve hijos. Para hacer esta bebida se requiere de maíz tierno que solamente se encuentra al inicio de la cosecha, dos veces al año (en la milpa y tornamilpa). De alguna manera, el maíz tierno marca la llegada de una época de relativa abundancia y variedad de alimentos: tamales de elote, elotes cocidos o asados, atole y tortilla de maíz nuevo, especialmente cuando los meses anteriores son de gran escasez. El maíz que se acumula de una cosecha generalmente es insuficiente para satisfacer las necesidades del consumo de la familia y, durante los meses previos a la siguiente cosecha, la gran mayoría debe comprarlo, si es que cuentan con recursos, o simplemente disminuir su consumo si no hay otra alternativa. Es frecuente escuchar que durante esta época se pasa hambre y algunas personas hasta roban para tener algo de comer.

En esta ocasión, recuerda Roberto que su esposa, Marina,

“estaba preparando atole de maíz tierno, al quererlo bajar, se reventó las agarraderas (de la olla), se desparramó todo el atole, entonces yo le dije rápido: ‘No te apenes, no te apenes, pues tú bien sabes que cualquier rato puedo ir a traer más elote para que hagas el atole’. Pero de repente sí se empezó a enfermar Marina, a los 2 o 3 meses, le empezó a dar dolor de cabeza y sudor, mucho sudor, bastante sudor, pero yo no le encontraba, no le encontraba qué pasa, pero ella se acordó: ‘¿Será que es vergüenza de olla? Yo rompí la olla trabajando’”.

El diagnóstico, en este caso, fue establecido por la pareja de esposos. Para curar a Marina, juntaron los pedazos de la olla quebrada y los remojaron en agua. Luego mojaron en ésta un pañuelo y “*con eso empezó a amarrarse en la cabeza con unas yerbitas que llamamos poleo y t´se*”. Ante mis dudas por la ausencia del especialista, Roberto me explicó que “*no vino el curandero, no hizo falta porque, te digo, no se armó un lío allí. No dije ¿por qué lo hiciste?.. (Le dije) no te apenes, es de nosotros*”. Si Roberto le hubiera reclamado por su descuido o la hubiera regañado, la enfermedad habría sido más grave y no habría cedido sin la intervención del especialista.

Meses después comentaba con Marina lo sucedido el día que rompió la olla, y, para mi sorpresa, agregó elementos importantes a la versión que antes había dado su esposo. Aunque ella estuvo presente cuando Roberto narró el caso, en aquel momento no intervino más que para confirmar lo que él decía. Según la versión que ahora ofrecía Marina, su preocupación no era tanto por haber desperdiciado el atole, sino más bien por haber quebrado la olla que era propiedad de su mamá. Ella no tenía posibilidad de reponerla (no sabía hacer ollas ni tenía dinero para comprarla), y estaría en deuda con su madre. Cuando Marina enfermó, su mal se atribuyó a la circunstancia descrita.

El rezo es parte fundamental del tratamiento de la *vergüenza*. En este caso, el rezo que hace el curandero describe detenidamente cómo se hace una olla, amasando el barro con agua y cómo se cuece en el fuego. Al utilizarla para cocer alimentos, narra “*cómo hierve, cómo viene a sudar cuando se tapa la olla. ¿Si te has fijado que cuando tapas una olla, al buen rato cuando levantas la tapa, cae un chorro de sudor?*”

Vergüenza de puerco (yaj chityam)

Las tierras de cultivo de Santiago, como las de los demás ejidatarios, se distribuyen en varias parcelas dispersas a lo largo y ancho de los terrenos de la colonia. Había sembrado milpa en una parcela bastante alejada de su casa, y, al llegar a trabajar, se percató de que un puerco se había metido a comer las plantas de maíz. El puerco todavía rondaba el lugar, así que tuvo la oportunidad de identificarlo. Decidió visitar al dueño en ese momento, para responsabilizarlo de lo sucedido y recuperar lo perdido.

Santiago llegó a la casa del dueño del animal y comenzó a exponerle a éste lo acontecido. Le narró con detenimiento cómo se había percatado de los daños en su milpa y también le dijo que había encontrado a su puerco realizando los destrozos. Santiago sugirió que visitaran juntos la milpa para cuantificar los daños y llegar a un arreglo, como es la costumbre.

El dueño del animal, que hasta el momento había guardado silencio, le dijo a Santiago lo siguiente:

“Tienes razón. Es mi puerco el que comió tu milpa. Pero, tú bien sabes que el puerco es un animal. Y como es un animal, no entiende. Yo no quiero que entre a tu milpa, pero es animal y no entiende. Así está. No entiende, es que es animal”.

Santiago no supo defender su posición ante el argumento del otro, no consiguió que el dueño del animal reparara el daño causado y se retiró sintiendo que había sido burlado. Tiempo después enfermó y le diagnosticaron *vergüenza de puerco*.

Este tipo de *vergüenza* es considerada una de las más fuertes, y su curación, una de las más complejas. Esto lo explican a partir de que el puerco “*no muere rápido, no lo puedes matar así de rápido, así de fácil, no hay costumbre de matarlo fácil, tienes que amarrarle las patas...*”. Para la curación se utilizan carne

y algunas vísceras del puerco. Como éstas no se consiguen en el poblado, a menos que la familia del enfermo decida sacrificar un puerco (si lo tiene), los familiares deben desplazarse a la cabecera municipal, a comprar lo que indique el curandero. Pero no siempre es posible hacerlo ni juntar el dinero para comprar lo necesario. En estos casos, se puede recurrir al “*untyo*”. Cuando se hace la matanza del puerco en alguna casa, como parte de los preparativos de una fiesta, los encargados generalmente reservan parte del peritoneo (unto) del animal, así como trozos del riñón, hígado, panza y dos partes del corazón, a los que les agregan sal y los envuelven en una hoja de maíz. Este envoltorio se cuelga arriba del fogón para que se seque y no se pudra, y puede durar entre 4 y 5 años. Si alguien enferma de *vergüenza de puerco* se utiliza el “*untyo*” (que puede “pedirse prestado” a algún vecino), mientras se consiguen los otros elementos.

El “*untyo* es como para emergencias. Sí se cura con nada más el *untyo* pero haz de cuenta que, por ejemplo, cómo te dijera, nada más es como el calmante, te calma pero no te quita, te calma. Nada más es para remedio, es haz de cuenta el Vicks... El *untyo* se calienta en el fuego, ya después se agarra y se pone encima de las yerbas medicinales, como se puede decir, rebanarlo encima de las yerbas, esa es la forma”.

Luego se le unta al enfermo en las muñecas, la frente, las manos y los pies. Mientras, los parientes deben ir a la cabecera a comprar las piezas frescas del puerco que servirán para la curación definitiva.

Una vez que se obtiene lo necesario para la curación, se procede a hacer lo siguiente. Sobre una silla o un banco, el curandero coloca un pañuelo y arriba de éste pone algunas vísceras del animal y trozos de carne, junto con las yerbas (*yaj pimel*) y el aguardiente. Allí da inicio al rezo que describe el comportamiento del puerco. Pasado un tiempo, el enfermo se agacha sobre la silla, coloca su estómago encima del pañuelo, y el curandero, con ayuda de los parientes, se lo amarra. Esto se hace por la noche y, a las 4 de la madrugada aproximadamente, deben ir todos al río, y ya allí el curandero le quita el pañuelo y deja que la corriente arrastre todo para que no haya el riesgo de que alguien enferme al tocarlo. Esta operación se repite en tres ocasiones diferentes.

El rezo -elemento muy importante de esta curación- cuenta, de manera detallada, el comportamiento de los puercos. Los describe al revolcarse en el lodo, luego narra como el sol les reseca el fango sobre la piel y comienzan a formarse grietas y parches que, poco a poco, van desprendiéndose hasta quedar de diferentes colores. Habla también el curandero de la forma de comer y de caminar de estos animales.

En estos dos casos descritos saltan a la vista diversos aspectos de la *vergüenza*: las causas reconocidas localmente, los síntomas, los diversos pasos del tratamiento (el diagnóstico, la preparación de las yerbas y aguas curativas, el rezo y la lógica homeopática que lo caracteriza), el papel de los especialistas, entre los más importantes. Sin embargo, en este trabajo resulta imposible tratarlos todos por lo que centraré la reflexión en la etiología local, que ha sido fundamental para clasificar los diferentes casos⁴.

Clasificación de los casos de vergüenza

Los choles de Río Grande no construyen una clasificación o tipología de los casos de *vergüenza*. Toda plática sobre el tema, aún con los curanderos, implicaba la enumeración de los casos que recordaban –uno tras otro- conforme los narraban. En un primer momento, intenté ordenarlos en tres grupos, partiendo de aquello a lo que hacía referencia en el nombre: objetos, animales o personas, que era el dato más evidente. Sin embargo, en las narraciones el énfasis estaba más bien en la descripción detallada de las circunstancias que supuestamente habían originado la enfermedad y esto lo relacionaba directamente con las tensiones locales e intercambios ríspidos. Fue así como decidí ordenar los casos descritos a partir de la etiología local. Retomando el contexto de pobreza de la localidad, sugiero que es posible aglutinarlos en cuatro grupos: acumulación de bienes, desperdicio de recursos propios, afectación de recursos ajenos y, por último, compromisos y expectativas incumplidas. En cada uno de los apartados siguientes incluyo ejemplos que muestran, de acuerdo a la perspectiva local, cómo opera la enfermedad.

1. Acumulación de bienes

Río Grande es una comunidad orientada principalmente a la satisfacción de las necesidades básicas, y la riqueza (en bienes de producción y de consumo, pero también en capacidades y habilidades desarrolladas) es muy, muy escasa y está desigualmente distribuida. Las diferencias que resultan de esta circunstancia –por mínimas que puedan parecernos a nosotros– son ampliamente destacadas y señaladas por los pobladores, en una actitud que sólo superficialmente parece un tanto contradictoria: la riqueza y el reconocimiento social parecen ser los objetivos que todos persiguen pero, aquellos que los alcanzan, se exponen a las envidias y críticas de los demás. Es así como la envidia, en la perspectiva local, se convierte en una causa recurrente de la enfermedad. Las *vergüenzas de casa* y de *lámina*, por ejemplo, afectan a aquellas personas que tienen casas de cemento y techo de loza o lámina, cuando alguien les hace un comentario (por inocente que parezca) acerca de ello. En los casos registrados, el comentario supuestamente desinteresado –“¡qué grande está tu casa!” –o el chisme con intenciones descalificadoras –“¿de dónde habrá sacado dinero para comprar la lámina?” –constituyen los elementos que, según los pobladores, desencadenan la reacción de *vergüenza*, al examinar y poner en tela de juicio públicamente el enriquecimiento del dueño de la casa. La *vergüenza* expresa las tensiones sociales pero éstas tienen como marco una sociedad de escasos recursos y de condiciones de vida muy precarias.

2. Desperdicio de recursos propios

Los recursos con los que cuentan los grupos domésticos en Río Grande son, en la mayoría de los casos, limitados, y esto obliga a un cuidado y atención especial en el uso que se hace de ellos. Además, si tener más o mejores recursos puede redundar en prestigio para el poseedor y su familia, entonces el desperdicio o pérdida de éstos es un hecho lamentable; un hecho que, según la explicación local, puede provocar la *vergüenza*. Los siguientes casos son ejemplo de esta situación y se producen dentro del grupo doméstico o, como dicen los pobladores, “nacen en la familia”. Estos son generalmente leves y su curación no siempre requiere de la participación del curandero ya que pueden ser atendidos en casa por los mismos familiares.

Los animales domésticos son vistos por todos como un recurso de suma importancia, tanto en términos alimenticios como también para sellar vínculos rituales. Igualmente a través de la venta ocasional de los animales o sus derivados (manteca, huevos), los pobladores obtienen un ingreso monetario adicional. Por esto, un niño que maltrató a un pollo cuando jugaba con éste fue regañado por su padre. Días después el niño enfermó, su mal fue atribuido al regaño y se le diagnosticó *vergüenza de pollo*. Según dicen los pobladores, si el niño no hubiera sido sorprendido en la acción y regañado, no habría enfermado.

Las muchachas jóvenes o mujeres mayores que accidentalmente golpean de gravedad a un animal cuando hacen sus quehaceres, según la explicación local, podrán enfermar de *vergüenza* aun cuando no sean regañadas, ya que saben que afectan seriamente la posición de la familia al disminuir los recursos.

El desperdicio de los recursos alimenticios es también considerado un factor causal de la *vergüenza*. Romper accidentalmente un huevo o poner a empollar una gallina sin éxito (es decir, sin que nazcan los pollos y por lo tanto desperdiciando los huevos) fueron las causas atribuidas a la *vergüenza de huevo* y *vergüenza de pollo*, respectivamente.

Otros hechos que provocan la *vergüenza*, según los pobladores, están relacionados con los instrumentos de trabajo y los enseres domésticos. Por ejemplo, la *vergüenza de botella* afectó al niño que rompió una, privando a su familia de este bien. Actualmente se acepta que ésta es menos frecuente ya que ahora abundan los envases plásticos. También se atribuye esta enfermedad a aquellas personas que rompen una olla (*vergüenza de olla*) o descomponen algún instrumento de trabajo (*vergüenza de despulpadora*), entre otros.

Igualmente se presentó el caso en que la esposa enfermó y se diagnosticó *vergüenza de dinero* porque el marido había cuestionado la forma en que ella maneja el gasto familiar. Según los pobladores, la mujer enfermó al sentir que no está cumpliendo con su tarea de administrar el gasto de la manera más eficiente en beneficio del grupo doméstico. Hasta aquí, los casos nos orientan el entendimiento de las *vergüenzas* “que nacen en la familia” en distintos sentidos: dentro del grupo doméstico, los más afectados son generalmente los niños y las mujeres de todas las edades. El comportamiento no deseado en un niño debe ser enfrentado con un llamado de atención o un regaño, para que el niño “aprenda” lo que debe hacer. Si el niño no es sorprendido durante la acción y no recibe la reprimenda, se cree que éste no enfermará ya que no está consciente de la gravedad de lo realizado, a diferencia de una joven o adulto que ya no requiere de regaños para saber que lo que ha hecho no es lo correcto. Las mujeres jóvenes o adultas, se dice, han interiorizado estas nociones y pueden enfermar sin mediación de palabra alguna, pero si reciben un regaño, se sentirán aún más apenadas y la enfermedad será más intensa.

Se piensa que la *vergüenza* en los niños y jóvenes dentro de la familia es desencadenada casi siempre por un adulto, mientras que la de las mujeres es provocada principalmente por su marido y, ocasionalmente, por algún hijo varón mayor. Los casos de *vergüenza* antes reseñados muestran, además del desperdicio de recursos escasos, los reclamos que se le hacen a la mujer que no está cumpliendo cabalmente con las expectativas sociales que hay de ella: no administrar con eficiencia el gasto familiar, desaprovechar los recursos obtenidos al no lograr que la gallina se reproduzca, desperdiciar los escasos recursos existentes al romper la olla, el huevo o lastimar a un animal. El papel de la mujer está asociado, como vemos en estos casos, al máximo aprovechamiento de los bienes del grupo doméstico.

Los hechos arriba descritos nos muestran las relaciones de dominación y subordinación en el interior del grupo doméstico, de los menores a los mayores y de la mujer al hombre, a la vez que hablan de las formas en que se ejerce el poder internamente. Sin embargo, también en este espacio se cuestionan estas relaciones de subordinación, aunque los casos son pocos. Por ejemplo, en un caso, los regaños de un padre a sus hijos por mal comportamiento supuestamente provocaron la enfermedad. Los hijos hacían mucho desorden a la hora de la comida, desperdiciando los alimentos, y el padre los regañaba diciendo que ese no era momento para jugar. En poco tiempo enfermaron varios de ellos y se remitió la causa del mal a los regaños del padre, ante lo cual éste optó por no llamarles más la atención para así no afectar su salud. El regaño, en esta circunstancia, no hizo que los niños cambiaran de actitud, por el contrario, la enfermedad de ellos provocó que el padre dejara de regañarlos.

3. *Afectación de recursos ajenos*

Si, como mencionaba anteriormente, desperdiciar recursos propios es grave, atentar contra recursos de personas ajenas al grupo doméstico es mucho peor. Esto lleva a enfrentamientos entre miembros de diferentes grupos domésticos y los casos de *vergüenza* se vuelven mucho más complejos, al grado en que, según los pobladores, generalmente se hace necesaria la intervención del curandero para atender al enfermo. Entre estos se encuentran los perjuicios causados a la milpa por la invasión de animales, especialmente puercos. Estos casos, sin embargo, resultan muy interesantes por el hecho de que la enfermedad no afecta a la persona responsable del animal que causó los destrozos, sino a la víctima, como vimos en el ejemplo inicial. La milpa de un poblador fue objeto de destrozos realizados por una puerca. Al reclamarle al dueño del animal (en este caso, el tío político), lejos de reconocer la falta y aceptar cubrir los daños, éste respondió con una acusación: dijo que el sobrino y sus acompañantes habían matado a la puerca, a raíz de que había invadido su milpa. El sobrino intentó explicar que ellos no eran los responsables de la muerte del animal, que hasta ese momento ni siquiera sabían que había muerto, pero el dueño del animal los amenazó e insultó. Meses después, enfermaron el sobrino y su esposa y la enfermedad fue atribuida a aquel hecho como una *vergüenza de puerco*.

Otro caso semejante (mencionado al inicio) fue el del puerco que invadió la milpa de un vecino. Cuando el afectado fue a reclamarle al dueño del animal, éste no negó que su puerco hubiera cau-

sado los daños, simplemente argumentó lo siguiente: “Es mi puerco el que comió tu milpa. Pero, tu bien sabes que el puerco es un animal. Y como es un animal, no entiende. Yo no quiero que entre a tu milpa, pero es animal y no entiende. Así está”. En este caso se dice que también enfermó el vecino que había sufrido los destrozos en su milpa y no el dueño del animal.

Otros hechos que se conciben como causa de la *vergüenza* son golpear, matar y robar animales o bienes ajenos. Por ejemplo, una mujer fue sorprendida golpeando a un perro ajeno que se había metido a su casa y, según los pobladores, esto la hizo enfermar de *vergüenza de perro*. Sin embargo, situaciones semejantes a la anterior se han resuelto de manera distinta. Un poblador comentaba que en otra ocasión el dueño de un perro, previamente informado de quién lo había lastimado, fue a reclamarle al agresor. Este, sin mediar explicación alguna, le respondió que así como le había pegado a su perro le pegaría a él si no se marchaba. Enfermó de *vergüenza de perro* el dueño del animal que había sido golpeado. Este caso se asemeja a los de *vergüenza de puerco* arriba citados ya que no enferma la persona responsable del daño (es decir, el que golpeó al perro) sino que enferma el dueño del animal agredido.

También se atribuye la enfermedad a la acusación de haber cometido un ilícito, aun cuando no se haya sorprendido a la persona en la acción. Un hombre enfermó de *vergüenza de caballo* porque su hermano mayor, para quien él trabajaba, lo acusó de haber matado al caballo que cuidaba.

En otro caso, un hombre fue acusado de haber robado un puerco, pero el que enfermó de *vergüenza de puerco* fue el hijo del acusado, el más “débil”. Otro caso se presentó cuando un hombre se enteró a través de chismes que otro lo estaba acusando de haberle robado tres láminas. El acusado decidió enfrentar al acusador y explicarle el origen lícito de sus láminas. Al hacerlo, no sólo demostraba su inocencia ante el acusado sino también ante la comunidad. Sin embargo, la mujer del acusado, “siempre débil” como dice su esposo, enfermó de *vergüenza de lámina* a pesar de que ella sabía perfectamente que la acusación era falsa.

4. Compromisos y expectativas incumplidas

263

En estos casos, muchos de los compromisos o de las expectativas incumplidas tienen que ver también con la afectación de bienes ajenos, pero la diferencia con los casos anteriores (incluidos en el apartado “afectación de recursos ajenos”) reside en que en éstos se establece previamente un compromiso y una de las partes lo incumple. El hecho de que exista un compromiso supone una relación previa entre los involucrados que es, generalmente, una relación de cercanía.

Una mujer enfermó de *vergüenza de olla* (caso citado al inicio) porque, al preparar atole, bebida de maíz fresco, se le cayó la olla y se rompió, desperdiciando todo el contenido. La olla no era de su propiedad, sino de su madre, y no tenía manera de reponerla ya que ella no sabía hacer ollas y tampoco tenía dinero para comprar una nueva.

En otro caso se atribuyó la causa de la enfermedad al hecho de que un hombre pidió prestada una despuladora para ayudarse en el trabajo pero ésta se descompuso. El poblador no supo arreglarla y la devolvió descompuesta. En este caso no hubo reclamos de parte de los dueños del instrumentos pero el responsable “se sintió mal” y posteriormente enfermó de *vergüenza de despuladora*.

También se presentó un caso de *vergüenza de dinero* cuando la persona que pidió prestado a un vecino no devolvió el préstamo en el plazo establecido. En ocasiones, se atribuye la enfermedad a que el dueño del dinero comenzará a correr el rumor de que tal persona ha incumplido con su pago. Pero, en otras, aun cuando el dueño del dinero no reclame su recurso, el que ha pedido prestado puede enfermar por el hecho de no poder cumplir su promesa.

La *vergüenza de parte de mujer* se presentó en el muchacho que, aunque no había concertado un compromiso de matrimonio formal, se había acercado a una muchacha como pareja en un bailable escolar. Esta situación estableció ciertos derechos a pensar que esa relación derivaría en matrimonio. En el momento en que el joven decide pedir en matrimonio a otra mujer, hay reclamos de la primera así como chismes en torno a esta situación.

Una situación semejante derivó en *vergüenza de palabra*. Dos familias acordaron el compromiso matrimonial de sus hijos. Sin embargo, antes de la boda la joven “huyó” con otro muchacho. El

padre de ésta, considerado el responsable de la educación y acciones de su hija, fue expuesto públicamente y criticado con severidad. Unos meses después enfermó y su mal se diagnosticó como *vergüenza de palabra* por todos los chismes y habladurías en torno al hecho.

Según narran los pobladores, la *vergüenza* también se presenta entre aquellas mujeres que, al organizar una fiesta o reunión social para iniciar o reafirmar los vínculos de compadrazgo, no calculan con precisión la cantidad de comida que requerirán y ésta no alcanza para todos los asistentes. En un caso, se dice que la anfitriona enfermó por las críticas en torno a la escasez de comida, a pesar de que a su fiesta asistieron personas que no fueron invitadas y que fueron éstas las que la criticaron.

Otro caso de incumplimiento de compromisos se dio cuando un curandero asistió a atender a un enfermo. Siempre que se realiza una curación, la familia del enfermo debe preparar una comida especial para ofrecer al curandero y a su esposa. En este caso, el especialista había ingerido tanto licor durante la curación que ya no pudo comer (esto es frecuente, ya que el licor forma parte de los procedimientos terapéuticos), así que la comida quedó pendiente para realizarse al otro día. Cuando se presentaron al día siguiente el curandero y su esposa, la anfitriona se percató de que el caldo de pollo estaba fermentado y no pudo agasajar a los invitados. Enfermó de *vergüenza de pollo*.

El incumplimiento de expectativas se manifiesta en torno a las solicitudes de préstamo de maíz que realizan algunos pobladores. Como ya se dijo, hay épocas del año en que la comida escasea en Río Grande. Los meses de julio y agosto, entre la cosecha de la tornamilpa y la milpa, son angustiantes para muchas familias pues sus reservas de maíz y frijol se agotan y el dinero de la cosecha de café para entonces se ha terminado. En esa época se dan con frecuencia los robos entre los aldeanos y entre vecinos de diferentes comunidades. Muchas veces el único recurso disponible para algún poblador necesitado es pedir prestado, pero esta situación se posterga lo más que se pueda ya que nunca es una situación fácil. Una persona que pide prestado, además de que expone públicamente su situación de desamparo, se arriesga a ver rechazada su petición.

Las solicitudes de préstamo de maíz también se conciben como causales de la *vergüenza de maíz*, aunque los casos presentan situaciones diferentes. En uno de estos, un hombre solicitó maíz en préstamo a una persona que estaba en condiciones de otorgarlo, pero éste se negó a hacerlo. El solicitante se mostró molesto y desconcertado por la negativa y comenzó a hablar mal públicamente de lo sucedido. Los chismes llegaron rápidamente a los oídos de la persona que había negado el préstamo y, según dicen los pobladores, lo hicieron enfermar de *vergüenza*.

En otro caso de *vergüenza de maíz*, la situación se presentó a la inversa del caso anterior. Un hombre fue a solicitar un préstamo de maíz que también le fue negado pero en esta ocasión hubo un argumento de por medio: el dueño del maíz no negó tener suficiente grano pero le dijo al solicitante que si él no tenía maíz era porque no le gustaba o porque no sabía trabajar la milpa. También mencionó la posibilidad de que esto fuera así a causa de que su padre no le había enseñado los trabajos del campo correctamente. El que enfermó fue entonces el solicitante del préstamo, y no el “prestamista” como en el caso anterior.

A partir de los casos anteriores, vemos que para los choles la *vergüenza* es el resultado de los intercambios cotidianos difíciles y ríspidos entre los pobladores y se entiende como la somatización de las tensiones sociales. Por medio de este padecimiento, los choles entrelazan la enfermedad y las tensiones sociales, haciendo confluír en la *vergüenza* el padecimiento del cuerpo y la tirantez de la vida social.

Interpretación de la vergüenza.

Para aproximarnos a una interpretación de la *vergüenza* es pertinente revisar las explicaciones sobre enfermedad realizadas por los antropólogos que han trabajado en la región chiapaneca. No hay más que referencias breves en torno a la *vergüenza*⁵ pero son abundantes sobre otros padecimientos. En general, la explicación de la mayoría coincide con la local al concebir estos males como la somatización de las rencillas personales y de las relaciones sociales conflictivas. En el plano teórico, consideran este ti-

po de enfermedades como formas o mecanismos de control social (Hermitte, 1992, Holland, 1990, Guiteras Holmes, 1965, Manca, 1997). Se dice que padecimientos como la *vergüenza* están referidos a sistemas morales que norman las conductas individuales; cualquier tendencia desviante recibirá un castigo —en este caso, la enfermedad— y así será reencauzada positivamente. Se supone entonces la lógica transgresión/sanción⁶.

La idea de la somatización parte de que las relaciones interpersonales conflictivas y los encuentros rípidos pueden provocar impresiones fuertes que se traducen en algún padecimiento físico. Sin embargo, esta interpretación enfrenta las siguientes objeciones. De acuerdo a los pobladores, una situación difícil que puede derivar en *vergüenza* no necesariamente provoca una reacción inmediata. Según ellos, en ocasiones transcurren hasta diez años entre la circunstancia penosa y el desencadenamiento de la *vergüenza*; en un caso se habló de 35 años de distancia. Considero que estos plazos son demasiado largos como para suponer que el mal es una forma de somatización en respuesta a un hecho específico.

Otra idea en torno a la enfermedad cuestiona también esta explicación. Cuando se presenta una situación conflictiva que puede originar la *vergüenza*, los lugareños creen que los afectados pueden ser no sólo los personajes directamente involucrados en el conflicto sino también sus familiares. Por ejemplo, padecimientos físicos de niños pequeños y esposas se atribuyen a las desavenencias del padre y esposo respectivamente con algún vecino, por ejemplo. En el caso de los niños pequeños, principalmente, me parece difícil hablar de somatización.

Por otro lado, muchos de los casos mencionados anteriormente podrían entrar en la lógica explicativa de la transgresión/sanción. Robar, incumplir un compromiso y desperdiciar recursos escasos y vitales para la familia, por ejemplo, pueden ser muestra de lo que una persona no debe hacer pues atenta contra el orden normativo. Sin embargo, otros casos de *vergüenza* no se comportan de esta manera. Existen aquellos en que la persona que enferma no es el “transgresor” de la norma sino al contrario, la víctima. Me refiero a los casos de la invasión y destrucción de milpas por los puercos, cuando el dueño del animal elude su responsabilidad y evita pagar los daños. También los casos en que individuos golpean a animales ajenos y tampoco reconocen su acción. Igualmente sucede en algunos casos de solicitud de préstamo de maíz. En todos estos, la lógica transgresión/sanción aparece invertida pues el afectado es doblemente víctima: de la agresión, por un lado, pero también del castigo, por el otro.

Hay otras circunstancias en que el acusado de algún delito es inocente, es decir, no ha violentado prescripción social alguna y, sin embargo, enferma de *vergüenza* supuestamente por la acusación. Aquí tampoco podemos pensar en la enfermedad como castigo a alguna transgresión cometida.

Considero entonces que esta explicación es insuficiente y su crítica imprescindible pues continúa presente en trabajos antropológicos recientes. Me parece que la principal limitante de la noción funcionalista de transgresión/sanción es que concede a los actores sociales muy poca capacidad de acción. Concibe que éstos se rigen cotidianamente por las normas y valores morales de su sociedad por lo que su acción se ve restringida a la interiorización de aquellas (lo que Durkheim llamó la conciencia colectiva)⁷. Se piensa a los individuos actuando mecánicamente en respuesta a la coacción de los mecanismos de control social. Frente a esta concepción de la acción social propongo, en cambio, entenderla como un *sentido del juego* que despliegan los agentes sociales, que no están totalmente libres de determinación social, pero tampoco son simples reproductores pasivos de un orden normativo⁸. La noción de *sentido del juego* permite pensar en orientaciones prescriptivas que se negocian, en agentes sociales que producen *estrategias* para obtener posiciones ventajosas en sus intercambios cotidianos, en sociedades atravesadas por conflictos y disputas de poder entre grupos con intereses contrapuestos. Por este motivo creo más acertado acercarme a la interpretación del padecimiento en cuestión recurriendo a la noción de mecanismos de competencia y no a la de mecanismos de control social.

Por tanto, considero que la enfermedad de la *vergüenza* puede entenderse como un lenguaje que expresa algunas de las tensiones y conflictos que surgen de los intercambios cotidianos. Describe —al

referirse a las causas aducidas- aquellos aspectos altamente valorados en la localidad, especialmente en las condiciones de pobreza extrema de los pobladores, y que generan prestigio a quien los detenta. En cuanto a recursos escasos, por ejemplo, destaca la importancia de los bienes de producción (despulpadoras, ollas, caballo, carro, tractor) y bienes de consumo e intercambio (alimentos, animales domésticos, casas de cemento y lámina). Pone al descubierto que garantizar la sobrevivencia es aun ahora una preocupación principal para muchos grupos domésticos y que las condiciones para lograrlo son difíciles, pero que hay también desigualdades en riqueza. También resalta la importancia de las alianzas que garantizan socialmente la reproducción de los grupos domésticos (compromisos de matrimonio, préstamos de dinero o bienes, reconocimiento al trabajo del curandero, alcanzar acuerdos cuando hay conflicto, entre otros).

Además, este lenguaje revela el complejo entramado de las relaciones sociales en la localidad y pone en relieve algunos de los principios diferenciadores que orientan la convivencia. Distingue, de entrada, entre la enfermedad que “nace en la familia” y la que tiene su origen en relaciones con personas ajenas a ésta. Si las tensiones se dan dentro del grupo doméstico, se cree que la enfermedad es más leve y la situación conflictiva puede controlarse más rápida y efectivamente. Dentro de este espacio, la autoridad paterna prevalece y los niños y mujeres son considerados “débiles” frente al hombre. En este espacio de relaciones, pero también en el grupo social en general, operan los principios diferenciadores de género y generacional.

Cuando las situaciones que supuestamente desencadenan la enfermedad se originan fuera del grupo doméstico, participan otros elementos además de las desigualdades por sexo y edad. Por ejemplo, en el caso de la *vergüenza de pollo* atribuida al incumplimiento del compromiso con el curandero, se agrega un elemento diferenciador más. Se piensa que los curanderos tienen un “don” o facultad sobrenatural para curar que los hace diferentes y superiores a los demás. Este poder les permite curar pero a la vez hacer el mal por medio de la brujería, por lo que muchos de ellos son respetados pero también temidos. La *vergüenza* nos revela entonces el tejido social local y cómo ciertas diferencias (por edad, sexo, poseer un “don” y por poseer más recursos que los demás) han conformado desigualdades de poder.

Pero, la *vergüenza* no sólo es un lenguaje que expresa algunas de las tensiones sociales cotidianas que tienen como contexto un tejido social desigual, es más que eso. Este lenguaje es también una manera de intervenir y de incidir en el curso y desenlace de las tensiones mismas. Al realizar el diagnóstico de la *vergüenza* e identificar las causas así como a los posible causantes, éste se convierte en una acusación en contra del o de los presuntos responsables. Estas imputaciones de enfermedad, que atribuyen responsabilidad a quien no necesariamente la tiene, son parte de la competencia para obtener una situación ventajosa frente a los demás, descalificando a una persona con la que posiblemente se lleva una mala relación o se ha entrado en conflicto. Con esto, no planteo que la atribución de culpabilidad se haga conscientemente con esa intención. Puede pensarse como una *estrategia* más que (de manera espontánea) interviene en el juego para afectar a otro o para defenderse de este. Es decir, las tensiones no necesariamente causan la enfermedad, pero el diagnóstico de esta – al buscar culpables- interviene en el curso de las tensiones que, en lugar de desactivarlas, pueden trasladarse a otros ámbitos de la interacción cotidiana y prolongarse indefinidamente. La *vergüenza* podría entenderse entonces como un mecanismo de competencia entre agentes desigualmente ubicados en el espacio social, que no conduce necesariamente a la resolución de los conflictos ni al equilibrio, como pensaban los funcionalistas. La acusación de provocar la enfermedad puede ser la expresión que adquieren, en un momento dado, las tensiones entre los pobladores, pero éstas se insertan seguramente en una larga historia de fricciones, disputas y desavenencias, que se expresan de diversas formas (golpes, envidias, chismes, acusaciones de brujería) y que no necesariamente concluyen con el episodio de la enfermedad.



Fig.2 Vergüenza de dinero





◀
Fig.3 Vergüenza de dinero



▶
Fig.4. Vergüenza de pollo

Notas

- 1 Los hablantes de chol conforman el tercer grupo lingüístico más numeroso del estado de Chiapas, con más de 70,000 individuos, que radican en cinco municipios ubicados al norte, en los límites con el estado de Tabasco. Son escasos los trabajos antropológicos sobre este grupo, en parte porque habitan una región que era de muy difícil acceso hasta la década pasada, pero creo que también el desinterés ha radicado en el hecho de que se les considera “amestizados”, ya que muchos de sus distintivos étnicos más visibles (el traje, las fiestas, las casas, entre otros) han cambiado o desaparecido, y la mayoría habla el español además del chol.
Esta investigación fue realizada en Río Grande, pequeño poblado campesino de 757 habitantes (INEGI, 2000), en el que predominan las relaciones cara a cara. La gran mayoría se dedica a la agricultura combinada para el autoabasto (maíz y frijol) y para el mercado (café). Actualmente la tierra es insuficiente ante el crecimiento poblacional y muy desgastada por el uso intensivo al que se la ha sometido. Sin embargo, las alternativas son escasas y difíciles: la migración temporal o definitiva para emplearse como asalariados; la apertura de pequeños comercios en la localidad; y, la realización de estudios para desempeñarse como maestros bilingües, entre los más afortunados. Prevalecen las condiciones de extrema pobreza, los índices de enfermedad son muy altos y, actualmente, también los de suicidio.
- 2 *Kisin* o *Cizin* significa “hedor” y es el nombre de uno de los dioses de la muerte de los mayas (Thompson, 1975). Esta asociación, sin embargo, no se establece en el poblado. *Yaj* es el nombre del emplasto que se utiliza para curar las *kisin-yaj*. El diccionario de Aulie le da el significado de rendija, tumor o papera y hermano pero en la región sólo se reconoce como rendija aunque no se asocia con enfermedad. Es probablemente un arcaísmo.
- 3 Entre los choles se cree que todas las personas tienen un alma o *ch'ujlel*. A diferencia de la creencia cristiana, sin embargo, los choles adscriben alma también a los animales y a algunos objetos inanimados, como son cerros, ríos, cuevas, entre otros. La describen como la esencia anímica: la separación temporal entre cuerpo y *ch'ujlel* provoca enfermedad, y la definitiva, la muerte. A diferencia de lo que señala Fernández Juárez (2004) para la región andina, resaltando la falta de atención que los investigadores han prestado a las “almas”, en el caso mesoamericano parece que ocurre lo contrario: aquellas enfermedades que no están relacionadas directamente con la pérdida del alma, como la *vergüenza*, han pasado desapercibidas ante los ojos de los antropólogos.
- 4 Para una mayor profundización en el tema de la *vergüenza*, remito al lector al estudio completo en Imbertson, Gracia (2000a).
- 5 Sobre la enfermedad de la *vergüenza* en Chiapas, se encuentran las siguientes menciones. Entre los indígenas tzeltales, el *kexlal* o *vergüenza* se presenta cuando una persona se encuentra con otra a la que debe respeto (Guiteras-Holmes, 1965:123). Pitarch (1996:88) describe el *kexlal* como un estado de difícil definición, asociado a un sentimiento de bochorno o ridículo por haber mostrado abiertamente las emociones consideradas íntimas. Hermitte (1992:113) se refiere a la *vergüenza* como la mala absorción de ciertos estados emocionales y la incluye dentro del sistema de sanciones sociales (no sobrenaturales). Nash (1975:169) habla de este mal como la secuela de “cualquier incidente penoso”. Aparte de las referencias entre tzeltales, existen dos para los choles: Pérez (1993:288) la remite al hecho de que una persona necesitada vea denegada su solicitud de préstamo; y, Manca (1997:97) la concibe como la sanción a una transgresión social.
- 6 Varios de estos autores retoman los planteamientos de Talcott Parsons (1951) en torno al papel de la práctica médica en el sistema social. Aguirre Beltrán, entre otros, introdujo las ideas de aquél, concebidas para los países industrializados, al análisis del sistema médico indígena, resumiéndolas de esta manera: “En todos los casos, el enfermo y sus allegados son culpables de un pecado, la omisión de un deber, la violación de una regla o la profanación de valores altamente estimados. La simple eclosión de la enfermedad denuncia al enfermo y a sus allegados como sujetos que se apartan de los patrones de conducta socialmente validados, son desviantes sociales” (1986:225).
- 7 Me parece muy acertada la crítica que en este sentido hace Anthony Giddens al funcionalismo. Destaca cuatro carencias que, según él, evidencian que es una teoría obsoleta: 1) reducir la acción humana a la interiorización de valores; 2) “la concomitante omisión de ver que la vida social humana se constituye activamente por las obras de sus miembros”; 3) ubicar a la norma como el rasgo básico de la acción social y al poder como algo secundario; y, 4) la falta de reconocimiento de que las normas pueden ser negociadas e interpretadas de diferentes maneras dependiendo de los intereses divergentes de la sociedad (Giddens, 1997:37).
- 8 Para la interpretación de la *vergüenza* retomo de Pierre Bourdieu (1990 y 1995) las nociones de *juego* (campo) y de *sentido del juego* (habitus). Estas permiten entender que los individuos viven efectivamente en un mundo que supone una serie de determinaciones sociales construidas históricamente (campo) pero que también tienen la capacidad de actuar sobre éstas, por medio de *estrategias* que les permiten modificarlas, adecuarlas a su conveniencia, negociarlas, es decir, competir y desarrollar el sentido del *juego* (habitus). Se parte de que los agentes ocupan posiciones sociales desiguales, lo que lleva a que no todos compitan en igualdad de condiciones.

Bibliografía

- AGUIRRE BELTRÁN, Gonzalo
1986 *Antropología médica*. Ciesas, México.
- AULIE Wilbur y Evelyn de AULIE
1978 *Diccionario Ch'ol-Español y Español-Ch'ol*, Instituto Lingüístico de Verano, México.
- BOURDIEU, Pierre
1990 *Sociología y cultura*, Editorial Grijalbo/Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México.
- BOURDIEU, Pierre
1995 *Respuestas. Por una antropología reflexiva*, Editorial Grijalbo, México.
- DURKHEIM, Emile
1997 *Las reglas del método sociológico*, Colofón, S.A., México.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
2004 “‘Ajayu, animu, kuraji’. La enfermedad del ‘susto’ en el altiplano de Bolivia”. En, FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina, Perspectivas antropológicas*, Editorial Abya Yala, Quito, Ecuador.
- GIDDENS, Anthony
1997 *Las nuevas reglas del método sociológico*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- GUITERAS HOLMES, Calixta
1965 *Los peligros del Alma; visión del mundo de un tzotzil*, Fondo de Cultura Económica, México.
- HERMITTE, M. Esther
1992 *Poder sobrenatural y control social en un pueblo maya contemporáneo*, Instituto Chiapaneco de Cultura, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- HOLLAND, William
1990 *Medicina maya en los Altos de Chiapas*, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Instituto Nacional Indigenista, México.
- IMBERTON, Gracia
2002a *La vergüenza. Enfermedad y conflicto en una comunidad chol*, PROIMMSE-UNAM, México.
- IMBERTON, Gracia
2002b “La vergüenza: una enfermedad entre los choles de Chiapas”, en THULE, *Rivista Italiana de Studi Americanistici*, no. 8/9, Italia.
- INEGI
2000 *Archivo Histórico de Localidades*. México.
- MANCA, Cristina
1997 *La palabra verdadera, la palabra que se dice entre nosotros: historia de vida de cinco terapeutas tradicionales choles de Tila, Chiapas*. Tesis de Licenciatura en Etnología, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México, D.F.
- NASH, June.
1975 *Bajo la mirada de los antepasados: creencias y comportamiento en una comunidad maya*, Instituto Indigenista Interamericano, México.
- PARSONS, Talcott
1968 *The Social System*. The Free Press, New York.
- PÉREZ CHACÓN, José L.
1993 *Los choles de Tila y su mundo*. Gobierno del Estado de Chiapas, Consejo Estatal de Fomento a la Investigación y Difusión de la Cultura, Instituto Chiapaneco de Cultura, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.
- PITARCH RAMÓN, Pedro
1996 *Ch'ulel: una etnografía de las almas tzeltales*, Fondo de Cultura Económica, México.
- SCHUMANN, G., Otto
1973 *La lengua chol de Tila*, Centro de Estudios Mayas, Instituto de Investigaciones Filológicas, Unam, México.
- THOMPSON, Eric
1975 *Historia y religión de los mayas*. Siglo XXI Editores, México.

SALUD INTERCULTURAL

Relación de la medicina Kallawayaya con el Sistema de Salud Pública en San Pedro de Curva

Jose Luis Baixeras Divar

Programa de Salud

Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI)

Bolivia

La cultura kallawayaya

Curva es un municipio de 2600 habitantes que está situado en un valle interandino, al pie de la cordillera de Apolobamba. El nombre de Curva es una castellanización de la palabra *Khurua*, que significa gusano en quechua que es propio del lugar y tiene la propiedad de curar problemas respiratorios. Los habitantes de Curva se identifican a sí mismos como la cuna, el origen, de la cultura Kallawayaya.

A los pies de la Cordillera de Los Andes, Apolobamba, se encuentran los valles donde viven los Kallawayas. Están situados en el ramal oriental cerca al Lago Sagrado Titicaca, localizados en la provincia Saavedra del departamento de La Paz, en Bolivia. Se encuentran aproximadamente a 250 Km al Norte de la ciudad de La Paz. Allí, hasta la música habla de un pasado andino, incaico y colonial en tiempos modernos de cambio. El tiempo se acelera y retarda, según su capricho, como el viento y la niebla que cambia la fisonomía del paisaje. No se sabe si se detuvo el tiempo o se ocultó en el baúl de los secretos para resurgir en el momento actual.

Nadie explica cuándo se reinició la marcha para salir del secreto y manifestarse en la vida actual. Se diría que en la región siguen por siglos las huellas de lo que fue el tiempo. Los Kallawayas son aquellos médicos del incario que se cobijaron en los valles de Apolobamba poniendo su conocimiento a resguardo de los estragos del olvido. Cuando el primer rayo de sol atraviesa sobre los cerros disipando la neblina que los arropaba durante la noche, las terrazas para el cultivo, con que los incas hicieron fértiles estas tierras empinadas, responden a la caricia del sol con diferentes matices de color. En las tardes tibias del valle se juntan para hablar de una rica historia común en el hermoso patio empedrado bajo balcones de madera de eucalipto. En la noche se esconde un pasado de víctimas y victimarios que todavía hoy enrarece el ambiente. Los músicos le hacen burla al sueño, se escuchan los sonos de los tradicionales kantus, retumban los tambores y susurran las zampoñas, la música se extiende amortiguada por la melodía del río.

Los Kallawayas, en síntesis apretada, tienen una identidad propia llena de misterio: un nombre Kallawayaya, posiblemente proveniente del aymara kolla –medicamento- y waya -que llevan-; un idioma machaj juyai, ¿tal vez el pukina o el idioma secreto de los incas?, mezclado en diferentes proporciones con otros tres idiomas quechua, aymara y castellano; un origen no esclarecido, cultura mollo aymara, más tarde posibles mitimaes de los actuales Ecuador o Perú; un territorio en los valles de la majestuosa y mágica cordillera de Apolobamba, centro de energía; desde siempre son viajeros y comerciantes, mineros y artesanos, con un conocimiento especial de la medicina, la herbolaria y la sanación del ánimu.

Es una región con características culturales muy peculiares. Es un fenómeno cultural de una gran riqueza, se mezclan las lenguas, los conocimientos, las tradiciones. Son lugares alejados de los centros urbanos modernos en medio de una naturaleza vigorosa, llena de vitalidad y grandeza, en la que con facilidad se experimentan fenómenos de gran fuerza y energía.

Las montañas nevadas -achachilas o machulas sagrados de la cordillera Kallawaya- más importantes son: Iskani (protector de la provincia Saavedra), Akamani (5.666 msnm protector de Curva), Sumaq Orko, Machu Orko, Caballuni, Sunchulli, Kuchilla (5.655 msnm), Pan de Azucar, Cololo (5.915 msnm), Katantika (5.660 msnm), Tuana, Cerro Hermoso, Flor Nevada, Wankuchini Wallatani, Heara, Purina. Junto a ellos las lagunas de origen del deshielo, las aguas termales y los ríos que van a dar a las cuencas del Titicaca y del Amazonas. En ellos las minas han atraído a los buscadores de oro y plata.

La región tiene tres pisos ecológicos la puna, los valles interandinos y el trópico. La variedad de climas ofrece una gran diversidad de especies vegetales que sirven de base para la herbolaria medicinal Kallawaya.

Las poblaciones de mayor tradición Kallawaya son Curva, Chajaya, Kanlaya, Chari, Inka, Wata Wata, Korin. Las comunidades del municipio de Curva son Lagunillas, Upinwaya (aymara), Kaalaya, Medallani, Kañuhuma, Sanachi, Cañizaya, Pajan, Kellwacota, Wiripata, Polipata.

Algunos investigadores opinan que se trata de grupos poblacionales traídos de Ecuador (*Mitimaes*) por el Inca al aplicar medidas de gobernabilidad. Unos sostienen que eran grupos rebeldes que fueron castigados con la deportación en masa; otros, por el contrario, opinan que eran grupos muy fieles al Inca que eran llevados como premio a tierras fértiles y con grandes riquezas. En la región se encuentran minas de oro en Pelechuco, Viscachani, Yana Orko. En Chullina, cerca de Curva, hay estaño.

La lengua Kallawaya se relaciona con el pukina (Otero, 1950), lengua antigua muy extendida en la región Andina hoy desaparecida, y con la “lengua secreta de los Incas” (Oblitas, 1963). Los Kallawayas están actualmente en una zona quechua en medio de una extensa región aymara. El origen de este hecho es misterioso y no del todo comprobado. Girault dice que “la región fue poblada por algunos mitmaq, quizás originarios del Perú, en el siglo XIII o XIV”; posiblemente se trate de la cultura Chachapoya. También hay quien lo relaciona con el séquito del Inca Huáscar cuando fue derrotado por su hermano Atahualpa, huyeron y se establecieron en los valles de la cordillera Apolobamba.

Por otra parte está la población de Upinhuaya que a su vez es una comunidad aymara en medio de esta zona quechua, podría tratarse de una población “originaria”. Curva está en relación con el asentamiento de distintos grupos de mineros que trabajaron en la mina Sunchilli, detrás del Akamani, desaparecida por un gran derrumbe. También es de interés la población de Amarete que se identifica a sí misma como diferente y que no se mezcla con otros pobladores que les rodean, su origen es posible que sea del Perú, Cusco o más al norte, con las que actualmente todavía tienen vinculaciones familiares y de intercambio.

La cultura Kallawaya por una parte es itinerante, abierta a la externalidad, de intercambio y negocio, para ello en su momento fueron llameros, muleros, que practicaban vestigios de nomadismo al servicio de una práctica profesional y comercial. Por otra parte es una cultura fuerte con rasgos definidos: su propio idioma, su territorio, su cosmovisión, su conocimiento propio de hierbas, de conductas humanas y de técnicas terapéuticas, su manejo de lo mágico sustentado en sus achachilas, que se conforman como la pezuña del puma Akhamani, Iskani, Cololo, Tuana. También en relación con la producción de las minas de la zona, se hicieron plateros, otras veces incursionaron en la política con destacados representantes como los ex parlamentarios Walter Alvarez y Toribio Tapia. Los kallawayas son un grupo humano con rasgos de élite y fuerte liderazgo.

“En 1923, cuando el autor de este trabajo (Gustavo Adolfo Otero) contaba veintisiete años, fue sometido por una campaña alegre en la política de aquellos días a un confinamiento de un año y medio, que gracias a los cambios de residencia le permitieron visitar, obligadamente, algunas localidades de la comarca Kallawaya”. Aunque la visión de Otero tiene rasgos negativos, se recogen a continuación

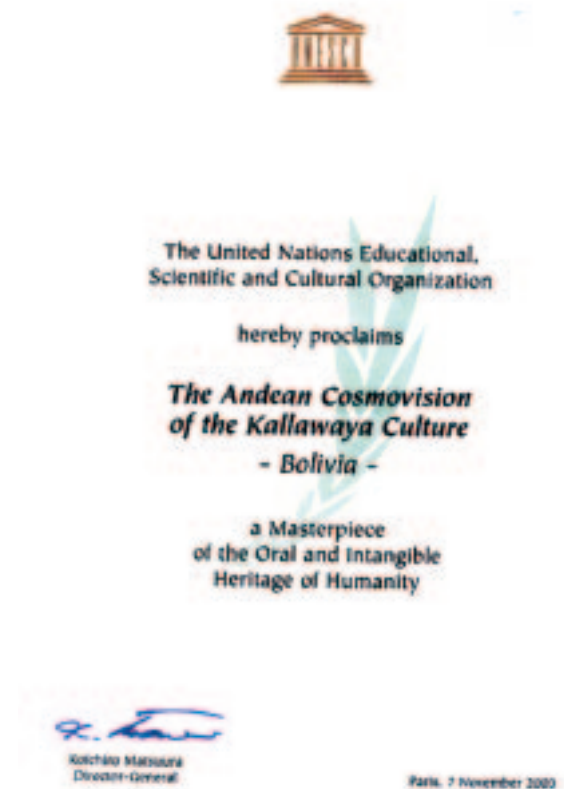
algunos de los aspectos positivos percibidos por él: “El Callahuaya ha perfeccionado ese producto de la inteligencia, que es la astucia, hasta dar algunas veces por su finura y sutileza la sensación de un grupo humano gobernado por una inteligencia superior. Los callahuayas han sabido explotar su módulo psicológico extrovertido para actuar en la vida con un sentido de adaptación permanente, de plasticidad en su conducta, de oportunismo rápido y de una gran habilidad en el trato con los hombres. Su extraversión unida a su astucia los presenta sagaces y listos. Algo muy característico del kallahuaya es su cortesía. Una forma de su espíritu vivo es la curiosidad y cierta forma de observación ... Hablan simultáneamente aymara, quechua, pukina y también castellano ... les hace considerarse como un pueblo superior ... esta superioridad los kallawayas la hacen residir en su sapiencia mágica, o en sus conocimientos del arte de curar y en su poder de adivinos ... una forma de su espíritu vivaz es la curiosidad y cierta forma de poder mental de observación ... administra sus palabras de acuerdo a las circunstancias ... el kallawayas es el hombre en constante evasión y fuga, siempre está en viaje ... aparece y desaparece”.

La Cosmovisión Andina de la Cultura kallawayas Obra maestra del Patrimonio Oral e Intangible de la Humanidad (2003)

El 18 de marzo de 2001 la Organización de Naciones Unidas para la Educación - UNESCO otorgó por primera vez el título de “Obras Maestras del Patrimonio Oral e Intangible de la Humanidad” a 19 espacios o formas de expresión cultural relevantes, originadas en las diferentes regiones del mundo. El patrimonio intangible es el conjunto de formas de cultura tradicional y popular o folclórica, es decir, las obras colectivas que emanan de una cultura y se basan en la tradición. Estas tradiciones se transmiten oralmente o mediante otras expresiones y se modifican con el transcurso del tiempo a través de un proceso de recreación colectiva. Se incluyen en ellas las tradiciones orales, las costumbres, las lenguas, la música, los bailes, los rituales, las fiestas, la medicina tradicional y la farmacopea, las artes culinarias y todas las habilidades especiales relacionadas con los aspectos materiales de la cultura, tales como las herramientas y el hábitat.

La cultura Kallawayas fue postulada en septiembre de 2002 luego de un trabajo documental recopilado y elaborado por los investigadores Jorge Velarde, Carmen Llosa y Silvia de Arce, junto con los médicos tradicionales Wálter Álvarez, Víctor Quime, Juan Vila y Toribio Tapia.

Después de las jornadas de trabajo que se llevaron a cabo en París del 2 a 6 de noviembre de 2003, en la Sede de la UNESCO, Bolivia ha obtenido la proclamación de la Cosmovisión Andina de la Cultura Kallawayas, que incluye a la “Medicina Tradicional Kallawayas”, como Obra Maestra del Patrimonio Oral e Intangible de la Humanidad.



La Medicina y la Cultura Kallawaya son fundamentales desde el punto de vista antropológico, lingüístico, así como de la historia de Los Andes y de la medicina. La cosmovisión Kallawaya es un conjunto de creencias, mitos, rituales, valores y expresiones artísticas que proporciona una original visión del mundo.

El heteroconocimiento acumulado sobre la cultura Kallawaya

Aunque no ha sido el objeto de este trabajo, se ha tenido en cuenta el conocimiento acumulado en el tiempo, que es muy abundante, sobre la cultura Kallawaya y la práctica herbolaria y mágica que han tenido y tienen actualmente.

Las principales referencias de autores que han documentado este tema son las siguientes: Guaman Poma, Inca Garcilaso, Bertonio, Bernabé Cobo, Rigoberto Paredes (1936), Gustavo Adolfo Otero (1950), Enrique Oblitas (1963), Joseph Bastien (1973), Thierry Saignes (1983), Federico Aguiló (1984), Louis Girault (1987), Rolando Costa Arduz (1988), Ina Rösing (1990), Jaime Zalles (1992), Jan Van Kessel (1993), Gerardo Fernández Juárez (1999). Se remite a la revisión de la documentación para tener una visión amplia acerca de los kallawayas.

El autoconocimiento actual sobre la cultura Kallawaya

“Yo soy Miguel Tejerina Canaza¹, nacido el 5 de julio de 1960, en calidad de ser Kallawaya, tengo el cargo del Presidente de Kallawayas de Curva y también tengo el cargo de Administrador del Centro de Salud hospital Kallawaya de Curva. ¿Quiénes somos los Kallawayas de Curva, cuna de medicina natural? Curva se encuentra en la segunda sección municipal de la provincia Saavedra del departamento de La Paz, ubicada al norte de La Paz, distancia a los 285 Km de La Paz a Curva. La altura sobre el nivel del mar es de 3.700 mts. Los kallawallas son un grupo de étnicos médicos itinerantes, viajeros herbolarios, originarios de la tierra sagrada de la medicina incaica con su propio idioma ‘mach’aj ju-yai’, llevando un equipamiento de medicina kallawaya en su propia alforja, llevando en el hombro derecho, utilizando las propiedades farmacológicas de las plantas medicinales, también de los materiales y metaloides, adivinaciones de la magia, pensando que los males que sufre la sociedad son producidos por espíritus malignos o vengativos. Existen tres fuerzas que dan origen a la cosmovisión andina que son espiritual, material y anímica”.

La Declaración de la cosmovisión andina de la cultura kallawaya, siendo declarada en la fecha 7 de noviembre de 2003, Maestra del Patrimonio Oral e Inmaterial de la Humanidad ha sido un logro para la cultura boliviana, en virtud de que la práctica ancestral de una medicina ligada a mitos y ceremonias fue valorada en su máxima expresión a nivel mundial.

Muy antiguamente hacía viajes largos llegando a diferentes países durante un lapso de tiempo un, dos y tres años, dejando su familia, quedándose en diferentes lugares, como principalmente Perú, Chile, Panamá y Argentina, cumpliendo la necesidad de toda la humanidad, haciendo un intercambio de las plantas medicinales de un lugar a otro, también del conocimiento de la medicina kallawaya. Compartiendo su propio idioma, el saber, el arte y la magia de lo que tiene grabado en su mente, la sabiduría y los artes del médico kallawaya, originario de la cuna de la medicina natural con su capital Curva.



VESTIMENTA DE LOS KALLAWAYAS

Los hombres Kallawayas llevan su vestimenta: sombrero con poncho color nogal, su chalina nogal, su chuspa con figuras de 'pallay', su propia alforja que contiene medicamentos tradicionales, su abarca (usut'a).

Las mujeres kallawayas llevan su vestimenta: sombrero castor, una wincha con figura de 'pallay' multicolor, un ajsu color negro, llevando en el pecho un par de tupus que sirve de gancho, una faja (chumpi), una wayta de color guindo, un awayu con figura de 'pallay' multicolor y su abarca (usut'a)".

Araucaria: Conservación de la biodiversidad y desarrollo Sostenible

Araucaria es un Programa de la Cooperación Española que tiene tres principios básicos:

“La conservación de la biodiversidad en muestras representativas de los principales ecosistemas de Iberoamérica y la protección frente a impactos irreversibles, fomentando el conocimiento de la biodiversidad existente y la reversión de los procesos de pérdida genética provocados por la acción del hombre.

El desarrollo humano de las poblaciones locales de manera que su calidad de vida sea compatible con la preservación para futuras generaciones de la diversidad biológica y la funcionalidad de los ecosistemas. Los pobladores deben ser, en el mediano plazo, los principales beneficiarios del uso de los recursos y los principales custodios de su integridad. Se deben respetar los derechos y culturas de los pueblos indígenas que habitan en esos ecosistemas.

El fortalecimiento organizativo e institucional como instrumento necesario para hacer posibles los dos puntos anteriores, que son los componentes que definen el desarrollo sostenible, potenciando la capacidad de planificación y gestión local y mejorando las relaciones entre los diferentes actores en la región (empresas, sociedad civil, Estado)".



Extensión: 483.700 hectáreas (4.837 km²).

Departamento: La Paz

Ubicación: A 250 kilómetros al Norte de la ciudad de La Paz.

Límites:

Al Oeste: Con Perú.

Al Norte y al Este: con el Parque Nacional Maudslayi.

Fue declarada mediante DS 10070 del 7 de enero de 1972 como Reserva Nacional de Fauna Ulla Ulla, con el objetivo principal de proteger la vicuña.

Fue reconocida como Reserva de la Biosfera por la UNESCO en 1977.

El Área fue recategorizada, red denominada y re-delimitada a través del DS 25652 del 14 de enero del 2000².

Entre las especies protegidas se encuentran la vicuña, el jucumari, la taruca o venado andino, el ciervo, el venado petiso, el gato andino o titi, el puma, la choca grande, la huallata y el pato de torrentes. De entre todas las especies destacan las vicuñas, el último censo refleja que existen más de 10.000 ejemplares. Los animales de su misma familia, los camélidos como las alpacas y las llamas, son los predominantes en la región. Sin embargo, no es la única riqueza de este tipo que se expande por el área protegida. Además, cuenta con más de 160 especies de avifauna, entre las que se pueden encontrar al ibi negro, gansos y flamencos.

En la región destaca la imponente serranía de Apolobamba de nieves perennes que se extiende por muchos kilómetros. En el oeste están las planicies altoandinas así como los extensos bofedales cuyas aguas van al río Suches que alimenta la cuenca del Titicaca. En el otro lado, en el Este, se encuentran el bosque nublado, los valles y los yungas, cuyas aguas van al Amazonas. También hay zonas donde predomina la pradera y el bosque de ceja.

El Área Natural de Manejo Integrado Apolobamba-Ulla Ulla tiene las siguientes prioridades: proteger las especies silvestres y la fauna amenazada y en peligro de extinción, pumas, osos y vicuñas; mantener las cuencas hidrográficas y los ecosistemas; conservar los valores culturales y el patrimonio histórico de las poblaciones originarias asentadas en la zona; promover una mayor participación comunitaria, el desarrollo sostenible y la educación ambiental. En resumen, se trata de lograr un manejo integrado para que toda la riqueza de que dispone el Área Natural no se pierda.

Componentes del programa Araucaria: I. Planificar y ordenar el uso de los recursos naturales del área protegida en función de sus capacidades. II. Impulsar el desarrollo de actividades productivas y de comercialización sostenibles. III. Proveer de infraestructura y servicios básicos a los habitantes de la zona. IV. Apoyar las labores de protección y gestión del Área protegida a través del fortalecimiento institucional y el fomento de la participación social.

Integración de la Medicina Kallawaya en el Centro de Salud de Curva

En Curva se practica la Medicina Tradicional “Kallawaya” desde la época del Inca. Los viajeros que recorrían el camino del inca algunas veces se enfermaban, principalmente de los pulmones, y eran curados con “LAK’ATU”, un gusano curvado que se encontraba dentro de la tierra, dicen que por el nombre del gusano (Khurua) lleva el nombre de Curva.

Desde el año 1826 Curva es un cantón de la República de Bolivia. Desde el año 1983 Curva es la segunda sección municipal de la provincia Bautista Saavedra -creada en 1948- del departamento de La Paz. Su acceso es a través de la ruta La Paz-Charazani-Curva, 285 km, transitable todo el año. Al norte y oeste limita con la provincia Franz Tamayo y al este y sur con el municipio de Charazani.

Los comunarios de Curva, desde muy antiguo, viajaban a pie a diferentes países, durante uno, dos y tres años, principalmente a Panamá, Perú, Chile y Argentina, para el intercambio de plantas medicinales y del conocimiento de la Medicina Kallawaya. La región presenta un relieve típico de valle interandino, con una temperatura promedio de 15°C. Los ríos que surcan el municipio son el Sarachajara y el Calaya. Curva tenía en 1999 un solo establecimiento de atención primaria de salud, atendido por una sola persona. El presupuesto municipal es muy modesto (aproximadamente 50.000 euros al año). La actividad más importante en el municipio de Curva es la agricultura con cultivos de papa, maíz, arveja, forraje, producción que en mayor medida es destinada al autoconsumo. La cría de llamas, alpacas, vicuñas, ganado vacuno criollo, ovejas, es otra actividad destinada principalmente a su comercialización en la feria de la frontera Perú-Bolivia. Asimismo, los pobladores se dedican a la explotación de oro y estaño en Akamani y Sunchulli, y a la artesanía con la producción de aguayos, winchas, fajas, ponchos etc. Los paisajes, el patrimonio cultural, las ruinas, el camino del Inca, los chullpares y otros, son atractivos propicios para practicar el turismo de aventura. Ya que su potencial se encuentra en la ganadería bovina y la agricultura, el Gobierno municipal ha priorizado el apoyo a programas agrícolas con el proyecto de mejoramiento de semillas de papa, pese a los escasos recursos de coparticipación tributaria con los que cuenta. El apoyo de la Cooperación Española es importante, ya que promueve la producción agrícola, pecuaria y piscícola mediante el mejoramiento genético de la ganadería y otros programas de capacitación a los productores para aplicar nuevas técnicas de cultivos, riego y sanidad animal. Asimismo, la inversión está enfocada a los servicios de salud, viviendas para profesores, agua potable para las comunidades y mejoramiento caminero.

Para mejorar la salud, mediante la integración de la Medicina Tradicional en los servicios de salud del sistema público, se han utilizado técnicas y métodos que faciliten las acciones. Entre los principales están la investigación participativa y la gestión sanitaria.

El Método Acelerado de Investigación Acción Participativa (MAIAP)³ es un método participativo de diagnóstico rápido de las condiciones materiales y de salud a nivel local y un método de diseño del esquema actuación. Su objetivo es detectar las potencialidades, el estado de los recursos humanos, materiales y financieros, las limitaciones y potencialidades del entorno, así como las estrategias de la población en materia de salud.

Es un instrumento multidisciplinario de diagnóstico rápido, de fácil utilización; permite adquirir un conocimiento general de las situaciones rurales; valoriza las prácticas tradicionales del lugar; es utilizable en distintas etapas del enfoque participativo; visualiza sobre mapas de la información (mapa del área) o de la actividad (programación en el tiempo y espacio); establece una situación de referencia.

Las principales informaciones obtenidas son: Características de los recursos físicos, humanos y socioeconómicos de salud, sistema de salud local; historia del lugar, organización (estructuras, proyectos en las zonas de actuación, etc.), modos de organización social. El MAIAP permite recolectar datos limitados, pero que producen resultados de manera ágil y oportuna. A pesar de su rapidez, la recolección de datos no es incompleta ni superficial. A diferencia de los otros métodos de investigación, el

MAIAP usa fuentes diversas para asegurar una recolección comprensible de información. El objetivo general del MAIAP, es la obtención directa de información primaria o de “campo” en la comunidad con un grupo representativo de miembros de ella, hasta llegar a un autodiagnóstico local acerca de la situación de la salud y la actuación acordada. La información necesaria para hacer un diagnóstico de la situación de la salud, las respuestas a las preguntas las tienen los y las pobladores y principales actores del lugar, su conocimiento es complementario al técnico. Se trata de evaluar los problemas, las oportunidades de solución y de las posibles actuaciones para el mejoramiento en el manejo de la salud y de las condiciones de vida.

Las principales herramientas utilizadas son: Sesiones de información y análisis, lluvia de ideas, coloquios individuales o en grupos (semidirigidos); observación/escucha, observación directa de eventos, procesos, relaciones entre la gente; descripción participativa del lugar; preparación de mapas, esquemas, diagramas y figuras: mapas del territorio, transectos, calendario de las actividades; revisión de datos secundarios; fotografías aéreas e imágenes satelitales; entrevistas no/semi estructuradas y otros.

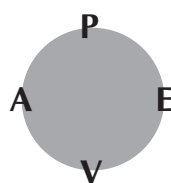
También se usa la triangulación de información de dichas fuentes, manteniendo así en forma continua, un cruce de datos que incrementa la precisión crítica de análisis, sin requerir grandes acumulaciones de datos sistemáticos, que tomaría largos períodos producir e interpretar objetivamente. La obtención de datos busca, en primer lugar, promover que los miembros de la comunidad piensen sistemáticamente en sus problemas, en las posibles soluciones y lo compartan con el personal técnico, para que en conjunto busca analizar los problemas y las posibles opciones para enfrentarlos.

EL CICLO DE DEMING

PEVA (PLANIFICAR - EJECUTAR - VERIFICAR - ACTUAR)

Es una herramienta de gestión que se origina a mediados del siglo XX en el Japón. La mejora continua se transforma en la clave del cambio en la principal estrategia de la gestión.

Planificar
Ejecutar
Verificar
Actuar



Proceso de mejora continua:
Lo primero planificar,
después ejecutar lo
planificado, controlar las
desviaciones entre lo
planificado y lo realmente
conseguido, actuar tomando
las medidas que eviten la
existencia de desviaciones
corrigiendo la planificación.

El ciclo de gestión se basa en el ciclo o rueda de Deming.

La Gestión del Ciclo del Proyecto (GCP) es un método de trabajo aplicable a las actuaciones de desarrollo.

La Comisión Europea, en un esfuerzo de sistematización, ha adoptado la GCP desde enero de 1993, recomendando la utilización de esta metodología a sus Estados miembros.

La GCP se apoya en el Enfoque del Marco Lógico (EML), una herramienta analítica para la planificación y gestión de las actuaciones. Su empleo es sugerido por el Comité de Ayuda al Desarrollo (OCDE).

Las actuaciones realizadas han tenido como base estas metodologías de trabajo. Se tenido especial cuidado en el análisis de viabilidad enfocado a la sostenibilidad en el tiempo.

CICLO DE GESTIÓN



Proyecto de Construcción del Centro de Salud

La integración de la Medicina Tradicional Kallawayas en el Centro de Salud nace de un proceso en el que el municipio de Curva aborda la construcción de un Centro de Salud con las características usuales. En 1998 fue realizado el proyecto de construcción del centro de salud por la organización AUTODESARROLLO AGROPECUARIO INDUSTRIAL DE CAMELIDOS Y PRODUCTOS ANDINOS (AAICAPA). La justificación del Proyecto fue respaldada por la solicitud de los comunarios que se plasmó en el Plan Operativo Anual correspondiente a la gestión 1998. El Proyecto Arquitectónico tenía los siguientes ambientes: Sala de espera, baño, recepción, enfermería (trabajo limpio y sucio), consultorio médico, sala de internación para camas, un dormitorio médico con cocina y almacén general.

La Alcaldía inició la construcción y avanzó la obra gruesa, es decir, cimientos, paredes, techo. Por falta de recursos financieros se paralizaron las obras durante dos años.

En el año 2000, a través del Programa de Salud se solicita a la Cooperación Española que coopere a la Alcaldía para la conclusión de esta infraestructura.

Se hizo el replanteo del diseño con la comunidad y los kallawayas del lugar. En el replanteo se acordó que habría un consultorio destinado a la atención de la medicina tradicional kallawayas. Al comprobar las deficiencias del diseño del proyecto se hizo un rediseño adaptado a lo construido que tenía los siguientes ambientes: Sala múltiple, administración, sala varones con baño, sala mujeres con baño, enfermería con baño, consultorio médico con baño, consultorio de medicina tradicional con baño, sala de partos. Vivienda para el personal de salud con 3 dormitorios, 2 baños, almacén, cocina y estar comedor.

Al iniciar la actividad se ha tenido en cuenta que con anterioridad en la zona se habían desarrollado experiencias como el Hospital Kallawayas de Amarete (1984), el Centro de Formación de Chajaya, el Centro de Formación de Curva y que SOBOMETRA ha tenido acciones y presencia importante aunque las actividades estaban discontinuadas.

También, se ha tenido como base el marco legal existente en Bolivia sobre la medicina tradicional. Especialmente lo relacionado a su aprobación en 1984, su regulación en 1987, la propuesta de su integración en la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (2001) y en el Modelo Sanitario (2003), así como la Estrategia de la OMS sobre la Medicina Tradicional (2002-2005).

Organización de los Kallawayas

El proceso de participación de la Organización de los kallawayas de Curva ha sido muy fácil de realizar porque ya estaban organizados, ya eran Kallawayas, ya estaban formados, ya sabían lo que querían. Así que rápidamente se organizaron. A continuación se transcribe el Acta de su reunión:

“En la capital Curva, Segunda Sección Municipal de la provincia Bautista Saavedra del departamento de La Paz, a horas catorce y treinta del día dieciséis de junio de dos mil un años, fueron reunidos todos los vecinos Kallawayas de Curva para organizar la Directiva en los siguientes puntos:

Primero, después de realizar la Asamblea y apoyando el noventa y ocho por ciento para el voto resolutivo son los siguientes: 1° Presidente Máximo Paye Paye 2° Vicepresidente Antenor Chaca Sea 3° Secretario de Actas Miguel Tejerina Canza 4° Tesorero Eugenia Lizarraga 5° Vocal primero Teodora Quispe Bravo 6° Vocal segundo Armando Tudela Cajchaya.

Luego de realizar la conclusión de la directiva dieron el apoyo para el bien funcionamiento de los Kallawayas en el Centro de Salud de esta población Curva y filiación de los Kallawayas. Con lo que terminó la respectiva Asamblea de los Kallawayas firmando a continuación al pie de que certificamos. (Siguen 36 firmas)”.

Por medio de la organización Kallawayas de Curva se ha estado coordinando con otros residentes en La Paz, Cochabamba, Potosí y Sucre.



Los Kallawayas propusieron y también hicieron un jardín botánico de plantas medicinales. Ya hubo un intento anterior de hacer un cultivo de plantas medicinales en un lugar amplio que estaba un poco alejado. Este intento no prosperó porque, al estar lejano y desprotegido, entraban los animales y se comían las plantas. Se decidió hacerlo más cerca del hospital. Inicialmente en un terreno grande, cercano al Centro de Salud, pero muy pedregoso. Se plantaron y murieron. Se cambió de nuevo el lugar y se decidió hacerlo en el mismo jardín del hospital, un lugar pequeño pero de fácil acceso y trabajo. Por fin resultó.

El consultorio de medicina tradicional se equipó con un listado de requerimientos de los mismos kallawayas. Este equipamiento incluye cocina y baño a vapor de madera y tecnología local. Se puso en marcha y está actualmente en funcionamiento. Es conveniente resaltar que el mobiliario y equipamiento que era similar ha tenido las mismas características en todo el Centro de Salud, incluyendo el consultorio de medicina tradicional. Este hecho se relaciona con la ventaja de tener equipos y materiales modernos a disposición del ejercicio de la medicina tradicional cuando es posible, junto al respeto de las características propias y distintas como por ejemplo la necesidad de cocina a gas, un baño a vapor etc.

Las atenciones que se ofrecen en el Centro de Salud son: Medicina natural Kallawayaya. Atención de carta (Kallawayaya). Atención en pulso. Atención en líquidos corporales (orina). Baños a vapor y seco (Hidroterapia, Helioterapia, Geoterapia). Cataplasmas para torceduras. Venta de plantas medicinales para toda clase de enfermedades. Milluchadas de bienes y negocios. Curaciones y tratamiento de enfermedades en general.

Los elementos básicos del proceso de integración han sido: Iniciativa propia; apertura previa: integración; apropiación; proceso.

Replicación de la experiencia. Con el mismo procedimiento se ha replicado la experiencia con facilidad en Amarete, por cercanía, competencia e imitación, y en otras actuaciones de la Cooperación Española como en Patacamaya y Santa Ana de Velasco. Estas experiencias tienen un desarrollo desigual y diferenciado. En base al concepto de crecimiento y desarrollo, en el que hay fases, etapas. No todos los procesos tienen que estar en igual momento de desarrollo.

Actividades del Componente Salud

1. El proceso de identificación: Una propuesta iniciada en 1998 por la Alcaldía de Curva. Un centro en construcción con obra gruesa finalizada y obras paralizadas. Las negociaciones y consensos con la Alcaldía, la comunidad y los Kallawayas desde el 2000. Los acuerdos el año 2001.
2. El Centro de Salud Hospital Kallawayaya de Curva: El rediseño del Centro. El inicio de obras. La ejecución el 2002. Los programas de atención al escolar, el adolescente y la tercera edad el 2003.
3. El saneamiento ambiental de Curva: El alcantarillado del Hospital y los vecinos. Las dos cámaras de tratamiento de aguas. El tratamiento de residuos sólidos.
4. La propuesta intercultural: la cultura Kallawayaya: Los consultorios Kallawayas en Curva y Amarete. La participación de la organización Kallawayaya de Curva en la atención. El huerto medicinal, jardín botánico Kallawayaya.

Se ha realizado la construcción del Centro de Salud Hospital Kallawaya (CSHK) de Curva, el equipamiento total y su puesta en marcha. En Curva también se ha realizado el alcantarillado del CS Hospital, una red para 17 familias y dos pozos sépticos, uno para el tramo del alcantarillado que depende del CS Hospital y el otro para toda la población en general, para el tratamiento de los desechos. Se han realizado actividades de salud: un programa de atención al escolar, básicamente de higiene, mediante el que se ha atendido a todos los alumnos de todas las escuelas de todo el municipio de Curva. Otro programa de formación para adolescentes, básicamente ha consistido en reuniones/talleres de formación. Y un programa de atención a la tercera edad en base a medicamentos gratuitos para la atención como puesta en práctica del Seguro de Vejez.. Todo esto ha sido realizado por el centro de salud, la ejecución estuvo a cargo del médico Pedro Madani, que era el médico responsable del centro de salud, actualmente es gerente de la Red de Salud Apolobamba con sede en Charazani, y por el auxiliar de enfermería Samuel que lleva siete años en Curva y es oriundo de la zona.



Otra actividad que se ejecutó fue potabilizar el consumo de agua en la Escuela de Curva. Para ello se va a usar el sistema de agua segura, mediante hipoclorito de sodio, en la disolución apropiada, y envases de plástico de boca ancha con tapa y grifo. Se van a colocar varios envases en la escuela. Agua segura es un sistema desarrollado por la OPS y los CDCs de EEUU., probado, estudiado que se aplica al caso concreto de la Escuela de Curva.

Mecanismo de ejecución

Todas las actividades se han realizado como socios con la contraparte de los municipios así como la participación del personal de salud, los kallawayas y la concejala responsable de salud. Las actividades se originaron en las planificaciones participativas previas realizadas por el municipio y la población que luego han solicitado que apoye la Cooperación Española. Siempre ha existido participación de las contrapartes en la ejecución y el control de las acciones realizadas.

La actuación en el centro de salud de Curva es una iniciativa que se origina en la población de Curva. El grado de participación de la población y de las organizaciones locales ha sido básico, hay que subrayar este hecho porque en alguna ocasión ha habido personas a las que no se les ha informado bien y han tenido una percepción equivocada acerca de que estas actuaciones se hubieran identificado y realizado sin participación de los agentes locales.

Relación de la medicina Kallawaya con el sistema de salud pública

Desde un principio ha existido la relación entre ambas medicinas, tradicional y moderna. Es una zona de medicina tradicional, la medicina Kallawaya, con toda su historia de conocimiento de medicina herbolaria y de otro tipo de prácticas tradicionales. Tal vez, en relación a la medicina tradicional, es uno de los lugares más importante de tradición e historia de Bolivia.



Se ha contactado con las organizaciones y con los Kallawayas del lugar, para que hagan suyo el centro. Cuando en forma conjunta se verificó el estado en que se encontraban la construcción que estaba se analizó y se acordó que lo más apropiado, lo más adecuado era que se integrara la medicina tradicional en el centro de salud. Entonces hicimos juntamente un replanteamiento, porque inicialmente no lo tenían considerado. A partir de estos primeros contactos y estas primeras reuniones, estuvieron de acuerdo, la propuesta ha sido que los kallawayas hagan funcionar el consultorio de medicina tradicional y así ha sido.

Acabadas las obras y adquirido el equipamiento, el Centro de Salud Hospital Kallaway de Curva funciona desde Julio del año 2003. La entrega oficial se ha realizado en febrero de 2004, ocasión en la que el Ministerio de Salud subrayó la necesidad de que la Medicina Tradicional se integre en el Sistema de Salud de Bolivia.

Esta experiencia se ha extendido a Charazani y Amarete también han propuesto que se instale y ponga en funcionamiento un consultorio de medicina tradicional. Se realizará el mismo tipo de actuación que en Curva y Amarete, es decir, equiparlo y ponerlo en funcionamiento.

Funcionamiento

Los Kallawayas reciben el pago de las consultas y de los medicamentos que suministran, igual que los otros servicios del centro de salud. Por la consulta cobran lo mismo que los médicos y un porcentaje va destinado para el funcionamiento del centro, pero hay una diferencia, no reciben el pago de un salario como el personal de salud dependiente del Sistema de Salud.

Por ello es que los Kallawayas siguen realizando su trabajo privado para su manutención y la de sus familias.

La atención se realiza por turnos que son fijados toda la semanas. Los problemas más difíciles para que sea sostenible financieramente son de tipo organizativo, para cubrir las necesidades de los involucrados. Para resolver esto, se debería dar un paso más a nivel nacional, con ítems para médicos tradicionales. Se ha buscado una solución local y sostenible del manejo.



En relación a los consultorios de medicina tradicional la importancia de integrar la medicina tradicional a los centros de salud se basa en dos aspectos: Uno es el simbólico, presencia percibida por la comunidad, todo el mundo, los kallawayas están en el centro de salud; y el otro, muy cercano a él, es el de apropiación, se han apropiado de los espacios que les han sido asignados.

La principal característica histórica de la medicina kallaway es su talante itinerante. Por tanto, sería una especie de contradicción, o tergiversación, pretender que con la in-

tegración se transforme el propio modo tradicional de ejercer la medicina. No es adecuado aspirar que al integrarse en el Centro de Salud se cambie la práctica del ejercicio sanador de años, de siglos. Sería un enfoque que no tendría en cuenta la esencia tradicional de la medicina Kallawaya. Lo adecuado es pretender que siga el mismo tipo de ejercicio itinerante con un lugar fijo que cumple otras funciones, ya que el tener un lugar de referencia fijo no es incompatible con la marcha itinerante si se gestionan adecuadamente los tiempos, los espacios y las personas. Por ello es que el número de atenciones realizadas en el Centro de Salud no tiene que ser muy elevado. La importancia de tener un espacio fijo está en lo señalado anteriormente: el simbolismo y la apropiación. Además también se ha comprobado su utilidad porque asisten usuarios que vienen al centro de salud en busca de la medicina tradicional. Pretender que los kallawayas vengán a atender exclusivamente a un centro de salud perdiendo el estilo histórico itinerante sería una mala manera de interpretar la integración.

Proyecciones

Hoy es inexcusable el abordaje de la interculturalidad y salud. En el futuro queda por realizarse un mayor desarrollo de este enfoque: no se tiene que pretender la integración en el mismo estilo de ejercicio que tiene la medicina institucionalizada. El propio modo de ejercicio de la medicina tradicional tiene que continuar con la costumbre itinerante añadiendo el plus de la atención integrada al Sistema de Salud.

Se han planteado interrogantes y preguntas sobre las acciones a encarar en el futuro. ¿Falta desarrollar mejor y sistematizar la práctica y los procedimientos de atención de la medicina tradicional? ¿Cómo se prevé mantener la integración a los servicios de salud públicos con el carácter itinerante de la medicina Kallawaya? ¿Por qué el sistema de salud tiene tantos problemas con la organización, designación y continuidad de los recursos humanos? ¿No será que ha llegado el momento de introducir correcciones, reingeniería, en este punto fundamental para el funcionamiento del sistema de salud?

Interculturalidad y salud es un enfoque transversal que tiene que ver con la formación sanitaria, los servicios que se prestan, los programas de salud y la gestión sanitaria, en todos ellos tiene que estar incorporado. Así mismo Interculturalidad y salud es un arco de posibilidades de actuaciones que incluyen las siguientes:

- a) Auto cuidado familiar, cultural, tradicional.
- b) Acreditación y calidad en la práctica de la medicina tradicional.
- c) Articulación entre los agentes de salud tradicionales y el sistema público.
- d) Acogida Cultural, adecuación Cultural en los servicios de salud públicos.
- e) Integración de la medicina tradicional en el sistema público.

El mejoramiento de todos estos aspectos que tienen que ver con la interculturalidad y la salud es el desafío que se plantea en un mundo más globalizado y a la vez más particularizado con mayor autoidentificación cultural.

Notas

- 1 Presentación en el XVI Congreso Científico de Estudiantes de Medicina. Potosí 16 de septiembre de 2004.
- 2 SERNAP. Servicio Nacional de Areas Protegidas.
- 3 FAO Approche participative, communication et gestion des ressources forestières en Afrique Sahélienne: Bilan et perspectives. Roma. Italia. 1995.

Bibliografía

- AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL
1997 *Estrategia española de cooperación con los pueblos indígenas*. Madrid.
- AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL
1999 *Metodología de proyectos de cooperación al desarrollo*. Madrid.
- AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL
2001 *Metodología de evaluación de la Cooperación Española II*. Madrid.
- AGUILO, Federico
1982 *Enfermedad y Salud según la concepción Aymaro Quechua Qori llama*. Sucre.
- AGUILO, Federico
1991 *Diccionario Kallaway*. Museo Nacional de Etnografía y Folklore. La Paz.
- ALBO, Xavier
1996 "Interculturalidad en cuatro dimensiones". *Yuyayninichik*. La Paz.
- ALBÓ, Xavier
1998 "Interculturalidad, ¿qué es eso?". *Cuarto Intermedio*. Cochabamba.
- ALBÓ, Xavier
2002 *Iguales aunque Diferentes*. Ministerio de Educación, UNICEF y CIPCA. La Paz.
- ALBÓ, Xavier
2004 "Interculturalidad y salud". En, FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina*. pp.65-74. Edit. Abya Yala, Bolhispania, UCLM, Quito
- ALARCÓN A, VIDAL A, NEIRA J.
2003 "Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales". *Revista Médica de Chile*, 131. pp. 1061-1065.
- ARACENA, Teodoro
1987 *Patología geográfica y antropología médica en Bolivia*. Edit. Serrano. Cochabamba.
- ARGUEDAS, Alcides
1922 *Historia General de Bolivia*. Edit. Juventud. La Paz. Bolivia
- ARAUCARIA
2004 *Desarrollo en Apolobamba. Cultura Kallaway*. AECI. La Paz.
- BAIXERAS, José Luis
2002 "La adaptación al cambio de la salud en Bolivia". *Revista Salud Pública Boliviana*.
- BALCAZAR, Juan Manuel
1956 *La historia de la medicina en Bolivia*. Edit. Juventud. La Paz.
- BARNADAS, Josep
2002 *Diccionario Histórico de Bolivia*. Sucre.
- BECHT, Debbie
1998 "Los kallawayas: curanderos nómadas de Bolivia". *OPS. Perspectivas de Salud*- Vol. 3 N. 1
- BERLIN EA, FOWKES WC.
1983 "A teaching framework for cross-cultural health care". *The Western Journal of Medicine*. 139. pp. 934-938.
- BOTELHO, Raul
1977 *Altiplano*. Edit. Juventud. La Paz. Bolivia.
- CALVERA, Antonio.
2004 "Sangomas: ¿Herboristas o hechiceros?" *Revista Mundo Negro*, 483
- CARDENAS, Raimundo.
1979 *Provincia Bautista Saavedra*. La Paz. .
- CARDENAS, Víctor Hugo
1996 "Hacia una democracia multiétnica y multicultural. Diálogo con Víctor Hugo Cárdenas Conde". *Foro Sur*, 4.
- CENTRO DE CAPACITACION Y FORMACION EN MEDICINA TRADICIONAL
1993 *Revista de Medicina Tradicional N° 1-4*. Presidencia de la República. La Paz. Bolivia.

COMISIÓN EUROPEA

- 1998 *Apoyo a los pueblos indígenas en la cooperación al desarrollo de la Comunidad y de los Estados miembros*. Comisión de las Comunidades Europeas. Bruselas.

COMISIÓN EUROPEA

- 2001 *Manual de gestión del ciclo de un proyecto. Enfoque integrado y marco lógico*. Comisión de las Comunidades Europeas. Bruselas.

CONDARCO, Carola.

- 2004 "La ritualidad medicinal entre los Kallawayas: la práctica de la homeopatía y el animismo". <http://www.indigenas.bioetica.org/base2-2.htm>

COSTA ARDUZ, Rolando

- 1988 *Compilación de Estudios sobre Medicina Kallawaya*. La Paz

DÍAZ, Raúl. ALONSO, Graciela.

- 1998 *Integración e Interculturalidad en épocas de globalización*. Universidad Nacional del Comahue. Chile.

FAO

- 1995 *Approche participative, communication et gestion des ressources forestières en Afrique Sahélienne: Bilan et perspectives*. Roma. Italia.

FERNANDEZ JUAREZ, Gerardo.

- 1998 *Los kallawayas: Medicina Indígena en Los Andes Bolivianos*. Universidad de Castilla - La Mancha. Cuenca, España.

FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo

- 1999 *Médicos y Yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara*. Ministerio de Salud y Previsión Social, CIPCA y ESA, OPS/OMS. La Paz.

FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (Coord.)

- 2004 *Salud Intercultural en América Latina*. Edit. Abya Yala, Bolhispania, UCLM, Quito

FONT QUER, Pío

- 1980 *Plantas Medicinales. El Dioscórides renovado*. Edit. Labor. Barcelona. España.

GARCIA LINERA, Alvaro

- 2001 "Multitud y comunidad. La insurgencia social en Bolivia". En *Chiapas*, 11. <http://membres.lycos.fr/revistachiapas/No11/ch11garcia.html>

GIMENEZ, Alberto

- 2002 *Perfil de la situación actual de la medicina tradicional y complementaria en Bolivia*. OPS/OMS. La Paz.

GIRAULT, Louis.

- 1987 *Kallawaya. Curanderos itinerantes de los Andes. Investigación sobre prácticas medicinales mágicas*. UNICEF, OPS-OMS, PL-480. La Paz.

GUZMÁN, Augusto

- 1981 *Historia de Bolivia*. Edit. Los Amigos del Libro. La Paz.

IBACACHE, Jaime.

- 2004 "La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural". <http://www.xs4all.nl/~rehue/art/iba1.html>

INE

- 2001 *Censo Nacional de Población y Vivienda*. La Paz.

INE/MDSP/COSUDE.

- 1999 *Atlas estadístico de Municipios*. La Paz.

IZCO, Javier

- 1986 *Tiempo de vida y muerte*. CONAPO. CIID. La Paz.

KALLAWAYAS SIN FRONTERAS

- 2004 "Medicina kallawalla. Visión Integral del Mundo Espiritual y Natural". <http://www.kallawaya.elgratissitio.com/index.html>

KLEIN, Herbert:

- 1994 *Historia General de Bolivia*. La Paz.

- LOZA Balsa, Gregorio
1995 *Enciclopedia de la Medicina Aymara. I – Etno-Historia 11 – Etno-Botánica 111 – Etno-Medicina IV – Documentos*. OPS/OMS. La Paz.
- LOZA V., Carmen B.
2004 *Kallawaya. Reconocimiento Mundial a una Ciencia de Los Andes*. Viceministerio de Cultura. Fundación del BCB. UNESCO. La Paz.
- MEDINA, Javier
2002 *Nuevo paradigma y animismo amerindio: la nueva visión de la tierra y la vida*, Edit. HISBOL, La Paz
- MENDIZABAL, Gregorio
2002 *Historia de la Salud Pública en Bolivia. De las Juntas de Sanidad a los Directorios Locales de Salud*. OPS/OMS. La Paz.
- MESA J., GISBERT T., MESA C.
1997 *Historia de Bolivia*. La Paz.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
2001 *Normas para Medicamentos Naturales, Tradicionales y Homeopáticos*. MSPS. La Paz. .
- MONDACA, Jaime
1993 “La Medicina Tradicional y la Necesidad de la Investigación”. *Revista de Medicina Tradicional*, 2. La Paz.
- MONTILLA, Felix
2004 *Breve Historia de Bolivia Ilustrada*. <http://www.bolivia.rg3.net/>
- NDIAYE, Oumy Khairy.
1998 *Participación y género en la planificación del desarrollo agrícola. Lecciones del Senegal*. Dakar.
- NINA, Jhony
1993 *Historia de la Medicina Tradicional Andina desde el Kollasuyo*. *Revista de Medicina Tradicional* N.1. La Paz. Bolivia.
- PAREDES, Rigoberto.
1963 *Mitos, supersticiones y supervivencias populares de Bolivia..* Ediciones “Isla”, La Paz.
- PNUD
2004 *Interculturalismo y globalización. La Bolivia posible*. PNUD. La Paz. Bolivia
- OBLITAS, Enrique
1963 *Cultura Kallawaya*. Ministerio de Educación. La Paz.
- OBLITAS, Enrique
1969 *Plantas medicinales en Bolivia: Farmacopea callawaya*. Edit.Los Amigos del libro. Cochabamba. Bolivia.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
2002 *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional*. OMS. Ginebra. Suiza.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.
1993 *Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud*. Winnipeg.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
1998 *Iniciativa de los Pueblos Indígenas. Informe de Progreso*. OPS. Washington DC.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Situación de Salud en los pueblos indígenas de Bolivia. OPS. Washington DC.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Salud, cultura y territorio: Bases para una epidemiología intercultural. Chile.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Marco Estratégico y Plan de Acción 1999-2002. OPS. Washington DC.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Orientaciones Estratégicas para el Desarrollo de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. OPS. Washington DC.
- OTERO, Gustavo Adolfo.
1950 *La Piedra Mágica. Vida y Costumbres de los indios Callahuayas de Bolivia*. Edit. Juventud. La Paz.
- ORTIZ Z., GARCÍA DIEGUEZ M., LAFFAIRE E.
2004 “Medicina basada en la evidencia”. *Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires*.

PÉREZ TAMAYO, Ruy.

1990 *¿Existe el método científico?: Historia y realidad.* FCE / El Colegio Nacional. México.

RAMOS, Luis

1985 *Las “Noticias secretas de América” de Jorge Juan y Antonio Ulloa (1735-1745).* Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid. España.

REINAGA, Fausto

1971 *Tesis India.* PIB. La Paz. Bolivia.

RÖSING, Ina.

1990 *Introducción al mundo callaway.* Curación ritual para vencer penas y tristezas. Ed. Los Amigos del Libro. La Paz. Bolivia.

SALCEDO, Mario

1986 *Un herbolario de Ch´ajaya devela sus secretos.* SOBOMETRA. SENPAS. La Paz. Bolivia.

VAN DEN BERG, Hans.

1993 *Bibliografía sobre la Medicina Tradicional Boliviana.* Universidad Católica. Cochabamba.

VAN KESSEL, JAN

1993 *La senda de los kallawayas.* CIDSA. Puno. Perú

ZALLES, Jaime.

1992 *El Verde de la Salud.* Prida Publicidad. La Paz.

ZALLES, Jaime

Cronología de lo más relevante en relación a la medicina tradicional boliviana.

<http://www.saludverde.es.mw/>, <http://jimzall.tripod.com.mx/saludverdebolivia/id1.html>

EL HOSPITAL KALLAWAYA “SHOQUENA HUSI” DE CURVA

Un Experimento en Salud Intercultural

Mollie Callahan

Universidad de Michigan—Ann Arbor
E.E.U.U.

Introducción

En el año 2000 la comunidad de Curva, con la generosa asistencia financiera y técnica de la Cooperación Española, comenzó la ardua tarea de construir un centro de salud que integraría la medicina tradicional, en este caso la medicina Kallawaya, y la occidental. Lo llamaron Shoquena Husi, que significa “casa de curación” en Machaj Juyay, un idioma exclusivamente hablado por los médicos Kallawayas. Durante los nueve años anteriores, los servicios médicos convencionales en el Municipio de Curva estaban limitados a un pequeño centro de atención sanitario, que funcionaba con un solo auxiliar. Mal proveído, dicho centro solo podía responder a las necesidades médicas básicas. Antes del mismo, la salud de la comunidad se manejaba en el ámbito del hogar y únicamente por la experiencia de los médicos Kallawayas. En este contexto caracterizado por la necesidad de ampliar los servicios médicos, surgió la decisión de integrar la practica medica Kallawaya con la occidental por parte de la comunidad mediante la construcción del hospital. La AMKOC (Asociación de Médicos Kallawayas Originarios de Curva)¹ desempeñó un papel especialmente activo en conseguir la ayuda financiera necesaria para realizar el proyecto, así como en el diseño del edificio, participando a su vez en los procesos de construcción.

Casi seis años más tarde, esta innovadora idea no ha funcionado bien aun en la práctica. Desde Diciembre de 2002 hubieron solamente treinta y cuatro visitas según el registro de pacientes del Consultorio Kallawaya, con un promedio de once consultas por año entre 2003 y 2005. De este registro, mas de la mitad de las personas eran turistas extranjeros y solamente dos visitas correspondían a pacientes que viven en Curva. Los restantes catorce pacientes registrados se dividían, en partes aproximadamente iguales, entre los visitantes de La Paz y los oriundos de las comunidades periféricas de la Provincia de Bautista Saavedra. Este registro también demuestra la declinación notable en la frecuencia de consultas registradas en el consultorio durante el último año y medio. Los datos del registro del consultorio donde se practica la medicina occidental también reflejan un número semejantemente bajo de visitas de pacientes². Los doctores que han trabajado en el hospital de Curva han observado que desde su construcción, el Consultorio Occidental recibe substancialmente menos visitas y llamadas que otros consultorios pares en comunidades similares dentro de la misma provincia.

En este capítulo, examino las múltiples y complejas razones por las que a pesar de la presencia de un nuevo centro de salud bien equipado, que brinda servicios de las prácticas médicas en cuestión (Kallawaya y Occidental), los habitantes de la comunidad no acuden al hospital y continúan siendo tratados en los hogares. También trato de relacionar los motivos que están detrás de este comportamiento a los obstáculos específicos de la integración de las dos medicinas en Curva, y consecuentemente la práctica local de la salud intercultural. La presentación de los datos y los argumentos son expuestos desde una mirada antropológica y son el resultado de un año de investigación etnográfica en Curva

a tiempo completo, entrevistas semi-estructuradas y conversaciones informales con Kallawayas, otros miembros de la comunidad, así como también, con el personal del hospital³.

El contexto etnográfico⁴ y la problemática principal

Curva es la capital municipal de la segunda sección, Curva, Provincia Bautista Saavedra, Departamento de La Paz, Bolivia y reconocida como la “cuna de la medicina tradicional”. Esta reputación fue validada internacionalmente cuando, en el año 2003, la UNESCO nombró la cosmovisión Andina de la Cultura Kallawaya “Obra Maestra del Patrimonio Oral e Intangible de la Humanidad”, así también reconoció que sus creencias y prácticas médicas son fundamentales dentro de esta tradición (Loza, 2004). Curva está situado a 285 kilómetros al norte de La Paz, al este del lago Titicaca y constituye una isla de Quechua parlantes en un área predominantemente Aymará (ARAUCARIA, 2004). La población oficial ronda aproximadamente los quinientos habitantes, aunque la mayoría de estos reside permanentemente en Cochabamba, Santa Cruz, La Paz, Oruro y Potosí, dejando únicamente noventa familias que viven dentro de la comunidad. De estas familias restantes, mas de la mitad se dedica a la práctica de la medicina Kallawaya, que incluye la experiencia en el uso de plantas medicinales, minerales y animales, así como la práctica de variadas artes rituales. Los médicos Kallawayas se caracterizan por llevar una vida itinerante, aunque la duración y el destino final de sus excursiones ha variado con el tiempo (Girault, 1987; Bastien, 1987; Loza, 2004). Los viajes, entre dos y tres años de duración, que llevaban a cabo los Kallawayas hasta Ecuador y Panamá siguen siendo parte de la memoria activa de los miembros de la comunidad que cuentan con mas de cuarenta años de edad. Hoy en día la modalidad de los viajes ha variado. Es frecuente que realicen de tres a seis excursiones por año con una duración de uno a dos meses cada una, pero dentro de las fronteras de la nación. Por lo tanto, la mayoría de estos curadores pasa así más de la mitad del año fuera del pueblo, volviendo solamente para ciertas fiestas y para realizar su trabajo agrícola. En cambio, una proporción mucho más pequeña de Kallawayas, que se quedan en el pueblo la mayoría del tiempo, también realizan viajes a ciudades periféricas, pero de una naturaleza mas reducida (entre dos semanas y un mes, tres veces por año).

Dado el número proporcionalmente alto de curadores tradicionales en Curva y su practica itinerante anteriormente mencionada, el sistema de infraestructura en materia de salud es diferente en comparación a otras comunidades Andinas, incluyendo las que se encuentran dentro de la misma provincia. Además, los miembros de la comunidad que no son Kallawayas también poseen un grado relativamente alto de conocimiento medicinal, que parece sobre todo una diferencia en cuantitativa más que cualitativa en el saber respecto de las plantas medicinales. Es difícil decir si este conocimiento es resultado del número elevado y de la alta potencia de las plantas medicinales endémicas en el área (Obliatas 1969, Bastien 1987, Girault 1987), o bien es el producto del contacto ubicuo entre los Kallawayas y los no Kallawayas mediante el cual se pasa el conocimiento medicinal básico (generalmente dentro de las familias). Dada la ausencia de los curadores tradicionales, la necesidad de un amplio conocimiento medicinal generalizado dentro la comunidad ha sido históricamente importante para que la gente común pueda resolver sus problemas sanitarios básicos. Por este conocimiento generalizado la gente, en primer lugar, se automedica con plantas medicinales. En casos más complicados, los Kallawayas son consultados en el hogar antes de ir al hospital, siendo percibido éste, como último recurso.

Lo dicho anteriormente solo sirve como explicación parcial del problema observado (la poca presencia de pacientes en el hospital): la gente en Curva, dado su conocimiento cultural en el dominio de la medicina, puede ocuparse mejor de sus problemas médicos sin la necesidad de intervención de la medicina occidental. Pero, esta explicación no responde a la cuestión de por qué, cuando la gente busca ayuda médica de un Kallawaya, todavía prefieren ser tratados dentro del hogar antes que en el Consultorio Kallawaya del hospital. Tampoco nos aporta nada sobre la cuestión de por qué los Kallawayas no están cumpliendo sus turnos de guardia en el hospital (aunque si realizan visitas a los hogares) y por

eso no están disponible para los pacientes; lo mismo sucede con el personal de salud. Finalmente, tampoco nos aclara la incidencia de otros factores— económicos, sociales, políticos y culturales— que influyen en las decisiones locales en cuanto al cuidado médico. En las páginas que siguen ofrezco una breve descripción y un análisis preeliminar de esta situación.

El tiempo es dinero

En la mayoría de las evaluaciones de los sistemas de salud, se asume que las diferencias culturales, en este caso distintas concepciones de la práctica médica, son las razones principales por las cuales los pacientes no buscan asistencia médica en hospitales, centros de salud, etc (Zalles, 1999, Fernández Juárez, 2004). Aunque éstos son factores importantes (que trato largamente abajo) que no deben ser subestimados de ninguna manera, es importante reconocer también la influencia de los motivos económicos y sociales en la preferencia de los habitantes a ser tratados en sus casas. En Curva, los conceptos “tiempo” y “dinero” son fundamentales en la decisión de no ir al hospital, pero influye igualmente en la decisión de los Kallawayas y los pacientes de no concurrir al nosocomio. Aparte de ser especialistas en medicina tradicional, los Kallawayas comparten simultáneamente otras responsabilidades sociales con el resto de la comunidad. En este sentido, realizan a su vez los roles de agricultores, padres, esposos, hijos, autoridades locales, padrinos, ahijados, activistas políticos y en algunos casos tienen otras profesiones (albañiles, comerciantes, trabajadores de la construcción, etc). Cada uno de estos papeles les demanda mucho tiempo, recursos financieros y presencia dentro de la comunidad, que varían a través del año.

Para que el Consultorio Kallawaya funcione de la manera para lo cual se pensó, debe contar con un especialista que cumpla un horario fijo de atención para recibir a los pacientes. Esto significa que por lo menos un Kallawaya por día debe estar físicamente presente en el hospital a fin de atender a los enfermos⁵. Esto implicaría una reducción en su tiempo disponible para realizar sus restantes obligaciones en la comunidad y dedicarse a la práctica de la medicina en las ciudades donde ganan la mayor parte de su dinero. Hay tres impedimentos importantes a la hora de llevar a cabo esta empresa:

1. A diferencia de los médicos que practican la medicina occidental y del personal del hospital, los Kallawayas no reciben sueldo por su trabajo.
2. Los pacientes deben abonar un monto de cinco bolivianos por consulta para ser atendidos en el Consultorio Kallawaya, pero este dinero es reinvertido en el mismo hospital al fin de cubrir costos de mantenimiento.
3. El único beneficio individual generado por las visitas al consultorio resulta de la venta de plantas medicinales y de otros servicios recomendados, y éstos se deben vender a un precio mas bajo que en los hogares para compensar el honorario de consulta que deben pagar los pacientes.

De lo anterior resulta claro que hay escasa motivación, en términos económicos, para que un medico Kallawaya decida trabajar en el hospital, especialmente cuando hay pocos pacientes (no llegan ni a uno por mes). Esta situación podría revertirse si obtuvieran una paga cuyo monto sea similar al que obtendrían trabajando en sus casas o en las ciudades. Además estar afuera del hospital significa para ellos poder administrar su tiempo con mayor libertad, algo que es necesario en el sentido de poder cumplir con sus otras responsabilidades, tales como trabajar la tierra, pasar tiempo con su familia, ejercer el rol de autoridades, etc.

Además, es importante reconocer que, en general, la medicina y el consejo medico en Curva está compartida gratuitamente entre los miembros de la comunidad, incluyendo a los Kallawayas. Como en otras comunidades de este tamaño, todos sus habitantes se encuentran relacionados sea con vínculos de sangre o a través de lazos de parentesco ritual que forjan sus relaciones mediante obligaciones recíprocas. Una de las maneras que tales obligaciones se satisfacen es con el tratamiento médico. Es de-

cir, no tratan a la gente enferma dentro de la comunidad como clientes, hecho que sí realizan con los pacientes de las ciudades. Cada uno tiene cierta relación familiar con un Kallawaya que puede ofrecer su ayuda médica de forma gratuita si así lo dicta la necesidad, sea esta persona miembro de la familia en términos sanguíneos o políticos. Esto también significa que la gente dentro de la comunidad tiende a consultar a los mismos médicos Kallawayas, una opción que no está necesariamente disponible en el Consultorio Kallawaya debido a que el mismo cuenta con treinta y siete médicos que rotan a razón de tres por día. A menudo, los servicios que brindan los Kallawayas a los pacientes se ven compensados con favores que involucran recursos no-monetarios, tales como comidas, productos agrícolas, trabajo, animales pequeños, textiles, etc.

Realmente, de lo que carecen los miembros de la comunidad es de dinero en efectivo. Esta es la razón fundamental por lo cual los Kallawayas han viajado históricamente (y lo continúan haciendo hoy en día) practicando la medicina tradicional. No es lucrativo hacer una vida como Kallawaya sirviendo a la población local. Primero, porque cualquier persona común en Curva posee un conocimiento relativamente alto de las plantas medicinales y pueden así tratar la mayor parte de las enfermedades ellos mismos. En segundo lugar, no tienen los recursos financieros para pagar a los Kallawayas cuando sus servicios son necesarios. Las normas socio-culturales locales, por otra parte, garantizan que la asistencia médica en el hogar proporcionado por un Kallawaya es más económica que yendo a su consultorio. Y, para los Kallawayas, cada hora pasada en el consultorio (que no hace dinero) es tiempo quitado a las actividades más lucrativas, tal como es el caso de la práctica médica Kallawaya en la ciudad, o la contribución al trabajo agrícola de que depende la alimentación de la familia, o satisfaciendo cualquier otra responsabilidad social. Por lo tanto, cada vez más Kallawayas están rechazando cumplir con sus vueltas en el consultorio, contribuyendo de esta manera a una lógica y a un patrón de comportamiento circulares en el cual los Kallawayas no atienden en el hospital porque los pacientes lo buscan en sus hogares y los pacientes no van al hospital porque el Consultorio Kallawaya está frecuentemente cerrado.

La preocupación por la privacidad y el deseo de evitar a la medicina occidental

Para los pacientes, otra preocupación al recibir tratamientos de los Kallawayas en el hospital es la privacidad. Para llegar al consultorio, los pacientes deben ingresar a través de la entrada principal del hospital y pasar delante de la oficina y del Consultorio Occidental. Esto significa que tanto los visitantes como el personal médico occidental del hospital verán a los pacientes que esperan en el pasillo principal (quienes sabrán que están por un problema médico). Y para esta gente que está en contra y son temerosos de la medicina occidental, esta exposición lleva el riesgo adicional (según su punto de vista) de ser objetos de presión por parte del personal médico occidental para recibir sus tratamientos. Esta preocupación es especialmente frecuente entre las mujeres, que son acompañadas casi siempre por sus niños, y saben que por lo menos les preguntarán acerca de las vacunas. En cambio, la solicitud del tratamiento en el hogar evita estas preocupaciones y asegura la privacidad no marcando la visita de otros como relativas a la salud.

Conflictos a raíz de los horarios

Actualmente, ambos consultorios médicos están abiertos a partir de las 8,00 horas de la mañana hasta las 18,00 horas de la tarde con un descanso para el almuerzo entre las 12,00 horas y las 14,00 horas. Es exactamente durante estas horas que la mayoría de la gente de Curva esté trabajando en sus chacras, paseando los animales, recogiendo leña, o están involucrados en otros trabajos fuera de la comunidad. Estas actividades influyen la disponibilidad de los Kallawayas que trabajan en el hospital, así como la probabilidad que los pacientes acudan al nosocomio durante las horas de atención al público. La flexibilidad de este horario varía a través del año, siendo la más rígida durante la siembra, la co-

secha, y antes de la época de lluvia cuando es crucial recoger la madera seca para cocinar. Los miembros de la comunidad se quejan, dado que deben salir a trabajar antes de las ocho horas de la mañana (antes que el hospital abra) y no regresan si no hasta las seis de la tarde (cuando el hospital se cierra). Además, los Kallawayas están raramente presentes en Curva durante Enero, Febrero y Agosto, cuando la demanda por su trabajo en la ciudad está en su pico más alto. La situación anteriormente mencionada, es especialmente problemática para los turistas y otros pacientes de fuera de la región que vienen al hospital durante estos meses buscando a los Kallawayas para encontrar solamente la puerta de su consultorio trabada. Finalmente, durante la estación de lluvias, a veces el transporte entre La Paz y Curva se ve comprometido por inundaciones y avalanchas, las cuales pueden afectar la capacidad de los Kallawayas y de los pacientes de llegar de la ciudad.

El frecuente cambio del área de servicio de los médicos rurales

Otro problema es el cambio continuo de lugar de trabajo del personal sanitario que practica la medicina occidental, lo cual obstaculiza la conformación de confianza y la construcción de alianzas sociales dentro de la comunidad. La nueva reglamentación dictada por el estado nacional comprimió la residencia rural que requieren efectuar los médicos y ortodoncistas internos a tres meses. A su vez, los doctores que ya cumplieron totalmente con su residencia no se quedan mucho tiempo, las razones para ello son variadas y complejas. Por un lado, pocos pueden manejar la soledad y las condiciones duras con las que se encuentran en el campo. Así, terminan por aburrirse y frustrarse frente a la carencia de trabajo. Por otro, para algunos resulta muy difícil resolver las relaciones familiares frente al problema de la larga distancia. Por estos factores los médicos deciden finalmente irse del lugar. Al mismo tiempo, dados los conflictos flagrantes entre los médicos y los habitantes del lugar, la comunidad en su conjunto termina por decidir el alejamiento de los primeros. Prueba de lo anteriormente dicho es el hecho que durante mi año de estadía en Curva hubo tres médicos consecutivos los cuales fueron retirándose del lugar en el transcurso de ese lapso de tiempo.

La incongruencia entre las reglas del hospital y las necesidades de los Kallawayas

A pesar del hecho que el Consultorio Kallawaya está bien equipado, los médicos Kallawayas se quejan que no está diseñado para llevar acabo algunos de sus servicios. Por ejemplo, muchos pacientes solicitan *milluchadas* o ése es el tratamiento sugerido, para lo cual requieren fuego, lo que produce emanaciones importantes de humo. Así, esto no se considera factible dentro de los límites del Consultorio.

“Choques” culturales: un ejemplo etnográfico

Finalmente, está la cuestión de las diferencias culturales, que influyen el comportamiento de los habitantes a la hora de optar por sus preferencias médicas. Las diferencias en cuestión incluyen las creencias sobre las causas y los tratamientos apropiados para las enfermedades, así como la definición misma de la enfermedad en sí (Klein 1980). Aquí utilizo la palabra “choque” para recalcar el antagonismo entre los sistemas tradicionales y el occidental de salud, es decir, cuando y donde chocan estas concepciones contrapuestas. A continuación desarrollo un ejemplo etnográfico reciente, que sirve para ilustrar cuan complicado pueden llegar a ser estos problemas.

En la mañana del 3 de Febrero de 2006 a las 10:30 horas, un pariente de una joven embarazada llegó al hospital para notificar al doctor que la mujer había estado en trabajo de parto por más de 24 horas y por lo tanto necesitaba ayuda. La doctora se encontraba en Charazani (a una hora y media de auto) participando de un taller académico. A su vez, el chofer del vehículo del hospital de Curva aten-

día una fiesta en una comunidad vecina, sumado al hecho que no había un vehículo en Charazani, todo esto dificultó el viaje de vuelta de la doctora a Curva. Mientras que enviaron a mi marido en motocicleta para localizar al doctor, acompañé al administrador del hospital (y Kallawayá) a la casa donde se encontraba la mujer embarazada. La joven estaba recostada debajo de una pila pesada de mantas de lana, mientras que sus amigas y familiares le aplicaban presión a su cintura en forma de masajes durante las contracciones y le servían bebidas medicinales.

La doctora llegó tres horas más tarde con su equipo de parto, momentos antes que el bebé nació. Ella entró, hizo una amable introducción de su persona, intentó tranquilizar a la joven, explicó las acciones que iba a llevar a cabo, a la par que tomaba el control de la situación. Primero, la médica realizó un examen manual para determinar la posición del bebé y su ubicación. Para hacer esto, pidió a la joven que se acostara boca arriba. Las mantas fueron retiradas y su falda fue levantada apenas hasta sus rodillas. Después de comunicar a la madre que la cabeza del bebé estaba en la posición correcta y que el momento del nacimiento se acercaba, la médica le ofreció a la joven que se acomodara como ella quisiera para dar a luz. Como no había contestación por parte de la joven, que seguía en posición boca arriba, la doctora continuó instruyéndole sobre cómo y cuando pujar, utilizando palabras en su rudimentario Quechua. A los pocos minutos nació un bebé perfectamente sano sin otra intervención médica.

Envolvieron al bebé en una manta estéril junto con un gorro, mientras que lo iban acercando a la madre a fin que pudiera amamantarlo; a todo esto, la doctora se preparaba para recibir la placenta. Pero como la madre rechazó amamantar a su hijo, lo separaron poniéndolo a un costado. Al mismo tiempo, los familiares de la joven le ofrecieron dos porciones de sopa gruesa y té de romero. La doctora se limitó a interrogar sobre que estaban dándole, pero ante la contestación no emitió opinión alguna.

Sin preguntar, la doctora le administró al bebé gotas en los ojos y una vacuna, mientras los presentes observaban en silencio. Después cuando las contracciones post-parto comenzaron, la médica volvió al lugar que ocupó durante el parto para recibir la placenta. A su vez, a fin de eliminar a la misma continuó ofreciéndole sugerencias a la joven, tales como masajes en el útero, pujar cuando había dolor, pararse verticalmente, etc. En ese momento, el dobladillo de la falda de la muchacha se convirtió en el sitio físico de una guerra cultural ya que la muchacha intentaba cubrir y cerrar sus rodillas mientras que la doctora en su esfuerzo por ayudar, le pidió a la joven que separara las piernas y continuara pujando con las contracciones. Pero se progresó poco en dicha empresa durante la siguiente hora y como el tiempo continuó transcurriendo mientras que la urgencia por expeler la placenta aumentaba, el tono de voz de la doctora llegó a ser cada vez más firme en la medida que explicaba que se corría el riesgo de una hemorragia.

Había poca reacción observable frente a estas noticias entre la madre y los otros miembros de la comunidad presentes. La doctora solamente obtenía repuesta cuando le solicito por favor a los familiares de la joven que le tradujeran al Quechua (el único idioma entendido por la joven madre) lo que ella estaba diciendo. Frente a la negativa de la joven y sus familiares a la propuesta de ser trasladada al hospital de la comunidad por parte de la doctora, dada a la gravedad de la situación, la última optó, sin hacer objeciones a la declinación, por administrar suero intravenoso e inyecciones para facilitar la expulsión de la placenta, mientras la joven seguía postrada en un colchón fino en el piso, lugar donde ella había dado a luz.

Luego de tres horas, la placenta permanecía dentro de la matriz, por lo que la doctora concluyó que la razón de esto se debía al trabajo de parto tan prolongado (más de 24 horas). Además, de seguir pujando en ese estado, se corría el riesgo de dañar el útero de la joven, según las palabras de la doctora. De esta forma la médica pidió a la mujer que dejara de pujar para ser transferida al hospital de Escoma (cinco horas en auto), para que se pudiera quitar manualmente la placenta con un riesgo más bajo de infección.

Mientras que la doctora volvió al hospital de Curva para arreglar la transferencia, la familia quedó a cargo del cuidado de la joven. Inmediatamente, ellos comenzaron a cubrir su cuerpo con ropas y mantas y pusieron un sombrero en su cabeza. En la ausencia de la doctora se quejaron que las compli-

caciones que la madre experimentaba se debían a que la médica había, con sus métodos, hecho bajar la temperatura del cuerpo de la joven, cuando para ellos la misma debe ser mas elevada para expeler la placenta. Lamentaron que no hubieran podido servirle chocolate y otras bebidas que le habrían ayudado a conservar el calor. Mientras tanto, en el patio había mujeres que comentaban acerca de lo ridículo que había sido la petición la doctora para que la joven dejara de pujar, así como también el hecho que había cortado el cordón umbilical antes de que la placenta hubiera sido eliminada. A su consideración estas acciones de la médica eran de hecho las causas por las cuales la placenta no podía dejar el cuerpo y se corría el riesgo consecuente de hemorragia que ponía en peligro la vida de la mujer. La mayoría de los presentes consideraba la vida de la mujer una causa perdida y sentían que, si la llevaban al hospital, moriría.

Yo me encontraba sorprendida frente a esta reacción por parte de los presentes porque hasta ese entonces nadie había expresado su desacuerdo con respecto a las acciones de la médica. Cuando pregunté por qué, si se oponían tan fuertemente a lo que había estado haciendo la doctora, no la habían enfrentado anteriormente, a lo que me contestaron que una vez que un doctor occidental comienza un tratamiento médico se convierte en un asunto legal y está entonces fuera de su control. También mencionaron que confían absolutamente en sus técnicas tradicionales de parto cuando se utilizan solas. Pero cuando se combinan dichas técnicas con los “productos químicos” administrados por un doctor occidental es peligroso porque puede haber interacciones desconocidas entre las dos medicinas. Así, es lo mejor en tales casos dejar completamente el control en manos del doctor occidental, aun estando en desacuerdo respecto de sus métodos.

El acontecimiento terminó en una confrontación abierta cuando la doctora volvió luego de finalizar los trámites para llevar acabo la transferencia al hospital de Escoma. Pero la gente continuaba re-nuente a prestar atención a su consejo y al hecho de permitir que ella traslade a la mujer fuera de la comunidad. A su vez, y a pesar que se trataba de un momento crítico nadie respondía al pedido de autorización de la doctora para llevarse a la joven. Frente a la omisión de repuesta la médica expreso en un tono amenazante que iba a elevar un informe que hacía legalmente responsable a la familia de la joven en caso que le sucediera algo malo. Al mismo tiempo, argumento que ellos eran los culpables de que se llegara a esta situación porque no le informaron en tiempo y forma que estaba con trabajo de parto y por la administración continua de mates medicinales, lo que ocasionó que la placenta se pegara a la pared uterina. Además, a pesar que la mayoría de las mujeres entendían y hablaban el español, eligieron continuar hablando en términos críticos entre sí mismas en Quechua, antes que responder a las acusaciones de la doctora directamente. Luego, las mismas mujeres se pararon y retiraron a fin que la madre de la joven pudiera tomar su decisión. Finalmente, la madre aceptó la petición de la doctora con la condición que no llevara al bebé con ella, a pesar del consejo de la médica de lo inadecuado de tal decisión a los fines de alimentación del infante.

En los días que siguieron, mientras la gente del pueblo continuaba hablando sobre este incidente, yo escuchaba que los habitantes repetían las mismas preocupaciones y explicaciones del conflicto médico de la joven madre. Era claro que la gente estaba convencida absolutamente de dos cosas: 1) que cortar el cordón umbilical antes de la expulsión de la placenta conduce inevitablemente a complicaciones de esta clase, y 2) que el frío, que se percibe como la fuente de muchas enfermedades (Oblitas, 1963; Bastien, 1987; Fernández Juárez, 1998; 1999), es especialmente perjudicial en una mujer en trabajo de parto porque el cuerpo debe estar caliente para dar a luz y entregar la placenta. Según esta lógica, la culpa de todo era de la médica. Primero, porque ella había expuesto la piel de la madre al aire frío quitando las mantas y levantando la pollera a la altura de las rodillas. Después, la doctora había introducido en las venas líquido frío con un suero intravenoso e inyecciones para facilitar las contracciones. Ella incluso había sugerido que la transfieran del cuarto caliente de adobe en donde ella había dado a luz a un cuarto frío del hospital primero en Curva y luego en Escoma. Y, además de todo esto, ella había cortado el cordón umbilical antes de que la placenta fuera extraída.

Así, a pesar de sus mejores esfuerzos en amoldarse a la población local, como por ejemplo al atender el parto de la joven en su casa, no interfiriendo en las costumbres locales de dar comida y ma-

tes después del nacimiento, hablando el Quechua dentro de sus posibilidades, la situación descrita arriba era un encuentro cultural muy conflictivo. Como consecuencia de la rapidez con que circulo “el cuento” de la chica, las repercusiones de este acontecimiento trascendió en el tiempo. En el saber popular dentro de la comunidad, las viejas convicciones sobre el doctor en particular, y de la medicina occidental en general, fueron reconfirmadas colectivamente mediante el relacionamiento de anécdotas de distintas personas. Le gente hablaba sobre lo siguiente: las vacunas que causaron enfermedades a sus hijos, la negligencia en no reconocer la severidad de ciertas enfermedades, la falta de respeto para los curadores locales y su medicina, la inhabilidad de curar, el estar fuera del área cuando sus servicios eran requeridos, el tomar acción medica sin pedir permiso y el no dar importancia a los preconceptos médicos de la comunidad.

Desafortunadamente, este ejemplo ilustra claramente los problemas que son comunes en la aplicación de la salud rural. Varios de estos factores se pueden generalizar para ayudar a explicar por qué, además de no buscar servicios médicos en el Consultorio Kallawaya, la gente de Curva también está evitando la asistencia médica occidental en el hospital. Conjuntamente, nos muestran algunos de los obstáculos más difíciles en la integración de las dos medicinas, sea en el hospital o en los hogares.

Creencias sobre la medicina occidental

Para algunas personas la medicina occidental en sí misma es el problema. La lógica cultural local generalmente percibe la medicina convencional como “tabletas” que sirven para calmar dolores en el corto plazo, pero que no curan el problema real y con el tiempo causan daño corporal. La gente que comparte esta percepción de la medicina occidental generalmente va al hospital en casos de accidentes físicos graves o cuando sus enfermedades u otras complicaciones (como en el caso de la joven embarazada) primeramente no responden a los tratamientos de los médicos tradicionales. Esta conclusión está probada por los expedientes del hospital que demuestran que los accidentes y las enfermedades avanzadas, tales como diarrea aguda, están entre las razones más comunes por las que la gente asiste al hospital.

Percepciones acerca del edificio del hospital

Para otros, el problema principal es el edificio del hospital, al que consideran frío y demasiado higiénico en contraste con sus hogares, la mayoría de los cuales son construcciones de adobe con pisos de tierra y sin ventanas. Estas diferencias materiales representan para muchos pacientes diferencias sociales que los ponen en una posición de marcada inferioridad. Por el miedo a las críticas ellos sienten que tienen que estar “presentables” para entrar en el hospital, es decir bañados, peinados y vestidos con ropa limpia. Además, las mujeres se preocupan mucho porque sus hijos como no tienen pañales ensuciarán el piso. Así mismo, la gente que piensa que sufren de enfermedades inducidas por el frío es reuente concurrir a un ambiente fresco por el miedo de empeorar su condición. Por estos motivos, el hospital no es un lugar en donde los miembros de la comunidad se sientan seguros y contenidos. Por el contrario, se sienten vulnerables e incómodos.

Conflictos con el personal de salud

También, hay gente que no se acerca al hospital por su percepción del personal de la medicina occidental, debido a que consideran que los mismos tienen una falta de respeto por la cultura Kallawaya y su conocimiento medicinal, critican en vez de ayudar a los enfermos, y que son fríos e invasores en el trato con los pacientes. Sin embargo, cava señalar que la gente de Curva, e incluso los Kallawayas,

son los primeros en reconocer que hay excepciones a estas caracterizaciones, pero a si mismo dirán que la mayoría de sus experiencias con los médicos occidentales entran dentro de esta descripción. Por lo tanto, esperan este tipo de trato del personal del hospital y tienen mucha precaución en su presencia. Por la misma razón, generalmente, interpretan negativamente el comportamiento de dichas personas en base a estas experiencias. Al igual que en el caso del ejemplo etnográfico anteriormente mencionado, las noticias corren rápido dentro de las comunidades rurales, especialmente cuando son malas. Todo lo que toman en cuenta son los encuentros negativamente percibidos para impedir que la gente visite el hospital y confié en el personal médico. En mi experiencia, esta situación continuó aun cuando se ha incorporado nuevo personal dentro del cuadro del hospital.

Las actitudes críticas de los médicos occidentales hacia la gente también impactan en la decisión de los Kallawayas con respecto a no trabajar en el hospital. Al investigar sobre la historia del Consultorio Kallaway y las razones por la que no está funcionando, me dijeron que uno de los motivos por el que los Kallawayas no están cumpliendo sus turnos rotativos en el hospital se debe al hecho del mal trato que recibieron por parte del personal del hospital. Ellos estaban particularmente frustrados con los desafíos constantes a su sabiduría por parte de los médicos occidentales. Por ejemplo, dicen que ellos expresan una desconfianza explícita en la educación de los médicos tradicionales porque su base esta en la práctica y no en la teoría. Por otro lado, cuentan que cuando un Kallaway o miembro de su familia visita el Consultorio Occidental, a veces les hicieron sentir que si su medicina funcionara en serio deberían poder curarse sin la intervención de otro doctor. También he visto que esta lógica funciona de manera inversa: cuando los médicos occidentales ofrecen dar un consejo no solicitado por los Kallawayas, estos últimos le responden diciendo que no lo necesitan por su condición de ser Kallaway. Mientras que en la mayoría de los casos ésta no es la impresión que el personal médico del hospital se propone dar, es importante echar una mirada más precisa sobre las bases culturales de estas impresiones dentro de la comunidad.

Es importante reconocer, también, que la calidad y la capacidad de un doctor convencional está evaluada a menudo según los mismos estándares culturales que los pacientes aplican sobre los expertos médicos locales, es decir los Kallawayas. A la inversa, el énfasis puesto en la teoría en detrimento de la práctica en el sistema educativo médico convencional, puede conducir a los pacientes a dudar sobre la capacidad de un doctor occidental. A su vez, para los habitantes de Curva la edad es un índice de la profundidad de la experiencia de un médico. Así, prefieren a los médicos más viejos, sean Kallawayas u occidentales. Como indicación de la fuerza de tal creencia, he visto un caso en el cual un Kallaway llevó a su esposa a la ciudad para que le practiquen una extracción de un diente, y aunque el mismo servicio era gratis en Curva, prefirieron realizarlo en la urbe porque el odontólogo local era “residente” y por tanto demasiado joven e inexperto.

La medicina y sus relaciones de poder inherentes

Finalmente, si la antropología médica nos ha enseñado algo, es que las decisiones en materia de salud nunca son relativas exclusivamente a consideraciones médicas, especialmente en contextos donde coexisten diferentes sistemas de salud (Kuipers 1989, Crandon-Malamud 1991, Ainsworth-Vaughn 1998). Sino que por el contrario, son en si mismas acciones sociopolíticas que reflejan alianzas personales e ideológicas y son a menudo los medios primarios a través de los cuales se buscan metas secundarias, tales como la movilidad social, la seguridad económica, etc. (Crandon-Malamud, 1991). Vale el recordar aquí que los Kallawayas tienen muchos papeles sociales, y para los pacientes dentro de la comunidad estos no son solamente especialistas médicos, sino también vecinos, familiares, y amigos (que cuentan con una estatus social relativamente alto) con quienes las relaciones interpersonales, en parte, se construyen y se mantienen por su asistencia médica. En este contexto, cualquier decisión médica adquiere significado en dos niveles. Por un lado, en el nivel del individuo, la preferencia por la asis-

tencia médica Occidental se puede interpretar como carencia de fe en la medicina local o en los Kallawayas. De tal modo, esto puede tener consecuencias negativas en términos de interés económico y social, ya que puede ser tomado por los familiares y amigos como una ofensa (como por ejemplo en el caso de padrinos y suegros). Por otro lado, en el nivel del grupo, la afiliación con el hospital, si es contraria a la opinión que la mayoría tiene sobre la medicina Occidental, puede dar lugar a la exclusión social del individuo o en el mejor de los casos a la crítica. Esto se aplica a la comunidad en general y a los Kallawayas en particular. En el último caso, tal presión ha tenido una influencia de gran alcance con respecto a la frecuencia en que los Kallawayas y sus familias visitan el Consultorio Occidental, así como también en la predisposición con la que los Kallawayas realizan sus turnos en el hospital y en el tipo de relación que mantienen con el personal de la medicina occidental.

Obstáculos a la integración de ambas medicinas

Pese a que Curva cuenta con la infraestructura adecuada para hacer posible la integración de la medicina tradicional con la occidental (algo que pocas comunidades tienen), existen numerosos obstáculos que se oponen a este fin. Estos obstáculos provienen tanto de la comunidad como de la medicina occidental en tanto que institución. Como vimos en el ejemplo etnográfico, los diferentes puntos de vista culturales y políticos en Curva son importantes para entender por qué la gente es resistente a combinar las prácticas médicas en cuestión. En primer lugar, los miembros de la comunidad son temerosos de las consecuencias farmacológicas de la administración conjunta de ambas medicinas y del potencial de toxicidad de la medicina occidental. En este sentido, también juega un papel importante, en detrimento de la no integración, los riesgos legales, tal como pudimos observar en el ejemplo etnográfico. Otra cuestión relativa de importancia, tiene que ver con la distribución de los aciertos y errores en los casos en que ambas medicinas funcionan combinadas. Además, la naturaleza itinerante de la medicina Kallawayas reduce la disponibilidad de los Kallawayas para trabajar en el hospital. Esto adquiere importancia dado los pocos incentivos financieros existentes que socavan la posibilidad de realizar los sacrificios necesarios para cumplir con los turnos en el hospital por parte de los Kallawayas.

Finalmente, está el hecho que los Kallawayas son extremadamente celosos de sus conocimientos médicos; la ausencia de este importante requerimiento impide sobremanera el intercambio entre ambas concepciones médicas.

Por otro lado, en lo referente a todo lo concerniente a la medicina occidental en zonas rurales, a largo de este trabajo he mencionado que muchos doctores que brindan sus servicios en Curva, son percibidos por los miembros de la comunidad como prepotentes. A su vez, ellos son acusados de socavar la habilidad y la autoridad médica de los Kallawayas. El resultado de esto, es un círculo vicioso de competencia entre los practicantes de ambas medicinas, que dificulta la posibilidad de encontrar un lugar común donde puedan conformarse prácticas médicas interculturales. Finalmente, la rotación constante del personal de salud en el hospital impide la creación de confianza y el establecimiento de normas duraderas que distribuyan ecuánimemente las responsabilidades, y satisfagan las necesidades médicas de la comunidad.

Resulta claro el hecho que antes que estos conflictos interculturales sean resueltos, es difícil que la situación imperante en Curva pueda cambiar. Encontrar alguna manera de pagar a los Kallawayas por su trabajo en el hospital (sea un salario mensualizado o por jornada) es un punto crítico en esta dirección. Si bien la presencia física de los Kallawayas en el hospital es un hecho simbólico importante (que en esta materia refleja la política del estado nacional en boga), también resulta decisivo que se los compense como a sus pares occidentales porque de lo contrario se le estaría dando un mensaje contradictorio a la política nacional de la interculturalidad médica: que en realidad las dos medicinas no tienen valores iguales.

Conclusiones

He intentado en las páginas precedentes verter luz acerca de los patrones de comportamiento relativos a la salud en Curva y a las razones por las cuales existe un número bajo de visitantes al hospital. Esto ha exigido necesariamente una discusión del por qué los Kallawayas no están utilizando los recursos disponibles para ellos en el Consultorio Kallaway, optando por atender a los pacientes en los hogares. Mientras que no fue siempre posible o productivo tratar estos asuntos como materias separadas, debe estar claro que el problema de la interculturalidad en Curva se reduce a cuatro preguntas básicas:

1. ¿Por qué los miembros de la comunidad no acuden al Consultorio Occidental del hospital?
2. ¿Cual es la razón por la cual los pacientes no acuden al Consultorio Kallaway del hospital para ser sometidos a tratamientos tradicionales?
3. ¿Por qué la medicina occidental no se aplica en los hogares?
4. ¿Por qué, en general, los dos tipos de medicinas no se integran ni en el hospital ni en los hogares?

No hay ninguna repuesta simple a estas preguntas. Algunos de los obstáculos referentes a la aplicación de la salud intercultural en Curva aquí descritos—barreras lingüísticas, rotación del personal medico rural, choques culturales—son frecuentemente mencionados en la literatura, al mismo tiempo que constituyen problemas endémicos de la presente estructura del sistema rural de salud y de la educación de los profesionales de la medicina occidental (Fernández Juárez, 2004, La Razón 2006). Por otro lado, si bien estos conflictos son aplicables a muchas comunidades rurales, poseen igualmente características locales que reflejan las especificidades del lugar; especificidades que es necesario tomar en consideración a fin de encontrar soluciones viables a los problemas que se presentan.

Concretamente en el caso de Curva, a lo largo de este capítulo he analizado las causas de por qué las tradiciones culturales ejercen una notoria influencia sobre las decisiones a la hora de no optar por el hospital como primera preferencia en ningún tipo de tratamiento. Entre los mas importantes se encuentran los horarios conflictivos, las preocupaciones sobre la privacidad, el tratamiento médico gratuito entre la gente del lugar, las percepciones negativas del edificio del hospital, los celos respecto de su conocimiento medico por parte de los Kallawayas y la presión social. Finalmente, hemos visto que por motivos económicos, hasta que se encuentre una manera de solventar los servicios médicos que los Kallawayas ofrecen en su consultorio, es muy probable que los mismos prefieran continuar curando en las ciudades, o bien, seguir cumpliendo con sus restantes responsabilidades sociales en lugar de desempeñar sus turnos en el hospital.

En conclusión, lo que existe en Curva en la actualidad es la co-presencia de la medicina tradicional y la occidental. Todavía no se ha llegado a la integración o a la práctica intercultural en el sentido que los representantes de las dos medicinas compartan un respeto mutuo por el cual trabajen juntos para lograr el mismo objetivo de mejorar la salud de la comunidad (Fernández Juárez 2004). Esta claro que para alcanzar dicha meta es necesario que se ponga un mayor énfasis en la educación y en la comunicación intercultural (explicando qué es y para qué sirve), respecto de la comunidad en su totalidad (no solamente los Kallawayas) y el personal médico del hospital, para superar los obstáculos existentes. Espero que esta discusión de las razones que atestiguan la resistencia local respecto de la confianza y el aprovechamiento de los recursos del hospital, sea de alguna manera útil a los efectos de introducir mejoras en el área de salud, no solamente en Curva, sino también en otras comunidades rurales.





Kallawayas de Curva leyendo la suerte para pacientes en su casa

Notas

- 1 Hoy en día los Kallawayas en Bolivia están bien organizados representados por diferentes asociaciones regionales y nacionales, la mayoría son respaldados por su personería jurídica. Estas asociaciones significan para ellos beneficiosas funciones profesionales, tanto en la educación de la medicina Kallawayas como en las acciones colectivas de proteger y defender su cultura. Un beneficio para los miembros que ellos consideran especialmente importante es la validación de su identidad Kallawayas y su profesión como practicante de la medicina. La AMKOC, que tiene 37 miembros oficiales, ha existido en Curva desde 1999 y en este momento está en el proceso de recibir su personería jurídica.
- 2 Según estos registros, el número promedio de visitas en el consultorio occidental es de 35 por mes, pero este número incluye los servicios que proveyeron durante sus viajes a las otras comunidades del mismo municipio y también las consultas solicitadas en el hospital de pacientes que no son de Curva. No fue posible calcular qué proporción de este número representan a visitas de Curva, pero supongo que es un número muy bajo, menor al 25%.
- 3 La información de este capítulo fue recolectada como parte de un estudio más amplio para un tesis doctoral de La Universidad de Michigan—Ann Arbor, E.E.U.U. Este trabajo fue financiado por La Fundación de Wenner-Gren y una beca de FLAS (Foreign Language and Area Studies) del Departamento de Educación, E.E.U.U.
- 4 Existe una literatura muy amplia en referencia a la cultura Kallawayas y a sus prácticas médicas, incluso su historia (La Barre, 1948; Teran-Gomez, 1955; Saignes, 1983; Loza, 2004), su conocimiento de la medicina botánica (Oblitas, 1969; Bastien, 1982; 1983; 1987; Girault, 1987), y sus prácticas rituales y lingüísticas (Otero, 1955; Oblitas, 1968; Stara, 1972; Bolton, 1974; Bastien, 1978; Girault, 1989; Rösing 1990; 1991; 1995; Muysken 1997; Fernández Juárez, 1998). Mi discusión aquí, por falta de espacio esta limitada a los factores relevantes al tema del artículo.
- 5 Actualmente, hay tres personas por día destinadas a trabajar en el Consultorio Kallawayas. Durante el año que viví en Curva no había ni un solo Kallawayas por semana cumpliendo su turno correctamente.

Bibliografía

302

- AINSWORTH-VAUGHN, Nancy
 1998 *Claiming Power in Doctor-Patient Talk*. Oxford University Press. New York.
- ALBÓ, Xavier
 2002 *Iguales aunque Diferentes*. Ministerio de Educación, UNICEF y CIPCA. La Paz. .
- ARAUCARIA
 2004 *Desarrollo en Apolobamba. Cultura Kallawayas*. AECL. La Paz.
- BASTIEN, Joseph
 1978 *Mountain of the Condor. Metaphor and ritual in an Andean ayllu*. American Ethnological Society. Monograph 64. St. Paul. West Publishing Company.
- BASTIEN, Joseph
 1982 "Exchange Between Andean and Western Medicine". *Social Science and Medicine* 16, pp.795-803.
- BASTIEN, Joseph
 1983 "Pharmacopoeia of Qollahuaya Andeans". *Journal of Ethnopharmacology*, 8, pp. 97-111.
- BASTIEN, Joseph
 1987 *Healing in the Andes: Kallawayas herbalists and their Medicinal practices*. Salt Lake City: University of Utah Press.
- BOLTON, Ralph
 1974 "To kill a thief: A Kallawayas sorcery session in the lake of Titicaca region of Peru". *Anthropos* (69), pp.192-215.
- CRANDON-MALAMOD, Libbet
 1991 *From the Fat of Our Souls. Social Change, Political Process, and Medical Pluralism in Bolivia*. University of California Press. Berkeley. Los Angeles. London.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
 1998 *Los Kallawayas: Medicina indígena en los Andes Bolivianos*. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. Cuenca.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
 1999 *Médicos y Yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara*. La Paz. Ministerio de Salud y Prevención Social, CIPCA, Equipo de Salud Altiplano (ESA). La Paz.

- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (Coord.)
 2004 *Salud e Interculturalidad en America Latina. Perspectivas Antropológicas*. Edit. Abya-Yala, /BOLHIS-PANIA/ Universidad de Castilla-La Mancha. Quito.
- GIRAULT, Louis
 1987 *Kallawaya. Curanderos itinerantes de los Andes. Investigación sobre practicas medicinales y mágicas*. La Paz: UNICEF, OPS, OMS.
- GIRAULT, Louis
 1988 *Kallawaya. El idioma secreto de los Incas*. La Paz. UNICEF-OPS-OMS.
- KLEINMAN, Arthur
 1980 *Patients and Healers in the Context of Culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Comparative studies of health and systems and medical care. No. 3. University of California Press. Berkeley.
- KUIPERS, Joel
 1989 "Medical Discourse" in Anthropological Context. Views of language and power". *Medical Anthropology Quarterly* 3(2), pp. 99-123.
- LA BARRE, Weston
 1948 *The Aymara Indians of the Lake Titicaca Plateau, Bolivia*. Memoirs of the American Anthropological Association, 68. American Anthropological Association. Washington.
- La Razón
 2006 "El sistema de salud pública esta en crisis". 26 de Marzo. La Paz.
- LOZA, Carmen B
 2004 *Kallawaya. Reconocimiento Mundial a una Ciencia de Los Andes*. Viceministerio de Cultura. Fundación del BCB. UNESCO. La Paz.
- MUYSKEN, Pieter
 1997 "Callahuaya". *Contact Languages: A wider perspectiva*. pp.427-447 Sarah Thomason. Amsterdam/ Philadelphia. John Benjamins Publishing Company.
- OBLITAS, Enrique
 1963 *Cultura Kallawaya*. Talleres Gráficos Bolivianos. La Paz.
- OBLITAS, Enrique
 1968 *La Lengua Secreta de Los Incas*. Edit. Los Amigos del Libro. La Paz.
- OBLITAS, Enrique
 1969 *Plantas Medicinales en Bolivia*. Edit Los Amigos del Libro. La Paz.
- OTERO, Gustavo Adolfo.
 1950 *La Piedra Mágica. Vida y costumbres de los indios Callahuayas de Bolivia*. Edit. Juventud. La Paz.
- RÖSING, Ina
 1990 *Introducción al Mundo Callawaya. Curación ritual para vencer penas y tristeza*. Tomo I: Introducción y Documentación. 5 vols. Volumen 1. Edit. Los amigos del libro, Cochabamba/La Paz.
- RÖSING, Ina
 1991 *Las Almas Nuevas del Mundo Kallawaya. Análisis de la curación ritual. Callawaya para vencer penas y tristezas*. Tomo II: Datos y análisis. 5 vols. Volume 2. Cochabamba/La Paz: Los Amigos del Libro.
- RÖSING, Ina
 1995 "Paraman Purina—going for rain: "mute anthropology" versus "speaking anthropology"". *Anthropos* 90, pp. 69-89.
- SAIGNES, Thierry
 1983 "¿Quienes son los Callahuayas? Nota sobre un enigma historico". *Espacio y Tiempo en el Mundo Callawaya*. pp. 11-129. Universidad Mayor de Andres. La Paz.
- STARK, Louisa
 1972 "Machaj Juyai: Secret language of the Callawayas". *Papers in Andean Linguistics* 1, pp.199-277.
- TERÁN-GÓMEZ, Luis
 1955 "Los Callahuayas: Indios raros de Bolivia". *Anuario Folklórico de Mexico*. pp.141-147.
- ZALLES, Jaime
 1999 "Complementación de las dos medicinas en el campo". En FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo, *Médicos y Yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara*. pp. 229-241 Ministerio de Salud y Prevención Social, CIPCA, Equipo de Salud Altiplano (ESA), OPS/OMS La Paz.

Y SIN EMBARGO SON ELLAS LAS QUE MÁS HACEN POR LA “SALUD INTERCULTURAL”

M^a Dolores González Guardiola. Universidad de Castilla-La Mancha, España
Carlos M. Caravantes García. Universidad Complutense, España

Como sabemos, la antropología de la salud se dedica al estudio de todos los aspectos relacionados con las diferentes formas de comprender, vivir y elaborar soluciones frente al proceso “salud-enfermedad-atención”. Los trabajos realizados en esta línea nos han permitido conocer y comprender los diferentes modelos explicativos sobre salud y enfermedad así como los elementos implicados en los cuidados y las diversas formas de asistencia. Se han estudiado, por tanto, cuestiones tales como los espacios donde se imparte medicina, las distintas formas de consultas médicas y, desde luego, las relaciones médico-paciente. Son estos últimos aspectos los que han llamado nuestra atención y sobre los que quisiéramos efectuar una reflexión desde nuestra perspectiva específica, destacando la importancia de los procesos de identificación de género de los actores sociales. Creemos que dicha identificación no ha sido suficientemente tenida en cuenta en muchos análisis aunque no haya sido ignorada. La perspectiva que planteamos no se limita a la mera consideración de esta visibilización genérica, sino que se inscribe en la denominada perspectiva teórica y metodológica de género. Pero si el objetivo de este trabajo será incidir en la importancia de la identificación de género de los sujetos sociales de la realidad estudiada, creemos que es necesario efectuar una breve consideración previa en la identificación de género de quienes realizamos esta aproximación. De esta manera procedemos también a la visibilización del analista que tanto debate teórico ha generado en nuestra disciplina pero sobre todo nos permite poner en práctica este doble enfoque de aproximación y registro que parecía ser, históricamente, uno de los sistemas “recomendables” de aproximación antropológica. Uno de los aspectos tratados en los últimos años (se explicita o no) ha sido cómo la intervención del analista modifica la relación analítica. En nuestro caso esto se hizo patente en los diferentes encuentros mantenidos que establecieron cauces de información alternativos, así como en las diferencias de trato observadas que originaron, en ocasiones, algún tipo de complicidad (sobre todo femenina) y, en ocasiones, la búsqueda del reconocimiento (sobre todo masculino).

A partir de los estudios realizados por los especialistas de la antropología de la salud y la enfermedad sabemos que es posible establecer una distinción analítica entre diferentes modelos médicos que reflejarían los rasgos estructurales de la organización y funcionamiento de los sistemas médicos específicos en cada sociedad. Es decir, entendemos, siguiendo a Rosario Otegui¹, que es necesario vincular los procesos de salud-enfermedad-atención a las formas históricamente construidas de reproducción social de los grupos. Hablaríamos, por tanto, de procesos sociales sometidos a las particularidades estructurales que caracterizan las relaciones sociales de las diversas realidades socioculturales. Entendemos que cada conjunto social está formado por las organizaciones sociales² que son producto de las soluciones que cada sociedad desarrolla a lo largo de su propia historia. En este sentido podríamos decir que existe una organización social en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención en la que los diferentes actores sociales desempeñan sus papeles culturalmente asignados, reflejo de la forma de comprender dichos procesos. Esta organización social no está evidentemente aislada sino que está articulada con el resto de organizaciones sociales que conforman un sistema específico y que son cambiantes ya que están en función de los procesos históricos sobre cuya base se sustentan. Entre este conjunto de or-

ganizaciones sociales que conforman un sistema específico estarían las organizaciones genéricas que expresan la respuesta social al dimorfismo sexual y están constituidas por sujetos de género (hombres y mujeres, al menos), relaciones (intergenéricas e intragenéricas), instituciones y acciones sociales. Es imprescindible, por tanto, reconocer, para un análisis certero, aquellas variables que actúan de forma decisiva sobre la configuración de las identidades particulares y cómo se articulan dialécticamente dando lugar a formas de vida que son el resultado del conjunto de determinaciones a que son sometidas. Así, como afirma Marcela Lagarde³ es diferente la pertenencia a una clase u otra categoría social si se es hombre o si se es mujer, y es diferente ser mujer o ser hombre de acuerdo con la clase o la pertenencia étnica. La elaboración del concepto de género ha sido fundamental para poder superar, al menos teóricamente y en ciertos sectores, las limitaciones que imponía un modelo “naturalista” que asignaba como naturales roles, tareas, habilidades o sentimientos en función de las características biológicas. A partir de esta primera definición de lo que se denominó “sistema sexo-género”⁴ se han desarrollado múltiples herramientas conceptuales, con una gran capacidad de profundización analítica, que han constituido lo que actualmente denominamos la Perspectiva de Género.

Creemos, por tanto, que la perspectiva teórica y metodológica de género nos permite formular buenas preguntas que nos conduzcan a una aproximación acertada a estos procesos. Hay que decir que aplicar la perspectiva de género no es una opción coyuntural o circunstancial. Hace referencia al empeño por efectuar dicha aproximación desde un enfoque teórico y metodológico que ha sido trabajado y elaborado en las últimas décadas, con múltiples logros y avances de gran rigor científico, y que, sin embargo, es necesario explicar en los trabajos realizados, a no ser que las/los autoras/es se dirijan a sectores iniciados porque, entre otras cosas, la utilización del enfoque de Género es percibida en muchas ocasiones de forma errónea, como efecto, claramente, de las relaciones de poder establecidas también en los contextos académicos. Este enfoque no implica necesariamente una postura feminista, aunque ésta, es importante advertirlo, no sólo no indicaría un sesgo en el análisis sino que debe reconocerse que las críticas, preguntas y teorías feministas han realizado una aportación de gran valor a la elaboración del conocimiento científico. De hecho son las aportaciones que provienen del ámbito feminista las que nos han permitido dos pasos iniciales claves: “visibilizar la invisibilidad” y preguntarnos por el sujeto histórico que ha detentado el poder en el ámbito del saber. Ambos han sido la base a partir de la que ha sido posible desarrollar un potente corpus de conocimiento que como afirma Teresa del Valle⁵ ha aportado a la disciplina un carácter innovador, emancipatorio y revolucionario⁶ en muchas de las propuestas que hace, todo ello apoyado en una cada vez más sólida base teórica y metodológica.

La perspectiva de género nos ayuda a comprender la complejidad de los sistemas sociales que podemos reconocer como sistemas de género, con todos sus mandatos, impactos y cambios, identificando las diferencias y, por tanto, desechando la homogeneización en función de cada una de las adscripciones voluntarias o involuntarias de los sujetos sociales (étnica, de clase, de edad, etc.). De la misma manera nos permite reconocer (para desarticularlo y desmontarlo al menos teóricamente) lo que Marcela Lagarde⁷ califica como la diferente conformación de poderes que corresponden a cada género así como las relaciones de poder intergenéricas a partir de los espacios de poder adjudicados culturalmente y, desde luego, el impacto y las consecuencias que éstas tienen para los actores sociales.

Aplicar esta mirada antropológica desde la perspectiva de Género es un esfuerzo que ha sido y está siendo abordado por sectores cada vez más relevantes en el área de trabajo que pretendemos considerar. Como afirma M^a Luz Esteban⁸ analizar los procesos de salud-enfermedad-atención desde una perspectiva de Género y feminista nos permite formular nuevas y buenas preguntas así como nos va a ayudar a identificar los elementos que hacen que perduren las desigualdades sociales en función de la clase social, género, etnia u otras variables pertinentes. La perspectiva de género pretende conseguir, entre otras cosas, el desvelamiento de aquellos sectores y aquellas relaciones sociales que han permanecido y permanecen invisibilizados para, a partir de dicha consideración, poder adentrarnos en la complejidad de las dinámicas sociales. Este enfoque se muestra especialmente adecuado para plantear los mecanismos que condicionan los procesos de salud-enfermedad-atención desde una concepción “biologi-

cista” que en el caso de las mujeres se relacionan, en gran medida, con sus funciones reproductivas⁹. Como afirma Esteban, la aplicación de modelos interpretativos que establecen jerarquías entre diferentes realidades ha contribuido a la “supervisibilización” de los roles reproductivos de las mujeres frente a la invisibilización, e infravaloración por tanto, de las aportaciones femeninas en otros aspectos. Así, su papel como agentes económicos activos ha tardado en ser reconocido y, cuando lo ha sido, su función se ha enmarcado en su papel de gestoras, y en muchos casos responsables directas, de las unidades domésticas. De la misma manera, aunque se han constituido, en múltiples ocasiones, en interlocutoras de los poderes públicos a partir de plantear demandas específicas, sin embargo todas estas actuaciones en el ámbito económico o político son entendidas como la expresión de intereses prácticos de género, que reflejan el desempeño de los roles tradicionales de esposas y madres en el seno de sociedades patriarcales.

Uno de los elementos que fue aceptado y adoptado de manera mayoritaria en el proceso de elaboración de las herramientas analíticas de género fue la separación entre las esferas públicas y privadas/domésticas¹⁰ como una forma de reconocer, por un lado, el lugar en que tradicionalmente ha tenido lugar la vida de las mujeres y, por otro, ha sido la forma de ubicar las distintas actividades a las que se han dedicado históricamente hombres y mujeres. Sin embargo, esta separación ha sido cuestionada desde la década de los ochenta al percibirse que era indispensable considerar la articulación entre producción y reproducción. El Enfoque de Producción-Reproducción implica una reconceptualización del trabajo ya que incluye tanto el trabajo realizado para el mercado como las actividades orientadas a la reproducción biológica, social e ideológica de la fuerza de trabajo¹¹.

Los elementos que sirven de base para este artículo se inscriben en el contexto del reconocimiento institucional de la medicina Kallaway, visibilizada, en gran medida, a partir de la Declaración de la UNESCO¹² y centrado, materializado, dicho reconocimiento en el Hospital kallaway-español de San Pedro de Curva. Así pues, el escenario concreto al que nos referimos es el marco de los esfuerzos encaminados al establecimiento de una convivencia efectiva entre dos formas de considerar, de hacer o impartir medicina, que es el objetivo de unas políticas basadas en un enfoque de carácter intercultural, entendido como esa transferencia mutua entre “diferentes en igualdad”. No nos es posible reflexionar¹³ sobre nuestra experiencia en los pasados meses de agosto y septiembre de 2005, sin transportarnos mentalmente en la traqueteante “movilidad” que nos llevaba por el camino carretero que cruza y conecta las comunidades de la Cordillera de Apolobamba, en la Provincia Bautista Saavedra del Departamento de La Paz. Sólo se acortan las impresionantes distancias y los consiguientes retrasos que las infraestructuras viarias acrecientan, cuando se recorren a pie¹⁴ las sendas, nunca en plano horizontal, trazadas durante siglos por el hollar humano a más de tres kilómetros de altitud.

La acción acometida por las diversas instancias institucionales, materializada en el mencionado Hospital, mostraba algo que por otro lado es perfectamente conocido y es que las políticas basadas en los principios de la interculturalidad son sumamente complejas y encuentran a su paso múltiples escollos. La identificación de dichos obstáculos parece un requisito indispensable para la elaboración de buenas prácticas según los diseños pertinentes. Así, podríamos decir que las políticas basadas en los principios de interculturalidad requieren unos reconocimientos, unas relaciones y unas transferencias entre realidades culturales que desechen las jerarquías y asimetrías existentes. También es necesario destacar los cambios intraculturales que han de producirse por el contacto cultural y la asunción de nuevas realidades sociales¹⁵. Esta contextualización nos llevó a establecer que los actores locales en salud que deberíamos considerar, eran el personal de salud, las autoridades originarias, los médicos kallawayas y, por supuesto, las propias comunidades.

En el medio rural, en cada una de las situaciones en las que se encuentran ambos tipos de cultura, a través de ambos tipos de “medicina”, se revela la dificultad de lograr relaciones mínimamente igualitarias, interculturales, que permitan acciones realmente recíprocas.

Asistimos, de un lado, a las actuaciones de una autoridad, científica y hegemoníicamente constituida, internacional y hasta “globalmente” respaldada, ante/sobre las que, parece, sólo cabe emitir la crítica a los desempeños individuales de algunos de sus representantes o a insuficiencias, todavía no so-

lucionadas pero vagamente definidas, de la propia ciencia médica. En la dimensión de los posibles rechazos o censuras verbales (y actuaciones o actitudes de oposición o resistencia) a los desempeños profesionales de los médicos y personal auxiliar de salud, hemos advertido inicialmente que son favorecidos por la existencia o la confluencia de varios aspectos.

En primer lugar, la bolivianidad de quienes corporeizan aquella autoridad médica parece facilitar las dudas sobre su preparación profesional como el reverso, la cara opuesta, al respeto o al reconocimiento de los estudios y de la superioridad técnica de los extranjeros¹⁶, incluso cuando en ambos casos pueda achacárseles una falta de adecuación a las circunstancias culturales concretas de los campesinos de esas comunidades. Creemos que (como sucede con el siguiente aspecto que consideramos) es un factor que influye en la resistencia popular a caracterizar adecuadamente cada relación entre médico (o auxiliar de salud) y paciente en términos de clientela, en el contexto del reconocimiento de un servicio que el Estado presta, en la obligación comunitaria de favorecerla, etc¹⁷. En segundo lugar, la pertenencia étnica (frecuentemente deducida de apellidos, apariencia física, etc.) del profesional de la salud, a la que parecen sumársele características asociadas a la clase social y ocasionalmente al origen regional (kolla-camba), interfiere en la relación terapéutica de una forma ambivalente: semejanza-falta de aprecio (minusvaloración que tantas veces hemos presenciado en las intervenciones de profesores o intelectuales aymaras o quechuas ante auditorios sindicales campesinos, o ante comunidades o autoridades originarias, por contraste a las presentaciones que hacen profesionales *mestizos*) frente a diferencia-prestigio, coexistiendo con perspectivas de semejanza-cercanía (especialmente al compartir la lengua), frente a diferencia-incomunicación (a la que se manifiestan muy sensibles las integrantes del servicio oficial de salud, como en otro momento destacamos por su interés en evitarla). Es necesario destacar, asimismo, la existencia de una organización de autoridades originarias comunitarias, y de cargos sindicales, de cuyo poder depende que los medios utilizados para la residencia o las breves estancias del personal de salud, y para su desempeño sanitario, reúnan buenas condiciones, así como que ese desempeño socialmente sea el adecuado. Para coadyuvar a ello, deberían dichas autoridades contribuir con toda su autoridad e influencia, por ejemplo, a que las medidas de higiene y medicina preventiva que sugiere el personal sanitario (siguiendo, a veces, campañas nacionales, muy especialmente las de vacunación) se difundan y se realicen de la forma más completa posible. Ocurre, sin embargo, sobre todo en el caso de que sean mujeres (por lo que plantean nuestras observaciones) las responsables de la biomedicina, que la única forma que tienen esas autoridades de demostrar su poder, que no pueden ejercer por lo general fuera de la comunidad, es desempeñándolo, afirmándolo, en bastantes ocasiones contradiciendo las propuestas del personal médico, al que acusan en las asambleas comunitarias de mala atención. Así, creemos que la caracterización de género de los profesionales de la salud dificulta o favorece las críticas, los rechazos, o incluso la legitimación y racionalización de las distancias interpuestas, de los y las pacientes y de las comunidades en que se desempeña la actividad de aquéllos y aquéllas, con análoga ambivalencia a la que acabamos de aludir.

Por el otro lado de ese contacto cultural, la cultura kallawaya ha logrado un respaldo internacional lleno de prestigio, con la declaración de la Unesco, y puede, al parecer, conseguir un enorme apoyo económico en cuanto sea capaz de articular una sólida propuesta. Sin embargo, se señalan varios problemas. Las personas actualmente portadoras en sus comunidades originales de esa cultura kallawaya, sobre todo de sus conocimientos médicos y botánicos, no se sienten representadas por sus homólogos residentes en las ciudades y presentes ante las instituciones oficiales, por lo que se dificulta la elaboración de esa propuesta común. Creen, además, que no están suficientemente considerados por las instituciones médicas oficiales (a las que les piden “ítems”, es decir reconocimiento académico, pero también económico), ni por el personal de salud con el que conviven, del que demandan respeto y colaboración.

La observación realizada del sistema de salud resaltó de forma inmediata una primera característica que era evidentemente obvia. El personal de salud era muy mayoritariamente femenino. Esta situación suscitaba múltiples interrogantes. ¿Esto era importante? ¿Qué puestos desempeñaban? ¿Influía de manera significativa en el desempeño del trabajo que debía realizar el Equipo de la Red de Salud

Apolobamba? ¿Atendían indistintamente a toda la población que correspondía a cada grupo en la distribución organizativa de la red? Esta característica facilitaba la aplicación de una herramienta básica en el análisis para la necesaria visibilización de los actores sociales así como de la complejidad de las relaciones sociales. Es decir, permitía y facilitaba de manera casi inmediata desagregar por género los datos e informaciones obtenidas en el contexto al que nos referimos¹⁸.

Sabemos que cuando reflexionamos sobre estas cuestiones, es posible realizar muchas argumentaciones. Vistas desde la distancia espacio-cultural (la experiencia actual española) podrían ser consideradas de forma parecida a como hemos conocido el cambio que ha experimentado el sistema de salud español con la incorporación numérica y significativa del personal de salud femenino, aunque también sabemos que no desempeñando cualquier puesto porque el “techo de cristal”¹⁹ es una realidad tozuda muy difícil de romper.

También nos planteamos consideraciones que nos hablan del nuevo desempeño social y público de labores y trabajos que, de alguna manera, son la prolongación de las tareas asignadas tradicional y específicamente por el sistema de género correspondiente. Así, sabemos que ámbitos laborales claramente relacionados con el “cuidado de los otros” han sido y son espacios en los que se ha producido, en gran medida, la incorporación femenina al trabajo asalariado. Pero como no podemos obviarla, no sólo la distancia espacio-cultural es la que nos proporciona los elementos comparativos básicos que inducen nuestras reflexiones y nos permiten formular buenas preguntas. El acercamiento a la perspectiva histórica²⁰ nos indujo a preguntarnos sobre quiénes habían tenido los conocimientos médicos y quiénes los habían administrado con autoridad y saber científico en otros tiempos. Así, el estudio del “otro” o de la “otra” desde la distancia temporal nos permitía establecer marcos de reflexión mucho más amplios. Una sorpresa experimentada ya hace algún tiempo nos hizo recordar lo estereotipado y simplificador de nuestro conocimiento histórico (ese que aprendimos hace largo tiempo y repetimos como una verdad incuestionable quienes no somos especialistas). Volviendo a las fuentes comprobamos que, como nos explica M^a del Carmen García Herrero²¹, Ginecología y Obstetricia son dos campos del saber en los que las mujeres detentaron un monopolio casi absoluto hasta el Siglo XVI lo que podía implicar un diferente modo de sentir y pensar colectivo. Es cierto, que nos referimos a especialidades construidas en torno a los procesos de la reproducción biológica y que dichas ramas de la medicina, por razones de diversa índole (muchas de ellas de carácter moral o religioso...), han sido desempeñadas mayoritariamente por mujeres (en diferentes lugares y tiempos), pero no por ello es un dato menos relevante sobre todo si atendemos a los/las especialistas²² que nos hablan de las obras de médicos varones que, a partir de 1750, se preocuparon por la mortandad en los hechos de la reproducción biológica acusando de impericia e ignorancia a las parteras y comadronas con un claro interés, puesto que estaban reclamando como grupo el ejercicio de una rama de la medicina que hasta ese momento había estado en manos de las mujeres. Estas consideraciones en clave de distancias espaciales y temporales nos ayudaban a visibilizar a los actores sociales y a confeccionar un marco de referencia que contribuyera a profundizar y a establecer los matices pertinentes en el análisis del objeto de estudio. La importancia de estas consideraciones radicaba en el hecho de que son constataciones que contribuyen a que reconozcamos (de nuevo) los principios etnocéntricos y androcéntricos que, a pesar de nuestros esfuerzos, siguen sesgando nuestras reflexiones si no son suficientemente comprendidos, objetivados y vigilados. Y todos estos matices se nos planteaban cuando, no podemos dejar de advertirlo, éramos conscientes de que gran parte de la historia que utilizaban como referencia nuestros informantes era una construcción cultural acomodada a los sectores hegemónicos actuales²³. Más allá de sus características admitidas, nos cabía preguntarnos, también en clave de interpretación de género, para quién, cómo y en qué circunstancias significaba algo cada aspecto de ambos sistemas médicos, porque no era posible ningún planteamiento o propósito intercultural sin considerarlo.

Volvamos, con estas reflexiones incorporadas, a nuestro objeto de estudio y sobre todo a nuestros sujetos estudiados. ¿Existía algún rasgo que evidenciara las prioridades de la tarea que les ha sido encomendada? La propia información que existía en los centros mostraba que entre todas las medidas pues-

tas en marcha en el contexto de referencia es imprescindible destacar una iniciativa implementada a nivel nacional y considerada como una prioridad. Se trata del SUMI (Seguro Universal Materno Infantil)²⁴ mediante el que se establece la atención gratuita y universal a todas las niñas y niños menores de 5 años y a todas las madres embarazadas hasta los 6 meses después del parto, que es percibido como una de las fortalezas del Sistema de Salud. Este Seguro engloba una serie de medidas referidas al embarazo, controles prenatales, atención de partos (tanto en servicio como domiciliario) y lactancia materna, así como la atención de niñas y niños con especial atención a la cobertura de vacunación. Asociadas a estas prestaciones se encuentran las campañas sobre métodos anticonceptivos entendidos como un derecho de la población aunque dirigido fundamentalmente a las mujeres²⁵. Las medidas arbitradas por el SUMI pueden ser encuadradas en el conjunto de las políticas que asumen como eje de su actuación el denominado binomio madre-niño desde una concepción que intenta responder a las necesidades más urgentes pero que, al mismo tiempo, perpetúa estructuras de género claramente desfavorables para las propias mujeres.

La existencia del SUMI es, sin duda, un importante y necesario conjunto de medidas que, sin embargo, tropieza con múltiples dificultades de aplicación, manifestadas, por ejemplo, por el personal de salud masculino a la hora de la atención ginecológica o por el personal médico en general a la hora de poner en marcha las campañas de vacunaciones. Estas dificultades muestran, en el último caso, la desconfianza existente ante la aplicación de medidas propias de la biomedicina pero también, y queremos hacer hincapié en ello, la importancia de considerar la identificación de género en la relación médico-paciente. En efecto, se manifiesta en este caso una paradoja que refleja las tensiones sociales existentes. Las estrategias aplicadas en el proceso de atención médica se ajustan a las normas establecidas por el SUMI con los problemas descritos, pero al mismo tiempo esta estructura es la vía considerada más adecuada para poder llegar a un grupo más amplio de la población. Así, se intenta realizar un trabajo de prevención a través de charlas orientadas mayoritariamente a las mujeres en su rol de esposas y madres dado que ellas son las amas de casa y las que cuidan a los hijos. Un recurso, en este sentido, es la creación de Clubes de Madres para cuestiones de nutrición e higiene aunque con el esfuerzo añadido (con escaso éxito) de que los hombres se integren porque, dado que son los que mayoritariamente trabajan fuera de la comunidad, son los que realizan las compras necesarias para el hogar lo que redundaría de forma inmediata en la calidad de la nutrición.

La aplicación de estas medidas y los obstáculos encontrados deben ser explicados, obviamente, en el contexto en el que se desarrollan, caracterizado, por un lado, por un componente fuertemente patriarcal y, por otro, por la convivencia de dos realidades culturales no siempre en buena armonía.

Así, en lo que respecta al conjunto de políticas de control de natalidad parecen existir procesos soterrados y estrategias ocultas por sectores femeninos de la población para poder acceder a estos servicios y poder controlar el número de hijos. Los testimonios obtenidos en este sentido nos hablan de lo arraigado de estas estructuras patriarcales: “Aquí el machismo es muy fuerte. No quieren tener mujeres jefes. El esposo decide sobre partos, operaciones, ‘esperemos a lo que diga mi esposo’. Género aquí suena a feminismo y no tiene que haber. Aquí hay dependencia económica del hombre, las mujeres son menores.” Las informaciones recogidas nos hablan de que el que viene a consultar es el esposo: “Él habla, ella se queda callada y no se sienta en la silla sino en el piso. Si él dice 10 hijos, son 10 hijos”.

La estructura social de carácter patriarcal a la que nos referimos se evidenció en diversos momentos y situaciones. En el caso de reuniones públicas fue posible observar una escasa presencia femenina, aunque se tratara de convocatorias consideradas importantes por las propias comunidades. La representación en el caso de las autoridades originarias era ejercida mayoritaria por los varones en una proporción que no dejaba lugar a dudas. Por otro lado, la información obtenida hablaba de que está mal visto que las mujeres hablen en las reuniones y asisten sólo cuando sus maridos no están por emigraciones temporales en busca de trabajo. Las consecuencias de actuar de forma contraria a estas pautas de comportamiento implicaría que fueran dejadas de lado por la propia comunidad.

La situación de subordinación que sufren las mujeres en contextos patriarcales²⁶, donde no poseen ningún tipo de poder para decidir sobre su cuerpo y su sexualidad, conduce a que sean otras

personas las que decidan sobre la utilización de métodos anticonceptivos, sobre qué tipo de anticonceptivos o sobre cuándo y cómo mantener relaciones sexuales²⁷. La propuesta del “empoderamiento” trata de ser una respuesta a estas situaciones, surgida desde las organizaciones sociales que proponen cambios cualitativos en el diagnóstico y la elaboración de estrategias para cambiar la posición y la situación de las mujeres en sus respectivas sociedades²⁸. La noción de “empoderamiento” incluye el fortalecimiento de la posición económica, política y social de las mujeres para poder influir, con intereses específicos de mujeres, sobre sus propias realidades e intentar impulsar políticas que supongan alcanzar la equidad de género. Muchas de estas acciones se resumen en el denominado Mainstreaming de Género, concebido como la estrategia más efectiva para alcanzar la equidad de género, que implica “la organización (la reorganización), la mejora, el desarrollo y la evaluación de los procesos políticos, de modo que una perspectiva de igualdad de género, se incorpore en todas las políticas, a todos los niveles y en todas las etapas, por los actores normalmente involucrados en la adopción de medidas políticas”²⁹.

Estas medidas son las estrategias adoptadas a partir de la comprensión de lo que implican, tanto en la administración de salud como en cualquier otro aspecto que tratemos, aspectos claves como las distinciones analíticas entre la posición y situación/condición de hombres y mujeres en la comunidad, las actividades reales de ambos (incluye la visibilización como agentes económicos activos de las mujeres), para que se atienda, también en el ámbito específico de la salud, al papel desempeñado por las mujeres como los actores sociales, mejor dicho las actrices sociales destinadas por prescripción cultural a lo que hemos denominado “el cuidado de los otros”. Young³⁰ entiende por situación/condición el estado material en el cual se encuentran las mujeres, mientras que la posición se referiría a la ubicación social y económica de las mujeres respecto de los hombres. Esta distinción nos permite diferenciar, entre las estrategias elaboradas por sectores de mujeres en demanda de soluciones a problemas inmediatos y las estrategias orientadas a la modificación de desigualdades estructurales. Las primeras intentan solventar los problemas inscritos en los intereses prácticos de género³¹ y las asociaciones u organizaciones creadas de diverso tipo tienden a disolverse sin haber modificado su posición, mientras que las estrategias orientadas a la modificación de desigualdades estructurales intentan hacer hincapié en la importancia de la posición de la mujer en el seno de su propia cultura para, de esta manera, identificar las causas estructurales que le impiden mantener una relación de género más justa y equitativa.

Esta distinción es útil para preguntarnos cuál es la posición y la situación del sector social al que nos referimos. Es habitual encontrar, en la literatura referida al tema que nos ocupa, reflexiones sobre el hecho de que las instituciones sanitarias, como parte de un sistema social y cultural determinado, reproducen los modelos sexistas, cuyo reflejo sería, fundamentalmente, la escasa presencia de mujeres en los puestos de toma de decisiones (el denominado “techo de cristal”) frente al incremento del personal femenino de salud. También es frecuente ejemplificar la interacción médico-paciente identificando al médico como hombre y a la paciente como una mujer, incluso en carteles o paneles didácticos. La pregunta que nos formulamos es ¿qué ocurre cuando la interacción cara a cara tiene lugar entre médicas y pacientes hombres? Las investigaciones feministas realizadas en este campo³² inciden en cómo la profesionalización de la medicina ha significado, históricamente, el monopolio masculino de la misma, mientras ocupaciones como la enfermería y las relacionadas directamente con la reproducción han sido desempeñadas tradicionalmente por mujeres³³. Las situaciones observadas nos hablan de una desconfianza cierta, cuando no de una abierta hostilidad hacia las profesionales de la biomedicina, en algunos casos concretos. De hecho, esta situación era percibida y explicitada de manera crítica por parte de sectores amplios del propio personal de salud a través de expresiones como las siguientes: “No olviden que ustedes son machistas, las mujeres atrás, ustedes no cuidan wawas, no lavan ropa, tal vez no cocinen. Entre mujeres nos conocemos, como mujeres sabemos lo que les pasa a otras mujeres y nos comunicamos”. Pero, al mismo tiempo, es importante destacar que este planteamiento está ligado a la discriminación étnica: “Mucha discriminación hay en la ciudad a los comunarios... las señoras les tienen miedo”. “¿En avión no puedes ir de pollera? Es falso, más nos discriminamos nosotros. A Guatemala fui de pollera, los gringos no me hicieron problema”.

Para quienes creemos que la comprensión de las estructuras de género es un elemento imprescindible sin el que difícilmente podremos comprender las dinámicas sociales, resulta básico establecer los puntos de intersección entre las articulaciones interculturales y las relaciones intergenéricas e intra-genéricas. Es necesario reconocer, para ello, que las experiencias de los hombres y las mujeres no son iguales dentro de los procesos sociales, y que por tanto la aplicación de categorías abstractas genera desigualdades. Así, la identificación de género es uno de los objetivos que nos propusimos como elemento fundamental para poder entender cómo era el desempeño de un sector clave de los actores locales en salud así como para comprender lo que significaba dicho desempeño en un entorno pluricultural. Dicho propósito se centró en la visibilización de un grupo de mujeres que desempeñan puestos de responsabilidad (doctoras y personal auxiliar) en el sistema de salud implementado por las autoridades bolivianas. Su posición como personal de salud no se corresponde con su posición de género y esta divergencia parece especialmente compleja y dificultosa en los ámbitos de una identificación étnica autóctona más acentuada.

Poner de relevancia estos hechos es el objetivo de este artículo que se planteó como una forma de intentar comprender los procesos abordados por la antropología de la salud y la enfermedad en un espacio y un momento concretos, desde una perspectiva específica. Ese espacio y ese momento son el escenario en el que un grupo importante, significativo y potente de profesionales de salud han desempeñado su trabajo entre dos realidades culturales que son el contexto de dos concepciones de la propia historia y, en el tema que nos ocupa, de dos sistemas médicos que parecen vivir de espaldas uno a otro. Dos concepciones del mundo, a veces entrelazadas y a veces directamente enfrentadas pero que parecen presentar características estructurales muy semejantes en un aspecto fundamental: su sistema de género real frente al imaginario simbólico que postula la reciprocidad complementaria³⁴.

Las mujeres profesionales de la biomedicina parecen, en la realidad analizada, las principales representantes (en situación, no meramente en teoría) de la apuesta por la interculturalidad, mostrando el deseo de aprender, en los casos en que no la usan ya, la lengua de las comunidades y de conocer sus categorías culturales (como las de orden y desorden) relativas a la salud, la enfermedad y la curación. Son conscientes, sin embargo, como venimos exponiendo, de los impedimentos y trabas que su propia caracterización de género les impone. Resaltar, destacar y valorar su tarea, visibilizándola, es imprescindible.

Notas

- 1 OTEGUI, Rosario, 2005 “Una cosa fea”: VIH-SIDA y sistema de género entre los gitanos españoles” en *Revista de antropología social*, pp. 145-172, Departamento de Antropología Social, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Complutense de Madrid.
- 2 LAGARDE, Marcela, 1997 (1996), *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*, Madrid, horas y HORAS
- 3 LAGARDE, 1997
- 4 RUBIN, Gayle, 1986, “El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política del sexo”, en *Nueva Antropología*, n° 30, págs. 95-146.
- 5 VALLE, Teresa del, 2000, *Perspectivas feministas desde la antropología social*. Pág. 9. Barcelona. Ariel
- 6 Todo proceso revolucionario ha sido precedido (a veces, guiado) por una vanguardia, imprescindible especialmente cuando se atentaba contra las imperantes relaciones de poder (académico, invisibilizador y represor, en el ámbito científico que planteamos). Sin el movimiento feminista nunca hubieran sido posibles los análisis de las distinciones y actitudes jerárquicas sobre los géneros, que determinaban toda investigación social.
- 7 LAGARDE, 1997
- 8 ESTEBAN, M^a Luz, 2006, “El Estudio de la Salud y el Género. Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista” en *SALUD COLECTIVA*, Buenos Aires, 2 (1): 9-20; Enero- Abril

- 9 Esta consideración refleja una concepción tradicional en antropología, la dicotomía naturaleza/cultura, que asimila la mujer a la naturaleza y el hombre a la cultura. Su racionalización se sustentaba en la idea de que es natural (lo más, o lo único estrictamente, natural y universal) la relación, el binomio madre-hijo que, por extensión, incluía todo lo relacionado con la crianza, proceso de socialización y actividades domésticas que hiciera posible la reproducción humana.
- 10 Este modelo surgió, por tanto, para explicar qué mecanismos habían conducido a la subordinación universal de las mujeres, pero negando cualquier determinismo biológico. Posteriormente surgieron voces negando la validez de las categorías universales de la misma manera que se rechazó que la distinción doméstico-/público sea un marco válido de análisis para todas las culturas, aceptando, por el contrario, que la posición de la mujer depende de otros factores tales como si controla el acceso a los recursos, las condiciones de trabajo y la distribución del producto de su trabajo.
- 11 PARELLA RUBIO, Sonia, 2003, *Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*, Barcelona, Anthopos
- 12 En la Segunda Proclamación, la UNESCO distinguió una lista de 28 nuevas obras maestras del patrimonio oral e inmaterial de la humanidad que fueron proclamados posteriormente por el Director General en una ceremonia especial el 7 de noviembre de 2003 en la Sede de la UNESCO. Entre estas 28 obras se encuentra “La cosmovisión andina de los kallawayas”.
- 13 Utilizamos el término reflexionar porque la limitación de la estancia seriamente sólo nos permite plantear algunas observaciones especializadas y varios interrogantes e hipótesis surgidos y facilitados por el trabajo de campo conjunto que se realizó
- 14 Los propios servicios del sistema de salud miden la distancia entre comunidades en kilómetros (para las “movilidades”) pero también en horas de caminata que es una de las formas habituales para acudir a realizar su trabajo.
- 15 Así, los datos indican que puede existir un paulatino abandono, por parte de los médicos kallawayas, del medio rural e incluso de su carácter itinerante respondiendo a la demanda de los núcleos urbanos incluida también la demanda de sectores no indígenas, e incluso desde fuera de las fronteras bolivianas a raíz de su conocimiento exterior.
- 16 Sería interesante analizar los elementos de prestigio que puedan asociarse a la actual presencia de médicos cubanos en Bolivia
- 17 Como trató de plantear un Taller realizado proponiendo a los participantes un Análisis DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas, oportunidades) a través de las categorías de Socios-Clientes-Competidores-Colaboradores
- 18 La explicación dada al número muy superior de doctoras y personal femenino de salud en general, fue que desde hace unos años, se presentan muchas más mujeres que hombres a los exámenes que les habilitan para ejercer su profesión en provincias.
- 19 Esta expresión hace referencia a las obstáculos y dificultades encontrados por las mujeres en su desempeño laboral para acceder y desempeñar puestos de responsabilidad
- 20 Debemos citar a M^a del Carmen García Herrero cuyo conocimiento nos ha posibilitado adentrarnos en el conocimiento de las prácticas de salud en la Baja Edad Media
- 21 GARCÍA HERRERO, M^a del Carmen en *Del nacer y el vivir. Fragmentos para una historia de la vida en la Baja Edad Media*, 2005, Zaragoza, Institución Fernando el Católico, p. 25, nos cuenta que Trotula de Ruggiero escribe hacia 1050 la obra *De mulierum passionibus*, considerada por muchos estudiosos y estudiosas el nacimiento de la Obstetricia en Occidente aunque gran parte de los tratados médicos posteriores sean escritos por varones que recogen la experiencia de parteras y comadronas.
- 22 GARCÍA HERRERO, M^a del Carmen, op. cit., p. 24
- 23 Los principales investigadores de la sociedad, la historia y la cultura de los pueblos originarios de los Andes centrales, especialmente del altiplano boliviano, suelen referirse a ella utilizando la expresión “utopía andina”.
- 24 Ley n° 2426 del 21 de noviembre del 2002
- 25 Según la información facilitada por el Doctor Pedro Mamani, la planificación familiar en El Alto durante el gobierno de Jaime Paz Zamora y con el objetivo de frenar la explosión demográfica impuso el trabajo por metas: poner cuatro “T de cobre” al mes, dar en torno a los 200 preservativos al mes, etc., de manera que la planificación familiar fue un éxito, aunque ese proceso no continuó posteriormente.

- 26 A veces en contextos, como éstos, que se afirman, desde las elaboraciones indianistas de los años 70 del pasado siglo, absolutamente contrarios a las desigualdades vinculadas a un modelo patriarcal.
- 27 Sojo, Diana, Beatriz, Sierra e Irene López, 2002, *Salud y Género. Guía práctica para profesionales de la cooperación*, Madrid, Médicos del Mundo
- 28 La propuesta de “empoderamiento” es realizada, fundamentalmente, por el movimiento feminista y las organizaciones populares de mujeres que son quienes cuestionan, analizan y elaboran propuestas a partir de sus propias experiencias.
- 29 Definición incluida en Informe final de las actividades del grupo de especialistas en *Mainstreaming* (EG-S-MS) realizado por el Grupo de Especialistas en *Mainstreaming*, constituido por el Consejo de Europa en 1995. El 14 de septiembre del año 2001, 28 países europeos celebraron en Madrid el Seminario sobre Mainstreaming de Género en las Políticas de Salud en Europa. En este seminario se reconoció la necesidad de avanzar en los compromisos internacionales y en su implementación lo que quedó reflejado en la denominada *Declaración de Madrid*. Acciones posteriores en el ámbito español han sido la constitución del denominado Observatorio de Salud de la Mujer y la celebración del “I Foro Mujeres, Salud y Género” (noviembre de 2004).
- 30 YOUNG, Kate, 1992 /1991/ “Reflexiones sobre cómo enfrentar las necesidades de las mujeres”, en GUZMÁN, Virginia; Patricia PORTOCARRERO y Virginia VARGAS: *Una Nueva Lectura: Género en el Desarrollo*. Santo Domingo, Eds. Populares Feministas / Entre Mujeres, pp. 17-56.
- 31 Molyneux aporta una distinción que resulta un valioso instrumento de análisis. Esta aportación consiste en distinguir entre intereses prácticos e intereses estratégicos de género. Al hablar de intereses prácticos de género se refiere a aquéllos que responden a situaciones de carencias inmediatas (condiciones de las mujeres) que motivan la creación de organizaciones que intentan solucionar, o en último caso suplir, los servicios que el Estado no les presta. Estos intereses prácticos expresan las necesidades que las mujeres sienten en función de su rol reproductivo (de reproducción y mantenimiento de la fuerza de trabajo), y que las llevan a desarrollar dicho rol productivo en condiciones de franca carencia e inferioridad. En el caso de los intereses estratégicos de género es necesario matizar con mayor cuidado. El concepto de intereses estratégicos de género ha sido adoptado por el movimiento feminista que considera que “*hay unos objetivos estratégicos para vencer la subordinación de la mujer, tales como la abolición de la división sexual del trabajo, la disminución de la carga del trabajo doméstico y el cuidado de los niños, la adopción de medidas adecuadas para que la maternidad sea una opción libre, la igualdad de las estructuras políticas, etc. El luchar por este tipo de demandas implica un mayor nivel de conciencia y visión, para delinear una lucha estratégica amplia*” (GONZÁLEZ, LORIA, LOZANO, 1988). Sí es necesario especificar que si los intereses prácticos de género se definen en cada caso, el concepto de intereses estratégicos de género no se puede tampoco aceptar generalizadamente, ya que, hoy por hoy, esos intereses son el objetivo únicamente para un determinado sector de las sociedades pluriculturales latinoamericanas.
- 32 Castro, Roberto y Mario Bronfman, 1998, “Teoría feminista y sociología médica: Bases para una discusión”, en J.G. Figueroa (ed) *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México DF: El Colegio de México, pp. 205-238
- 33 El Diccionario de la Lengua Española (R.A.E. 1992) registra las siguientes entradas:
-Comadrona. Femenino. partera. -Comadrón. Masculino. Cirujano que asiste a la mujer en el acto del parto
- 34 El modelo andino se basa en una dualidad de opuestos complementarios cuyos atributos son antitéticos y, por tanto, cada uno posee aquello de lo que el otro carece. Sólo es posible mantener el equilibrio si se mantiene la simetría entre sus términos, y por ello se establece una relación de reciprocidad que permite evitar el antagonismo y la asimetría. De esta manera, la relación de reciprocidad complementaria andina estaría concebida como una forma institucionalizada de cooperación, que implicaría la mutua obligación moral de retribuir equitativamente lo recibido. La pareja humana, en su concepción tradicional, sería la metáfora del cosmos, el modelo con que se conceptualiza y ordena el mundo. La unidad familiar se basaría, por tanto, en una dualidad de opuestos complementarios, que establecen una relación de reciprocidad complementaria, que se constituye como la unidad social, política, ritual y económica básica.

Bibliografía

- CASTRO, Roberto y Mario BRONFMAN
1998 "Teoría feminista y sociología médica: Bases para una discusión", en J.G. Figueroa (ed) *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México DF: El Colegio de México.
- ESTEBAN, M^a Luz
2006 "El Estudio de la Salud y el Género. Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista" en *SALUD COLECTIVA*, Buenos Aires, 2 (1): 9-20; Enero- Abril.
- GARCÍA HERRERO, M^a del Carmen
2005 *Del nacer y el vivir. Fragmentos para una historia de la vida en la Baja Edad Media*, Zaragoza, Institución Fernando el Católico, p. 25.
- GONZALEZ, Maruja (EMAS); Cecilia LORIA S. (GEM); e Itziar LOZANO (CIDHAL)
1988 *Utopía y lucha feminista en América Latina y el Caribe*. México, CIDHAL / EMAS / GEM.
- LAGARDE, Marcela
1997 (1996) *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*, Madrid, horas y HORAS.
- MOLYNEUX, Maxine
1989 "Las mujeres, víctimas de un orden económico injusto. Las desigualdades de género desde una perspectiva internacional". *HEGOA*, N° 2. Bilbao: 5-11.
- OTEGUI, Rosario
2005 "Una cosa fea": VIH-SIDA y sistema de género entre los gitanos españoles" en *Revista de antropología social*, pp. 145-172, Departamento de Antropología Social, Facultad de Ciencias políticas y Sociología, Universidad Complutense de Madrid.
- PARELLA RUBIO, Sonia
2003 *Mujer, inmigrante y trabajadora: la triple discriminación*, Barcelona, Anthropos.
- RUBIN, Gayle
1986 "El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política del sexo", en *Nueva Antropología*, No. 30, págs. 95-146.
- SOJO, Diana, Beatriz, SIERRA e Irene LÓPEZ
2002 *Salud y Género. Guía práctica para profesionales de la cooperación*, Madrid, Médicos del Mundo.
- VALLE, Teresa del
2000 *Perspectivas feministas desde la antropología social*. P. 9. Barcelona. Ariel.

“AL HOSPITAL VAN LOS QUE MUEREN”

Desencuentros en salud intercultural en los Andes bolivianos¹

Gerardo Fernández Juárez
Universidad de Castilla-La Mancha
España

Hace tiempo coincidí con un ex ministro de educación en el aeropuerto Internacional de El Alto de La Paz en Bolivia. La conversación nos llevó hacia la interculturalidad como objeto de reflexión; todavía recuerdo sus palabras. “*En Bolivia hoy en día nadie discute la importancia de la interculturalidad y su vigencia, pero, nadie sabe qué es eso, ni cómo aplicarlo*”. El propio concepto de interculturalidad alude al principio incuestionable de relación entre iguales, donde las relaciones de poder deben encontrarse en un marco adecuado de simetría en que los contendientes muestran una disposición y un talante adecuado hacia el aprendizaje activo y respeto mutuo. Los extremos de corte “fundamentalista” que tratan de desacreditar al otro por sus diferencias estarían fuera de cualquier talante intercultural (Albó, 2004).

La preocupación académica por la interculturalidad aplicada a la salud, no es nueva, a pesar de haberse puesto “de moda” recientemente, de la mano de los procesos migratorios en Europa; recordemos el libro de Aguirre Beltrán (1955) en los años cincuenta del pasado siglo. Resulta paradójico que sea el fenómeno inmigratorio en Europa el dinamizador actual de la interculturalidad, aplicada a la salud, y que no lo haya sido de forma institucional y rotunda, salvo en casos y ejemplos concretos y recientes, la realidad multicultural y sus necesidades de diálogo intercultural en ámbitos dispares de la vida social, cultural y política de América Latina.

Roberto Campos (2004:129) en relación con la interculturalidad aplicada a la salud, puntualiza: “...en otras palabras, la podemos definir como la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes”. Aquí radica el problema por las desconfianzas que se producen entre los diferentes modelos médicos y sistemas explicativos existentes; las posturas radicales de exclusión no son inhabituales ni desde la óptica de la biomedicina, ni tampoco desde las medicinas indígenas, aunque, igualmente se producen formas de articulación y complementación de los modelos, así como estrategias de “no agresión” particularmente sofisticadas.

La influencia del entramado cultural en los distintos escenarios que afectan a la salud y la enfermedad entre los seres humanos, se acentúan en contextos multiculturales como los presentes en Bolivia y América Latina en general, particularmente en el caso de poblaciones indígenas.

Los recelos, desconfianzas, y dudas que siembran los sistemas médicos entre aquellos potenciales usuarios que no comparten el código de referencia en el que han sido creados histórica y culturalmente, dan lugar a dificultades importantes en la aplicación de dichos sistemas, por muy bondadosas que se supongan sus virtudes. Esta problemática aparece recogida y expresada con toda su potencia simbólica en la caracterización que las poblaciones indígenas, no solo las bolivianas, hacen de los recintos médicos hospitalarios: “El hospital es el lugar donde la gente va a morir”. Lejos de ser reconocidos como lugares de sanación, las poblaciones indígenas otorgan a las unidades hospitalarias, con mucha fre-

cuencia, esta peculiaridad como lugares de muerte, lo que conlleva no sólo su desprestigio como espacio de cura sino, que soporta el estigma de lugar “maldito” donde nadie quiere acudir. Esta es una realidad extendida por toda América Latina; el hecho de que los hospitales se encuentren infrautilizados o decididamente despreciados por las poblaciones indígenas en las que se ubican nos obliga a plantearnos posibles respuestas de forma urgente. Las cifras de mortalidad infantil y materno infantil de muchos de los rincones de la América Indígena, la esperanza media de vida, generalmente muy por debajo de las expectativas e indicadores similares de los ciudadanos mestizos de las mismas naciones americanas, las dificultades de acceso a los servicios de la biomedicina, son todas ellas claves y factores que influyen de forma negativa en que las poblaciones indígenas puedan beneficiarse de los logros parciales de la biomedicina y complementarlos con los propios de las medicinas indias, más allá de exotismos inadecuados.

Esta es la situación por lo que respecta a la dinámica de relaciones entre la biomedicina, la medicina “científica”, alopática o convencional, como quiera que se quiera denominar, o el modelo biomédico hegemónico² y los otros sistemas médicos incorporados en el caso de Bolivia, entre otras posibilidades, por las medicinas indígenas de los pueblos originarios.

Las dificultades de relación entre ambos modelos se expresan en situaciones que pudieran parecer pueriles en ocasiones, trascendentales en otras, pero unos casos y otros conforman los argumentos sutiles que dificultan una adecuada relación entre ambos modelos que garanticen la capacidad de elección y o de complementación de la “oferta” médica, para mejor garantía de satisfacción de las necesidades en salud de los pueblos indígenas de Bolivia.

El rechazo efectivo de las unidades hospitalarias en contextos indígenas suele explicarse por diferentes razones que forman parte de las propias actuaciones y formas de proceder de los equipos médicos convencionales, así como por formulaciones de tipo cultural que afectan a las relaciones médico-enfermo, concepciones relacionadas con el cuerpo o variables de género que interactúan en las maneras indígenas de expresión de sus propias categorías relativas a la salud y la enfermedad. Analicemos algunas de las características que influyen en los recelos mutuos existentes entre la biomedicina y las medicinas indígenas a través de ejemplos procedentes de ámbitos indígenas, aymara y kallawaya en Bolivia y su incidencia en la complicada aplicación de propuestas interculturales en salud. La expresión “el hospital es el lugar donde van los que mueren” no hace sino expresar de forma paradigmática las difíciles relaciones existentes entre ambos modelos, así como la coartada simbólica que, desde la perspectiva indígena, tiñe de desprestigio y desconfianza la actuación y proceder de las instituciones hospitalarias.

1. Comunicación

“La gente desconfía, tiene miedo, por la lengua...como no entienden...más que todo las mujeres...”(Daniel Quispe)

Uno de los factores determinantes que pueden facilitar la aplicación de propuestas interculturales aplicadas a la salud es la correcta, permanente y diáfana comunicación y respectivo entendimiento entre todos los actores afectados por el proceso salud-enfermedad-atención, en contextos indígenas. En este sentido, nunca se reconocerá la suficiente importancia al hecho de que los equipos sanitarios convencionales conozcan de forma adecuada la lengua originaria de la zona en la que estén realizando su labor. Esta circunstancia facilita de manera exponencial no sólo el desempeño de cualquier tipo de campaña de atención sanitaria en la zona, intervención, programación preventiva, atención materno infantil...etc, sino, muy especialmente la paulatina integración del equipo médico en la vida cotidiana de la zona. Este aspecto resulta muy importante, hay que tener en cuenta que los médicos originarios forman parte del escenario cultural de los “usuarios” de sus servicios, circunstancia que no ocurre con los equipos médicos convencionales cuya presencia en ciertos sectores es considerado como algo de uso “excepcional” no incorporado a la realidad cotidiana de los pobladores. Indudablemente el hecho de que alguien del equipo médico conozca la lengua originaria facilitará de

una manera clara todo el proceso de consulta, sea ambulatoria o en la propia posta sanitaria, así como las intervenciones que resulten pertinentes. Cuando los miembros del equipo médico convencional desconocen la lengua local, las complicaciones se intensifican en las formas de relación entre los miembros del equipo de salud y sus potenciales usuarios, dificultando de una forma clara la relación entre ambos y construyendo un proceso de aislamiento tremendamente nocivo para la propia estabilidad afectiva del equipo médico generalmente destinado lejos de sus redes afectivas, familiares y profesionales, en ocasiones bajo la obligación casi penitenciaria de un “Año de Provincias”³, resuelto en condiciones precarias .

En este sentido una sugerencia a tener en cuenta sería la presencia en los equipos médicos desplazados en los ámbitos rurales así como en las unidades hospitalarias urbanas, de personas especializadas en la lengua local que pueda facilitar la adecuada relación médico-paciente, difícil de por sí, en las situaciones de crisis que supone la presencia de cualquier enfermedad o aflicción. Se dirá que en los hospitales bolivianos o en los servicios de atención rurales, siempre hay alguien que conoce la lengua para echar una mano, en concreto la mayor parte del personal subalterno, auxiliares sanitarios y enfermeras, lo que quiero decir es que este rasgo habría que valorarlo y reconocerlo con gratificaciones especiales, como parte del servicio inexcusable de calidad que el Estado debe ofrecer a sus ciudadanos para una mejor relación con los servicios de salud de las postas médicas y unidades hospitalarias.

Indudablemente este aspecto exige la necesaria valentía y coraje por parte de las autoridades estatales en salud; el cuerpo médico convencional se “defenderá” indicando que se trata de un agravio comparativo para los buenos médicos no hablantes de lenguas originarias y que lo que debe hacerse es premiar a los mejores médicos, hablen o no aymara o lenguas originarias; sin embargo es preciso introducir nuevos factores como el lingüístico reconocido pública y políticamente para cambiar y corregir la escenografía tradicional de salud en Bolivia. La dificultad inherente con respecto a este rasgo es que el Estado y la sociedad hegemónica no indígena de Bolivia establezcan la diatriba errónea entre médico hablante y mala calidad, como sucede en el ámbito educativo aplicado en los dominios rurales frente a los urbanos especialmente. Este rasgo relativo a la presencia y obligatoriedad del conocimiento de la lengua indígena mayoritaria en la zona donde se forma el médico, sería importante acondicionarlo igualmente en el currícula universitario de todas aquellas especialidades relacionadas con las ciencias de la salud, junto con otras materias como Antropología Social y Antropología de la Salud y de la Enfermedad; en este sentido habría que afinar mejor en la definición de las prácticas del “año de provincias” para que los médicos egresados pudieran realizar su labor en el área lingüística y cultural en que han sido formados y no enviarlos a remotos lugares cuya lengua desconocen; demasiada vocación hay que tener para aprender aymara, quechua, y tupí guaraní, además de ser buen profesional de la medicina, evidentemente.

Probablemente otro rasgo importante a tener en cuenta, es que de cara a la eficaz y paulatina aceptación del enfoque intercultural aplicado a la salud sería conveniente, como recoge Xavier Albó (2004), incorporar al sistema médico convencional a los que ya saben la lengua, potenciando la presencia de estudiantes de las diferentes naciones originarias de Bolivia en las distintas carreras universitarias relacionadas con las ciencias de la salud; indudablemente este sería un recurso a todas luces muy eficaz para un proceso activo de reconocimiento intercultural aplicado a la salud en todo el Estado. Si bien el conocimiento de la lengua originaria resulta importante no es el único factor a tener en cuenta. De hecho, en algunos casos, médicos rurales de indudable adscripción indígena con un conocimiento claro de la lengua originaria, la emplean siguiendo criterios exclusivamente biomédicos, sin atenderse a las peculiaridades culturales de su paciente y desconociendo o no queriendo incidir, por los prejuicios de la clase médica occidental, en los posibles síndromes de raigambre cultural que afectan a su paciente o le provocan miedos y desconfianzas con respecto a la actuación del médico convencional.

Cuando nadie del equipo médico conoce la lengua hay que acudir necesariamente a intérpretes, como he dicho antes generalmente subalternos sanitarios de adscripción indígena de los equipos de salud a los que no se premia ni se reconoce en prestigio y méritos por este hecho, como tampoco se ha-

ce con los escasos médicos que gozan de esta facultad; el conocimiento de la lengua originaria se supone “emana” naturalmente de su condición indígena y que es su “obligación” secundar al médico sin más. Vuelvo a repetir que esta cualidad, recomendable en las relaciones médico-paciente en un país como Bolivia, debe ser reconocida y premiada con el puntaje pertinente a pesar de las presumibles “presiones políticas” de los colegios médicos.

El talante intercultural no depende exclusivamente del buen o mal manejo de las lenguas originarias como factor de comunicación; el grado de empatía que los miembros de los equipos médicos puedan impulsar resulta igualmente importante, casi trascendental, para la incorporación y reconocimiento del equipo médico en el entorno comunitario (Dibbits y De Boer, 2002). El deseo y la profesionalidad de un buen médico que se apoya en un intérprete para tranquilizar a su paciente, recabar la información pertinente para un diagnóstico sistemático y formular las pautas para un tratamiento subsecuente, resulta fundamental. En estas circunstancias hay que cerciorarse de que el enfermo ha comprendido perfectamente el proceso de su dolencia y el tratamiento a seguir. A veces el trauma de la consulta médica y el deseo de agradar al médico o la propia culpabilización que en no pocos casos se hace al propio enfermo por su situación, puede agobiar en tal medida a los usuarios indígenas que estén resueltos a escaparse a la mayor rapidez de la consulta (Rance, 1999; Dibitts, 1994). Los miembros del equipo de salud, bien por su conocimiento de la lengua o con intérpretes deben asegurarse de que el enfermo ha comprendido a la perfección la prescripción médica de que ha sido objeto. Es preciso evitar las confusiones y perífrasis de la jerga médica que redundan en la confusión más absoluta (Fernández Juárez, 1999). El estilo verbal ha de ser lo más coloquial posible incluyendo frases sencillas y cortas.

La adecuada comunicación entre médico y enfermo precisa además de un conjunto sutil de formas de comunicación no verbales que hay que tener muy en cuenta en contextos indígenas. Si comparamos el proceder del equipo biomédico en la consulta de la posta con la del médico originario en la casa del enfermo apreciamos de inmediato claras diferencias en relación con los escenarios de atención terapéutica y las maneras de proceder de ambos. Los sistemas de diagnóstico de la enfermedad y de los cuidados preceptivos son realizados en la casa del enfermo a donde el médico originario se desplaza para realizar la atención, lo que facilita la comodidad del enfermo y su completa confianza dado el refuerzo emotivo y simbólico que supone contar en todo momento con la compañía de sus familiares. El médico originario está perfectamente imbuido de los caracteres socio-culturales que su presencia en casa del enfermo acredita cumpliendo de manera exquisita los reglamentos establecidos por la cortesía del grupo étnico de que se trate. En el caso aymara, no se puede entrar en una casa ajena sin advertir de lejos su presencia; una vez concedido el permiso por parte de los titulares de la casa y tras los consabidos abrazos de rigor como saludo, el *yatiri*⁴ aymara se ajusta a la perfección a la normativa social establecida, realizando su servicio, habitualmente de noche y sabiendo que en un principio han de ser los familiares del doliente los que marquen la pauta de actuación que comenzará con el *pijchu* acostumbrado de coca que propiciará una primera aproximación hacia el problema del enfermo y luego, tras una probable cena, comenzará una actuación terapéutica que le llevará fácilmente toda la noche o varios días con sus noches. Lo que quiero decir es que desde la perspectiva aymara el uso del tiempo presenta connotaciones propias muy útiles en la comunicación verbal y no verbal entre los médicos originarios y sus pacientes. En realidad es considerado de “mala educación” y una descortesía el “ir al grano” en la atención. Todo tiene su adecuado acomodo en el marco de una conversación prolongada que facilita de modo extremo la confianza entre el *yatiri* o médico originario, que no tiene por qué ser de la propia comunidad, con respecto al enfermo y su entorno familiar. Si comparamos el proceder de los equipos biomédicos en la consulta de la posta, apurados por la prisa, sin los preámbulos pertinentes en la adecuada formulación de la cortesía aymara podemos reconocer una cierta carencia logística importante en la necesaria comunicación médico –enfermo. Las características y conceptualizaciones simbólicas sobre eficacia y eficiencia, aplicadas a la salud, son diferentes en ambos modelos. En este sentido la comunicación entre el médico y el contexto familiar del

enfermo, de cuyo perfecto acomodo cabe pensar en la mejor calidad y reconocimiento de la asistencia prestada por los servicios de salud convencionales, depende no sólo del buen conocimiento de las lenguas originarias y de la disposición hacia la empatía y servicio profesional en el grupo étnico donde el equipo realiza su labor, sino en la adecuación al código no verbal que el enfermo formula habitualmente en situación de salud.

La comunicación de los pacientes indígenas con respecto a sus médicos originarios, constituye el inicio de la fase terapéutica. De hecho algunas personas se acercan a la posta fundamentalmente para hablar con los médicos o con el personal de salud, los auxiliares aymaras, que mejor se adecuan a sus características culturales. Hablar, conversar es “hacer medicina” desde la perspectiva aymara, cosa que desespera a los equipos convencionales según nuestros criterios de eficiencia médica en que este aspecto se considera, habitualmente, una pérdida de tiempo. Localizar la causa de la enfermedad, saber lo que a uno le pasa, superar la angustia e incertidumbre contiene en sí mismo un principio terapéutico importante que hace que en ocasiones, una vez que el enfermo y su familia conocen el origen de la enfermedad, suspenden el tratamiento biomédico, puesto que el conocer la causa de la aflicción o patología, constituye, en sí mismo, un referente terapéutico primordial⁵. En este caso, el equipo biomédico debería conocer la importancia de la comunicación verbal y no verbal en el trato con sus enfermos originarios y hacer gala de la misma, en la medida de sus posibilidades reales, toda vez, repito que la “charla” facilita la relación y confianza con el enfermo y forma parte, a su vez, de su propio proceso terapéutico.

2. Examen y atenciones médicas: Las actuaciones

Las formas de examen del enfermo deben ser consensuadas y nunca impuestas; es decir hay que indicar poco a poco lo que se va a realizar con permiso del paciente y el efecto que puede suponer sobre su cuerpo. Así cuando sea preciso utilizar el fonendoscopio, por ejemplo, hay que indicar para qué se realiza y por qué es necesario descubrir la parte del cuerpo correspondiente, así como la sensación de “frío” que produce; hay que tener en cuenta que algunas de las enfermedades indígenas están conceptualizadas en torno a los valores simbólicos de lo “frío” y “cálido” y quizá el efecto de la consulta médica puede resultar pernicioso en alterar este equilibrio no sólo térmico sino muy especialmente simbólico⁶. Indudablemente la desnudez del cuerpo, sobre todo de las mujeres en la atención médica convencional, es algo que choca violentamente con las categorías y conceptualizaciones indígenas, particularmente en los Andes; por ello es preciso atender y examinar en lo posible bajo la ropa⁷.

Hay que tener en cuenta las dificultades existentes de acceso al agua en muchas áreas rurales, particularmente del altiplano; esto hace que el agua sea algo que se emplea fundamentalmente para beber y cocinar y para atender al ganado y sólo posteriormente y en un apartado lugar, para el aseo personal; la inexistencia de agua corriente habitualmente en los hogares, hace del agua un bien escaso y costoso ya que hay que recorrer grandes distancias para conseguirlo. En estas condiciones la higiene diaria es un lujo gratuito y en ocasiones poco apetecible dadas las características de frío e intensas heladas del invierno altiplánico⁸. Un médico con formación curricular relativa al marco cultural donde realiza su servicio, valorará las dificultades de acceso al agua y por tanto a la higiene corporal, evitando grotescas valoraciones sobre la suciedad de los enfermos indígenas que le visiten en la posta (Fernández Juárez, 1999).

2.1 Sangre y orina

El examen médico convencional, en ocasiones, prescribe análisis de sangre y orina. La concepción aymara sobre los fluidos orgánicos resulta particularmente importante, al igual que sucede en otros grupos amerindios. La sangre es un bien limitado, no se reproduce fácilmente; es como si nacié-

ramos con la cantidad de sangre que debemos emplear toda la vida, salvo en el caso de la sangre menstrual que se entiende como un exceso que debe fluir libremente ; por otro lado, los aymaras insisten en que su sangre cuesta caro y no puede derramarse ni extraerse de forma arbitraria. Los derramamientos de sangre deben ser indemnizados por la pérdida ocasionada que es concebida como irreparable⁹. Es necesario explicar de forma sencilla las razones y uso del análisis sanguíneo, a la manera de las hojas de coca, para ver la enfermedad¹⁰, a la vez que aliviarnos las desconfianzas sobre el uso que el médico otorga a la sangre extraída. Es muy frecuente en el altiplano, al menos, el abuso latente que se supone a la tendencia a la extracción sanguínea por parte del médico¹¹, así como a la asimilación del médico con el terrible “operador”¹², el temible *kharisiri* (Fernández Juárez, 2006). El *kharisiri*, antaño relacionado con la iglesia colonial en esas relaciones de poder completamente asimétricas, salpica en la actualidad a diferentes colectivos, entre ellos al sanitario. No en vano el *kharisiri* recorre las comunidades aymaras, especialmente en el mes de agosto, recolectando grasa y sangre con su “jeringa” para, entre otras cosas, se dice “pagar la deuda externa boliviana”. Un equipo médico asociado simbólicamente en sus actuaciones al perfil del *kharisiri* está materialmente condenado en el altiplano al más atroz de los aislamientos. Lógicamente, si esto se aplica a los análisis sanguíneos, con mayor importancia a las operaciones quirúrgicas.

Con respecto al orín se emplea habitualmente en los tratamientos médicos indígenas en diferentes casos (Tapia *et al*, 2005) e incluso en los procedimientos de diagnóstico terapéutico¹³. El consumo de orín y su carácter “cálido” le capacita en el tratamiento de ciertas enfermedades indígenas, así como reconocido desinfectante y antihemorrágico.

2.2 Cirugía

322

La operación quirúrgica supone un trauma cultural, económico y social para los afectados indígenas. Cultural por las connotaciones negativas que implica la manipulación interna del cuerpo, donde nadie tiene que “mirar”; económico por el costo inalcanzable para la gente del campo de las cifras que habitualmente se manejan en cualquier operación quirúrgica con el añadido del desplazamiento al hospital donde vaya a realizarse la intervención; social por la toma de decisiones familiares, domésticas e incluso comunitarias que implica el traslado hospitalario y el temor que produce enfrentarse a un espacio frío deshumanizado sin previsión espacial para acoger a los familiares que acompañarán, con seguridad, al enfermo¹⁴. Lo ideal sería dotar a las postas sanitarias con personal perfectamente capacitado en formación específica y medios técnicos para poder realizar “in situ” es decir, en el campo, las intervenciones quirúrgicas de corte sencillo para evitar en lo posible el traumático traslado de los pacientes al hospital; circunstancia que en ocasiones supone la negación absoluta no sólo de la familia del afectado sino de la propia comunidad, con sus autoridades al frente, a las recomendaciones del equipo de salud.

Por otra parte, los grupos indígenas del altiplano recelan de las prácticas quirúrgicas debido al reconocimiento ético y moral que posee el cuerpo completo. Los difuntos deben enterrarse con todos sus restos orgánicos y corporales¹⁵. El costo de las intervenciones quirúrgicas y el maltrato que se espera en las unidades hospitalarias, constituyen serios rechazos para las intervenciones quirúrgicas. Los indígenas recelan del médico proclive a la intervención quirúrgica, por su avidez para curiosear las interioridades humanas y por su deseo de riquezas. Se sospecha que la cirugía responde a los intereses profesionales y económicos del médico y no tanto a las necesidades terapéuticas del paciente.

2.3 Parto

El parto incorpora otra serie de características culturales peculiares de las poblaciones indígenas que chocan con la pragmática valoración y medicalización del parto desde la perspectiva biomé-

ca¹⁶. La posición del parto, para buena parte de los grupos amerindios, establece disposiciones muy diferentes a las del modelo biomédico. La posición más adecuada es en cuclillas con la atención, en ocasiones, del marido por detrás masajeando el abdomen de la parturienta bajo la atenta mirada de la partera en contacto con la tierra, con la enorme carga simbólica que este contacto tiene, particularmente en los Andes. En las comunidades aymaras es preciso entregar la placenta a la madre ya que desde su perspectiva es el “hermano” del neonato, cuya vida no va a prosperar. La madre da a luz al niño y a su placenta, algo así como el “hermano monstruoso”; en el altiplano aymara hay que compensar al menos afortunado, en este caso a la placenta que no va a prosperar vitalmente, frente a la criatura recién nacida¹⁷. Por ello, las familias adornan la placenta con los rasgos característicos del nacido; si es niña, se adorna su placenta con mixtura y con elementos en miniatura que reflejan la variable de género del nacido, en caso de niña, se enterrará acompañada de sus polleritas, su pequeña cocinita (*qhiri awichu*)...etc, en caso de niño, con una yunta en miniatura...etc. Cualquier actuación prepotente o arrogante sobre la “ignorancia” de las poblaciones aymaras por este rasgo cultural, o manifestaciones prepotentes del equipo médico sobre la inoportunidad e inconveniencia de esta manifestación cultural redundará con certeza en el fracaso, primero con respecto al deseo de que las parturientas acudan a la posta médica, y luego en la conveniente articulación del equipo médico en el seno de la comunidad. Un rechazo importante de las parturientas a acudir a las postas médicas para dar a luz se debe a la importancia simbólica de hacerlo en casa y en contacto con la tierra; dar a luz fuera de casa, del calor del hogar, según las prescripciones del binomio “cálido-fresco” con que algunos procesos orgánicos, como el parto, se ven afectados supone “parir extraños”, es decir, fuera del linaje doméstico.

Por otro lado, el proceso del parto es un proceso “cálido”, la parturienta indígena en el altiplano aparece con gran cantidad de ropa, secundada por la *usyiri*, la mujer partera, para provocar la sudoración correspondiente del proceso “caliente” que supone el alumbramiento. Uno de los rechazos frecuentes de las mujeres aymaras en relación con el parto hospitalario se debe al frío de los hospitales, con sus grandes salas y sus protocolos de actuación en los que la mujer parturienta aparece ligera de ropa. Esta situación incomoda en gran medida a las mujeres indígenas provocándoles no pocos recelos e incluso patologías iatrogénicas por el contraste entre el modelo cultural relacionado con el parto y lo que se encuentran en el parto hospitalario protocolizado.

Por otra parte la valoración higiénica del hospital constituye otro de los rasgos que retraen a los indígenas a participar en el parto hospitalario o institucionalizado; el olor del hospital a lejía y desinfectante y esa pulcritud de las salas hospitalarias con los juegos de camas limpios intimidan sobremanera a las mujeres indígenas, como le decían a la experta en atención materno infantil y parto intercultural, Ineke Dibbits, en el hospital de Patacamaya: “¡cómo vamos a ir a manchar vuestras camitas!” (Dibbits, comentario personal).

2.4 Vacunación y fármacos

La medicina preventiva, en lo que respecta a las campañas de vacunación, debe partir de una información previa, concisa y clara sobre lo que se pretende y los beneficios que el proceso de vacunación va a suponer para la población local. Es preciso proyectar unos días o semanas antes del ejercicio de la campaña, una exhaustiva campaña de información previa “in situ” con las autoridades comunitarias y el resto de los pobladores interesados en la información. No podemos esperar que en el crítico momento la gente de la comunidad, sin previo aviso de lo que se pretende, acepten complacidos la llegada del equipo de salud y mucho menos que se presten a donar a sus hijos para que les claven agujas. Existen categorías y conceptos de enfermedad, en diferentes poblaciones amerindias, particularmente en las tierras bajas del bosque amazónico, según la cuales la enfermedad se debe a algo que se nos introduce en el cuerpo¹⁸. Igualmente hay recelo sobre el objetivo “real” de las vacunas, dada la desconfianza que las poblaciones indígenas tienen sobre cualquier propuesta o iniciativa externa que escape de sus

parámetros de control; así se dice que las vacunas pretenden esterilizar a las mujeres indígenas o hacerlos sumisos y sin voluntad contestataria frente a los intereses del Estado¹⁹. Por otro lado, el rechazo a las campañas de vacunación presenta otras consideraciones de características simbólicas; recordemos el complejo ceremonial del *kharisiri* con su “jeringa” recolectora de grasa y sangre, así como la certeza de que el uso de los medicamentos acomodan el cuerpo de los originarios, haciéndolos más vulnerables y dependientes de la biomedicina, a la vez que los aleja de los remedios tradicionales.

Con respecto al uso de los medicamentos occidentales hay que insistir en que igualmente tienen su sentido y valor desde la perspectiva indígena. Los sabios aymaras (*yatiris*) por ejemplo, diferencian entre las “enfermedades de la gente” y las “enfermedades del doctor”, delegando en uno u otro según su saber hacer. Las enfermedades del doctor aparecen reconocidas bajo los términos castellanos “inyección”, “operación”, “transfusión” que muestran, desde la perspectiva indígena, lo más violento de una biomedicina centrada fundamentalmente en el cuerpo orgánico, mientras que la medicina aymara, como otros grupos amerindios, centra sus necesidades terapéuticas en el ser humano, utilizando todos los recursos que incorpora, en cada caso, el concepto de persona. En este sentido, no resulta infrecuente que en ciertas ocasiones los originarios busquen al médico “de mandil blanco” para utilizar sus herramientas terapéuticas, una vez identificado que el caso “es para el doctor”. Sería bueno conseguir, una vez sensibilizado el sector biomédico a través del *pensum* universitario, la capacidad que igualmente debieran tener los biomédicos de delegar en el médico originario, más allá de los compromisos adquiridos de totalidad por el “juramento hipocrático”, en el caso de las “enfermedades de la gente”, que no está capacitado para atender correctamente.

Los medicamentos empleados en la posta médica no deben ser regalados o gratuitos, ya que se considera que lo que se da gratis no es eficaz o está caducado o bien, pretende otros fines encubiertos dañinos para la población. Los medicamentos y “tratamientos” que cuestan plata, son considerados “poderosos” y eficaces por los usuarios indígenas de los servicios de salud. De igual manera, entre los aymaras, las atenciones curativas rituales y las ofrendas ceremoniales costosas se consideran más eficaces, con la capacidad de incidir de forma proyectiva sobre el cuerpo del doliente sin necesidad de abrirlo, como hace el cirujano. Obviamente esta cualidad relativa al costo de los medicamentos debe ser empleada con flexibilidad por parte del equipo de salud según las posibilidades económicas de los pacientes que acuden a la posta, de tal forma que nadie se quede sin su tratamiento completo por razones económicas. En este sentido hay que resaltar los problemas que está provocando en las postas rurales la aplicación protocolaria e inflexible del SUMI (Seguro Universal Materno Infantil), quejándose los médicos rurales que no pueden recetar fármacos, fuera de las ocasiones y tipos reflejados en los protocolos del SUMI mermando considerablemente su capacidad de decisión y criterio.

En algunos casos hay reticencia al empleo de fármacos porque se asegura que acostumbran el cuerpo y no resultan adecuados para todas las personas. “...*para algunos los fármacos son dañinos...para mí la botica resulta bien*”. (Joaquín Casillana).

Los fármacos de la biomedicina acostumbran los cuerpos indígenas, y les hacen inhábiles para los tratamientos medicinales autóctonos; no siempre es posible, ni recomendable, desde la perspectiva indígena, emplear los remedios combinados de ambas tradiciones médicas²⁰. Dicen los kallawayas que atienden en el dispensario del hospital kallawaya-español en la localidad de San Pedro de Curva, que no siempre se puede combinar la inyección con la herbolaria. Según los kallawayas, la inyección líquida penetra rápidamente en el cuerpo y actúa de inmediato. Para poder combinar con los tratamientos tradicionales, con la herbolaria, es necesario esperar veinticuatro horas. Según los kallawayas del dispensario, no se puede alternar de forma contigua la inyección con la herbolaria. Sí puede hacerse cuando se trata de tableta o de fármacos. En este caso podemos observar una importante valoración del potencial de la inyección como remedio poderoso de la biomedicina, como hemos podido apreciar en otros contextos del altiplano aymara.



kallawayas de San Pedro de Curva en el dispensario del Centro de Salud "Hospital Kallawayá-Español"

Las visiones sobre el cuerpo y el hecho de que la medicina y tratamientos “acostumbran” el cuerpo alejándolo del impacto de las medicinas tradicionales está veladamente presente en la conversación y testimonia los recelos que provoca la biomedicina, recelos ejercidos por los mismos kallawayas que comparten escenario “ritual” en la institución hospitalaria. Biomedicina y medicina tradicional poseen sus propios tiempos de actuación y ocupan escenarios diferentes así como posiciones relativas distintas entre las prioridades de los enfermos en el recorrido de su propio itinerario terapéutico.

La actuación del equipo biomédico en el área rural no puede circunscribirse exclusivamente a la posta médica. Es preciso mantener una comunicación fluida con el entorno comunitario, autoridades originarias, familias, asociaciones del lugar, magisterio rural y por supuesto con los médicos originarios; resulta imprescindible concretar con ellos de forma clara que no existe ningún deseo de “competencia” y sí de colaboración; la competencia o no de unos u otros, en cada caso, responde a la elección que el propio enfermo realice libre y democráticamente según su criterio.

3. Eficacia simbólica

Estar sano o enfermo en las sociedades humanas, no depende sólo de la estructura celular y de los componentes orgánicos del cuerpo sino que cada cultura decide dar sentido a lo que entiende por salud y enfermedad. En poblaciones amerindias de Bolivia existe un complejo conjunto de formulaciones culturales sobre enfermedades, los llamados “síndromes culturales”, que recogen aspectos diferenciados de su realidad cultural. Así las cosas, determinadas patologías o aflicciones son resueltas mediante la consideración que se hace al ser humano y sus expectativas funcionales. No tiene sentido la parcelación orgánica, mirar “adentro” del cuerpo o preocuparse por un órgano específico. Los rituales terapéuticos empleados por diferentes grupos étnicos de Bolivia hacen alusión a modelos simbólicos de percepción y concepción del cuerpo y del ser humano en situación de eficacia social, junto con su estructura social y de parentesco, así como las diferentes cosmovisiones que, según cada caso, se ven afectadas.

Es por eso que buena parte de los procedimientos terapéuticos son de carácter ritual y simbólico de forma paralela al conocimiento prolijo de especies naturales que emplean en su abundante farmacopea tradicional.

Estas soluciones rituales que emplean las poblaciones amerindias en tratar sus problemas de salud chocan con la mentalidad cartesiana y racionalista de los equipos médicos de la posta médica o institución hospitalaria al uso. Hacer alusiones a las prácticas terapéuticas del médico originario con respecto y aprecio, recomendando la consulta característica al médico originario y su parecer, cuando la ocasión lo precise, facilitaría en gran medida la comunicación e integración del equipo médico en el área, además de redundar en el propio prestigio y apego de los usuarios indígenas de los servicios de salud. En numerosas ocasiones asistimos a la presencia casi clandestina de los *yatiris* y médicos indígenas originarios en las unidades hospitalarias, a solicitud de los propios enfermos, aprovechando la ausencia momentánea de los equipos médicos, el relevo en las guardias o el turno de noche, lo cual no hace sino incidir de una forma manifiesta en la diferenciación de sentido que con respecto a la propia enfermedad poseen los agentes de salud convencionales y los usuarios indígenas de dichos servicios²¹.

4 El hospital

El hecho de que los centros de salud convencionales, instituciones hospitalarias y postas médicas rurales no sean aceptadas y reconocidas por los posibles usuarios indígenas de dichos servicios como competentes en el tratamiento de la enfermedad (según las concepciones locales) hace que estas instituciones aparezcan mermadas en sus capacidades e infrautilizadas. La frase que ha dado pie al presente artículo: *“El hospital es el lugar donde la gente va a morir”* es una frase lapidaria, pero recurrente en el dominio rural de Bolivia que desacredita las posibilidades en atención médica de las unidades hospitalarias²². Sería preciso averiguar cuales son las razones de este rechazo; cual es el tipo de relación existente entre el personal médico y sanitario del hospital o de la posta y los respectivos usuarios indígenas de la zona; acreditar el nivel de comunicación habitual entre los agentes de salud del hospital y los usuarios de los servicios; comprobar el grado de satisfacción de los usuarios que acuden a la posta o a la unidad hospitalaria y conocer el fundamento de su rechazo. Son otras las valoraciones que realizan las comunidades indígenas, habitualmente, a la hora de decidir la presencia de una institución hospitalaria en su comunidad, como me decían los profesionales de salud, médicos y enfermeras de la especialidad en Salud Intercultural del SEDES – La Paz, hace apenas unos meses (febrero 2006) las comunidades suelen otorgar las peores tierras para la construcción de los recintos hospitalarios; las más inaccesibles y lejanas o aquellas próximas a los lugares de enterramiento, lógica decisión si tenemos en cuenta la escasa o nula repercusión en la vida comunitaria de la institución hospitalaria escasamente integrada en su realidad cotidiana; este tipo de decisiones no hacen sino remarcar la aparente falta de valor que las comunidades indígenas otorgan al servicio hospitalario edificado en su territorio. Recuerdo la actitud de los comuneros aymaras del Cantón Ajllata Grande (Prov. Omasuyo del Depto. de La Paz) ilusionados en la construcción de su posta sanitaria, patrocinada por Médicos sin Fronteras. Después de la gozosa inauguración, la posta continuaba prácticamente sin estreno porque la gente no acudía para tratarse sus problemas de salud, *“no sabemos enfermar”* decían los comuneros; es decir no se enfermaban según los patrones del modelo biomédico, pero sí en función de las categorías aymaras. Aquella pequeña edificación hospitalaria repercutía en cierto prestigio para la central del Cantón, frente a las comunidades vecinas carentes de posta médica, pero no intervenía en ningún caso en solucionar las necesidades de salud de la zona.

“La gente no viene al hospital porque les da miedo; es incómodo, así limpio²³ y frío. Prefieren en sus casas con sus frazadas y sus camitas” (Miguel Tejerina) .

En este caso, el perfil del hospital y su aspecto como lugar aséptico, tal y como advertimos anteriormente en relación con el parto, juega en contra de su aceptación, el orden, los materiales emplea-

dos en su construcción, las salas amplias, luminosas y ventiladas, provocan sensaciones de frío, causa de enfermedades, e incomodidad, aspectos claves en el tratamiento terapéutico de los enfermos indígenas, partidarios como sabemos, de la asistencia domiciliaria. El cambio brusco, el choque producido entre los espacios domiciliarios de las familias indígenas y los espacios hospitalarios genera temor, incomodidad y angustia entre los pacientes. ¿Es posible una mejor adecuación espacial de la institución hospitalaria más próxima y cercana al dominio doméstico de las familias indígenas? Hay que tener en cuenta lo importante que resulta el confort y la confianza para el desarrollo de la “consulta médica”. Los médicos originarios que acuden a la casa del enfermo conocen este principio; la sesión se realiza en casa del enfermo, es el médico originario quien se traslada a la casa del enfermo, valorando la seguridad y comodidad del mismo.

La presencia de médicos originarios, *yatiris*, *kallawayas* y otros varios posibles en el mismo espacio terapéutico del hospital donde trabaja el médico, presenta dificultades importantes. Indudablemente, el hecho de que médico y médico originario compartan espacios en el “centro de poder” tanto de la posta, como del hospital, adquiere connotaciones políticas razonables para la acreditación de un enfoque intercultural aplicado a la salud, pero cuidado porque la cuestión no sólo radica en colocar a uno u otro especialista al lado, codo con codo. Si bien el “escaparate” político de la interculturalidad goza con este tipo de experiencias es preciso valorar algunos aspectos. En primer lugar la difícil aceptación del propio espacio hospitalario, por parte de grupos humanos que no poseen en su bagaje cultural nada parecido a una “casa de curas” ya que es el propio médico originario quien practica la medicina de forma itinerante atendiendo a los enfermos, bien en su propia casa o en la de aquel. Por tanto, difícilmente nadie acudirá a una institución “fría” donde no entienden la lengua originaria ni las consideraciones culturales sobre salud y enfermedad, aquellas consideradas por los lugareños como “verdaderas razones”, para afrontar las crisis y traumas que la enfermedad ocasiona. Si los médicos y personal de salud no están formados en criterios interculturales, difícilmente valorarán las competencias que el médico originario desempeña en la posta o en la unidad hospitalaria, considerando al médico originario, dentro del más aberrante paternalismo como un pequeño auxiliar de primeros auxilios, para que “aprenda” las verdaderas enfermedades y sepa derivar al hospital los casos importantes; este tipo de actitud se acerca a “emplear la de ellos para salirnos con la nuestra” y no ayuda al desarrollo de criterio intercultural alguno, por más que médico y *yatiri* encuentren acomodo en el mismo escenario terapéutico del hospital o de la posta médica. Si el médico originario no deriva los pacientes que no puede atender al biomédico y este a su vez reconoce sus limitaciones en el competente tratamiento de enfermedades que sí puede tratar el médico originario y lo deriva a este, nada se adelanta con hacer compartir a uno y otro especialista el espacio hospitalario²⁴.

Otro rasgo a tener en cuenta es que el médico originario de la posta o de la institución hospitalaria debe estar incluido en nómina, es decir, debe recibir su dinero por el trabajo realizado en la posta o en el hospital (Flores, 2004); existe la idea de que los médicos originarios, cobran la voluntad de sus pacientes y así resulta en el campo, en las comunidades desperdigadas por el altiplano, la selva o el chaco, pero si queremos que los médicos originarios sean reconocidos institucionalmente deben ser premiados por su valioso quehacer con sus pacientes con el aporte económico adecuado; de otra forma no les compensará realizar su trabajo en un lugar fijo y preferirán continuar con su tradición ambulatoria²⁵.

Hay que valorar, por otro lado, la reacción de los usuarios potenciales de los servicios: así como en la ciudad de La Paz y otros sectores ya hay dispensarios que ocupan médicos y *kallawayas* u otros médicos originarios con relativa aceptación, habrá que ver lo que sucede en el dominio rural, con sus características diferenciadas. El médico tiene su “espacio de poder” con las atribuciones que le confiere el mismo y, a su vez, el *yatiri* posee los suyos y no es bueno mezclar ambos conceptos, porque los pobladores indígenas y los propios médicos originarios recelan de la ineficacia de esa mezcla de conceptos. Varios *yatiris* consultados directamente se negaría a trabajar en la posta sanitaria porque no es su ámbito de “poder”; en el caso del *yatiri* aymara, el escenario que ejerce como caja de resonancia de su poder terapéutico y ceremonial es el propio altiplano, donde se encuentran todos los seres tutelares que

avalan su proceder, espacio sagrado que es capaz de reproducir en el dominio doméstico, ya sea en su casa o en la casa del paciente a través de sus remedios terapéuticos y sistemas de diagnóstico (hojas de coca, mesas rituales...etc). Indudablemente el maltrato a los *yatiris* o la competencia que los médicos puedan tratar de realizar con ellos en nada ayuda a sus disposiciones interculturales. Un *yatiri* me comentó en una ocasión que él nunca trabajaría con el médico en la posta si no fuera a partir del respeto mutuo y el compartir los procedimientos terapéuticos; se dice que el médico “juega” con sus aparatos y mira frascos recetando remedios, pero sin comunicar nada, “en secreto”²⁶.

Hay que tener igualmente cuidado con la prescripción de fármacos por parte de los médicos originarios, no competentes en este servicio o por parte de los Representantes Populares de Salud (RPS). Una queja habitual de los médicos rurales es esta tendencia al uso inadecuado de fármacos y tratamientos de antibióticos en las prácticas de autocuidado o en los tratamientos seguidos por los médicos originarios. Un kallawayá de un centro de salud convencional, aprovechaba en ciertas ocasiones la ausencia del equipo médico para prescribir si fuera necesario antibióticos, “*siquiera unito, para empezar...los enfermos no pueden irse así no más*”. Ante el peligro que le comenté que podía producir esta inadecuada prescripción, me respondía que los enfermos no tienen plata para pagarse todo el tratamiento, que son reacios a continuar los tratamientos prolongados y, por otra parte, que él, no puede contrariar los deseos de los pacientes. De igual forma, ante la negativa de los médicos del hospital de inyectar calcio a un anciano que se lo pedía, él, le llamó a parte indicándole “*ven mañana que no están (los médicos) y yo te pongo...*”. Los RPS por otra parte parece que son proclives a la colocación de sueros y aplicación de inyectables según critican los médicos que los forman en los cursillos y talleres que imparten en los hospitales y centros de salud diseminados por las comunidades del altiplano. Esta es una actitud que hay que saber reconducir con el cuidado que precisa. Los médicos convencionales y los médicos indígenas, así como los RPS, tienen que conocer los alcances y límites de sus propias aplicaciones, circunstancia que sólo puede precisarse mediante talleres conjuntos que les permita identificar las competencias reales de sus respectivos conocimientos y la capacidad de delegar en el otro lo que uno no puede afrontar de forma precisa.

Dentro de la propia estructura hospitalaria hay que tener en cuenta los cuidados relativos a los pacientes indígenas ingresados en la institución, como sea, el incluir en la dieta de los enfermos, en lo posible, los productos alimenticios de la zona; la explicación directa y franca sobre el consumo de fármacos; la descripción sencilla de los efectos sensibles que cabe esperar en los tratamientos que se apliquen como sabores, olores, sensaciones orgánicas, rasgos térmicos de temperatura...etc., todos ellos factores que afectan a los criterios indígenas sobre salud y enfermedad. Es imprescindible habilitar espacios confortables para los familiares y acompañantes que serán los que sirvan como “colchón” amortiguador de los temores de los pacientes ingresados. El disponer de espacios habilitados para los familiares y acompañantes de los enfermos redundará sin duda en una mayor valoración positiva sobre la posta o institución hospitalaria, con el permiso obvio de visitar al familiar ingresado el tiempo que fuera preciso.

Otro de los rasgos que debe imperar en la consulta ambulatoria o en la atención hospitalaria es el “secreto”; es decir, parte de los temores y recelos de los indígenas con respecto al hospital y las actuaciones médicas radican en su carácter público. La situación médica de cada enfermo en la relación que establece con el médico indígena sólo le interesa al propio afectado y su familia; todo debe quedar en este entorno privado, intimista y particular, por el contrario el hospital con su masificación asistencial y sus colas de enfermos y familiares va en contra del valor que el dominio indígena otorga a la privacidad de la situación médica de sus enfermos. De hecho, en el altiplano aymara, los *yatiris*, al acudir a la casa del enfermo lo hacen de noche y con la máxima discreción, para que nadie del entorno, ajeno a la familia, pueda notar su presencia en la casa.

¿Qué puede hacerse entonces para acercar las instituciones hospitalarias a la realidad de las poblaciones indígenas, para que sean consideradas por estas e integradas en sus potenciales necesidades de salud? Hay propuestas diferentes, la adecuación espacial y cultural en algunos servicios con la inclu-

sión de mobiliario indígena como realizó exitosamente Roberto Campos incluyendo hamacas en hospitales cuya población asistencial era de mayoría indígena (Campos, 1997b), igualmente en algunos casos se han elaborado hospitales gestionados por los propios indígenas, como ha sucedido en el entorno de Temuco, en Chile, por parte de grupos Mapuches; otra opción reveladora ha sido la apertura de oficinas de información intercultural como es el caso de la oficina willaqkuna en el hospital Daniel Bracamonte en Potosí, con el apoyo de la cooperación italiana (Campos y Citarella, 2004) o bien, el ejemplo que aparece recogido en algunos artículos del presente libro sobre la inclusión de médicos kallawayas en la Red de Apolobamba y el apoyo a la institucionalización de las medicinas indígenas, especialmente en San Pedro de Curva, por parte de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI). Recuerdo igualmente el intento por abrir un centro de Medicina Tradicional en el seno de la Facultad de Medicina de la Universidad Tomás Frías de Potosí o las salas de adecuación al parto en el hospital de Achacachi, en pleno corazón del altiplano aymara.

¿Podemos hacer alguna valoración de todas estas experiencias? Hay que tener en cuenta la moda de la interculturalidad aplicada a “cualquier cosa” de corte reciente que ha provocado no pocas “conversiones” interesadas, desde el momento que se trazan políticas interculturales de Estado en diferentes cauces y temáticas en América Latina. Estos “conversos” de ocasión pueden provocar no pocas distorsiones y confusiones sobre el fenómeno y sus aplicaciones concretas puesto que no creen en ellas. Por otro lado debemos de huir de las categorías nuestras sobre lo que creemos que es un hospital en “clave indígena”, con presencia de múltiples estereotipos en el caso boliviano de lo que se cree son valores identitarios esenciales de las medicinas indígenas: diseños en “cruz andina”; presencia de “médicos kallawayas” en cualquier rincón del Estado, muy lejos de los propios valles de incidencia kallawayas; acreditación “kallawayas” para cualquier indígena que se dedique a la medicina tradicional, como proponía en tiempos SOBOMETRA (Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional); control de los médicos convencionales sobre los médicos indígenas; introducción de técnicas procedentes de las Medicinas Alternativas Complementarias confundidas con las medicinas indígenas (la supuesta y recientemente introducida vaporterapia kallawayas, por ejemplo); todo esto aderezado con mucho textil de *awayo* en las paredes y motivos de *wiphalas* andinas o con rótulos en lenguas indígenas en las salas hospitalarias que ni los propios indígenas pueden leer y que resultan de traducciones más o menos literales del castellano inapropiadas para reflejar el contenido de expresión cognitiva de las lenguas originarias. Luego, por el contrario, suceden situaciones, aparentemente contradictorias, como las que ocurren en San Pedro de Curva donde los propios kallawayas de la zona eligieron el mobiliario del dispensario kallawayas y lo montaron de forma análoga al dispensario del médico convencional que tienen al lado, para desazón de los turistas, ideólogos andinos y algunos antropólogos que visitan la zona en busca de añoradas excéntricas indianistas. Ningún elemento “típico” de la cultura kallawayas aparece en el dispensario, salvo el amplio muestrario de medicinas indígenas que nutren las estanterías de los muebles donados por la Xunta de Galicia (creo recordar) junto con el generoso aporte de la AECI en La Paz; un dispensario montado según el criterio elegido por los propios kallawayas idéntico al de sus “colegas” de la biomedicina, con sus turnos de consulta y horario correspondiente; una práctica médica kallawayas hospitalaria, alejada de las prácticas médicas indígenas usuales en la zona que se corresponden, como es bien conocido no sólo entre los indígenas kallawayas, con la atención domiciliaria en casa de los enfermos²⁷. Quizá esta elección libremente hecha por los kallawayas de Curva, más allá de las modas indianistas al uso, permita una reflexión particular: ¿Es razonable “indianizar” las instituciones hospitalarias? Este esfuerzo o “lavado de cara” institucional ¿repercutirá en la mejor aceptación de la institución hospitalaria por parte de los enfermos indígenas de la zona? Esta configuración de supuestos “hospitales de indios”... ¿no generará mayores distancias asistenciales, parejas a lo que sabemos existe en el dominio educativo, con hospitales de primera, urbanos y de mejor calidad asistencial y hospitales de “indios” de “tercera” e ínfima calidad asistencial? Este esfuerzo por adecuarlos en competencia cultural ¿no será un simple lavado de cara político que permita que las cosas sigan siendo como son? El objetivo es ofrecer hospitales de calidad pareja y semejante, óptima, para todos los ciudadanos bolivianos, sean indígenas o no, sin el

peso demoledor que la pobreza y la indiferencia política han generado durante toda la historia republicana y colonial de Bolivia.

Probablemente el esfuerzo tiene que ir en la dirección de integrar el hospital en el seno de la vida comunitaria de las comunidades indígenas. No puede continuar siendo un elemento extraño e “inútil”, de espaldas a sus necesidades cotidianas. Un centro hospitalario que no forme parte de la vida comunitaria continuará siendo valorado de forma despectiva y generando múltiples desconfianzas estigmatizado como lugar de “muerte”. La “socialización” del hospital precisa hacer periódicamente “jornadas de puertas abiertas” propiciando talleres conjuntos en el hospital entre los equipos médicos, las autoridades comunitarias, padres de familia y médicos originarios; talleres aplicados de atención materno infantil, todo aquello que facilite e intensifique las relaciones del equipo médico con las autoridades comunitarias y los posibles usuarios del centro de salud o unidad hospitalaria. Es indispensable generar un clima de mutua comprensión, reconocimiento y mutuo enriquecimiento entre los equipos médicos convencionales y los médicos originarios locales que elimine cualquier atisbo de desconfianza o competencia entre ambos modelos. La consolidación de los equipos sanitarios en el dominio rural, resulta muy importante así como su reconocimiento económico y social; los médicos rurales debieran ser objeto de algún “monumento ministerial” como homenaje, por las difíciles condiciones en que desempeñan su labor lo que justifica en gran medida su absentismo y su tendencia a los cambios de destino buscando acercarse a las ciudades en busca de mejores oportunidades (Fernández Juárez, 1999). Todo esto genera un contexto político, económico y cultural difícilmente compatible con el reconocimiento exitoso de las unidades hospitalarias por parte de las poblaciones indígenas de Bolivia.

La labor de sensibilización para la aplicación de un enfoque intercultural a la salud debe producirse a la brevedad posible en el *pensum* de los *curricula* de todas las carreras universitarias de Ciencias de la Salud, a nivel del Estado; es la única forma de cambiar el escenario en el que otra forma de pensar la salud sea posible en Bolivia. Junto con la renovación del *curricula* de las carreras universitarias de Ciencias de la Salud es preciso intensificar la sensibilización a los respectivos colegios médicos; premiar en los concursos de plaza e *items* a los médicos y otros especialistas de ciencias de la salud con conocimiento de lenguas originarias y patrones culturales sobre salud y enfermedad; fortalecer la figura de médicos interculturales con un boleto económico de reconocimiento; dignificar el antiguo “año de provincias” hoy convertido en “Servicio Social de Salud” que si bien ha conseguido consolidar los *items* de salud en el dominio rural, supone una experiencia de campo insuficiente para los implicados, con el actual recorte a tres meses en área rural y seis meses en área urbana.

El problema no es tanto el edificio físico del hospital como el “edificio cognitivo” de lo que supone ejercer la medicina convencional en Bolivia. Cabe esperar que los actuales cursos de Salud Intercultural que se están ejecutando tanto en Potosí, con el apoyo de la Cooperazione Italiana, como en La Paz, con el apoyo del SEDES- La Paz y la AECI, permitan cambiar ciertas sensibilidades entre los profesionales de salud en Bolivia y concienciar cambios en la actitud inmovilista e intolerante, no pocas veces, de los propios colegios médicos bolivianos. El esfuerzo de diálogo intercultural tiene que hacerse en las dos direcciones porque posturas intolerantes encontraremos tanto en el seno de los “médicos de mandil” como entre los médicos indígenas. La presencia de un Viceministerio de Medicina Tradicional e Intercultural dependiente del Ministerio de Salud y Deportes boliviano debe aproximar y conciliar las posturas de ambos modelos médicos. En este sentido, cabe esperar que las ayudas recibidas en salud por parte de la escuela médica cubana, de una calidad biologicista demostrada, igualmente resulte susceptible de sensibilización intercultural, ya que si resulta complicado a los propios médicos bolivianos afrontar este perfil, un “caribe altiplánico” en el ámbito de la salud, puede resultar grotesco e ineficaz y acen-
tuar el signo “tabú” de las instituciones hospitalarias en Bolivia.



Equipo de Salud Altiplano. Pampas de Machaca (Bolivia). Campaña de prevención dental



◀
*Unidad de pediatría del Hospital Daniel Bracamonte,
Potosí (Bolivia)
Fotografía: Programa de Formación en Salud Inter-
cultural "Willaqkuna"*



El Centro de Salud Hospital Kallawaya Boliviano-Español, de la localidad de San Pedro de Curva, Provincia Bautista Saavedra del Departamento de La Paz, Bolivia



El señor Máximo Paye en el dispensario kallawaya del Centro de Salud kallawaya boliviano-español de San Pedro de Curva. Armario clasificador de medicinas naturales

Notas

- 1 El presente artículo está inspirado en uno previo (Fernández Juárez, 2005) sobre el cual he incorporado los datos y nuevas reflexiones resultantes de las dos asistencias técnicas antropológicas realizadas para el Programa de Salud de la Agencia Española de Cooperación Internacional de La Paz, Bolivia, en relación con el proyecto “Apoyo a la Institucionalización de las Medicinas Indígenas en la Red de Apolobamba”, durante los meses de Septiembre-Octubre de 2005 y Enero-Febrero de 2006. Agradezco encarecidamente al Dr. José Luis Baixeras Divar, director del Programa de Salud, la confianza y oportunidad prestadas.
- 2 Término que debemos a Eduardo Menéndez (1981;1992)
- 3 El “Año de Provincias” constituye un requisito indispensable para los egresados de la carrera de Medicina y otras especialidades en ciencias de la salud en diferentes países de América Latina (con diferentes denominaciones) por el que se le exige al egresado la permanencia durante un año cumpliendo misiones de médico generalista en sectores rurales o de la periferia urbana. En Bolivia este “Año de Provincias” ha sido, de momento,remplazado por un Servicio Social de Salud Rural Obligatorio que ha rebajado sustancialmente la permanencia de los médicos egresados sobre el terreno, concretamente el “año de provincias” en Bolivia se ha reducido a tres meses, marco temporal que dificulta en forma extrema la integración del médico en el dominio donde pretende realizar su labor asistencial (Flores, 2004). El médico anesthesiólogo boliviano Dr. Jorge Molina, me comentó que según sus datos, contrastados con otros olegas suyos que realizaron el “año de provincias”, en el 95% de los casos, el médico no regresa jamás al lugar donde desempeñó su labor durante el “año de prinvincias”.
- 4 *Yatiri*. Sabio, especialista ritual aymara, diestro en la consulta de hojas de coca y en el tratamiento de diversas enfermedades de filiación cultural (Fernández Juárez, 2004)
- 5 Por esta circunstancia, algunos médicos me han confesado su desesperación al comprobar que los indígenas no continúan con el procedimiento terapéutico hospitalario en el caso de las placas de rayos x; una vez que tienen las radiografías en las que se puede “ver” la causa del mal se dan por contentos y no continúan el procedimiento. Este tipo de “deserción” hospitalaria del paciente tiene en cuenta otros aspectos, entre ellos el económico.
- 6 El complejo cultural sobre lo “cálido” y lo “fresco” está presente, dentro de los síndromes de filiación cultural, en la mayor parte de los pueblos amerindios y resulta suficientemente conocido. En el dominio aymara estas categorías simbólicas están presentes en diferentes ámbitos como los procesos orgánicos fríos y cálidos; los alimentos fríos y cálidos; productos de la farmacopea tradicional fríos y cálidos e incluso el propio talante se los seres humanos igualmente “fríos” o “cálidos”, exigiendo un tratamiento personalizado para las enfermedades ya sean cálidas o frescas (Foster, 1980; Gutiérrez Estévez, 2000).
- 7 Me comentaba una médico de Potosí: “...¿cómo una mujer que no se desnuda para hacer el amor con su compañero va a hacerlo para la revisión del médico a quien no conoce!”
- 8 De hecho, la repulsión por el baño se inicia en edades tempranas donde se amenaza al niño que comete actos inapropiados con un baño frío.
- 9 En las borracheras siempre que se produce algún enfrentamiento con derramamiento de sangre, la víctima afectada por la pérdida y su familia suelen realizar una solicitud al médico para que evalúe y certifique la cantidad de sangre derramada, para realizar la denuncia y solicitud correspondiente de indemnización económica al agresor y su familia .Recuerdo el caso de Manuel Coa, residente aymara en la barriada alteña de Villa Huayna Potosí cuando, afectado por una úlcera sangrante y tras un vómito de sangre importante, increpaba asustado al equipo médico que pretendía sacarle sangre para su análisis ... “¡no tengo más sangre!”
- 10 Los *yatiris* aymaras emplean diferentes sistemas para el diagnóstico médico, como son las hojas de coca, el orín del enfermo, o la disección de animales que previamente se han pasado por la zona afectada del cuerpo del enfermo produciendo lo que se conoce como “limpia” ritual (Fernández Juárez, 2002;2004)
- 11 El temor a las extracciones sanguíneas se ve “confirmada” por las disposiciones de los equipos médicos en las instituciones hospitalarias, en relación con los grupos sanguíneos y las necesidades de los enfermos “... a otros coloca, ¿no ve?”; “para vender a otros saben sacar”.
- 12 “Operador” denominan en castellano al *kharisiri* en el Cantón de Ajllata. Indudablemente este calificativo dificulta nuevamente el reconocimiento del médico como alguien competente en sanar y lo acerca a la figura perversa del personaje mítico (Fernández Juárez, 2004b).
- 13 Las formas que adquiere la espuma del orín del enfermo y sus características sensibles son analizadas por los *yatiris* aymaras en el diagnóstico de enfermedades.
- 14 La Confederación Sindical Unica de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB) paralizó la ley de trasplantes de órganos por la reticencia, desconfianza y abuso que se supone realizan en las instituciones hospitalarias, concepto asociado al tráfico de órganos y la idea indígena del “cuerpo completo”, incompatible con esta norma.
- 15 Esta valoración ética indígena sobre el cuerpo completo dificulta en gran medida las prácticas de la cirugía convencional, así como la puesta en práctica de un sistema nacional de trasplantes de órganos, como expuse arriba. He re-

cogido en el Lago Titicaca, varios casos de personas abocadas a la amputación de alguna de sus extremidades y miembros que han saltado literalmente de la camilla hospitalaria para curarse en sus comunidades de origen con los médicos aymaras mediante cataplasmas realizadas con diferentes especies herbáceas de la zona y barros de calidades de tierras distintas, que han sido suficientes para detener aparentes procesos de gangrena. Hay que destacar en este mismo sentido, la solicitud ocasional, por parte de los familiares del paciente intervenido quirúrgicamente, de los algodones impregnados con su sangre (Oscar Velasco, comentario personal) o la frecuente solicitud de la placenta tras el parto, como veremos luego. Incluso los cabellos cortados de las personas son objeto de custodia y cuidado (Fernández Juárez, 2002).

- 16 Algunas enfermeras destinadas en las unidades maternoinfantiles de hospitales en España, sensibilizadas con la antropología me han confirmado que los equipos de intervención en el parto se refieren con frecuencia al neonato como “producto”, lo que asemeja su actuación a la de una especie de “factoría industrial”. Muy diferente es la perspectiva desde las consideraciones emic de las poblaciones indígenas donde existe un conjunto de categorías de significación cultural y cognitivas muy representativas que afectan a todo el proceso del parto configurando incluso una terminología específica (Dibbits y Terrazas, 2003; Arnold y Yapita, 1999).
- 17 El propio feto humano es objeto de consideraciones culturales que nos ofrecen información precisa sobre algunos comportamientos indígenas (Platt, 2001)
- 18 Entre los Yagua amazónicos del Perú, existe todo un componente etnovírico sobre dardos chamánicos que se introducen en el cuerpo del afectado provocándole enfermedades (Chaumeil, 2004).
- 19 Este tipo de discurso resulta muy frecuente entre los representantes del magisterio rural aymara.
- 20 Curiosamente esta lucha por la “colonización médica” de los cuerpos indígenas, resulta muy frecuente en los análisis biomédicos en los que se insiste que no deben darse mates o infusiones en situaciones como el parto, donde la biomedicina regula en sus intervenciones el ayuno más estricto.
- 21 Merece la pena recordar el ejemplo que recoge Larry Dossey (1994).
- 22 Hay que tener particular cuidado en la elección del lugar donde se construirá el hospital ; con demasiada frecuencia, en el altiplano, los hospitales se erigen cerca de los cementerios indígenas, lo que contribuye a incrementar el rasgo “tabú” de la institución hospitalaria (Jose Luis Baixeras, comentario personal).
- 23 En relación con la higiene, y con la imagen mental y cognitiva que tenemos sobre los hospitales, recuerdo, no hace mucho, la afirmación desazonada de una célebre antropóloga americanista, que había visitado recientemente un hospital en Chile, próximo a Temuco, con adecuación cultural, donde la suciedad y el olor le resultaban nauseabundos. El celo por la higiene y la desinfección penetra nuestras categorías sobre lo que entendemos que debe ser una institución hospitalaria, mientras que la suciedad y los olores nauseabundos son incompatibles con ella. Las casas campesinas en los Andes carecen, como sabemos, de los servicios higiénicos mínimos y el agua, más o menos potable, es un bien caro y dificultoso de conseguir.
- 24 La interculturalidad aplicada a la salud no consiste sólo en introducir médicos indígenas en las postas e instituciones hospitalarias de cualquier forma. Precisa una reflexión global sobre los sistemas de salud y sus características en América Latina.
- 25 Tampoco se puede reglamentar económicamente las actuaciones de los médicos indígenas a imitación de la tarificación por servicios prestados como se hace en la biomedicina ; mucho menos pretender que sea la biomedicina quien “a su juicio” estipule y controle el quehacer de los médicos nativos y los “precios” que debe cobrar, como se intentó hacer en Bolivia sin éxito, lógicamente (Flores, 2004).
- 26 De hecho, este “secretismo” aparente del médico, debido en gran medida a sus problemas de expresión en las lenguas originarias, va en contra de la aceptación incluso de los talleres organizados por los equipos de salud en la comunidades indígenas; los propios “beneficiarios” indígenas creen que el médico organiza los talleres para “aprender” las técnicas indígenas y no tanto para informar o enseñar las suyas, con lo que algunos prefieren no acudir a los talleres formativos organizados por el equipo de salud
- 27 Véanse los trabajos de Mollie Callahan y Jose Luis Baixeras, en este mismo libro

Bibliografía

AGUIRRE BELTRÁN, Gonzalo

1994 [1955] *Programas de salud en la situación intercultural*. Obra Antropológica V Fondo de Cultura Económica/Universidad Veracruzana/Instituto Nacional Indigenista / Gobierno del Estado de Veracruz, México.

ALBÓ CORRONS, Xavier

1995 *Bolivia Plurilingüe. Guía para planificadores y educadores* (3 vol.). CIPCA La Paz.

- ALBÓ CORRONS, Xavier
2004 “Salud e interculturalidad”, en FERNÁNDEZ JUÁREZ Gerardo (Coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. pp 65-74. Edit. Abya-Yala/Bolhispania/UCLM, Quito.
- ARNOLD, Denise y DE DIOS YAPITA, Juan
1999 *Vocabulario aymara del parto y de la vida reproductiva de la mujer*. ILCA/FHI La Paz.
- CAMPOS NAVARRO, Roberto
1997a “La hamaca: historia, etnografía y usos médicos de un mueble americano”. *Revista Médica del IMSS*, 35 (4) pp. 287-294.
- CAMPOS NAVARRO, Roberto.
1997b “La satisfacción del enfermo hospitalizado: empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México”. *Revista Médica del IMSS*, 35(4) pp. 265-272.
- CAMPOS NAVARRO, Roberto
2004 “Experiencias sobre salud intercultural en América Latina”, en FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (Coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. pp.129-151. Edit. Abya-Yala/Bolhispania/UCLM, Quito.
- CAMPOS, Roberto y CITARELLA, Luca
2004 “Willaqkuna. Un programa de formación en salud intercultural en Bolivia”, en FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. pp.93-106. Edit. Abya-Yala/ Bolhispania/UCLM, Quito.
- CHAUMEIL, Jean Pierre
2004 “Del proyectil al virus. El complejo de dardos – mágicos en el chamanismo del oeste amazónico”, en FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. pp.265-278. Edit. Abya-Yala/ Bolhispania/UCLM, Quito.
- DIBBITS, Ineke
1994 *Lo que puede el sentimiento. La temática de la salud a partir de un trabajo con mujeres en El Alto Sur*. Tahipamu, La Paz.
- DIBBITS, Ineke y DE BOER, Mariska
2002 *Encuentros con la propia historia. Interculturalidad y Trato Humano desde la perspectiva de un equipo de salud*. Tahipamu, La Paz DIBBITS, Ineke y TERRAZAS, Magaly.
- DIBBITS, Ineke y DE BOER, Mariska
2003 *Uno de Dos. El involucramiento de los hombres en la atención de la salud perinatal. Revelaciones desde Santa Rosa y Rosas Pampa*. El Alto. Tahipamu, La Paz.
- DOSSEY, Larry
1999 *Tiempo, Espacio y Medicina* [1982]. Edit. Kairós, Barcelona.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
1999 *Médicos y yatiris. Salud e interculturalidad en el altiplano aymara*. CIPCA /OPS/ Ministerio de Salud y Previsión Social, La Paz.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
2002 *Aymaras de Bolivia. Entre la tradición y el cambio cultural*. Edit. Abya-Yala, Quito.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
2004a *Yatiris y ch'amakanis del altiplano aymara. Testimonios, sueños y prácticas ceremoniales*. Edit. Abya-Yala. Quito.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
2004b “Médicos y kharisiris. Dificultades para la aplicación de políticas interculturales en salud en el altiplano aymara de Bolivia”. *Congreso Internacional de Americanistas de Perugia* (en prensa).
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (Coord.)
2004 *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Edit. Abya-Yala/ Bolhispania/UCLM.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
2005 “Salud e interculturalidad: Sugerencias para organizaciones de salud en contextos indígenas, a partir de una experiencia boliviana”. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, LX (2) pp 29-53.

- FERNÁNDEZ JUAREZ, Gerardo
 2006 “Kharisiris de Agosto en el altiplano aymara de Bolivia”. *Chungará. Revista de Antropología chilena*, 39 (1), Universidad de Tarapacá.
- FLORES MARTOS, Juan Antonio
 2004 “Una etnografía del “año de provincias” y de “Cuando no hay doctor”. Perspectivas de salud intercultural en Bolivia desde la biomedicina convencional”, en, FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas* pp.181-212. Edit. Abya-Yala/ Bolhispania / UCLM/
- FOSTER, George
 1980 “Relaciones entre la medicina popular española y latinoamericana”, en, KENNY,M. y DE MIGUEL, J.M., *La antropología médica en España* pp. 123- 147. Edit. Anagrama, Barcelona/
- GUTIÉRREZ ESTÉVEZ, Manuel (edit)
 2000 *Sustentos, aflicciones y postrimerías de los indios de América*. Casa de América, Madrid/
- MENÉNDEZ, Eduardo
 1981 *Poder. Estratificación y salud*. Ediciones de la Casa Chata, México/
- MENÉNDEZ, Eduardo
 1992 “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de auto atención, caracteres estructurales”, en R. Campos (comp.) *La antropología médica en México*. Instituto Mora-UAM. México/
- PLATT, Tristan
 2001 “El feto Agresivo. Parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes” *Anuario de Estudios Americanos*, LVIII (2).
- RANCE, Susanna
 1999 *Trato humano y educación médica. Investigación-acción con estudiantes y docentes de la carrera de medicina UMSA, La Paz*. Viceministerio de Asuntos de Género, Generaciones y Familia, La Paz TAPIA, Ingrid ; ROYDER, Ricardo y CRUZ, Teodora/
- TAPIA, Ingrid; ROYDER, Ricardo y CRUZ, Teodora
 2005 *¿Mentisán, Paracetamol o wira wira? Jóvenes, salud e interculturalidad en los barrios mineros de Potosí*, PIEB, La Paz/
- YOLPAHTLI
 2003 *Servicios de salud con calidad intercultural en pueblos indios*. Secretaría de Salud, México.

UN ASPECTO DE LA SANIDAD AMERICANA DEL ANTIGUO RÉGIMEN

Las boticas coloniales del ámbito de Charcas*

Alfredo Rodríguez González
Universidad de Castilla-La Mancha
España

Introducción

El objetivo de este trabajo es ofrecer algunos datos sobre la asistencia sanitaria durante la época colonial, en concreto del ámbito de las farmacias o boticas. El estudio de la documentación conservada en el Archivo Nacional de Bolivia, en Sucre, centra geográfica y cronológicamente el análisis: la ciudad de La Plata en los siglos XVII y XVIII, con algunas referencias también a Potosí. Ambas poblaciones fueron las ciudades donde la administración española tenía mayor presencia, de modo que concentraron las poblaciones de españoles más numerosas en el Nuevo Toledo, Alto Perú o Bolivia colonial.

La Plata se fundó en torno a 1540. Doce años después se convirtió en sede episcopal, y en 1559 Felipe II creó en ella una audiencia judicial. El rápido crecimiento de Chuquisaca se debía sin duda al descubrimiento del Cerro Rico, que fue el origen de la transformación de toda la zona. Bastaron unas décadas para que, al calor de la fiebre de la plata, se levantase en Potosí una de las ciudades más dinámicas del continente en el periodo colonial. La dureza del clima hizo de ella una urbe sobre todo minera, mientras que la administración y la sede de los órganos de gobierno radicaban en La Plata. El aluvión demográfico y el altísimo valor económico que para la Corona tenían los recursos potosinos hicieron que los monarcas dedicasen esfuerzos y energías constantes a organizar y mantener la extracción de mineral. Dentro de ese objetivo era básico contar con mano de obra apta para trabajar en condiciones durísimas, lo que equivalía a crear un sistema de salud paralelo al de explotación minera. Es por ello por lo que los primeros centros sanitarios en América del Sur aparecieron en torno a Charcas, y con el tiempo se convertirían en los más importantes de toda la zona.

Casi simultáneamente a la fundación de La Plata, en 1541, una cédula del Emperador había ordenado a los virreyes y demás autoridades que creasen en las ciudades hospitales donde se atendiese a la población, especialmente a los más pobres¹. En realidad no sólo América vive en esta época un momento de nuevas fundaciones sanitarias, también en España tenía lugar una fiebre edificadora al hilo del debate de fondo acerca de la acción social de las instituciones.

Desde la Edad Media el concepto de asistencia sanitaria incluía también la atención del alma del enfermo, que era tan importante o más que la salud del cuerpo. Por otro lado los hospitales en muchas ocasiones venían realizando funciones mixtas, curativas y de asistencia social, lo que hizo que vinculase a los centros sanitarios con el problema de la pobreza. De hecho, veinte días después de firmar la orden a la que se ha aludido, Carlos I redactó otra en la que pedía la máxima diligencia para que se fundasen asilos y hospitales donde se curasen “los desheredados de la fortuna y los enfermos”². No puede olvidarse, por tanto, que en la política sanitaria de la Corona la terapia y el control social iban de la mano, y aunque en teoría se dirigían a la sociedad en su conjunto estaban especialmente diseñadas para los sectores más pobres.

Del mismo modo que los españoles llevaron a América su propio sistema hospitalario también trasladaron el saber médico europeo de la época. En la farmacoterapia el galenismo renacentista, que tanto arraigo llegó a tener en España, tenía como texto de cabecera los comentarios *De materia medica* del griego Dioscórides. Desde finales del siglo XV se realizaron en Europa numerosas ediciones y reimpresiones (la española de Andrés Laguna, de 1555, tuvo veinte ediciones en algo más de 200 años), lo que indica su arraigo.

No obstante la ciencia europea que llegó al Nuevo Mundo había de encontrarse con un saber sanitario autóctono, que en algunos casos, en áreas determinadas tenía un nivel técnico comparable al de la metrópoli. Como afirma Carlos Serrano, es innegable que se produjeron experiencias interculturales en prácticas médicas, agentes sanitarios y medicamentos. Diferentes investigaciones previas han demostrado cómo la medicina oficial fue integrando distintas prácticas de la indígena, por ejemplo en cirugía.

En el caso específico de las medicinas, los europeos entraron en contacto con un desconocido conjunto de remedios curativos, con eficacia demostrada entre la población indígena y de origen natural: hierbas, raíces, tallos o semillas que se fueron incorporando a las boticas del viejo continente. Las propias fuentes indican que remedios tradicionales contra el dolor fueron también aplicados por los españoles. Es indudable que los médicos de la época colonial disponían de recursos muy diferentes a los empleados en Europa. Los listados de boticas que se conservan en los archivos muestran el enorme grado de difusión de algunos de estos remedios. Los inventarios constituyen una fuente de altísimo valor que requeriría de una investigación más profunda, y en ellos destaca la heterogeneidad de las sustancias de las farmacias, así como la inclusión de productos inocuos o poco efectivos. En realidad la propia concepción del fármaco que existía en la época explica este hecho. No es extraño que las ranas disecadas y la quina conviviesen en los estantes de unos boticarios que atribuían a dichas sustancias una serie de propiedades en función de los humores hipocráticos³.

Este enriquecimiento mutuo no supuso la fusión de los dos modelos médicos en uno. Más bien los dos sistemas se acercaron pero se mantuvieron vigentes y separados por cuestiones que trascienden la materia médica y remiten a la coyuntura histórica, pero que crearon dos mundos paralelos: el oficial y el popular. Por ello la atención estaba marcada por el origen social, existiendo hospitales para españoles y para indios, o secciones para cada grupo dentro de la misma institución. Ello respondía a un claro deseo de la Corona de mantener separados a los dos sectores de población, y que también se manifiesta en el sistema de producción o en los asentamientos urbanos. Dado que los primeros eran un número mínimo en comparación con la población indígena la mayoría de las fundaciones eran hospitales de indios. Hay que tener en cuenta, además, que no todos pero sí una proporción significativa de los españoles pertenecía a un estamento social que, salvo casos excepcionales, no visitaba jamás los centros hospitalarios, ni en América ni en España, precisamente por su asociación al mundo de los menesterosos.

Bien entrado el siglo XVII, cuando una ciudad populosa como Potosí sólo contaba con dos hospitales, la población indígena seguía usando sus remedios tradicionales. Los centros sanitarios para indios, sufragados con limosnas y colectas, empleaban hierbas como remedios al carecer de drogas. En el campo la situación era distinta al no existir ninguna infraestructura. El agustino Fray Antonio de la Calancha cuenta en su crónica, de 1638, que en las áreas rurales los pobladores mantenían entre todos a los médicos tradicionales, que eran itinerantes y también sanaban con remedios vegetales. Además, “tiene cada pueblo depósito de ungüentos, polvos y purgas acomodadas a sus complexiones, y al propósito de sus enfermedades”⁴. Sin duda estos depósitos paliaban la escasez de remedios médicos en el área rural, pese a que en el ámbito de Charcas las autoridades realizaron algunas iniciativas en este sentido. Por ejemplo, en una de las visitas periódicas que los oidores de la Audiencia debían realizar a las regiones del contorno para controlar posibles excesos contra los indios, se establecía que los encomenderos “han de tener cuidado de tener en los pueblos siempre un poco de piedra lipis y como una libra de coro y dos de zarzaparrilla, y media botijuela de aceyte y dos o tres de ungüentos ordinarios para que

se curen los yndios quando tuvierén necesidad, que todo lo susodicho será cosa en esta tierra de valor de veinte pesos, y acabado de gastarse ha de tornar a suplir, de suerte que no falte”⁵.

Los boticarios en el contexto de su época

Para que tuviese éxito la implantación del modelo asistencial europeo en Indias era imprescindible la existencia de profesionales formados en un número suficiente para atender a la población. Los primeros terapeutas llegaron con los conquistadores, y durante algunas décadas cirujanos, médicos y boticarios procedían o habían estudiado en España. Con el paso del tiempo Lima se convirtió en el centro académico más destacado para el estudio de las ciencias médicas dentro del Virreinato, y fue el centro en el que se formaron buena parte de los profesionales que ejercieron en Charcas.

Como se apuntó el galenismo fue asentándose en América cuando empezaba a ser cuestionado en Europa, y ello explica que la penetración de las nuevas corrientes científicas ligadas al empirismo tardasen más en penetrar en las colonias que en la metrópoli. Pedro de Vargas, *botánico*, como se auto-denominaba, que radicaba en Potosí a finales del siglo XVIII explica que

“el que yo haya estudiado por la farmacia galénica de Palacios, por ser más común y general, por donde se estudia en los hospitales reales de la ciudad de Los Reyes, y no por la nueva matritense, que es una mera vagatela y accidente, a la manera que aunque los ynstituarios en la yuris prudencia [sic] expongan por Keis⁶, por Mancio, por Torres, por Vinio Arprecto, etc, con tal que expliquen la significación y sustancia de lo que exige la facultad, parece no es menester se siña y sujete este facultatibo al autor del examinador, así pues tampoco en regular me siña el ygal método de la farmacia matritense para formar caval ydea de mi pericia, sucediendo lo mesmo en la facultad suprema de la Teología”⁷.

Se quejaba Vargas de que otro boticario le estaba obstaculizando dolosamente el acceso al ejercicio de su profesión. La actividad profesional en materia de salud estaba profusamente regulada durante la época colonial por el Protomedicato. Esta era un organismo español de origen medieval cuyo objeto era regular los estudios médicos y el ejercicio de la medicina. La Corona trasladó al Nuevo Mundo esta institución⁸, adaptándola a la nueva realidad, en el reinado de Felipe II.

Con anterioridad la carrera profesional sanitaria en Indias había sido establecida por Carlos I en 1553. Médicos, cirujanos, parteras, boticarios y hasta ensalmadores, debían haber obtenido el correspondiente título universitario. Además de ello debían pasar varios exámenes para acceder al ejercicio sanitario, el administrativo (del Consejo de Indias, virrey o cabildo)⁹, y el técnico: en 1537 se creó en la capital de los virreinos un organismo encargado de controlar el funcionamiento de los hospitales y el ejercicio profesional de los profesionales sanitarios¹⁰. Un año más tarde se ordenaba a los virreyes la vigilancia sobre las boticas, para verificar la calidad de los componentes y la bondad de las medicinas¹¹.

Tal sistema de filtros no aseguraba, sin embargo, la idoneidad de todos los aprobados. En muchas ocasiones las clientelas, la posición social o el origen familiar pesaban más que la formación y la práctica profesionales para ocupar un cargo. Por ello Felipe II decretó en 1570 el establecimiento en Lima de un Protomedicato (instaurado sobre el anterior de 1537) que adoptaría la forma técnica de tribunal, con el protomédico y dos auxiliares, todos ellos de máximo prestigio¹². Como constata Lanning su actuación no puede calificarse de exitosa, a la luz del número y calado de los problemas sanitarios que aparecen en la documentación¹³. Pero tampoco parece que la institución contase con los medios suficientes para acabar con las dificultades, y sobre todo no hay que olvidar que la Corona creaba un sistema cuyo cometido no era sólo atender a la población sino fijar un modelo médico-hospitalario determinado (el europeo de la época) que se iba a convertir en oficial, frente al tradicional.

De entre sus cometidos cabe destacar el que se refería a la recopilación sistemática de todos los remedios sanitarios eficaces empleados por los indígenas. En esa tarea en teoría debían colaborar todos los médicos y boticarios, realizando experiencias para determinar la dosificación y los efectos. Los re-

sultados serían remitidos a España, hasta el punto de que es un lugar común hablar de la revolución americana en las farmacias.

A medida que la administración colonial se iba haciendo presente en América las relaciones entre las dos orillas del Atlántico se hicieron más intensas. En la segunda mitad del siglo XVIII, además, el ferviente deseo de sistematizar el saber científico permitió que la Europa de las Luces conociese con mayor detalle el patrimonio natural del resto del globo. Los informes y documentos relacionados con las expediciones científicas, como las de Malaspina o Jorge Juan, informan acerca de numerosas plantas o remedios naturales americanos. Todo ello fortaleció la difusión de tales productos, de modo que a finales de la época colonial aumentó el interés de las autoridades por llevarlos a Europa en buenas condiciones.

En 1787 el virrey de Buenos Aires recibió una misiva en la que Carlos III le ordenaba “que hiciese recoger y remitir a España la porción que pudiera juntarse de calaguala y canchilagua, como también aceite de María, bálsamo y qualquiera otro específico que hubiese en estos dominios, y que todo se acompañase con una explicación de cada uno y del método de usarlo...”¹⁴. En cada provincia las autoridades debían confeccionar un listado de productos medicinales y sus propiedades, lo que constituye una fuente de excepcional valor. Hay que tener en cuenta que no se conservan todos, entre otras razones porque algunos funcionarios alegaron carecer de conocimientos y de auxilio técnico para realizar ese trabajo.

Un año más tarde una Real Orden daba instrucciones para transportar a España una serie de medicinas naturales porque “aunque se obedezcan las reales órdenes sobre envío a España de bálsamos, gomas y géneros medicinales para surtido de la Real Botica, de nada sirve si no se pone el debido cuidado y precaución para que lleguen como corresponde”. Además de aconsejar un perfecto empaquetado de los productos en botes metálicos se buscaban materiales y modos de almacenamiento capaces de resistir condiciones difíciles como naufragios o incendios. Por supuesto, era imprescindible la correcta identificación: “se ha de remitir dentro de cada uno otra particular de su contenido, forrada o metida dentro de un pergamino u otra cosa que la resguarde y preserve de mancharse en caso de avería o quiebra de alguna botella o botija”¹⁵.

La extensión del virreinato del Perú obligó a que el protomedicato limeño estableciese oficinas en otras ciudades, pese a ciertas resistencias. La creación del virreinato de Buenos Aires, con su correspondiente protomedicato, no mejoró las cosas, por lo que en 1782 la Audiencia de Charcas aceptó la instalación de un protomedicato en la ciudad, que contaba además con Universidad, aunque no está muy claro su papel ni las fechas de su funcionamiento. Como afirma Carlos Serrano las instituciones de Lima y Buenos Aires se vieron obligadas a transferir a los cabildos y a la Audiencia algunos poderes, pero además en La Plata y Potosí hubo delegados del protomedicato de Lima desde finales del siglo XVI¹⁶.

Como se dijo, el Protomedicato además de velar por el correcto ejercicio médico debía encargarse de evitar la actuación de aquellos profesionales que no tuviesen el correspondiente título. El nombramiento del protomédico potosino José Hermenegildo Guerrero recoge expresamente una mención a los médicos excluidos del sistema oficial: “con la facultad de visitarlos y examinar a los que preciados de médicos se introducen a este ejercicio con grave perjuicio del público; y habiendo presentado dicho título y los de botánico y cirujano ... selando con todo esmero los desórdenes que así los mal curanderos con nombre de médicos como las drogas de botica corruptas y pajadas ocasionan en el irremediable mal de las muertes de los enfermos...”¹⁷.

La falta de licencias y titulaciones fue un mal que tampoco se corrigió con el tiempo. El problema es que la falta de profesionales dificultaba aun más las cosas, y permitía que algunos individuos accediesen al ejercicio profesional, aun constando su falta de preparación. El arequipeño José Corrales, que había ejercido como médico en el Hospital del Monasterio de los Remedios de Tarija, fue habilitado por el protomedicato potosino

“para que sin embarazo ninguno así de los protomedicatos, de algunas villas o ciudades como de las reales (6) justicias pueda curar dicho Corrales en sirujía y medicina, a quien lo hallo muy abto para que

sin recelo pueda ejercer ambas facultades, advirtiéndole que esta licencia sólo le es dada por el término de un año, ínterin logra alguna avilitación para su examen y grado, facultad que nos concede por ley Su Majestad para que así los pobres y de avilidad no se malogren y pierdan todo el trabajo emprendido en su jubentud”.

El problema es que, paradójicamente, ni siquiera el teórico inspector tenía habilidad suficiente. Un perito judicial afirmaba en un documento que “tanto Guerrero como Corrales se hallan no solamente destituidos de estos estudios y noticias sino también de la disposición necesaria para adquirirlos, pues ignorando los rudimentos de la gramática, dialéctica y otras facultades de que debe hallarse instruido el espíritu del que se aplica a entender la curación del cuerpo humano, tampoco pueden de buena fe apreciarse y recomendarse peritos para este ejercicio ... estos sujetos litigantes han entrado en los contratos de sus curaciones y ejercido la locación de su ministerio con manifiesto dolo, engaño y fraude (24) de los dolientes porque procedieron en virtud de títulos falsos”.

No fue este un caso aislado. En una visita de 1771 se afirmaba que hay “barrios médicos, cirujanos, boticarios y barberos, así seculares como religiosos, sin exámenes ni títulos que sólo sirven, o sin quitar y perturbar los ánimos de los moradores de ella con sólo el título de intrusos curanderos perjudiciales en la salud”¹⁸. En 1777 ante la pretensión de Francisco Javier Garay, médico con licencia del Protomedicato de Buenos Aires, para ejercer en La Plata el Ayuntamiento afirmó “que dicho Garay era completamente inepto para el ejercicio de la medicina, por cuanto que ignoraba aún los primeros rudimentos de la ciencia”.

Ante una realidad semejante es ilusorio pensar que el Protomedicato podía controlar de manera efectiva las actividades del mundo sanitario. No sólo por la falta de medios sino sobre todo porque el entramado jurídico-político de la época dificultaba mucho la aplicación de políticas coherentes en cualquier aspecto de la realidad. Quizá sea más esclarecedor ilustrarlo con un ejemplo.

La Orden de Belén se hizo cargo del hospital de Potosí a principios del siglo XVIII. En 1755 la orden fue autorizada a abrir una botica pública en el hospital que tenía en Guadalajara (México). El único requisito era que al frente de la misma se situase a un profesional debidamente aprobado. Lo interesante es que la orden administrativa que otorgó esta concesión excluía al Protomedicato en el control de la farmacia. El organismo no podría realizar visitas porque éstas se encomendaban a los patronos de la institución, es decir a los representantes de la Corona. Unos meses más tarde se emitió otro decreto en el que se extendía la gracia a todos los hospitales de la religión betlemítica.

Con el tiempo los religiosos, exentos de un control demasiado estrecho, fueron relajándose en el ejercicio de la profesión. En 1772 la situación de la farmacia era tan mala que la propia ciudad se decidió a intervenir para acabar con “la mala calidad de las medisinillas, falta de algunas de ellas y exorbitancia en los precios de las vendas”. Su deseo de que el protomédico de Potosí visitase la botica contó con la oposición cerrada de los religiosos, que alegaron el decreto de 1755 para ser eximidos. El Ayuntamiento pidió a la Audiencia que buscara una solución, a la vez que denunciaba su posición: por un lado entendía que su deber era inspeccionar la farmacia, y por otro quería evitar que el protomédico se aprovechara de la situación. El cabildo de la ciudad lo acusaba directamente de intentar hacer negocio a costa de la visita: “la pretensión del expresado protomédico de actuar dichas visitas es dirigida a estafar a la villa, comprobando esto con el exemplar que cita de exigirse por la de los barberos la crecida cantidad de ciento cincuenta pesos, conceptuando el fiscal que de mediar el espíritu de codicia en estas actuaciones establecidas para el bien público ... redundarán en grave perjuicio suyo”. Los oidores de La Plata instaron a que la visita se realizase sin “estorción, fraude ni estafa alguna”, y por ello tomaron una decisión salomónica: el protomédico José Hernández Guerrero sería el visitador, pero sólo percibiría unos derechos mínimos que pagaría la Orden Betlemita.

Por todo ello parece adecuado concluir que existían dos tipos de farmacéuticos. Por un lado *los de hospital* eran aquellos que estaban al servicio de una institución y recibían de ella un salario a cambio de entregar medicinas a los enfermos. Los de partido eran a su vez profesionales liberales propietarios de sus negocios. Además existían drogueros¹⁹, (que debían asegurar el abastecimiento en sus nego-

cios de algunos productos básicos de farmacia), herbolarios, botánicos y curanderos. Queda fuera del ámbito de este estudio, pero el Archivo Nacional de Bolivia conserva documentación en la que no sólo indios sino también españoles emplean los servicios de individuos que aparecen citados como curanderos, hechiceros o herbolarios.

En definitiva, las fuentes documentales confirman la heterogeneidad de los profesionales, con formaciones, clientes y remedios muy diferentes entre sí, aunque con ciertos elementos comunes.

Las farmacias de Charcas: boticarios y religiosos

Pese a la certidumbre de la antigüedad de los hospitales la cronología exacta y el número de las primeras fundaciones no está claro. Chacón indica que el hospital de la Vera Cruz, en Potosí, se estableció en 1555, mientras que el de Santa Bárbara, en La Plata, se fundó en 1559; ambos eran mixtos, es decir, para españoles e indios²⁰. Balcázar habla de distintas instituciones en Potosí, hasta 14 a finales del siglo XVII, y da otra fecha para el de Santa Bárbara²¹. Por su parte Loza-Balsa habla de tres hospitales potosinos, además de otros centros menores²². Tales contradicciones se deben sin duda a la insuficiencia documental²³, pero apuntan además en otra dirección.

Como en España, la insuficiencia de las autoridades civiles para sostener sistemas de asistencia sanitaria eficaces obligó a una progresiva implicación de la Iglesia y de iniciativas privadas en la política hospitalaria. Con el paso del tiempo gremios, cofradías y particulares adinerados crearon pequeñas instituciones de trayectoria muy diversa y que sirvieron como red básica de atención. No hay que olvidar que hasta el siglo XIX el Estado no toma de las riendas de la asistencia social, lo que explica, junto al valor de la Caridad como virtud teologal, la fuerza de las iniciativas católicas en el mundo de la salud. Incluso los propios vecinos llegaron a organizarse para fundar establecimientos sanitarios, como ocurrió en Cuzco en 156° con el hospital de indios²⁴. La suerte de estas fundaciones fue dispar: mientras algunas se consolidaron y asistieron a la población durante siglos, otras desaparecieron rápidamente fruto de la mala gestión o de la insuficiencia de rentas.

Entre estos hospitales *privados* hay que referirse necesariamente a los que estaban vinculados a órdenes religiosas. Buena parte de la documentación consultada en este estudio está relacionada con clérigos regulares, lo que indica su importancia en el mundo sanitario colonial. Las disposiciones reales muestran el interés de la Corona en mejorar el sistema de salud, si bien la escasez de medios humanos y materiales las hicieron insuficientes. El número de profesionales de la salud no podía atender más que a una parte mínima de la población, por lo que no sólo se mantuvo la medicina tradicional como recurso alternativo sino que además los poderes públicos fueron integrando en el sistema a personas e instituciones ajenas al mundo terapéutico. Entre ellos los conventos masculinos alcanzaron un papel destacado.

En el siglo XVI las cinco grandes órdenes (jesuitas, mercedarios, franciscanos, dominicos y agustinos) crearon en el virreinato del Perú una densa red de fundaciones. Su trabajo fue eminentemente pastoral pero además realizaron otras tareas, entre ellas la asistencial. Posteriormente se añadieron otras órdenes en el mundo sanitario. Los juandedianos llegaron a La Plata a principios del siglo XVII, al menos la Audiencia de Charcas recibió en 1609 la orden de ayudar a su instalación para que se ocupasen de atender hospitales²⁵. Es preciso tener en cuenta que los religiosos crearon sus propias instituciones pero en ocasiones también gestionaron algunas creadas por iniciativa de la Corona. Es el caso de la Orden de Nuestra Señora de Belén, o de los betlemitas, que llegó a Potosí en 1700 para hacerse cargo del Hospital Real, en estado casi ruinoso²⁶.

El Patronato Real era el marco jurídico que daba a la Corona española un conjunto de atribuciones en el gobierno de la Iglesia que superaba a las del mismo Pontífice. Ello explica que la Hacienda Real se hiciese cargo de los gastos médicos de los religiosos. Las fórmulas concretas de financiación revestían formas diversas, aunque en general solían ser limosnas anuales de cuantía fija²⁷. Con ellas se

compraban medicamentos o sustancias para fabricarlos, que se depositaban en los conventos. En teoría los monjes eran los únicos que podían curarse con tales medicinas, aunque la documentación muestra que se produjeron fraudes. En 1588 la Audiencia de La Plata recibió la orden de corregir los excesos y entregar los remedios únicamente a los legítimos beneficiarios²⁸.

En realidad los conventos se habían convertido en centros de salud informales, ya que recibían todos los años una cantidad notable de medicinas, en unas ciudades como Potosí y Charcas en las que, como veremos, las farmacias no fueron muchas ni muy dotadas. Por otro lado los religiosos actuaban eventualmente como médicos, algunos con conocimientos científicos y otros movidos por el fervor de la caridad, al igual que en Europa. Parece que ya a finales del siglo XVI algunos frailes asistían a los indios enfermos en Potosí²⁹, y es indudable que a falta de otros remedios emplearían los de su propia botica. La documentación de las Cajas Reales y de los cabildos registra las entregas de vino, miel y dinero para medicamentos, tanto a conventos como a parroquias. Pueden conocerse algunos aspectos de la ayuda que el cabildo de La Plata entregaba a los monasterios masculinos de Chuquisaca en el cuadro³⁰.

CONVENTO	AÑO	CANTIDAD
Nombre de Jesús	1588-1599	1.116 pesos
Santo Domingo	1599-1601	1.157 pesos
La Merced	1600-1601	1.226 pesos
San Agustín	1599, 1601	1.407 pesos

La relación entre el mundo médico y los miembros de las órdenes religiosas no es una mera hipótesis. La existencia de vínculos entre eclesiásticos y salud es incuestionable. Menos sencillo es conocer su actuación y sobre todo su efectividad, aunque algunos documentos son muy explícitos. Casi al final de la colonia, en 1800, las autoridades locales emitían un testimonio que no deja lugar a dudas: “mientras han corrido los religiosos con la botica, ha sido ésta para los enfermos una oficina de muerte por el total abandono, y tal vez ninguna pericia de los que se han llamado boticarios, abuso a que se ocurre desde luego con [que] el actual farmacéutico de esta ciudad [La Plata] se encargue de ella y en el que el Reverendo Hermano Mayor puede proveerla de lo muchísimo que falta, Auto acordado del Consejo. La Plata 20 de Febrero de 1800”³¹.

Durante el siglo XVII hubo intervenciones muy significativas en la farmacia del hospital de Santa Bárbara cuyos protagonistas eran religiosos. En 1645 un franciscano de Toledo, Juan de la Fuente, firmó su testamento en La Paz. El clérigo, que muy posiblemente mantuvo un vínculo con la institución de Charcas, le legó su botica particular, nutrida con medicamentos que él mismo había traído desde España. En realidad el propio De la Fuente era farmacéutico. En el momento de dictar su última voluntad estaba asociado con Juan de Olivares, un colega que explotaba un establecimiento situado en la plaza principal de La Plata. El franciscano había aportado el capital, mientras que Olivares era quien prestaba los servicios. La compañía siguió funcionando el plazo establecido de cuatro años, pero el testador legó el almacén de la botica al hospital, que se valoró en 16.000 pesos, a los que había que añadir medicamentos por valor de 1.500 pesos que estaban pendientes de llegar desde España. Además estableció una serie de cláusulas para evitar la dilapidación de sus haberes y para asegurar la perpetuación de su obra. Su legado fue considerable, con un montante que superó los 100.000 pesos. Entre los bienes se contaban cuadros, libros, muebles, relicarios, y hasta cinco esclavos negros³².

Algunos documentos permiten conocer con precisión los aspectos mercantiles de las boticas. Una fuente muy interesante es el proceso incoado por Juan Bernaldo Hermoso ante la audiencia de La Plata en 1625. En esa época existían en la ciudad dos establecimientos, el de Juan Benítez de Alfaraz y el de Gabriel de Villarreal. En el mes de febrero ambos se asociaron, firmando un contrato notarial en el que se creaba una compañía mercantil.

Ambos boticarios se comprometían a mantener la compañía durante cuatro años, aportando cada uno su botica, con las correspondientes drogas e instrumentos. En teoría el valor de las participaciones debía ser el mismo, por lo que Villarreal debería haber aportado capital al negocio hasta alcanzar el desembolso de su socio. Éste, sin embargo, renunció a ello en una cláusula: “y es su voluntad que todas las redomas y caxones y aderentes que tuviere aunque sean en mucha mayor cantidad que los del dicho Gabriel de Villarreal queden en la compañía por puesto del dicho Juan Benítez y para que sirva y sea provecho de ello todo el tiempo de esta compañía”³³.

Benítez era el socio capitalista y Villarreal el socio trabajador. El último debía administrar la empresa, responsabilizándose de pagar un sustituto si no podía trabajar, incluso en caso de enfermedad. A cambio recibía un salario mensual de 30 pesos, mientras que su vivienda la pagaban los beneficios de la botica, de los que también salía el alquiler de la tienda. Separados todos los gastos el montante se dividía al 50% entre ambos socios, lo que indica que Alfaraz tenía una posición de fuerza.

En realidad, cuando Villarreal firmó el contrato estaba en la ruina. La botica que había instalado en La Plata había quebrado y un escribano de la ciudad, Diego Gutiérrez, se avino a prestarle 5.000 pesos a cambio de hipotecar su farmacia. Con semejante cantidad pudo pagar sus deudas pero su situación era delicada, y por ello se vio obligado a suscribir un contrato tan desfavorable. Alfaraz accedió a que la mitad del importe de las ventas realizadas a la botica del hospital de Santa Bárbara se entregase al escribano para saldar la deuda contraída, quedándose él con la otra mitad.

Pasado el término del contrato ambos tenían derecho a recuperar la inversión realizada, y las deudas o beneficios restantes se repartirían al 50%. Pero Benítez tenía la facultad de comprar la parte de su socio al precio que la tasasen dos peritos, uno de cada parte, y de otras cláusulas se deduce su posición de superioridad. De hecho unos meses después de la firma Villarreal fue sustituido.

Juan Bernaldo Hermoso, boticario aprobado con las correspondientes licencias, llegó a Chuquisaca con la intención de ejercer su oficio. Había recibido la promesa del cabildo de ayudarlo a instalar una farmacia, pero finalmente los capitulares no pudieron afrontar el compromiso. Hermoso se asoció entonces con Alfaraz y gestionó la botica, la única de la ciudad y que “es con la que oy se abastecen los vezinos y habitantes de esta ciudad para medicinas de sus enfermedades”.

Sin embargo, en una fecha desconocida y sin alegar las razones reales, lo cierto es que solicitó a la audiencia la extinción de la compañía y el reparto de sus bienes. En su escrito justificaba su solicitud con el argumento de que

“pudiendo haber dos boticas en que con más facilidad y menos costa se hallen las medicinas necesarias como antes se hallaban, habiendo dos boticas se impide esté bien y comodidad con estar juntas mi botica y la del dicho Juan Benítez en una sola, que es trato que por la dicha razón parece haberse hecho en orden a crecimiento de particulares intereses y en daño del común y bien público, y a todos se socorrerá, sirviéndose Vuestra Alteza de mandar por vía de buen gobierno que el dicho Juan Benítez tenga su botica aparte, como de antes, y yo tenga y ponga la mía, y que para ello conforme a la escritura del dicho trato y memoria del capital puesto y proçedido se resuelva el dicho trato, y a cada qual se le entregue la parte que le tocare”³⁴.

Unas décadas más tarde, en 1675, Alonso de Solórzano y Velasco, Oidor de la Audiencia, se ocupó de inspeccionar las farmacias de Charcas. La conservación de las actas de esta inspección permite conocer algo más acerca de las dificultades con las que se habían de enfrentar los boticarios. Asistido por un médico su labor esencial era determinar si las medicinas estaban caducadas, problema que las autoridades no consiguieron erradicar durante la colonia. La botica que regentaba Francisco de Salanoba pasó el examen sin problemas, no así la de Juan de Reinaga, que fue apercibido de multa en el caso de que no corrigiese las deficiencias. Su alegación ante la audiencia da algunas precisiones sobre el estado de cosas. Efectivamente en su farmacia había menos productos de los debidos, pero el boticario insistía en que

“los medicamentos que yo tengo son buenos, y muchos de ellos no se hallan en otras boticas, aunque es verdad que no tengo todos los necesarios, porque los que curan en esta ciudad tienen boticas particulares en sus casas y hacen los medicamentos a su modo, por lo qual no resetan en las boticas públicas, estando esto prohibido por las leies del reino, no es posible el aviar enteramente la dicha mi botica por no tener gasto de las medicinas, ni resetar en los ellas los médicos”³⁵.

La visita de 1675 finalizó con un auto en el que se ordenaba a médicos y cirujanos que no tuviesen botica en sus casas. Ello indica que la alegación de Reinaga tiene cierta base real y hace sospechar que, como las farmacias no podían afrontar los gastos necesarios para reponer sus medicinas, se seguían empleando aunque hubiesen perdido su eficacia o incluso fuesen peligrosas. Un siglo después el Prefecto betlemita en Potosí denunciaba una situación muy similar y solicitaba la intervención de la Audiencia. El Padre Padre Rafael de la Concepción, exponía que

“noté un perjudicial abuso en los facultativos de medicina que residen en ella [Potosí], que después de ocupados en el ejercicio de su facultad se abanzan al ejercicio de boticario, dexándose arrastrar del incentivo de la ambición, acogiendo a las proporciones que les franquea la facultad que profesan por el más expedito dispendio de las drogas y medicinas que mantienen en sus respectivas voticas, con vicible perjuicio del bien público de aquella república y alivio de los miserables enfermos de mi cargo, pues siendo ellos los que curan en las necesidades del público, resetan para las voticas propias, que mantienen en sus casas, haciéndose árvitros en el consumo de las especies y producto que pueden rendir estas sin que aia juez que les imponga regla ... y no hay duda que si los médicos engrasados en el ynterés que promete la venta de las especies de su votica no procurasen inicuaamente desacreditar la del hospital acudirían los moradores en yguales circunstancias más gustosos a ella por consultar a un mismo tiempo a un objeto piadoso, que es el fomento de aquellos pobres dolientes, pues el producto que rendían las medicinas en las ventas públicas podía sufragar para reponer la equibalente a las que se insumen en los indispensables auxilios de aquella enfermería ... se ha de servir mandar suprimir dichas voticas, imponiéndoles a sus autores una grave pena caso de contrabención...”³⁶.

Es especialmente interesante destacar dos aspectos:

- a) Las farmacias de los hospitales atendían las necesidades de los centros pero eventualmente suministraban remedios a quienes los necesitaban sin necesidad de estar ingresados. Así parece deducirse de un fragmento del testamento al que se ha aludido:

“por quanto yo he procurado con toda instancia y cuidado que las cosas del dicho hospital tengan todo lo necesario para la curación y bien de los pobres, y para ello de mis bienes embié a los reynos de España por medicinas para la botica que he puesto, y para que por permanesca para bien de los pobres y de toda la ciudad y de los que fuera de él están, ordeno y mando que la dicha botica esté en depósito en el dicho hospital real de Santa Bárbara, para que no la pueda vender ni enajenar, y de ella se dé todo (9v) lo necesario al dicho hospital y a los de fuera que constare serlo por vales de médicos o cirujanos, sin que por ello se les lleve cosa alguna, y que de lo que se vendiere para el gasto de la ciudad se tenga un libro de cuenta y razón aparte de lo que así se vendiere, y se pague al boticario que administrar la dicha botica”.

- b) Pese a existir profesionales y productos adecuados las boticas coloniales no llegaron a autoabastecerse. Además de comprar a los establecimientos locales, las de los hospitales y las privadas, en la medida de sus posibilidades, adquirían directamente los productos farmacéuticos en el exterior, en Lima o incluso en España. Por ello algunos medicamentos realizaban un largo periplo antes de llegar al Alto Perú. Fray Juan de la Fuente había reservado en su legado una renta de 200 pesos anuales, o más en caso necesario, para asegurar el suministro desde la metrópoli de algunos productos. En el caso de las instituciones había que acomodar la necesidad a las estructuras jurídico-formales que envolvían la vida de los centros.

En el hospital de Santa Bárbara de La Plata, por ejemplo, un complejo sistema jurídico hacía llegar las medicinas desde la lejana capital del virreinato. A modo de ejemplo: en 1662 el administrador del hospital realizó una compra de 1600 pesos en medicinas. Acudió a Diego Ortiz Gallo, escribano de la ciudad, y realizó una escritura de compra. El jesuita Diego de Cortabarría, otra vez un religioso, corría con los gastos. Se ocupaba de vigilar el traslado de las mercancías, primero por mar desde El Callao hasta Arica, y luego en mula hasta Chuquisaca. Cuando entregaba la mercancía recibía la mitad del importe, y pasados seis meses el hospital le entregaba el resto³⁷.

Desde las décadas centrales del siglo XVIII los establecimientos asistenciales se hallaban en franca decadencia, ligada a problemas económicos. Las referencias de la botica del hospital de Potosí muestran que su funcionamiento distaba de ser bueno. Los inspectores reiteran en sus informes que en la farmacia faltaba lo principal: medicamentos. Y los que había no siempre estaban en buenas condiciones, con lo que su eficacia era puesta en duda por los propios informantes³⁸. En el de Charcas la botica era más completa, tanto en los componentes como en los utensilios (alambiques, peroles, almireces...) ³⁹.

Pese a la obligatoriedad de que los ayuntamientos inspeccionasen los hospitales, las fuentes indican que las visitas no siempre se realizaron. El hospital de Santa Bárbara no se sometió a inspecciones después de las rebeliones indígenas de mediados del Setecientos. En 1779 el Presidente de la Audiencia ordenó al cabildo de La Plata que se retomasen, "principalmente en la buena calidad de los medicamentos que existen en la botica, la que debe estar proveyda de todos los que se contemplan necesarios...". (4v)

La visita que se llevó a cabo en 1783 fue accidentada. La botica de Santa Bárbara, lo mismo que el resto de sus instalaciones se hallaban en un estado lamentable, según pusieron de manifiesto las inspecciones. Cuando se iba a iniciar la inspección de la farmacia, "salió el Hermano Mayor de aquel hospital, y con voces nada compuestas empezó a insultar al Procurador en presencia de dicho señor alcalde, alegando que en el día no se podía verificar la dicha visita, con otros descomedimientos que se omite relacionar por no ser del caso..."⁴⁰. Tras un proceso de recusaciones y recursos, el último día de octubre se realizó el proceso de inspección⁴¹.

A finales del siglo XVIII la situación distaba de ser buena. En Potosí la botica mejor nutrida era la del hospital betlemita, de la que dependían los farmacéuticos de la ciudad:

"en atención al ejercicio de nuestro ministerio hemos experimentado carezer al presente esta villa de una botica en donde se encuentren todos los efectos medicinales para su compra, respecto que la única que obtiene el combento hospital beletmítico no abastese con la magnitud que requiere tan basto vecindario, pues haviéndose ocurrido a ella, las más de las veces, especialmente de noche, por algún medicamento aun no siendo de la más sobresaliente calidad sino el más usual y ordinario, no sea podido encontrar, o por estar la puerta de dicho combento zerrada, y si por casualidad sin poderse conseguirse de otra parte ... se sirva concedernos licencia para fomentar en esta villa una botica espléndida en donde sin la menor mengua por falta de trabajo ni diligencia se bendan los medicamentos necesarios de nuestra cuenta arreglados los precios a las tarifas que se hallan establecidas"⁴².

La impresión final es que durante la colonia los esfuerzos del poder central para conseguir una correcta atención sanitaria no llegaron a ser demasiado eficaces. No obstante individuos e instituciones ajenas al sistema de salud tomaron posiciones en él, y sobre todo cabría hablar de la pervivencia de la medicina y la farmacopea indígenas, que sufrieron algún tipo de persecución pero que se mantuvieron más o menos en la línea en la que estaban antes de la presencia española.

Notas

- * Este trabajo puede ver la luz en buena medida gracias a las investigaciones previas del Doctor Carlos Serrano Bravo, máximo experto en historia de la salud en el ámbito potosino. Sus *Ensayos sobre la salubridad en el Potosí colonial*, que amablemente puso a mi disposición y que están documentados de una manera excelente, constituyen el marco de referencia imprescindible para situar este artículo en un contexto más amplio. Lamentable e incompresiblemente se trata de una obra que aún permanece inédita.
- 1 Leyes de Indias, Libro I, Título IV.
 - 2 Balcázar, Juan Manuel, (1956), *Historia de la medicina en Bolivia*, La Paz, Juventud, p. 197.
 - 3 Fresquet, José Luis. (1992), “Los inicios de la asimilación de la materia americana por la terapéutica europea”, en *Viejo y Nuevo Continente: La medicina en el encuentro de dos mundos*, Madrid, Saned, 1992, pp. 281-307.
 - 4 Vid. Fray Antonio de la Calancha, (1638), *Crónica moralizada de la Orden de San Agustín en el Perú*, Barcelona.
 - 5 Biblioteca del Palacio Real, II/2839, *Ordenanzas que para el buen tratamiento de los indios de las provincias de Tucumán y Paraguay, tasa de sus tributos, su doctrina y conversión hizo en el año de 1612 Don Alonso de Alfaro, Oidor de la Real Audiencia de Charcas y visitador de dichas provincias*, p. 245v.
 - 6 John Kaye, teórico y profesor de medicina inglés, formado en Italia en el siglo XVI.
 - 7 Archivo Nacional de Bolivia, (ANB), Expedientes Coloniales (EC), 1785/48, p.9.
 - 8 “La historia del Protomedicato refleja bien los recovecos de la administración local colonial y su interacción con las burocracias administrativas y judicial de la Corona en las colonias y en España”. Lanning, John Tate, (1997), *El Real Protomedicato. La reglamentación de la profesión médica en el Imperio español*, México, UNAM, pp. 565-566.
 - 9 “Los Reyes Católicos tomaron entonces medidas drásticas. Otorgaron poder a los alcaldes examinadores para requerir a los médicos y cirujanos, cuando se les emplazara por cédula o actuario, a comparecer ante ellos ... Y más aún, esta misma legislación otorgó a los examinadores jurisdicción sobre los ‘delitos, excesos y negligencias de los susodichos médicos, cirujanos, ensalmadores, boticarios y comerciantes en drogas aromáticas o cualquier otra persona que en todo o en parte’ ejerciera estas profesiones. Para los delitos que cometían, así como las ‘medidas falsas’ que tomaban, los examinadores podían hacer justicia en sus personas o propiedades”. *Ibid.*, pp. 29-30.
 - 10 Balcázar, Op. Cit., p. 207.
 - 11 *Ibid.*, p. 208.
 - 12 Calvo Vera, Alfredo, (1996), “La protección de la salud pública en el período colonial”, en *Anuario del Archivo y Biblioteca Nacionales de Bolivia*, Sucre, Tupac Kata-ri, pp. 230-231.
 - 13 Lanning, John Tate, Op. Cit., pp. 21-22. “En 1538, tres años después de la fundación de Lima, el Ayuntamiento observó que los ‘médicos y cirujanos de la ciudad’ vendían medicinas a precios exorbitantes y que, aunque estuvieran descompuestas, las utilizaban para tratar pacientes. Entonces, la ciudad comisionó a cuatro hombres para examinar las medicinas en posesión de estos médicos y cirujanos, establecer un precio razonable y confiscar todas las drogas descompuestas”. *Ibid.*, p. 84.
 - 14 Buenos Aires, IX-1787.
 - 15 ANB, EC-1788/134, p. 1v.
 - 16 Balcázar, Op. Cit., p. 210.
 - 17 ANB, EC-1777/70, p.1.
 - 18 *Ibid.*, EC-1773/121, p. 1v.
 - 19 Lanning, John Tate, (1997), Op. Cit.
 - 20 Chacón Torres, Mario, (1986), “Los hospitales del Potosí virreinal”, en *Historia y Cultura*, La Paz, pp. 29-57.
 - 21 Balcázar, Juan Manuel, Op. Cit.
 - 22 Loza-Balsa, Gregorio, *Enciclopedia de la medicina aymara*, (Tomo I), La Paz, p. 144.
 - 23 Carlos Serrano cree que Chacón acierta al entender que en Potosí sólo hubo dos hospitales: uno, que cambió de ubicación y que desde el inicio del siglo XVIII pasó a manos de los religiosos betlemitas y el de San Juan de Dios. El resto eran fundaciones menores.
 - 24 Balcázar, Op. Cit., p. 198.
 - 25 ABN, Cedula Real de la Audiencia de Charcas, 329 (Madrid, 30-XI-1609).
 - 26 ABN, Colección Rück, 214, Libro V.
 - 27 Ese era el sistema para nutrir de medicinas la botica de los jesuitas de Santa Cruz de la Sierra. ABN, Cedula Real de la Audiencia de Charcas, 293 (Valladolid, 1-VIII-1602).
 - 28 *Ibid.*, Cedula Real de la Audiencia de Charcas, 199 (4-II-1598).
 - 29 Bakewell, Peter John, (1989), *Mineros de la Montaña Roja. El trabajo de los indios en Potosí. 1545-1650*, Madrid, Alianza, pp. 178-179.
 - 30 ABN, EC-1603/3.
 - 31 *Ibid.*, EC 1800.78, f. 8v.

- 32 Testamento otorgado en La Paz en 21 de octubre de 1643.
33 ANB, 1625/2, p. 2v.
34 Ibid, p.1.
35 ANB, EC-1675/28, p.5.
36 Íbid., EC-1776/85, pp. 1-2 (La Plata, 10-X-1776).
37 Íbid., EC-1670/15.
38 Íbid., EC 1800.78, f. 3v-5.
39 Íbid., pp. 15v-23.
40 Íbid., EC-1785-100, 18-X-1783.
41 Los folios 57-75 conservan el inventario de medicinas, y aunque se presentaron algunas dificultades para encontrar un médico que evaluase la botica, lo cierto es que los documentos indican que en ese momento la farmacia del hospital servía para muy poco.
42 ANB, EC-1773/121, pp. 29-29v.

CUANDO EL REMEDIO ENCUENTRA AL ENFERMO

Vendedores de salud en Iberoamérica¹

Julián López García
Universidad de Córdoba
España

Hace unos años, en 1992, participaba en una capacitación de promotores rurales de salud en Guatemala. Mi propuesta de trabajo consistía en dar para escuchar y después comentar una grabación que había realizado unos días antes a un “merolico” (vendedor ambulante de remedios) en el mercado dominical de Jocotán, Chiquimula. Tenía el convencimiento apriorístico de que se trataba de un simple y pernicioso “charlatán” y de que sus “medicinas” eran un engaño del que se valía para sacar dinero a los pobres campesinos indígenas y ladinos de la región. Al mismo tiempo tenía la pretensión, al presentarles ese documento, de contribuir a desvalorar a estos vendedores y sus medicinas. Como en todas las capacitaciones más o menos tendenciosas en ésta estábamos llegando a la conclusión pertinente, sin embargo, uno de los promotores en un arranque de sinceridad nos dijo: “pero yo he comprado en varias oportunidades y ha sido buen remedio”. A partir de entonces ha ido cambiando mi punto de vista, y no sólo el mío. Hace apenas unos meses hablaba con Roberto Campos contándole mi interés por el tema de los vendedores ambulantes de remedios cuando a su vez él me relato una experiencia similar a la mía con estudiantes suyos de medicina en la ciudad de México, él les propuso como práctica grabar en vídeo para comentar después la intervención de un “merolico”, tras el debate, los propios estudiantes de medicina reconocieron que habría que tenerlos en cuenta como un recurso de salud. La misma sugerencia han tenido quienes trabajan en antropología médica en el área andina, Gerardo Fernández, por ejemplo, considera que el médico kallawayas es una opción médica junto a los yatiris aymaras y los representantes de la medicina convencional u occidental, “sin menospreciar el desempeño de otros participantes en el mercado de salud de La Paz como son los numerosos charlatanes de origen peruano que se reúnen en la plaza de San Francisco vendiendo uña de gato y paseando todo tipo de faunas exóticas (serpientes, iguanas, armadillos) ante el regocijo de los viandantes” (1999: 88).

A la hora de analizar los sistemas médicos en Iberoamérica generalmente se habla de la existencia de dos grandes sistemas que representan dos tradiciones diferenciadas. Esos son el sistema médico científico occidental y el sistema médico tradicional también llamado “étnico” o aborígen. Como es sabido la antropología se ha interesado por los sistemas médicos no occidentales y por las interacciones entre ambos sistemas. Y en ese último aspecto quizá América haya sido el ámbito fundamental para encaminar uno de los consensos más importantes a los que ha llevado la reflexión antropológica, el que se refiere a la necesidad de relativizar concepciones universalistas en torno a lo que es salud y enfermedad². Un logro aún más radical si se tiene en cuenta que se ha gestado en un contexto cultural que ha pretendido entronizar la medicina científica desconsiderando sistemas etiológicos y terapéuticos periféricos. Lo cierto es que para muchas sociedades como las amerindias, la salud, como bienestar físico y psíquico del individuo, tiene mucho que ver con el comportamiento social y moral. Así, la antropología americanista ha contribuido de manera destacada a asentar la proposición de que los cuerpos de los enfermos no son sólo entidades biológicas sino también culturales.

Evidentemente todo sistema de aflicciones lleva aparejado un sistema terapéutico. En situaciones de contacto cultural, o más aún, de dominio colonial, sucede que un sistema médico quiere imponerse y anular al que representa al grupo menos poderoso o subalterno. El diálogo raramente se ha dado y los resultados de esos desencuentros ha sido un incremento del dolor personal y comunitario porque ninguno de los sistemas que operan es capaz, en principio al menos, de dar respuesta a dolencias que desconoce su sistema ni tampoco a las nuevas enfermedades que surgen del mestizaje. Lo inaudito de la negación del diálogo se evidencia desde el momento que se reconoce que los pacientes sí dialogan y negocian con todos los recursos de salud disponibles³ iniciando, en caso de enfermedad, la llamada “carrera del enfermo” que “tiene una finalidad pragmática. Consiste en buscar (y después encontrar) la curación, el alivio al malestar, la disminución de la angustia y la preocupación, es decir, que independientemente de las variables sociales, culturales, económicas y hasta políticas, el hilo conductor de la estrategia es la búsqueda persistente, incansable y esperanzadora de la eficacia, donde quiera que esta se encuentre” (Campos Navarro, 1998: 268) y más inaudito desde el momento que, por una efectiva presión de la reflexión antropológica, la propia Organización Mundial de la Salud recomiende la necesidad de “utilizar todo el potencial de que disponen los países del tercer mundo, incluyendo curanderos, hechiceros y herboristas (Perrin, 1986: 143). El propio Perrin en su trabajo sobre el arte de curar de los guajiros colombianos, afirma que la medicina occidental, tal como se practica en la actualidad, no puede resolver convenientemente los problemas sanitarios de los guajiros. De manera que habría que fomentar lo que él llama “cohabitación”. Una cohabitación en la que ha sido de suma importancia en Mesoamérica la figura del promotor de salud⁴, pero que no ha sido fácil pues sigue despertando muchos recelos de la medicina científica. Gerardo Fernández Juárez cuenta la experiencia de colaboración entre médicos y *jampiris* en Raqaypampa (Cochabamba) que supuso el veto a los doctores por parte de sus colegas, precisamente por haberse prestado a participar en esta experiencia (1999: 196).

350

Desde la Antropología Médica con frecuencia se ha señalado que los países pluriétnicos de Iberoamérica son especialmente interesantes para valorar el conflicto entre sistemas médicos alternativos y las posibilidades de negociación y diálogo que cabe entre ambos⁵. Sin embargo en los análisis que se están haciendo se deja de lado un sistema emergente que como hemos dicho habría que calificar como un recurso de salud y que desde luego está muy presente en la “carrera del enfermo”. Aunque, evidentemente, no todos los que lo promueven y sustentan son terapeutas, aun cuando, incluso, muchos de estos piensan sólo en su interés económico personal y poco en la salud de los clientes. Me refiero, claro, a los “merolicos” como son calificados en Mesoamérica y a los “charlatanes” o “culebreros” como son llamados en los Andes que venden remedios y que, en busca de mejor nombre estoy llamando “vendedores de salud”.

Aunque se les puede seguir el rastro desde muy antiguo⁶, en los últimos años se está generalizando en diferentes lugares de Iberoamérica este nuevo recurso en salud que es alternativo y complementario tanto a los sistemas médicos tradicionales como ante los sistemas médicos científicos. Se trata de un sistema muy dúctil y que se metamorfosea con rapidez para adaptarse a las cambiantes modas y requerimientos en el campo de la salud y que tiene su clientela básica en la población marginal de las grandes ciudades, campesinos e indígenas emigrados a la ciudad desde el campo y también campesinos indígenas bastante aculturados. Se trataría, por tanto, de un sistema que atrae a aquellos que no tienen ya toda la confianza respecto a los sistemas tradicionales (o les es imposible acudir a ellos) y tampoco han asumido el sistema médico científico como propio y que por eso puede ser calificado como periférico y postcolonial, pero el carácter expansivo y pancurativo de este recurso hace que puedan utilizarlo pacientes de toda condición étnica y social.

Este artículo trata de valorar las bases en las que se fundamenta este recurso en salud. Se trata de una primera aproximación al tema en la que, a partir del análisis de los discursos de los vendedores, analizaré las estrategias que utilizan para que los clientes los atiendan y los valoren como intermedarios en el campo de la salud y para que las medicinas que venden sean consideradas y adquiridas. Para otra ocasión dejo las valoraciones individuales y comunitarias de los usuarios de sus remedios. Uti-

lizaré como base etnográfica cuatro sesiones de venta en cuatro lugares diferentes de Iberoamérica, el primero recogido en Jocotán (Chiquimula, Guatemala) en 1992, el segundo en la plaza de San Francisco de la ciudad de La Paz (Bolivia) en 1994, el tercero en la Plaza 26 de agosto de Cuenca (Ecuador) también en 1994 y el último en un autobús camino a Abancay (Perú) en 2002. Además incluyo para este ensayo la transcripción del relato de venta de medicinas por parte de lo que he llamado “farmacias ambulantes”. La farmacia ambulante es un eslabón más en la cadena que conecta unos repertorios terapéuticos con otros, aunque con implicaciones diferentes y mayormente perniciosas. Sigue retóricas de venta similares a las de los otros vendedores pero se aproxima, por el tipo de productos y presentación de los mismos, a las farmacias formales. En todo caso la diferencia fundamental está, según mi criterio, en el peligro para la salud que representan éstas “farmacias” frente a esos vendedores pues aunque amalgama remedios naturales con otros químicos, la presencia de éstos es mayor. Popularizar la medicina química de esa manera (venta directa y sin control) no es lo mismo que popularizar los remedios no químicos y puede llevar a hacer más daño en vez de a generalizar la salud. El relato de venta fue recogido en Jocotán (Chiquimula, Guatemala en 2004).

1. Discursos de vendedores de salud en Iberoamérica

1.1. Vendedor de cápsulas de campolón B-12. Jocotán (Chiquimula, Guatemala)

“Yo tengo 22 años de trabajar en esta forma y yo me circulo lo que es todo el territorio de Guatemala, por los 23 Departamentos, Bendito sea Dios, pero este ha sido mi trabajo. Ahorita estoy con ustedes acá, mañana, si dios me socorre estaré trabajando en Zacapa, voy con rumbo al Petén... por eso yo me circulo todo el territorio de Guatemala trabajando en esta forma y dándoles a conocer a ustedes cual es este producto; cuando tenga la oportunidad: ahí tiene el teléfono, ahí está la dirección, ahí tiene el sello de garantía para que usted se lo tome con qué confiar: polen de abeja, mama, con *compolón B 12*, buenísimo pa los nervios, pal reumatis, para esa tos para esa bronquitis... ¿le llora la vista? tómese una cápsula diaria... ¿cuánto cancela? mira, 24 capsulitas, mire, todo eso por 5 quetzales, 5 quetzalitos, que con 5 quetzalitos ni usted se queda pobre ni a mi me va a volver rico; pero usted con 5 quetzalitos va a comenzar a tomar este producto desde mañana en adelante... y conforme lo tome, sus pulmones señora... ¿padece usted artritis?, ¿padece de los nervios?, usted se agacha y se endereza, no aguanta la cintura; en la noche usted está conciliando el sueño y la tos no me lo deja tranquilo: ¡déle una capsulita diaria a su cuerpo!.. cada capsulita contiene, mi amigo, lo que son 17 vitaminas para fortalecer su cuerpo; puro polen de abeja con *compolón B 12*. ¿Alguien lo quiere?, lo desea, lo necesita llevar? tómelo y se va a dar cuenta de que gracias a Dios aquí ya muchas personas conocen y han venido acá conmigo a darme las felicitaciones porque este producto es efectivo. Pase usted delante caballero, una capsulita se toma diaria, todos los días y conforme, los dolores de cabeza, mi amigo, las toses crónicas... una diaria. Bueno, mi amigo, alguien quiere llevarlo, puede pedir y si no, señores... muchas gracias por su amable atención... pero no vamos a hablar mucho porque ustedes saben que el que mucho habla poco se le entiende. Ya sabe usted que este producto, si usted no tiene centavitos para poder llevárselo hoy, no tenga pena, no se preocupe, pero es un producto natural. Vaya usted mi amigo y llame a lo que es el teléfono 45566, ahí lo van a atender y se va a dar cuenta de que este producto viene recomendado por parte de lo que es el Centro Naturista Puente de Salud Agrónomo... 5 quetzales 24 capsulitas, para 24 días y se van a tomar una diaria. Hay alguna persona que lo quiere llevar, lo puede pedir y si no, señores, muchas gracias, muchas gracias por su amable y fina atención pero nosotros, mire, como le vuelvo a repetir nos vamos a guardar este animalito y nos vamos a pasar a retirar... y tómese una diaria, papa, todos los días: para el reumatís mi amigo, para los nervios, para esa artritis, tómelo... viera que este producto muchas personas me han felicitado por él, es de parte del Centro Naturista; esto no es químico sino que es un producto que viene preparado a base de hierbas, a base de hierbas mamita... vengan, vengan, no tengan

miedo; ya saben, 5 quetzales 24 capsulitas ¿alguien lo quiere llevar? lo puede tomar, puro polen de abeja, polen natural, para esos dolores de cabeza, dolores de huesos; por 5 quetzales usted se está llevando su tratamiento mama, para los pulmones... pruébelo y usted, mi amigo, no se va a arrepentir, 5 quetzales, venga papa, no lo piense más, pero mire este producto, es el polen de abeja; agárrelo, desengañense, sean ustedes curiosos, obsérvenlo... se va a dar cuenta, mi amigo que no se va a arrepentir, dos sobres agarra, dos mi amigo, por 5 quetzales. ¿Puede dormir también con la mujer?, no tenga pena, no se preocupe... es que hay muchas personas que dicen: “y ¿tomando esto podré dormir con la mujer?”... es cuando más ganitas le van a dar, si caballero... je, je, je... viera que esto es bueno. Yo sigo entregando; miren se está terminando, esto se acaba, esto se termina, pase adelante amigo... es el polen, extracto de polen de abeja... a ver, no tienen centavitos, les voy a regalar una su capsulita, vengan; aunque ustedes saben que en esta vida nadie regala nada mi amigo, pero ahorita les voy a dar a conocer una su capsulita para que se den cuenta, pero mire este producto, si esto es bueno papa, tome, tome, usted tiene tos, tiene bronquitis, padece usted de reumatís, le duele su cabeza, usted no tiene hambre, no quiere comer, se siente cansadito, se siente agotadito, a ver hombre, a ver, a ver... yo quiero gente pobrecita, gente humilde, gente que trabaja mucho en el campo, con el azadón, con la piocha, con el machete... mire esto, mire esto, una capsulita diaria, tómese todos los días papaíto; ahí está la receta cómo lo puede tomar... venga, esto es puro polen de abeja, mira mamaita para quitar el reumatis, para quitar la tos... 5 quetzales todo esto, es buenísimo... ¿puede comer chilate? ¿puede tomar cafecito? ¿puede bañarse?... no tenga pena; ¿tiene usted tos?, ¿tiene bronquitis?, ¿tiene asma? ¿no quiere comer? ¿viene sufriendo de sus nervios alterados?, hay que tomarlo el polen extracto de polen de abeja, ¿alguien lo quiere llevar?, lo puede solicitar. Ya saben que este producto es efectivo, es muy bueno: tomarlo todos los días, hasta que se termine... conózcalo, conózcalo, tómese una capsulita diaria, todos los días.”



►
Fig. 1. El contexto de
venta de remedios.
Mercado dominical de
Jocotán.

1.2. Vendedor de “semillas purgantes” en la Plaza de San Francisco. La Paz (Bolivia)

“Esto para qué es bueno, para botar estos bichitos, caballero; todo ser humano, con el debido respeto, tenemos esto; si no botamos de niños vamos a botar de adultos, esto en la noche... ay, mi estómago llora de hambre... esto van a botar vivito, pataleando como la víbora... si usted quiere botar estos bichitos, como tallarines; esto se encuentra en el pejered, en la gallina, hasta en el cordero; pero más en

un animal rico hasta chuparse los dedos: chanco, mi hermano. Ahora ¿saben qué chanco se están comiendo? ¿de corral?, ¿de granja? o están comiendo ese chanco que deambula en los basurales, comiendo el excremento del ser humano ¿verdad o miento, señores?; ahora, ¿a quien no le gusta el chanchito?.. empezando de mi persona no lo detesto pero gracias yo me lavo, me purgo con este purgante. Pero algunos de acá no saben lavar, no saben purgar: agarran cada mañana cepillo, crema dental; otros porque la boca apesta hasta abusivamente... la boca apesta señor por esto: patanca, estómago, basurero que nunca lavas, nunca purgas; ¿de qué más? hígado enfermo; algunos que tienen manchas en la cara (parece mapa de Potosí, o de Bolivia con los nueve departamentos). Hay varones que amanecen con la boca amarga, saliva espesa, lengua sabrosa, la boca que apesta y hiede como bacín... ¿cuándo lavas esto?.. jamás, con el debido respeto, este basurero. Cuando llego a mi casa me lavo, ya estoy bien cambiadito, me siento en la cocina o en el comedor, mi mujercita me da mi calentadito, mi teicito, mi sandwichito con queso, con papa, con huevo: barriga llena, corazón contento. Salgo a trabajar, por ahí me antojo... a veces en la calle es la mejor comida, sustancioso, agradable, te llena... pero a veces comes polvo, ventarrón... igual comes como yo como, pero yo me lavo; antes era descuidado, era como un chanco, metía de todo pero jamás lavaba estómago; pero cuando me he dedicado a la medicina natural, ahora lo se: hay que lavar patanca. A esta patanca le metes polvo en cualquier comida: de a partir de hoy en día descubran si ustedes no me creen, descubran a medida que van a ir comiendo van a encontrar pelos de colores que parece arco iris; pelo celeste, blanco, verde, azul, amarillo, negro... de abajo o de arriba... sí señores yo les hablo con base porque yo como en la calle; ahora, si usted estás duro, pelo y todo lo vas a cascar, pero pelo se acumula aquí adentro, señores, de ahí viene cólico al estómago; mucha gente, con el debido respeto, con cólico ha muerto. Ahora otras van al baño, nunca lavan patanca, se sientan: diez minutos... no salen del baño; 15 minutos, nada ¡nada!.. chorizo peor, quiere salir y no puede salir... sigue pujando, hasta colorado... no quiere salir, señores, y si sale parece piedra, cemento; con el debido respeto, señores, va a sentir dolor hasta en el ano; con dolor has botado, te levantas, te paras, ¡míralo!: parece chorizo grueso, roca, piedra con rojo de sangre... ¿qué ha sucedido? desgaste anal por la propia necesidad corporal; ¿por qué? porque estás estreñido, ¿por qué? porque no lavas patanca jamás. Hasta wawitas lloran, las mamás dando golpes y están estreñidas porque no lavas patanca. Esto es lo que tienes que saber: lavar, purgar siquiera al año dos, tres, cuatro veces. ¿Quieres lavar patanca?, este botón de chamarra tómallo sábado, el lunes me vas a buscar acá, ahí me vas a mirar. ¿Quieres botar gusano?.. ya son dos cosas: no sólo para lavar patanca y botar gusanos. También es para botar por la boca; es bueno arrojar, vomitar. Esto se llama el hígado, esto se llama vesícula ¿o no señores?.. esto tenemos todos, excepción el que es operado. Pero hay gentes que cuando tiene manchas, nivea, pomadas, cremas... qué diablo de satanás ¿sabes de qué salen las manchas en el varón?, porque el varón no se embaraza... es porque hay varones que siendo jóvenes son coléricos, renegones, cascarrabias, reniegan, discuten... van a casa: contra la mujer, contra los hijos se estrellan... así duermen: a la mañana, boca amarga, saliva espesa, si sigue siendo renegón, renegón manchita sale aquí en la nariz, en el pómulo de la cara tipo mujer embarazada y ¿por qué sale la mancha?, porque es renegón y no desfoga; al no desfogar se maltrata la bilis y aumenta líquido, va creciendo más, va hinchando más y esta bolsita inflama al hígado, por eso que cuando comes alguna comida eso vas a eructar; tomas leche, leche vas a botar en media calle... hígado está mal. Entonces, primero, mi hermano, si estás mal del hígado púrgate, botá esa bilis, ¿con qué? con esto nada más. Pero señores, esta pepita hace botar gusanos si hay, si no no, pero te está lavando patanca, estómago... ahora por la boca te va a hacer arrojar bilis. A ver, váyame a una farmacia, cómpreme una pastilla que les haga botar por arriba, por abajo... no hay, no hay... vayan nomás. Esto es una cosa natural; esto es una semilla de un árbol, fruto de un árbol de la Madre Tierra, de la Pacha Mama. Pero esta semilla acá no crece, esta semilla solo hay en el Ecuador, del Ecuador yo hago llegar acá, llamo a la casa naturista que me hagan llegar diez, cinco, ocho millares, mi hermano, por eso yo mantengo hartos... ya la gente conoce bastante, pero los que han tomado alguna dicen, “caballero, grave me ha sacudido, mi cuerpo totalmente me ha descompuesto...” es normal, al tomar el purgante provoca diarrea y vómito, no vayan a pensar que es caso de cólera, no... cólera afecta al que no lava patanca, al que es desaseado, al que come con las manos cochinas; en-

tonces, hermanos ¿quieren purgarse?.. mañana es viernes, sólo si tienen tiempo, nada más. Mañana alisarse una tacita de leche, puede ser de vaca, evaporada, en polvo, una tacita, un vasito... cuatro litros de agua hiérvalo, ahora si tiene platita agua mineral *viscachani*... lo dejas que se enfríe toda la noche. Aparte de eso haces dos jarras de té bien cargado, bien tinto y te compras dos limones, nada más. Sábado te levantas, te lavas la boquita como normal te lavas; ya está lavada la boca, ahora quieres empezar a purgarte (esto se toma en ayunas) antes de meter ninguna clase de alimentos... yo creo que me entienden, señores. A ver, sáqueme unito, joven... no necesita hervir, tostar, cocinear, nada. Sólo téngame leche tibia o fría. Usted va a agarrar sí, tipo conejo, tipo ratón va a rascar así los canutitos, de ahí empieza a pelarlos; se nota la semilla, la almendra de adentro; se nota ese blanquito, ¿no es cierto?.. es el purgantito, es rico, no es feo, no es amargo, hasta para el borracho sirve. Entonces este purgante, una persona adulta de quince años a cualquier edad, agarras un papelito, lo rayas encima, como quesito seco para el tallarín... ¿no hay rayador? un cuchillo agarras, mi hermano... ¿no hay cuchillo? uña tienen algunos que parece cacho de toro; la uña también raya... ahí está. Este purgante rayado, molido ya agarras la leche, mi hermano: zás, azuquitar al gusto de cada uno, movido. Está bien: reloj de la mano, reloj de la pared... si el reloj marca las siete, pero si tu quieres, puedes tomar 6, 5, 4, 2... pero menos para acostarte, menos para dormir ¿me entienden o no? entonces en la mañana lo mueles con la leche, zás, tipo desayuno, pa dentro... listo, a las siete has tomado; dale media horita de tiempo... no todos tenemos estómago por igual, caballeros. Aquí hay gente, con el debido respeto, dos, tres, cuatro, cinco, seis, siete, veinte, treinta años, jamás lavan patanca; en esa media hora si es para unito el purgantito le va a remover el estómago, va a venir primero temblor, cuando ya venga temblor vas a ponerte mi hermano deportivo, vas alistándote, tienes que estar listo... cuando ya venga terremoto corres al baño, al campo: bajas pantalón, te sientas, ya no vas a empujar, te sientas, haga cuenta que estás orinando por ambas partes, una diarrea, agua, como viene el río en tiempo de lluvias barriendo basuras... toda cochinada de patanca te va a limpiar.

1.3. Vendedores de crema de grasa de culebra y grageas con diversos compuestos en Cuenca (Ecuador)



Fig.2. Vendedora de remedios naturales y grasa de culebra en Cuenca, Ecuador

La sesión es protagonizada por una pareja. Primero es la mujer quien se dirige a la concurrencia:

“Sabe lo que hacemos con estas culebras, discúlpeme compadre, les damos de comer: toman leche, comen carne, comen huevo... cuando este animal ya está gordo, nosotros sacamos la sangre, la carne y la manteca y la grasa la utilizamos para esa enfermedad que se llama artritis, yo conozco señor, discúlpeme, personitas que tienen ese frío y ¿saben cómo curan aquí?: frotando con vaselina... perdóneme caballero, vea lo que cogemos notros acá en el campo: conseguimos la olla, sacamos el secreto de la culebra que es el aceite, la manteca y ponemos a cocinar con eso que se llama la sábila... tres horas bien cocinado: saben para qué, para aquella persona que le duelen las rodillas, aquella persona que está cogiendo, señor discúlpeme, frío a los huesos, a los dedos: se llama enfermedad de artritis. Ya le voy a indicar el secreto, sin necesidad de operación, sin necesidad de mucha plata, mucho dinero, con esto que se llama la hoja, la penca de sábila puedes curar hasta las cataratas de la vista: le voy a indicar el secreto, pero cuando yo le pase a hacer exploración a mi culebra, si Dios me ayuda, voy a sacarle, le voy a indicar el cormillo que tiene cruzado de para arriba y de para abajo, pero no porque soy valiente sino porque yo conozco de secretos, yo conozco gente que le duele mucho la rodilla, saben cómo se llama esto: maldito reumatismo y ese que sufre del calambre... oiga señor y cómo se cura la catarata de la vista. Para la catarata de la vista usted la puede utilizar esta planta de nosotros señora. Esto se hace cocinado con la grasa de culebra y se prepara este secreto, este remedio. Mire señor: sáqueme el líquido que tiene la sábila, haga calentar, cuando ya esté bien calentito póngase un poquito en la vista: santo remedio, mi compadre. Saben para qué la sábila, para sacar la catarata, esa nube... eso se prepara. Yo conozco mujeres, perdóneme señor, bellas, parecen rayos de sol, sin ofender a nadie... (voy a sacarme el animal... ¡quietal!, ¡cuidadito!), bonitas, bellas, atractivas, pero no pueden poner una falda, un vestido, ¿saben por qué? porque acá atrás en esto que llaman pantorrilla tiene la mujer una bola de sangre, llamada con el nombre de vena-variz: cógeme ese sebo, cógeme esa manteca, prepáralo con una lágrima de palo *chuchuguan* [¿?] con zaragoza [¿?] ¿sabes para qué? Para curar esa maldita vena-variz. Cójame este remedio, una hoja de sábila, haga cocinar; cuando ya esté cocinada la hoja levante la parte afectada de la vena-variz, porque señor discúlpeme que la vena-variz cuando revienta para afuera, buena suerte, de gracias a mi Dios, pero cuando revienta para adentro, mala suerte compadre. Saben por qué: esa sangre dañada, esa sangre podrida de la vena-variz, con el tiempo necesita de operación, las piernas no sirven para nada... jovencitas sentadas en sillas de ruedas ¿sabes qué vas a coger para la vena-variz? Cójame este secreto, mi compadre, caliéntale un poquito, cuando ya esté calentito frótate de arriba hacia abajo, cuando ya hayas frotado esta grasa, agárrame esto que se llama la sábila, da unas cuantas pasaditas en la vena-variz. Yo conozco gente que está ¡ay, ay, ay, mi espalda! Se llama frío, reumatismo. Yo conozco personas, discúlpeme señor, cuando la criatura orina en la cama, le jala las orejas... no señor, no me le pegue a la criatura ¿sabe qué va a hacer cuando el niño se orina en la cama, está pasadito de frío, cójale una cucharadita, caliéntale un poquito, en la parte de aquí atrás dále tres o cuatro sobaditas y ¡adiós frío!, adiós calambre y el niño deja de orinar en la cama.

Maldita sordera, sordos que no oyen nada, sordos como una tapa, como una piedra... no sirven para un secreto... metan señores lana en un hueco, mete señores remedio en ese hueco... pero no irán a poner señores en otro hueco, sino en el hueco [del oído]... santo remedio para la sordera, el frío al oído, aire al oído, aire al cielo, pasmo a la cabeza: cuatro, cinco o seis de la mañana te levantas a recibir aire frío, la cabeza te duele, te da neuralgia... cójame usted el secreto, de cien a cien señores ¿a cuánto irás a vender esta cajita? Manteca y grasa de culebra... esto viene preparado con esto que se llama la caraña de illu [¿?], lágrima de palo, zarzaparrilla y hasta con esto que se llama... venga para acá m'hijito, venga para acá voy a hacerlo trabajar a este pequeño personaje, vea señor lo que voy a hacer... soldar los huesos, voy a sacar el brazo y si Dios me lo permite, voy a hacerme morder la lengua con esta culebra, pero no porque soy valiente sino porque yo conozco de secretos y sabes que en mi tierra dicen que a los curanderos se los conoce por la manera de sobar... cójame esta cajita, duele mucho los huesos, duele mucho la espalda, frío o aire penetrado, sordera, catarata, nube a la vista, reumatismo, cuando vas del frío al calor, del calor al frío; cójeme esto así de arriba hacia abajo, de abajo hacia arriba, hasta que esto que me; cuando ya esté bien sobadito, entonces la criatura va a tener agilidad a los huesos... tirense para allá

papitos...señores: quiero curarme el calambre, el reumatismo, las torceduras, el frío, el pasmo; señora: me duele mucho el pecho, la garganta, tengo bronquitis, hasta para la almorraña te voy a indicar ¿vé? Cójeme este remedio... sufres de frío, de paludismo, fríos, calambres, aires reumáticos. Oiga señora, yo quiero que me venda usted una cajita para soldar y desoldar los huesos... Oiga, señor: ¿y cómo se cura esta maldita almorraña? Señora, no puedo defecar, ensucio sangre, yo te voy a indicar compadre: conocen aquí el aguacate, pero no vayan a decirme como aquí un señor en la ciudad de Guayaquil ¿y quién no va a conocer el aguacate, si a mí me han dicho que el aguacate carga la batería? Yo no sé que clase de batería cargará ¿sabes que utilizan en mi tierra los curanderos? ¿Sabes qué cojo yo? Cojo las hojitas de aguacate y luego lo cocino en un litro de agua cuando ya está eso cocinado, pongo en un lavanderita una cucharita de esta grasa y eso se prepara a baño de vapor de asientos, hasta para aquellas personas que tengan esa maldita inflamación de almorraña-almorroide; gente que defeca sangre, gente que le duele el recto, la cintura, el lumbago, la ciática, la almorraña, la almorroide... tómame este remedio. Pero te voy a decir, dejo esta cajita para 10 personas, no tengo para más, para frío, calambre... la criatura orina en la cama, no me le pegue, no me lo maltrate: cara de burro, desgraciado, hijo de... no se orina en la cama... no señor, ¿sabe qué?, no me le pegue a la criatura; frío, calambre al estómago, use este secreto: manteca y grasa de culebra con sábila calentita, sobadita, hacia delante, hacia detrás, santo remedio. Cójame señores esta cajita. Yo te dije que te voy a dejar 10 cajitas a las 10 primeras personas que me levanten la mano, pero eso sí, las personas que tengan cataratas, frío a la vista, no irán a poner, como hizo una señora, la caja hirviendo en su ojo: poquito aquí encima, poquito hacia debajo, para la sordera no irán a poner en otro hueco sino en el hueco del oído. Oiga señora yo quiero llevar una cajita ¿cuánto cuesta, cuánto vale? ¿irás a vender la casa, el burro para llevar esta cajita? A veces tenemos una mala caída, una mala resbalada. Señor tenemos un mal golpe, una mala patada... hágase sobar el hueso, porque donde caiga mal al hueso necesita operación o inválido señor para el resto de su vida. Le duele el pecho duele la muela, se hincha la pierna, fríos, calambres, torceduras, artritis, coja este remedio. Voy a entregar unas 10 cajitas para las 10 primeras personas que me levanten la mano. Te dije que te voy a dejar como recuerdo, te dije que te voy a dejar como regalo ¿sabes cuánto cuesta esto que se llama la manteca de culebra? Señor, este animal es un poquito peligroso... (¡quieta! ya te voy a sacar para que empieces a saltar, a bailar, a aventar...) ¿sabe cuánto cuesta la onza de manteca de este animal, hasta 30 y 40.000 pero señor... aquí no le he dicho que esta cajita sólo tiene grasa y manteca de culebra ¿sabe qué tiene? *Chuchuhuasha*⁷, ¿*cabaña yumbo*?, lágrima de toro (?), lágrima de la vida (?), para sanar el frío, el calambre y las torceduras... ¡ay, ay, ay!, ¿duele aquí?, ¿duele la cabeza?, frío, pasmo, frótate este remedio. ¿Cuánto cuesta, cuánto vale?, arriba la mano, voy a darme una sola vueltita, hasta donde me alcanza... ¿llevaré? ¿no llevaré? ¿será bueno? ¿será malo?... ni 2500, ni 2200, ni 2020 ni 2010, la primera persona que me levante la mano le voy a dejar el tratamiento completo. A veces nos duele la cabeza de aire, de frío... llévate este remedio, duele la muela... llévate este remedio, el niño orina en la cama... súbale este remedio, duele la cintura, lumbago, ciática, almorraña, almorroide, frótate este remedio, va a ver cómo se cura... arriba la mano, voy a darme una sola vueltita ¿cuánto le cobro? No sea miserable, dime que te has gastado en una coca, en una cerveza, llévate esta cajita, gástate 2000 sucres por una cajita y por la compra de esta cajita te regalo otra cajita, señor. Arriba la mano ¿sacaré o no sacaré? Voy a darme una sola vueltita y no se me mueva de su sitio. Oiga señor ¿cómo dice que si es bueno para el dolor de huevos?... ¡no! para el dolor de huesos, compadre, para el frío penetrado a los huesos; para esa persona que le duele mucho la espalda, la cintura, arriba la mano... voy a entregar, al señor, al señor, a la señora, créame que no tengo para muchos. Voy a darme una sola vueltita, la una se compra, la otra completamente regalada, para frío para calambre, artritis, golpe de aire, duele la cabeza, oiga señor, llévate esta cajita, manteca de culebra, llévate este remedio; esto viene preparado con sábila. La una la vendo, la otra la regalo”.

A continuación, con bocina, habla su compañero.

“Toda persona que lleva esta cajita voy a regalarle una dirección de un centro botánico que se encuentra aquí estacionado en Cuenca donde especialistas profesionales están atendiendo cualquier cla-

se de enfermedades; toda persona que tenga esta cajita, no se retire para dejarle bonito recuerdo... quiere curar reumatismo, calambres, dolores de hueso, ciática, lumbago, se golpeó, se lisió, se tronchó, cuando uno siente golpe, lisiado, quebrado, tronchado... eso nos hace tumor, con el tumor de esa operación, cáncer ¿no hay ninguna persona más que lo desee la cajita? Ah! Ahora, regáleme señor unos dos minutos de atención. Yo quisiera hablar con la persona inteligente... en este vasito yo le voy a enseñar, voy a hablar con los varones, pero no voy a hablar mal de la mujer yo respeto a la mujer porque de una mujer salí yo, mujer es mi esposa, mujeres son mis hijas... si alguna persona está codeándose y dice ¡vámonos! ¡qué está contando este loco! ¡váyase! Si alguna persona cree que lo que yo te voy a indicar es basura, yo quisiera que te vayas yendo hacia a fuera. Ojalá algún día no enfermes y vayas a tener que tomar el agua de esta basura. Si alguna persona está de apuro, se puede retirar... quiero hablar con el varón, quiero hablar con el varón; voy a hablar con la persona inteligente, voy a hablar con el hijo que siente tener madre, porque luego hay hijos que se cansan de la enfermedad de los padres, discúlpeme, te voy a enseñar lo que es secreto; voy a sacar yo otro animalito, le voy a enseñar secreto, no vaya a pensar como una señora que me dijo: ¿qué secreto irá a enseñar este desgraciado?, tiene que ser contactado con el diablo... yo soy bien católico y creyente en la fe e Dios: soy el hermano Julián, soy un miembro más de la hermandad de Julianes que se encuentra aquí en esta ciudad; le voy a regalar una tarjeta para que usted vaya a hacer una consulta completamente gratis. El otro día, cuando yo estaba sacando estos animales, lo primerito que me dijo: ahí está el culebrero... no saben lo que quiere decir culebrero, no saben ni qué quiere decir culebrero, porque uno carga este animal creen que uno es culebrero; culebrero se llama un pájaro que lo llaman en el nombre de gavilán; ese es culebrero... A ver cómo cscó este animalito, a ver cómo lo domino, a ver cómo lo domino... ya está quietecito, hoy no quiere salir a trabajar. Yo hago cría de estos animales. El otro día, me acuerdo, cuando yo empiezo a sacar este animal, hace como seis meses, en Quito, un señor bien agradable, bien vestido, presentaba la presencia de una buena familia, se acercó y me dijo: oye Julián no le saques todavía, permíteme unas dos palabritas antes que lo saque este animal; sabe lo que me vino a preguntar: si yo vendo estos remedios, a lo mejor Dios, también he de vender la ficha de *cuchuchu*; un joven de unos 27 años... le he dicho que coge este huesito de *cuchuchu*, que saque ese polvito de la ficha de *cuchuchu*. Vaya a tomar ese polvito, que ese polvo tomado al hombre le hace poner peor que al burro que quiere... si es verdad señor.. le voy a enseñar, si alguna persona quiere ficha de *cuchuchu* yo tengo, yo te vendo, quiere china-yuca (?), quiere tuna... yo te vendo. Yo soy hijo de un brujo de montaña⁸ ¿cómo no voy a conocer lo que es secreto? ¿vea? (le ruego a los señores que no le echen pepas, ¡cuidado!) Yo hago cría de estos animales... Aquí en el Ecuador, en el oriente se come la carne de este animal, aquí... ¿han comido ustedes carne de cuy alguna vez? Les felicito, gran alimento para el pulmón... Voy a hacerla poner un poquito brava, voy a hacerla poner un poquito bien berraca, igualita que una suegra cuando no quiere ver al yerno más borracho... yo voy a hacerle poner así a este animal; les ruego que si de repente me muere no se asusten, no se vayan a asustar... ¡quietecita, qué pasa! ¿qué pasa Margarita?.. si alguna persona cree que no tiene cormillos, le voy a dar un billete de 50.000 al que me alce la mano y me diga que no tienen cormillos. ¡Quieta Margarita! Hago cría de estos animales porque yo saco la manteca de este animal y lo elaboro, con la manteca de este animal hacemos brujería... soy hijo de un brujo de montaña, estoy radicado aquí en la ciudad de Cuenca, pero no he venido a hacer mal a nadie: he venido aquí para indicarles porque lo merece la mujer ecuatoriana... y si alguna persona tiene apuro, quisiera que se largue, porque gracias a Dios a mí no me estorba el que se quede y tampoco le voy a rogar al que se vaya. Yo acostumbro a hacer cría de estos animales, porque también los utilizo como secreto, cuando una mujer no puede dar a luz. De un perro yo saco remedio para un loco, de un burro saco la manteca y le doy a la persona que sufre de asma, de la gallina yo te saco la hiel y te hago un tratamiento para un diabético, con huevo se cura un ojo... entienda señor lindo, regáleme dos minutos de atención; quiero que me conozcas a mi bien la cara, sin ropas o mal vestido de cara no he de poder cambiar... estoy enseñando qué es cáncer en un vaso de cristal, para persona inteligente. Te voy a indicar lo que es el Ecuador. En el Ecuador dicen: murió Juan, murió María ¿por qué murió? ¿por qué ya no había plata para curarse? Aquí en el Ecuador no se muere por

falta de plata, se muere por ignorancia, discúlpeme que le diga, señor con todo respeto que usted se merece. El Ecuador manda guineo a los Estados Unidos... aquí, cuando cocemos un guineo comemos la comida y la cáscara se bota. Sabe qué hacen los gringos en Estados Unidos, se comen la comida del guineo pero la cáscara ¡no la botan!, la cáscara la recolectan y con la cáscara del guineo le hacen remedio farmacéutico y eso nos hacen tomar a nosotros, pero eso cuesta plata en la farmacia. Aquí estoy notando que hay mucha gente que está de apuro... si está de apuro, váyase. Yo estoy hablando acerca de enfermedades, les voy a indicar las que tiene el Ecuador... es bonito como dicen en un dicho de mi tierra: bueno es ser curioso si vemos que vale la pena, pero malo es ser curioso... Madrecita linda, a la mujer más mala no quisiera que ahí vaya a parar... ahí le suben encima de una mesa, les hacen una barbaridad, por ejemplo, en el útero les meten rayos ultravioletas... mujer fría para toda la vida. Cuando la mujer ya no aguanta los dolores de vientre, tiene que tener esto para buscar medicina para dar una muerte lentamente sin dolor llamada morfina. Cuando la mujer tiene sangre en el útero saben lo que hace la mujer pobre, si es que no tiene para morfina ¿sabe lo que hace? Se arrodilla en el suelo, alza la vista al cielo y a Dios pide que le mande rápido la muerte: eso es cáncer, atiéndame, regáleme dos minutitos de atención, yo no te voy a vender nada... esto es cáncer. Abre el huevito del ojo, el huequito del oído: se lo voy a volver a repetir, la persona que esté orinando de este color lo felicito, pero la persona que no orine de este color, acostúmbrese su chequeo médico una vez al año que esto no es malo... esto es el cáncer.

Dios a la mujer le dejó un don que la mujer cada 28 días cambia la sangre mala por una sangre buena ¿sabe lo que hace la mujer cuando está enferma en el período menstrual? Cuando la mujer-cita está enferma en el período menstrual... esto hace⁹. Y le voy a enseñar lo que dice mucha gente acá: no hay remedio para el cáncer, esto es cáncer, cuando la mujer está enferma en el período menstrual... carne de cerdo, aguacate, ají, pescado, estando enferma en el período menstrual... en la ropa se moja la parte de adelante... Álceme la mano y delante de la cara dígame mentiroso ¿quién de ustedes no come basura? ¿nadie? Todos comemos basura y la culpa de comer basura nosotros sabe quién la tiene? Los gobiernos que están de turno... ustedes creen que la salchicha es alimento, ustedes creen que la mortadela es alimento... no es alimento, es basura; la carne de res que ya no se puede vender en el mercado, un ganado muerto desde hace muchos días, una carne negra que para que sea de color roja le ponen pintada de achiote, eso es cáncer, atiéndeme mi hermano. Y te voy a enviar a que conozcas mi tienda naturista, donde 25 miembros estamos atendiendo cualquier clase de enfermedades. Estamos comiendo basura. Antiguamente, nuestros abuelitos ¿se acuerdan ustedes de la piedra de moler? Ahí muelen el ajo y el comino y eso ponen para dar sabor a la comida... ahora no, ahora es caldo maggi, ahora es savora ¿es así o no?... discúlpeme, esto no es para el bobo ni para el bruto ni para el ignorante ni para el vago. Porque al bruto y al ignorante le da lo mismo ser de día como ser de noche... ¿quieres a tu madre? Quiero que me escuches cómo curaban el cáncer: ¿cuál de ustedes en la comida no utiliza el aceite? ¿cuál de ustedes toma el aceite de arbolito? Sólo el que tiene plata, el Ecuador tiene un tarro de aceite para cada ecuatoriano semanalmente, pero eso no nos dejan aquí, exportan a otros países; el aceite que nos dan de comer a nosotros podían poner en la máquina de un carro; nos provoca colesterol, eso tiene colorantes y daña al estómago. Ah, discúlpeme, yo he visto mucha gente cuando levanta en la mañana en ayunas, así comienza a orinar hediondo, odioso, pestilente... cada vez que duele el vientre, discúlpeme señora linda... para conseguir una hoja de sábila no hay que ir a los Estados Unidos, a la China ni a la Cochinchina, el Ecuador tiene lo que ningún país en el mundo tiene: más de 2000 plantas medicinales; tiene el Ecuador invierno y verano, en todo el año se produce la medicina casera, cosa que en otros países sólo una vecita al año. Haga hervir un litro de agua y ese litro de agua hervido métalo en la refrigeradora; cuando esté fría el agua coja unas dos cucharadas del cristal de la sábila, hágame jugo de sábila. Póngame una cucharita de miel de abeja unas cinco gotas de sangre de drago, 18 a 27 días haga el juguito de sábila con sangre de drago y miel de abeja y así le curo a cualquier mujer yo el cáncer de útero... y no va a ser sólo el cáncer de útero: achiote, ají, *achinomoto*, *sobora*, *caldorico*, *caldo maggi*, aceite... enfermedad en el hígado ¡ah!, vea, yo quisiera que vayan a mi tienda naturista a conseguir esto... estito tiene sábila, con esto acabo y termino y me paso a retirar. Ahora voy a sacar un animalito.

Conocen ustedes el ajo señores, esto es ajo; el ajo aquellas personas que le duelen los huesos, el ajo les bota las toxinas que tiene la sangre a consecuencia del ácido úrico a los riñones... 18 días mastica dos dientes de ajo, nueve días jugo de naranja y te curo de reumatismo. Esto tiene ajo... mira, regálame dos minutitos, ya te voy a regalar unita, no te voy a vender, te voy a hacer probar... yo quisiera que se vaya de aquí en Cuenca y me consiga esta grageíta... está rico, sabe un poquito amargo, pero es remedio. Cuando tengas nervios, tomas bebidas alcohólicas, fumas tabaco, cuando comes la carne de puerco sancochada, cuando te metas en el baño y en el baño están buff, buff, puja que puja... tenga cuidado cuando ensucie con sangre, tenga cuidado cuando le provoque picazones al ano, tenga cuidado... algún día recibió un cólico gástrico a consecuencia de que cuando estás comiendo la comida caliente ha llegado la cola helada... ¿quién quiere que le regale unas grageítas? Sáqueme la mano ya le voy a dejar una tarjeta... solamente a la persona que me está regalando la atención... no tenga miedo, hermano, vamos a hacerla disolver aquí adentro de este vaso esta gragea... no tenga miedo ¿voy a morir? No va a morir, señor..., ¿quién quiere que le regale esta gragea? Cuál tienen nervios, cuál persona padece en periodo menstrual, cuál tiene esa secreción del bajo vientre de la mujer, cuál más quiere una grageíta más... esto te sirve hasta para la impotencia... oiga señor, para la vejiga... vamos a ver, tres días usted tome... deja de orinar amarillento, pestilente... 3°, 4°, 5° día va a comenzar a lavarse a limpiarse... esto te quita el dolor de cabeza... si alguna persona cree que esta agüita te va a matar... anda... yo le voy a dejar de recuerdo hasta donde me alcance, la primera persona que me alce la mano a esa persona le paso a entregar... hijos que no tengan apetito de comer, a ese hombre que le arde el estómago, las vías urinarias, aquella persona que va perdiendo la vista... esto tiene hasta cáscara de haba para dar vitaminas al sentido visual, al hombre que se pasó en una historia, ahí está la cabecita, acabando de tomar este remedio se va a poner como caballo que quiere saltar potrero para responder.

Hermano Julián, ¿cuánto me va a cobrar? La primera personita que me alce la mano ¿cuánto está marcado, señor?... 4500... por 2500 le voy a estar dando.

1.4. Vendedor de "Sanaflor" en Abancay (Perú)

"Muy buenos días, disculpen que les moleste con un su tiempo, es para presentarles un producto para mejorar en su salud. Hoy las comidas no son naturales. Miren las sardinas en lata ¿cuánto tiempo permaneció dentro de la lata? Dos meses, tres meses, cuatro meses, un año; nos preguntamos, ¿cómo es que ese alimento dentro de la lata durante todo ese tiempo no se malogró, no se pudrió? ¿por qué la lata, siendo lata, no la jodió? Porque se mantiene mediante conservantes, preservantes, aditivos, productos químicos, por eso es. Pero con el tiempo, hay personas que vienen sufriendo con problemas de salud, problemas de hígado, problemas de vesícula. Amigos, hay personas que vienen sufriendo dolores a consecuencia de eso; cuando le quema o le arde la planta de los pies, le suda la planta de la mano.

Les voy a presentar este producto natural. No vayan a pensar que voy a sacar el maletín... estamos realizando una campaña publicitaria y queremos que todos tengan la oportunidad de conocerlo. Permitanme, amigos, presentarle este producto. Me estoy refiriendo a sanaflor.

Sanaflor es un maravilloso compuesto medicinal que está elaborado a base de plantas y flores medicinales que ayudan a desinflamar el organismo interno, a controlar nuestra salud, a combatir las enfermedades. Amigos, hemos mencionado que muchas personas hoy en día tienen problemas con el hígado, la gran mayoría tienen úlceras; la O.M.S. ha controlado que el 75% tienen úlceras, vinagreras. Hay personas, por ejemplo, que cuando toman café les produce náusea, diarrea, cólicos y se les llena la cara de manchas... problemas de la vesícula. Amigos, les voy a mencionar el compuesto de las plantas que contiene. Contiene las flores del boldo; amigo, las flores del boldo son importantes para aquellas personas que tienen problemas con el hígado. Contiene chanca piedra; esta plantita es diurético, desinflama los riñones, elimina el exceso de ácido úrico, controla, amigo, para la infección renal. Contiene también la huamanpinta. La huamanpinta es una planta medicinal que ayuda a desinflamar y a limpiar

los conductos de las vías urinarias... cuántos varones, cuántos padres de familia tienen problemas con la próstata. Muchas veces cuando van a miccionar, o sea a orinar, lo hacen mojando los zapatos a cada instante... Contiene la flor de arenilla. La flor de arenilla es para las enfermedades íntimas de la mujer: inflamación de ovarios, descenso de flujo menstrual... la uña de gato es una planta medicinal que ya crece en grandes cantidades, en toda la Amazonía, en toda la selva... se exporta al mundo entero porque se ha comprobado que esta planta medicinal cura el cáncer... si yo voy a decirles que con este mate, que contiene uña de gato, es suficiente para curarles el cáncer, estaría mintiendo... pero sí vamos a desinflamar, a controlar y a combatir nuestras enfermedades de una manera natural. Hay muchas personas que me van a decir, joven a mí me interesa, yo le digo hay que tomar en infusión; infusión quiere decir reposadito en forma de té. Se echa media cucharadita, se reposa como cinco minutos, se cuele y se toma al levantarse en ayunas y antes de acostarse, dos veces por día. No amarga, tiene un aroma y un olor muy agradable, a plantas y flores medicinales, todas son desinflamantes y purificadoras de la sangre. Hay muchas personas que van a decir: quiero llevar: amigo cada sobrecito es para 10 días de tomas, un sobre es para limpiar el organismo y desinflamar. Hay personas que dicen: joven, tengo un problema peor, tengo problemas con la vesícula; hay personas que dicen, joven, tengo problemas con las próstatas, hay personas con artritis: se recomienda tomar como mínimo 15 a 20 días y para mejor 30 días. Con la toma de este producto vamos a desinflamar, a combatir. Tratamiento completo. Hay personas que dicen: “joven dónde lo voy a comprar, dónde lo vas a vender... estamos realizando una campaña publicitaria: usted va a encontrarlo en venta a nivel nacional en farmacias, centros naturistas o boticas, precio de mercado 11 soles, pero recuerde que toda promoción tiene de un 30 a un 40% de precio de mercado, sería aproximadamente de 5 a 7 soles... ahorita lo estoy ofreciendo a 3 soles. Tres soles amigos es prácticamente una propina. Hay personas que dicen: joven, pero yo quiero llevarme dos sobres, para tratamiento completo de 20 días; por tan solamente 5 soles le voy a entregar los dos sobres. Les voy a ir presentando sin ningún compromiso de venta, la generosidad es parte de la vida.

Recuerden que sanaflor está elaborado a base de plantas y flores naturales que ayudan a desinflamar, combatir, a controlar nuestras enfermedades de una manera natural. Conózcanlo. Amigos muchas son las personas que tienen problemas de salud, claro que no todos los mismos problemas; hay algunos que tienen problemas de boca amarga, vinagrera, problemas hepáticos. Amigos, cuando duele la cintura, le quema o le arde la planta de los pies, le suda la palma de la mano, para varones con problemas en la próstata. Muchas veces cuando van a miccionar o sea a orinar, lo hacen con dolor, mojando los zapatos, orinando doble, gota por gota... eso es problema de próstata... Voy entregando, luego me devuelve, no se preocupe por la compra. A veces viajamos de casualidad, de emergencia, con poco dinero, si no hay, otro día.

Sanaflor es un compuesto de plantas y flores medicinales que ayuda a desinflamar, a combatir de una manera natural... señor conózcalo... gracias... no se preocupe por la compra. Es un producto netamente natural de suma importancia para nuestra salud y la de nuestros familiares, ayuda a desinflamar.

Amigo, si usted no tiene problemas de salud, se encuentra sano, bien de salud, igual le recomendamos tomar una tacita por día, todas las mañanas porque ayuda, amigos, a mantener limpio el organismo, a desinflamar, a mantener limpio el organismo y así evitar las enfermedades. De repente una persona que tiene un problema de salud... por ejemplo, amigos, a veces tenemos inflamaciones en el hígado, hay manchas en la cara pero no hay dolor... pasan los días y la enfermedad va cada vez más, se va haciendo más peor. Cuando acudimos al médico nuestras enfermedades son crónicas... de repente amigo precisan una operación y recuerde amigo que para una operación muchas personas no estamos ¿verdad?... cuánto cuesta la medicina, la consulta, el internarnos... amigos, debemos de prevenir, debemos de valorar nuestra salud, porque quien goza de buena salud viene alegre, contento, feliz, con ganas de trabajar, pero el que está enfermo, de los dolores no le dan ganas de trabajar. Por eso amigos, la salud es un tesoro que no tiene precio... hay que cuidarla. Vamos a entregar. Por aquí hay un amigo que me dice: joven, cada vez que tomo mi cena nocturna se me hincha el estómago... eso se llama gastritis y pregunta

una vez más la forma de tomar... recuerde amigo que el que tiene gastritis, enfermedades más crónicas, más avanzadas, son las peores de curar, y recuerde que la úlcera del estómago es la antesala de un cáncer. La forma de tomar, la indicación está en la parte de atrás del sobrecito¹⁰, donde dice dosis, en infusión, machacadito en forma de té, media cucharadita para una taza de agua hervida, se reposa de 5 a 10 minutos aproximadamente, se cuele y se toma antes de acostarse. Tiene un sabor agradable a plantas y flores medicinales... estamos entregando; solamente 3 soles cada sobrecito, para 10 días; estamos entregando para las personas que deseen llevarlo, para controlar y combatir nuestras enfermedades de manera natural, sólo tres soles... ¿alguien más desea llevarlo? Dos por cinco soles, precio promocional de campaña.



◀
Fig.3. Sanaflor

1.5. Productos químicos y naturales en una “farmacia ambulante”.

“Les traigo la pomada *sanadora*; la pomada *sanadora* es para granos y ronchas, alergias y sarpullidos, para esas quemaduras, escaldaduras, es la pomada *sanadora*, ¡fíjese bien que les sigo entregando la pomada *sanadora*!, esta pomada se la puede aplicar sobre quemaduras o escaldaduras, o picadas de insecto, para eso la pomada se llama *sanadora*. Venga a ver como le sigo entregando a usted la sal he-

pática; la sal hepática es para la gastritis, empacho, cólico, ese ardor en la boca del estómago; amanece usted con la boca amarga: es el hígado. Tome *sal hepática* en ayunas. Acérquese pues y solicite usted su *sal hepática* que ya le estoy entregando, pues aprovéchela. Dése cuenta de cómo sigo entregando la *goma maravillosa* para callos, para uñas encarnadas ¿andaba buscando usted?, se llama *goma maravillosa*; fíjese bien la *goma maravillosa* pues que elimina todo tipo de hongos: hongos incurables, o empeines; ¿quiere curarse usted los peines? Póngase usted *goma maravillosa*. Acérquese pues al aparato de sonido y solicite su *boldo*. Su *boldo* es tan especial fíjese bien que le está curando la vesícula biliar, está curando el hígado, le está quitando ese ardor en la boca del estómago, es el *boldo*. Acérquese pues usted a este aparato y solicite usted su *boldo*, fíjese que le estamos entregando lo que son medicinas naturales y químicas, fíjese usted como le sigo entregando a usted su *boldo*, ¡aprovéchelo! Dése cuenta como le sigo entregando su compuesto de medicinas naturales. Fíjese bien este compuesto es para señora o señorita... que está sufriendo una menstruación, que los brazos..., le viene con dolor, fíjese bien pues como le estoy entregando la medicina natural, el compuesto de seis plantas medicinales que le está curando el cáncer de la matriz, ese cáncer en los ovarios, se le atrasa y le viene con dolor, sufre de flujo blanco, sufre de flujo amarillo, para eso es que debe tomarse usted este compuesto natural, acérquese pues al aparato de sonido, solicite usted su medicamento porque le voy a seguir entregando, mire como sigo entregando pues acá fíjese bien, lo que es el champú para el piojo, para la liendre; fíjese bien pues esa liendre, esa piojo que le está molestando a esos niños; fíjese ese niño que no puede ni estudiar, porque el piojo no le da tiempo, ese niño que se está quedando palidito, delgadito ese niño, sin ganas de hacer nada, ¡sáquele el piojo! ¡Sáquele la liendre! Para eso le estoy entregando este champú tan especial, se llama *Pioxam*, el champú tan especial que viene eliminando el piojo y la liendre. Solo aplíquele después del baño, déjele media hora; después retírelo con suficiente agua y verá como está sacando al piojo. Acérquese pues, venga a ver, dése cuenta como sigo entregando acá, fíjese bien en este aparato de sonido, como sigo entregando pues... aproveche que le sigo entregando la *flor de liquidambar*. La *flor de liquidambar* es para esa tos rebelde, tos crónica, asma, ese ardor en el pecho, esa tos crónica, ¿quiere curarse usted del asma? Tóme la *flor de liquidamba*, para eso le estoy entregando a usted su medicina naturales. Dése cuenta como sigo entregando pues... acá fíjese bien lo que se llama la pastilla, se llama... *algiolina*. La *algiolina* es para quitarle ese dolor de cabeza crónico, hay personas que no se pueden curar de su dolor de cabeza, para eso hay que tomar lo que se llama *algiolina*, la *pastilla*, tan especial reconocida por muchas personas, gracias a Dios verán como se están curando pues con la *angiolina*. No se olvide pues que acá también le sigo entregando pues lo que se llama *yodoclorina*. La *yodoclorina* es tan especial para infecciones en el estómago, cuando hay asientos, hay dolores de estómago. Para eso es la *yodoclorina*. Acérquese pues al aparato de sonido y solicite usted los medicamentos que le sigo entregando. No se olvide usted que también le sigo entregando para esa artritis, para esa reumatitis, para esas rodillas hinchadas, para esas personas que sufren de esa inflamación en las rodillas, sufre de artritis, Tome: *artitrex*, la *pastilla*. Dése cuenta pues que la pastilla se llama *artitrex*, tan especial, para esa artritis, para esas inflamaciones, para ese dolor en los huesos, para ese ácido úrico, se llama *artitrex*, la pastilla, acérquese pues al aparato de sonido, que le voy a seguir entregando acá los medicamentos, le voy a seguir entregando el medicamento tan especial, fíjese bien, ¡la vitamina! Le tengo lo que es la vitamina del *neurovial*, el *neurovial* con sulfato barroso (?), un gran alimento para reconvalecer a esa persona que se siente débil, deprimida agotada, sin ánimo, sin vida, el exceso de trabajo, la poca alimentación, para eso le voy a seguir entregando lo que se llama *neurovión*, acérquese pues al aparato de sonido y solicite lo que es la vitamina, fíjese bien... ahí le tengo lo que se llama *H4*, fíjese bien un gran alimento, fíjese bien especialmente para persona adulta, es la *H4* con *ginseng*, venga a ver como le sigo entregando el *ginseng coreano verde*, el gran alimento para restaurar todos esos glóbulos rojos perdidos de la sangre, para eso es pues la vitamina, fíjese bien en pastillas que le sigo entregando, y en cápsulas, dése cuenta pues que le voy a entregar, acá fíjese bien lo que sigo entregando pues. Recuerde que también hemos traído lo que es el frasco en líquido, ahí está el frasco en líquido, venga a verlo el *rábano yodado*, el tónico reconstituyente para niños y para persona adulta, lo que es el frasco en líquido; venga a ver el *rábano yodado*, venga a ver el

frasco líquido, venga a ver la vitamina, está el *calcifox*, especialmente para los huesos, está pues la vitamina pues., acérquese usted dése cuenta como sigo entregando vitaminas y medicinas, dése cuenta ... para esa persona que se siente débil, deprimida, agotada, sin ánimo, sin vida, del exceso de trabajo, la poca alimentación... le voy a estar entregando pues, aprovéchese del frasco líquido que le voy a entregar: es para aquella persona que esta reconvaleciente, aquella persona que está dando pecho, aquella señora que está amamantando tiernos, esa señora que se acaba de alentar! Déle lo que es la vitamina D, está pues en líquido y en pastillas, dése cuenta como sigo entregando a todas las personas...

Dése cuenta que también he traído remedios para animales, el remedio pa' la gallina, pa'l cerdo, pa' la bestia, pa' el cabro, el carnero, el perro, pues lo que se llama *centraxal vitaminado*, un medicamento tan especial con *panacur* y *arsenicur*, un medicamento tan original que está llevándose todas las personas que se están dando cuenta que es especial para curar y alimentar los animales que están flacos, están tristes, apenas comen, los animales no engordan, la gallina apenas pone, déle lo que es el *engordite*, venga a ver el medicamento, se lo voy a estar entregando a todas las personas pues.

Venga a ver como sigo entregando... el *Parasitín 3*, el medicamento especial para parásitos, para lombrices, lombriz de leche, triquina, tricomonas, opsinarias Solitarias. Fíjese bien como sigo entregando pues... para toda clase de parásitos, el *parasitín 3*; mire para ese niño que le duelen el orcadado (?), ese niño que le rechinan los dientes, embrocaditos, le despierta llorando en media noche... es por que tiene parásitos el niño, tiene lombrices, porque tiene parásitos; ¿quiere sacarle el parásito? ¿Quiere sacarle las lombrices? Déle el *parasitín 3*. Pues aquí está el medicamento especial para sacar toda clase de parásitos, toda clase de lombrices. ¡sin dieta, sin purgar con un laxante, es especial para niños y para persona adulta, dése cuenta pues que vamos a ir entregando el champú, fíjese bien, el champú que está sacando esa caspa seca, esa caspa seca, caspa húmeda, caspa levadora, persona que tiene problema con la caspa... venga a ver como sigo entregando su champú especial, saque esa caspa, elimine ya esa quemazón en el cuero cabelludo, elimine ya esa caspa, acérquese ya pues, venga a ver como sigo entregando acá, fíjese bien pues como sigo entregando el *ajochino*, el *ajochino* es para la tensión, es para el corazón, es para la mala circulación de la sangre, es para esas vena varices: le palpita el corazón tan apresuradamente; para eso es el *ajochino*. Mira una persona que se sienta triste, agobiada, para eso es el *ajochino*; venga a ver como sigo entregando pues su medicina natural, como es el *ajochino*, su nombre científico es *ajovip* Y acá le tenemos pues... su *ajochino*, completamente natural. Acérquese pues al aparato de sonido, solicítele usted su medicamento acá en este aparato, porque acá estamos atendiendo con todo el debido respeto que cada uno se merece y acá le vamos a estar entregando, fíjese bien, acá estamos entregando, fíjese bien, lo que es el *hongosanol*; el *hongosanol* es para eliminar el sudor y el mal olor de los pies: el hongo! Esa picazón en los pies, el *hongosanol*; aplíquese usted después del baño, dos o tres veces al día si es necesario. Póngase *hongosanol* después del baño y verá como está desapareciendo el sudor y el mal olor de los pies, y esas picazones de los pies, venga a ver pues como le voy a seguir entregando su medicamento;

No se olvide que también le voy a estar entregando la *levadura de cerveza*, esa levadura de cerveza, un gran alimento que le está tomando todo el mundo, todas personas están tomando, fíjese bien; para el niño quiere, es para adulto, para personas de avanzada edad, para personas de todas las edades, la levadura de cerveza, dele su tratamiento de levadura de cerveza, todas las personas que lo están solicitando, acérquese pues acá a este aparato de sonido, No se desvíe!, que acá le estoy entregando pues al alcance de sus bolsillos su medicamento. Dése cuenta pues que nosotros, con el dinero en la bolsa, no los podemos curar, ¡aprovéchese! acérquese usted acá al aparato de sonido, solicite usted los medicamentos; fíjese que también estoy entregando lo que se llama complejo B... ahí está el complejo B12, el gran alimento especial, aprovéchese, solicite usted, fíjese bien, para ese dolor de cabeza, para esos nervios alterados, para ese insomnio, para esas personas que le agarra dolencia, persona que cuando se agacha y se levanta queda bien doloresita de todos los dolores, se llama complejo B12, el gran alimento que antes sólo lo había inyectable, gracias a Dios, a la ciencia médica, se ha elaborado en grageas, pastillas, vitaminas... tan necesarias para personas adultas y para niños que están estudiando, para niños que es-

tán en el crecimiento, niños que están en el desarrollo, la hembra está desarrollando, para eso es... acá le sigo entregando pues su medicamento, no se olvide usted que en este aparato de sonido, usted puede solicitar, fíjese bien, pues su bálsamo *curavit*, para el dolor muscular, p'a la artritis, para calambres, para dolor de huesos, para hinchazones, para hielos en los pies, el bálsamo *curavit*, venga a verlo, acérquese, desde cuenta porque acá el medicamento tan especial, para curar fíjese bien, póngase el parche, e llama *curavit*, venga a verlo como le voy a entregar...

Dése cuenta pues que también hemos traído el *colirio de la flor de la amanita*. El *colirio de la flor de la amanita* con el extracto de la sábila, dése cuenta pues de cómo le voy a entregar pues su medicamento, para ese empañamiento en la vista, le llora o se le enrojece la vista, se le empaña mucho la vista, se le anubla, póngase un colirio de la flor de amanita pues, acá le voy a estar entregando, el *colirio de la flor de la amanita* con el extracto de la sábila, estrictamente natural, para todas esas personas que saben aprovechar, personas que se están curando la vista con el colirio, acérquese venga a ver que estamos también le vamos a entregar, se llama *riñosan orobina* pastillas, la *riñosan orobina* es para quitar ese ardor en las vías urinarias, ese ardor, fíjese bien, personas que andan orinando amarillento, pestilente, malo-liento, personas que para hacer dos o tres gotitas de orín, ya se sienten nudos a la cara, ¡que gran ardor!, personas que cuando les dan ganas de hacer aguas menores, fíjese bien, para eso es, que se llama *riñosan orobin*, las pastillas para orinar, déle al niño que está sufriendo de esos riñones, déle al niño que está sufriendo de esa orinadera, déle al niño que le moja mucho la cama, fíjese bien que para eso es la pastillita, dele una pastillita para acostarse a ese niño y verá como le está quitando esa orinadera, acérquese pues a este aparato de sonido.



►
Fig.4. Farmacia ambulante en Jocotán.

2. Los vendedores

Hay una diferencia fundamental entre el sistema que analizamos y los sistemas consolidados, sean estos la medicina occidental o la “étnica”, esa diferencia se refiere a la iniciativa para buscar salud: en los otros sistemas es el enfermo o su familia quien busca al terapeuta y el remedio, en este es el remedio quien busca cliente. Así si en los otros sistemas el terapeuta y sus medicinas tienen valores sabidos y consolidados, en este sistema el vendedor y su medicina tienen que hacerse valer. Por eso que el valor se mide por la venta y, para ello, como estrategia fundamental usan la palabra. Pero como dentro de es-

ta categoría heterogénea, aunque hay muchas similitudes, caben gentes muy diferentes, los discursos también lo son. La diferencia entre ellos se aprecia, en varios aspectos a los que me iré refiriendo pero hay uno, a mi juicio, destacable: el grado de estereotipación del discurso; cuanto más estereotipado es nos aproximamos más a la figura del vendedor-charlatán que podría vender igual periódicos que remedios; en cambio, cuanto menos estereotipado está el discurso y por tanto se adapta más a los cambiantes clientes, nos aproximamos más a personas que se conceptúan como terapeutas y que no admiten ser llamados, despectivamente “charlatanes” o “culebreros”. Cabría hablar, entonces, de que la efectividad de venta en cierta medida se basa en lo que podríamos denominar “ojo clínico” o el “ojo comercial” del intermediario, en definitiva el que podríamos llamar “ojo social” que permite conocer la tipología de la concurrencia. La variación es tan grande como la que separa al “brujo” ecuatoriano del “representante comercial” peruano y con un corpus suficientemente significativo de relatos en diferentes contextos podríamos evaluar las sendas que sigue el mestizaje de los discursos. Otra cosa es la efectividad. Un remedio que se pone en venta se carga de poder, se convierte en fetiche, que ese remedio-fetiche sea “medicina” o “mercancía”, habla de relaciones sociales diferentes pero no de desigual efectividad¹¹. Cabría recordar aquí, cincuenta años después, la valoración que Lévi-Strauss hace de Quesalid: “Quesalid no se convirtió en un gran hechicero porque curara a sus enfermos; sino que sanaba a sus enfermos porque se había convertido en un gran hechicero” (1977: 163). El discurso cambiante alude precisamente a la cambiante sociedad y a las estrategias subalternas de adaptación. Los discursos mercantilizados que parecen conformarse a la estabilidad del lenguaje escrito, nada tienen que ver con los discursos más apegados a la tradición mítica amerindia en la que se atiende “a la competencia situacional del enunciador, a su capacidad para poner el relación un relato o un fragmento, con una situación social determinada” (Gutiérrez Estévez 2001: 361)¹². A pesar de todo ello, el hecho de que trate de una medicina que busca cliente hace que los discursos tengan también muchas similitudes. Veamos algunas marcas distintivas de este recurso en salud.

Inicialmente el vendedor precisa poner en juego recursos rituales que provoquen la atención, una vez concentrado público se utilizarán una serie de incidentes expresivos en su discurso para hacer efectivo su deseo de venta.

El vendedor guatemalteco atrae la atención de la gente con un animal disecado que lleva y que parece un pulpo, con el juguetea hasta que comienzan a juntarse curiosos. Por su parte, el vendedor boliviano se instala en la plaza y despliega atlas de anatomía patológica por las páginas más impactantes: un gran tumor en la cabeza, un ojo purulento, órganos sexuales de varones y mujeres llagados... cuando ya se va reuniendo gente alrededor, saca un vaso con lombrices y comienza su charla. Los vendedores ecuatorianos son una pareja de “culebreros” que acuden con cierta asiduidad a la ciudad de Cuenca el día de mercado. Su escenificación es la más espectacular pues sobre el suelo disponen diferentes remedios y dejan entrever varias jaulas con culebras, la concentración de gente en torno a ellos se incrementa cuando sacan algunas de las jaulas y comienzan a moverse por el puesto. El vendedor peruano no necesita reunir un grupo puesto que ofrece su medicina a los pasajeros de un autobús. Esta estrategia de venta se está generalizando porque efectivamente evita los problemas que conlleva el reunir la atención de un grupo. Pero, sin embargo, tiene un problema, este es que frente a los que se arriman voluntariamente y se supone que tienen cierto interés por escuchar, en el caso de venta en el autobús hay muchos que no tienen interés; si en las otras situaciones el vendedor puede regañar o invitar a alguien a que se vaya si está interrumpiendo su discurso aquí no, por eso, rápidamente debe ganar la atención de los viajeros.

Con la atención puesta en ellos, los vendedores deben disipar rápidamente los celos: aludiendo a la experiencia como el guatemalteco (“yo tengo 22 años de trabajar en esta forma”) o los ecuatorianos (“yo conozco de secretos”; “con este animal hacemos brujería... yo soy hijo de un brujo de montaña”), aludiendo a las garantías e incluso indicando las felicitaciones. El guatemalteco da un teléfono, una dirección, un sello de garantía y alude a la recomendación del Centro Naturista Puente de Salud Agrónomo. El “culebrero” ecuatoriano hace igualmente referencia a la dirección que viene en la cajitas de grageas que va a vender y que remite a un supuesto centro botánico de Quito donde un grupo de

profesionales van a atender cualquier clase de enfermedades. No sólo hay que ganar confianza sino desterrar prejuicios, por ejemplo, de manera clara el “brujo” ecuatoriano alude a que el no está “contactado” con el diablo como una señora le dijo en una ocasión sino que, por el contrario, “soy bien católico y creyente en la fe de Dios: soy el hermano Julián”.

La confianza y el interés en el discurso del vendedor se va ganando a través del uso de cierta jerga médica, a través de indicaciones acerca de su eficacia como curanderos o intermediarios. Respecto a la jerga es común emplear términos científicos de enfermedades junto a los vulgares y también es frecuente usar palabras “finas” (“miccionar”) junto a otras populares (“patanca”) para demostrar que se conoce el mundo de la ciencia y el mundo popular del paciente. Respecto a la eficiencia, se hacen alusiones a las felicitaciones recibidas (“Viera este producto, muchas persona me han felicitado”) o la capacidad personal para hacer “secretos” y curar: “de un perro yo saco remedio para un loco, de un burro saco la manteca y le doy a la persona que sufre de asma, de una gallina yo te saco la hiel y te hago tratamiento para un diabético, con huevo se cura el ojo”.

Pero mantener la atención a lo largo de unos pocos minutos se consigue por medio de una serie de incidentes expresivos que jalonan el relato. Uno de los incidentes expresivos comúnmente usados es la combinación de la broma y la seriedad de la desgracia. Quizá sea este el más interesante y el más generalizado de los incidentes expresivos. Como sucede en la mitología amerindia en los relatos de estos vendedores se consigue una mezcla balanceada y no distorsionante entre el chiste y el drama. En efecto esa mezcla pertinentemente hecha resulta muy atractiva pues está muy apegada al contexto vital de los pacientes. Los tintes graciosos se alcanzan con ejemplificaciones que tienen relación con la defecación y las relaciones sexuales, aspectos estos que, como he sostenido en otro lugar¹³ nutren en buena medida la parte chistosa de cuentos y mitos. Así por ejemplo el merolico guatemalteco dice: “alguno me pregunta ¿tomando esto podré dormir con la mujer? es cuando más ganitas le van a dar” o el ecuatoriano al afirmar que los polvos sacados de las grageas que vende pone al varón “peor que al burro que quiere...”; por si no quedaba claro más adelante afirma que cuando la cabecita, se sobreentiende que del peine, queda caída, “acabando de tomar este remedio como caballo que quiere saltar potrero para responder”; por su parte su compañera hace un juego con el equívoco entre huevos (testículos) y huesos “¿cómo dice que si es buena para el dolor de huevos?...¡no!, para el dolor de huesos”. Las alusiones a situaciones en el baño convierten la enfermedad en chiste. Así, el vendedor boliviano alude a los problemas que en el baño tienen los que no lavan “patanca”: “quiere salir y no puede salir... sigue pujando, hasta colorado... no quiere salir, señores, y si sale parece piedra, cemento; con el debido respeto, señores, va a sentir dolor hasta en el ano; con dolor has botado, te levantas, te paras, ¡míralo!: parece chorizo grueso, roca, piedra con rojo de sangre” si se toma el remedio purgante la estabilidad del cuerpo muda a terremoto y del estreñimiento se pasa a la diarrea: “cuando ya venga temblor vas a ponerte mi hermano deportivo, vas alistándote, tienes que estar listo... cuando ya venga terremoto corres al baño, al campo: bajas pantalón, te sientas, ya no vas a empujar, te sientas, haga cuenta que estás orinando por ambas partes, una diarrea, agua, como viene el río en tiempo de lluvias barriendo basuras... “. Los “culebreros” ecuatorianos también recurren al motivo chistoso del enfermo haciendo fuerza y bufando en el baño o cuando afirman que para la sordera es bueno meter el remedio en lana en el hueco del oído “no lo irán a poner señores en otro hueco” y también el vendedor peruano hace chiste con las formas de orinar del enfermo de la próstata: “muchas veces cuando van a miccionar o sea a orinar, lo hacen con dolor, mojando los zapatos, orinando doble, gota por gota...”

Junto a ese tipo de bromas escatológicas que son tan del gusto indígena hay otros tipos de incidentes muy utilizados e igualmente apreciados que son la comparaciones jocosas. Sea una arenga política, un discurso de recepción, la narración de un sucedido... siempre se intercalan en el relato. Por ejemplo, el vendedor boliviano cuando dice: “algunos tienen manchas en la cara que parece mapa de Potosí, de Bolivia, con los nueve departamentos” o el ecuatoriano al referir el caso de esa persona que le dijo que el aguacate sirve para cargar baterías o al comparar su intención de poner “bien berraca” a la culebra, “igualita que una suegra cuando no quiere ver al yerno más borracho”.

Pero como decía, los discursos de estos merolicos-vendedores llegan mejor a los interlocutores cuando el drama hace mixtura con la broma. Así por ejemplo, el boliviano, antes de hacer esa descripción de las heces, afirma: “mucha gente con cólico ha muerto”, o la “culebrera” ecuatoriana cuando dramatiza las nefastas consecuencias de que reviente hacia adentro “la vena-variz”: “yo conozco mujeres bellas, parecen rayos de sol... bonitas, bellas, atractivas, pero no pueden poner una falda, un vestido, ¿saben por qué? porque acá atrás en esto que llaman pantorrilla tiene la mujer una bola de sangre, llamada vena-variz... con el tiempo necesita operación, las piernas no sirven para nada... jovencitas sentadas en sillas de ruedas”, un tono dramático que se incrementa cuando su compañero expone la situación de mujeres con cáncer de útero, operadas metiéndoles rayos ultravioletas en el útero, en muchos casos sin opción de morir sin dolor porque no hay plata para morfina, la mujer entonces, “se arrodilla en el suelo y alza la vista al cielo y a Dios pide que le mande rápido la muerte”.

Como decía al principio un contrapunto se hace evidente en las “farmacias ambulantes”, la vuelta de tuerca que se da y el intento exagerado de apropiación de los discursos biomédicos redundan en una mayor capacidad de venta pero, al mismo tiempo, en un incremento del peligro para los compradores. Por ejemplo, cuando afirma que “el *Parasitín 3*, el medicamento especial para parásitos, para lombrices, lombriz de leche, triquina, tricomonas, opsinarias” o cuando el vendedor dice que la *algiolina*, la *yodoclorina*, *artitrex* o *neurovial* son pastillas “tan especiales”, está encaminando no sólo su venta sino también el daño al paciente pues no conocen los efectos que puede producir el uso indiscriminado de estos medicamentos de patente

3. La medicina

Pero el hecho de que un “merolico”, “brujo” o simple vendedor llegue a la concurrencia no quiere decir que venderá la medicina, eso depende de la construcción de unas señas de identidad del remedio que lo hagan atractivo para un grupo heterogéneo de personas de las que, a priori, el vendedor no sabe nada.

Lo primero y primordial es magnificar los alcances sanadores del remedio, hacer que cualquier oyente al final pueda decir “esto es bueno para lo que a mí me sucede, para mis dolencias o las de alguien de mi familia.” En otras palabras la medicina que se presente debe ser pancurativa, lo será en tanto en cuanto que valga para enfermedades científicas y “tradicionales” y no sólo eso sino que incluso se vincule con síntomas aunque estos sean difusos. El extremo de lo pancurativo se halla cuando una medicina puede servir para todas las personas, cuando una medicina puede ser incluso buena para el no enfermo, a ellos llega también la medicina que presenta el vendedor peruano, “sanaflo”, “para mantener limpio el organismo y evitar enfermedades”. Sin llegar a esos extremos la capacidad pancurativa de las diferentes medicinas que venden se aprecia claramente.

El “merolico” guatemalteco vende “*compolón B-12*”, unas cápsulas que sirven para: nervios, reumatismo, tos, bronquitis, pulmones, dolores de huesos, dolor de cabeza, para aquel que “se agacha se endereza, no aguanta la cintura” y también para el que “no tiene hambre, no quiere comer, se siente cansado”.

El charlatán boliviano vende unas semillas (“como botón de chamarra”) cuyo polvo sirve para: cólico al estómago, hígado enfermo, boca amarga, saliva espesa, manchas en nariz y pómulos, para botar gusanos y para arrojar bilis.

La “culebrera” ecuatoriana presenta una crema de manteca y grasa de culebra que sola o mezclada con sábila sirve para: artritis, frío a los huesos, contra la “vena-variz”, reumatismo, para los niños que se orinan en la cama, contra la sordera (“frío al oído”), dolor de cabeza, neuralgia, dolor de huesos, dolor de espalda, calambres, torceduras, pasmo, dolor de pecho, dolor de garganta, bronquitis, paludismo, aires reumáticos, almorrana, almorroide, dolor en el recto, dolor en la cintura, lumbago, ciática, cataratas, “frío a la vista”, dolor de pecho, pierna hinchada, dolor de muela.

Su compañero “brujo”, se presenta con unas “grageítas” que se disuelven en agua y le cambian el color, pasando de rojizo a transparente. Esas grageas combaten el cáncer de útero, enfermedad de hígado, estreñimiento, picazones en el ano y cólicos gástricos provocados por nervios, bebidas alcohólicas, tabaco, comer puerco sancochado, padecimientos en el periodo menstrual, para la impotencia, para males en la vejiga, contra la pérdida de apetito, ardor de estómago y para recuperar la pérdida de vista.

Por último, “sanaflor”, el compuesto de hierbas que ofrece el vendedor peruano: elimina el exceso de ácido úrico, problemas de hígado, infección renal, mal de próstata, artritis, gastritis, contra la quemazón en la planta de los pies y el sudor en la palma de la mano, para desinflamar las vías urinarias y contra la inflamación de ovarios.

En efecto sólo una medicina pancurativa puede ser ofrecida indiscriminadamente. Pero la confianza en el remedio no sólo se gana por sus supuestos efectos sino también por las adjetivaciones que se hacen de ella y que crean el marco ideológico en el que se fundamenta su poder. Evidentemente ese halo ideológico que envuelve al remedio es cambiante y se va adaptando a las realidades emotivas de la población a la que se ofrece el remedio. Una moda que aprovechan actualmente los vendedores es la moda de lo natural. Así, del “*campolón B-12* se dice que “es un producto natural”; “no es químico, sino que es un producto que viene preparado a base de hierbas”; “polen de abeja, puro polen natural” y para darle aun más fuerza se añade que “contiene 17 vitaminas”. La semilla del charlatán boliviano es “fuerte” hasta el extremo de que provoca vómitos y diarrea, de modo que “no hay en la botica nada que haga botar por arriba y por abajo”. Esa fuerza se consigue porque es natural, fruto de un árbol de la Pacha Mama. El relato de los “brujos” ecuatorianos son paradigmáticos de esto: todos los remedios aludidos son naturales, no sólo la crema de manteca y grasa de culebra con sábila que ofrece ella y las grageas que ofrece él compuestas de ajo y cáscara de haba, sino otros remedios a los que incidentalmente aluden: el aguacate, diversas hierbas, cáscara de guineo (con la que los gringos hacen remedio farmacéutico), aceite de arbolito, miel de abeja. Por último, el vendedor peruano se recrea en los valores naturales de cada una de las plantas que se integran en “sanaflor”.

Hay un último factor que se manifiesta en el discurso y que acerca la medicina al comprador-paciente; éste es la posibilidad que se ofrece de ver, tocar e incluso probar el remedio antes de comprarlo. Si la medicina dispensada por médicos del sistema de salud resulta inaccesible en todos los sentidos, no sólo económico sino también visual y táctil, pues está dentro de botes que a su vez se esconden dentro de vitrinas, las medicinas que estos venden se hace cotidiana. Así el “merolico” guatemalteco invita a agarrar la cápsula, pide a los campesinos que sean curiosos, el boliviano y el ecuatoriano invitan incluso a probar y el vendedor peruano va dando sobrecitos de “sanaflor” a todos los viajeros para que lo vean y lean las indicaciones, aunque estos no vayan a comprar después..

El resultado de esta acción ritual básicamente discursiva es la venta real de remedios que pasan a formar parte del arsenal que se emplea en la automedicación con el empujón de ánimo que dan los vendedores. En el análisis que se ha presentado faltarían las consideraciones de los compradores no tanto para valorar la eficacia de la medicina sino para determinar de qué manera hacen mella en ellos los discursos. Y digo que no tanto para valorar la eficacia porque el hecho de que estos remedios se vendan un día sí y otro también ya nos habla de la eficacia predicha por el consenso social que suscita.

Una tarde, en Ecuador, en la comunidad quichua de Teresa Mama, César Mayanchi me mostraba su pequeño botiquín: ahí había varias plantas medicinales comunes en la Amazonía, como *chiricaspí*, *caballu-caspí*, *murumandi* y otras, había además remanentes de medicinas que le había “recetado” el enfermero y otras medicinas, también de patente que él había comprado en Puyo: aspirinas, mejoral, tetraciclina, un frasco de jarabe medio lleno, “para bronquitis” y algunos sobres de suero oral pero también había en el recipiente una crema “china” contra picaduras de insectos y unas pastillas “purgantes” compradas a “culebreros” en Puyo. Si César Mayanchi como muchos otros indígenas y mestizos de Iberoamérica, están usando y considerando estos remedios, la respuesta de la Antropología Médica no debe ser otra que tenerlos en cuenta y pensar en su efectividad. Y como quiera que una versión de este sistema (la que representan las “farmacias ambulantes”) de venta se está decantando por la medici-

na química también compete a la Antropología Médica pensar en el daño que pueden hacer sistemas desajustados pues la lejanía de la química no es compatible con estrategias de reconocimiento, compra y consumo directo de medicamentos.

Notas

- 1 Una parte de este artículo fue publicado originalmente en el número 20 de la Revista *Anthropologica* de la Universidad Católica de Lima (pp. 189-214)
- 2 En ese sentido cabe destacar la síntesis que hace Aguirre Beltrán (1987), los trabajos de León Portilla (1990) y Roberto Campos (2001) sobre los hospitales para indios en la Nueva España, también el trabajo clásico de Foster (1980) sobre la relación entre la medicina formal e informal hispana con la amerindia o el interesante ensayo de Comas (1959) donde analiza cómo el valor y la eficacia de la medicina aborígen prehispánica fue reconocida por conquistadores y médicos europeos, hasta el punto de que la terapia y la farmacología hipocrática del s. XVI (la medicina científica del momento se vieron influidas por remedios indígenas).
- 3 Este hecho es particularmente significativo en Iberoamérica donde, según Milton Roemer, llama poderosamente la atención la rapidez con que se adopta y acepta la medicina científica moderna, cuando se demuestra que es eficaz y económicamente accesible (1980: 107). Igualmente, para Guatemala, Nancie Solien de González (1965 y 1966), en su estudio sobre migrantes indígenas en la ciudad de Guatemala, confirmó la rapidez con que esos emigrantes se adaptan al medio urbano sin que tengan problemas en aceptar medicamentos de farmacia y actuaciones médicas por parte de los doctores. Aunque como he tenido ocasión de comprobar en Guatemala cuando se ha implantado el Sistema Integral de Salud y como también refiere Perrin respecto a los guajiros, la aceptación sigue pautas de edad y género: primero niños, después mujeres y finalmente hombres adultos.
- 4 Para Guatemala ver Cabrera 1995 y para México Fernández Valdés 1986.
- 5 Ver al respecto los trabajos que se centran en las relaciones médicas interculturales para el área Mesoamericana, Campos Navarro (1999), Cosminski (1977), Ruz (1983) Logan (1973), Solien de González (1966), Harman (1974) y Holland (1978). Y para el área andina Fernández Juárez (1999), Bastien (1989), Muñoz Bernand (1986), Estrella (1979), Delgado Sumar (1988) y Perrin (1986). Una síntesis acerca del desarrollo de la Antropología Médica en Iberoamérica en Menéndez 1985.
- 6 El término se viene usando al menos desde hace 100 años (Pelz 1996)
- 7 Se trata de una planta de la que se han descrito sus usos como tónico, para calmar dolores de cuerpo y para combatir diarreas, vómito y fiebre (Iglesias, 1993).
- 8 A pesar de lo connotado del término brujo, en absoluto el sentido local del término tiene que ver con el sentido que se le da fuera (ver López García 2001: 71).
- 9 A lo largo de toda la sesión está exhibiendo un vaso con agua que al echarle “la grageíta” cambia de color oscuro a transparente
- 10 En la parte de atrás del sobre se dice: INDICACIONES: * Regula la digestión, evitando el estreñimiento, la gastritis, úlceras, vinagreras, mal aliento/ * Estimula el buen funcionamiento del hígado, vesícula y páncreas/ * Desinflama los riñones, próstata, ovarios y limpia las vías urinarias/ * Purifica la sangre reduciendo el colesterol y el ácido úrico/ * Detiene el desarrollo y multiplicación de células cancerosas y tumorales / * Fortalece el sistema defensivo e inmunológico. DOSIS: En una tableta de agua hervida bien caliente, agregar _ cucharilla del preparado, deje reposar por 10 minutos, luego colar y tomar sin azúcar en ayunas y al acostarse. RECOMENDACIONES: Para que su tratamiento sea eficaz: reducir: el azúcar, la sal, harinas refinadas (por ser de pesada digestión), golosinas azucaradas (porque quita el calcio). No consuma: alcohol, tabaco, café, té, grasa animal, frituras (por el aceite quemado), enlatados y embutidos (por sus aditivos químicos y tóxicos). En cambio consuma bastante frutas, verduras, cereales integrales y prefiera los alimentos en su estado natural. * Cultivar todas las virtudes procurando estar siempre alegre. * Obedezca estas reglas y usted conseguirá la alegría de vivir saludablemente.
- 11 Ver Taussig (1993: 60-61)
- 12 Las discusiones acerca de la eficacia diferencial entre “remedio-mercancía” y “remedio-medicina”, me recuerdan la disputa que actualmente se plantea en la región maya-ch’orti’ de Guatemala entre los nuevos rezadores “de libro” y los “rezadores del otro siglo” que lo hacen “a puro memorial” (López García 2001: 79). Creo que sucede lo mismo que con las medicinas, decantarse por unos u otros habla de cambio social, no de eficacia ritual.
- 13 El recurso a lo escatológico para la fiesta y el chiste es común entre los mayas-ch’orti’ guatemaltecos (López García 1999).

Bibliografía

- AGUIRRE BELTRÁN, Gonzalo,
1987 *Medicina y magia*. Instituto Indigenista Nacional, México.
- BASTIEN, Joseph,
1989 “Shamán contra enfermero en los Andes”, *Allpanchis Phuturiqa*, 31, pp. 163-197.
- CABRERA, M^a Luisa
1995 *Otra historia por contar. Promotores de salud en Guatemala*. ASECSA. Guatemala.
- CAMPOS NAVARRO, Roberto
1998 *Nosotros los curanderos*. Nueva Imagen, México.
- CAMPOS NAVARRO, Roberto
1999 “La medicina intercultural en hospitales rurales de América Latina”. *Salud Pública*, Año 4, N° 7, pp. 75-81.
- CAMPOS NAVARRO, Roberto
2001 “Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España”. *Gaceta Médica de México*, 137, N° 6, México, pp. 595-608.
- COMAS, Juan
1959 “Influencia indígena en la medicina hipocrática en la Nueva España del s. XVI”, *América Indígena* 3, pp. 328-359.
- COSMINSKI, Sheila
1977 “El pluralismo médico en Mesoamérica”. En, *La Herencia de la Conquista 30 años después*. pp.172-185, Fondo de Cultura Económica, México.
- DELGADO-SÚMAR, Hugo
1988 *Medicina tradicional en Ayacucho (testimonio)*. Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.
- ESTRELLA, E.
1977 *La práctica médica aborígen en la sierra ecuatoriana*. Ed. Época. Quito.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
1999 *Médicos y yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara*. CIPCA, La Paz.
- FERNÁNDEZ VALDÉS, Martha
1986 “Los promotores de salud y las auxiliares de medicina en el Instituto Nacional Indigenista: veintiocho años de trabajo”, *Estudios de Antropología Médica*, N° 4, pp. 97- 113. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- GUTIÉRREZ ESTÉVEZ, Manuel
2001 “Las diferencias contra la mitología” en LEÓN-PORTILLA, M. ; GUTIÉRREZ ESTÉVEZ, M. y GOSSEN, G. (coords.), *Motivos de la Antropología Americanista. Indagaciones en la diferencia*. pp. 327-365. Fondo de Cultura Económica, México
- HARMAN, Robert C.
1974 *Cambios Médicos y Sociales en una comunidad Maya Tzeltal*. Instituto. Nacional Indigenista, México.
- HOLLAND, William R.
1989 *Medicina Maya en los Altos de Chiapas*. Instituto Nacional Indigenista, México.
- IGLESIAS, Jenny
1993 *Hierbas medicinales de los quichuas del Napo*. Edit. Abya-Yala, Quito.
- LÉVI-STRAUSS, Claude
1977 *Antropología Estructural*. Ed. Universitaria. Buenos Aires.
- LEÓN-PORTILLA, Miguel
1990 “Las comunidades mesoamericanas ante la institución de los hospitales para indios” en AGUIRRE BELTRÁN, G. Y MORENO DE LOS ARCOS, R. (coords.), *Medicina novohispana S. XVI. Historia General de la Medicina en México*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- LOGAN, Michael
1973 “Humoral Medicine in Guatemalan Peasant Acceptance of Modern Medicine”, *Human Organization*, 32, N° 4, pp. 385-395.

LÓPEZ GARCÍA, Julián

- 2001 *Restricciones Culturales en la alimentación de mayas-chortís y ladinos del oriente de Guatemala*. Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid.

LÓPEZ GARCÍA, Julián

- 2001 *Alimentación y Sociedad en Iberoamérica y España. Cinco etnografías de la comida y la cocina*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Extremadura, Cáceres.

LÓPEZ GARCÍA, Julián

- 1999 "Fiestas alegres, cuerpos contentos. Maneras inversas en la diversión de mayas-chortís del oriente de Guatemala". Ponencia en el *Seminario Carnavales y Humor Ritual en Iberoamérica*. Casa de América, Madrid.

MENÉNDEZ, Eduardo L.,

- 1985 "Aproximación crítica al desarrollo de la Antropología Médica en América Latina", *Nueva Antropología*, VII, 28, pp. 11-27.

MUÑOZ BERNAND, Carmen

- 1986 *Enfermedad, daño e ideología*. Edit. Abya-Yala, Quito.

PELZ Marín, Ricardo y Serrano Cárdenas, Valentina

- 1996 "Plantas medicinales utilizadas por los merolicos en la Ciudad de México". Ponencia en el *Primer Congreso Nacional de Plantas Medicinales de México*, Tlaxcala.

PERRIN, Michel,

- 1986 "Etnólogos y médicos ante el arte guajiro de curar", *Estudios de Antropología Médica*, N° 4. México: Universidad nacional Autónoma de México, pp. 139-186.

ROEMER, Milton

- 1980 "Charismatic Medicine, Folk-Healing and Folk Saint-hood", *American Anthropologist*, 67, N° 5, pp. 1151-1172.

RUZ, Mario Humberto

- 1983 "Médicos y locktores. Enfermedad y cultura en dos comunidades tojolabales", en RUZ, Mario Humberto, *Los legítimos Hombres*, Vol. III., pp. 143-192, Universidad Nacional Autónoma de México.

SOLIEN DE GONZÁLEZ, Nancie

- 1965 "Medical Beliefs of the urban folk in Guatemala". *América Indígena*, XXV, pp. 321-328.

SOLIEN DE GONZÁLEZ, Nancie

- 1966 "Health Behavior in cross-Cultural Perspective: A Guatemalan Example", *Human Organization*, N° 25, pp. 122-125.

TAUSSIG, Michael T.

- 1993 *El diablo y el fetichismo de la mercancía en Sudamérica*. Nueva Imagen, México.

PROCESOS DE LEGALIZACIÓN E INTERCULTURALIDAD EN LAS MEDICINAS INDÍGENAS DE MÉXICO Y BOLIVIA (1996-2006)

Roberto Campos Navarro
UNAM
México

Nuestras naciones nacieron mentidas. La independencia de los países americanos fue desde el principio usurpada por una muy minoritaria minoría.
Todas las primeras constituciones, sin excepción, dejaron afuera a las mujeres, a los indígenas, a los negros y a los pobres en general.

Eduardo Galeano¹

No le falta la razón a Galeano cuando argumenta que la nación boliviana fundada en 1825 se hizo a espaldas de los indígenas, y que ahora con la asunción de Evo Morales al poder presidencial que lo convierte en el primer mandatario indígena de Bolivia, crece la esperanza de una renovada fundación con la presencia activa de los pueblos indígenas que constituyen mayoría en el país. Su primera tarea será la conformación de una Asamblea Legislativa que de origen a una nueva Constitución Política que reconozca y dignifique la diversidad étnica del país, y por ende, en el terreno de las medicinas indígenas, reconozca los saberes y las prácticas rituales y curativas de sus pueblos originarios.

También tiene validez lo dicho por Galeano, para el caso mexicano, donde el movimiento neozapatista logró el establecimiento de un diálogo con el gobierno federal que culminó con la firma de los Acuerdos de San Andrés (febrero de 1996), que serían la base de una futura e inmediata reforma constitucional seguida de una reforma política y social del propio Estado. Finalmente, el presidente Ernesto Zedillo no aceptaría el cambio, y el gobierno conservador de Vicente Fox, establecería en 2001 una reforma constitucional al artículo segundo, pobre e insuficiente, que desde el principio ha sido impugnada por muchos de los pueblos indígenas del país, e incluso ha sido catalogada como una verdadera contra-reforma constitucional.

En el campo de la salud, esta reforma –de manera ambigua– hace alusión a la medicina indígena tradicional, en términos dubitativos y dependientes de las instituciones estatales. Y en la realidad operativa, las instituciones le dan la espalda al no crear planes, programas y estrategias estatales coherentes y permanentes para el desarrollo autónomo de los pueblos indígenas y el reconocimiento a sus conocimientos y sus prácticas.

En las siguientes líneas realizaremos una exposición referente a lo sucedido en los últimos diez años sobre la legalización de las medicinas indígenas en México y Bolivia, los movimientos corporativos de médicos indígenas y las políticas gubernamentales emprendidas por los respectivos países².

México

“La Nación Mexicana es única e indivisible” dice la primera afirmación del artículo 2º. constitucional, luego particulariza: “La nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmen-

te en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.”

Más adelante, compromete y obliga a las autoridades federales, estatales y municipales a “promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria...” y “Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional...” (subrayado nuestro).

De esta manera, en la reforma constitucional generada en agosto del 2001, queda plasmada por primera vez, el reconocimiento a las medicinas indígenas del país.

No obstante, como se puede observar, se trata de un reconocimiento restringido, limitado, subordinado y sujeto a las interpretaciones unilaterales de los funcionarios de diversos niveles.

Un caso ilustrativo, es lo sucedido con la prohibición de consumo de una infusión que se hace con el epazote o pazote (*Chenopodium ambrosioides*) que los médicos indígenas y mestizos utilizan para trastornos gastrointestinales y parasitosis. Resulta que en 1999 un acuerdo normativo de la Secretaría de Salud (SS) establece que 76 plantas medicinales, incluido el epazote no se deben distribuir, comercializar y consumir porque suponen un riesgo para la salud de las personas que lo ingieren³. Como esta norma se hizo en el gabinete de los expertos, sin consultar a la población, o bien a los médicos tradicionales, no se hizo una separación entre el producto natural (hierba medicinal) y su derivado industrial (aceite esencial). El primero se vende en todos los mercados de México pues se utiliza en la comida cotidiana (en la elaboración de quesadillas o acompañando la cocción de los frijoles negros), sin que provoque ningún problema. Como planta medicinal, es conocida por todos los médicos tradicionales, que ya saben de una correcta dosificación. En tanto que el aceite esencial, es el ascaridol, conocido por su elevada toxicidad. (Argueta, 1994:599)

En una reunión de las autoridades de la SS, específicamente, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) con los terapeutas pertenecientes a la Organización de Médicos Indígenas Purépechas, en Pátzcuaro, sólo condujo a la burla y al rechazo de semejante medida: “¿A poco vamos a quitar el epazote a nuestras quesadillas?”

Independientemente de estas previsibles consecuencias, el reconocimiento constitucional no ha tenido reflejo en las leyes subsidiarias. Así, la Ley General de Salud, que data de 1984 no ha sido reformada en lo más mínimo para incluir el reconocimiento legal a la medicina tradicional.

Pocos estados de la República han modificado sus leyes para hacerlas congruentes con la Constitución. Oaxaca es uno de ellos pues en el 2001 establece en su artículo 65 que: El Estado promoverá la ampliación de la cobertura del Sistema Estatal de Salud, aprovechando los beneficios de la medicina tradicional indígena, de acuerdo a las características específicas de cada comunidad.

Nótese como en este caso se elimina el “debidamente” y el texto es menos restrictivo, y por el contrario, amplía la gama de posibilidades de saberes y prácticas dado que añade las diferencias que puede haber de una comunidad a otra, de un pueblo a otro.

Por otra parte, los médicos indígenas y sus organizaciones han vivido un intenso proceso de recomposición, desintegración estancamiento y sobrevivencia. Las más consolidadas siguen funcionando en Chiapas y Oaxaca⁴. Otras se han dividido y desintegrado como en El Fuerte, Sinaloa y Calkiní, Campeche. Unas más viven de los exiguos apoyos de las instituciones de gobierno.

La Organización de médicos mayos-yoremes del Norte de Sinaloa, tuvieron una época de auge, esplendor y solidez con la construcción y operación del Centro de Desarrollo de la Medicina Indígena, después vendrían conflictos y rivalidades interpersonales, ruptura grupal, falta de apoyo económico del Instituto Nacional Indigenista y divisiones fomentadas por el IMSS-Oportunidades⁵. Ahora, la organización fragmentada, languidece y se intenta su recuperación...

Sobre la legalización, conocen de la reforma constitucional pero a nivel del estado no se ha reconocido nada: “...para que tengamos apoyo –como indígenas– que en la ley de Sinaloa debemos estar registrados. No hay nada. La ley, nosotros estuvimos trabajando en ella, y la entregamos el 4 de mayo de

hace 2 años [2004] y todavía está estancada. Participamos como médicos indígenas y la medicina también va incluida dentro del proyecto de ley. Que según de nuevo se iba a revisar...”

La organización mayo yoreme en Sonora, que nació en 1993 con el padrinazgo de sus vecinos sinaloenses, está en un proceso similar de paralización por falta de recursos públicos⁶.

En Michoacán, la Organización de Médicos Indígenas Purépechas también se encuentra debilitada y dividida. Mantiene dos centros. Uno ubicado al lado del Hospital de la Secretaría de Salud en Pátzcuaro y otro en el muelle San Pedrito a las orillas del lago. El primero funciona bajo el amparo del hospital que paga el mantenimiento. La relación es buena y existe referencia y contra-referencia de enfermos. Existen cuatro consultorios, farmacia, capilla y un pequeño huerto medicinal. El segundo se encuentra semi-abandonado, y sólo se utiliza un consultorio los martes y viernes⁷.

Para algunos de ellos, la legalización ya está cumplida: “Ya estamos legalizados. Nos protege el artículo 24 [del Convenio 169 de la OIT]. Ya estamos protegidos. Tenemos legalizada nuestra organización”. Para otros, no hay avance.

En Campeche, la situación es semejante. El Centro de Desarrollo de la Medicina Indígena ubicado en Calkiní se encuentra cerrado y abandonado. El que se encuentra en Hopelchén está abierto y funciona. Se trata de las instalaciones del Consejo Local de Médicos Indígenas de los Chenes (COLMICH). Hay diversos especialistas durante toda la semana. Tienen su jardín botánico aunque por el momento siembran más frijol que plantas medicinales. Hay conflictos y divisiones por el liderazgo de la organización. Para el CDI sólo hay de 10 a 15 médicos indígenas en activo, y ellos han registrado más o menos 100 médicos indígenas en la región que no participan del COLMICH.

Para ellos la legalización se encuentra estancada, pese a la existencia de la Ley Estatal de Pueblos Indígenas aprobada en el 2002, que reconoce la cultura, usos y costumbres, que no particulariza sobre la medicina indígena. En el caso de Yucatán, la legalización se encuentra “truncada” y no existe una ley estatal⁸.

El Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales (CONAMIT), fundado en 1991, en un inicio funcionó como verdadero apoyo técnico e ideológico a los médicos indígenas pero fue quedando en manos de asesores no indígenas en extremo paternalistas y manipuladores⁹, convirtiendo al Consejo en un grupo de delegados indígenas subordinados y dependientes. Cometiéndose abusos y manejos oscuros e inadecuados que obligaron más tarde, a la salida de algunos de los delegados (de Michoacán, de Yucatán¹⁰ y otros estados) y al distanciamiento con las instituciones gubernamentales¹¹.

A nivel gubernamental, el manejo de la medicina tradicional ha sido disperso y heterogéneo.

El Instituto Nacional Indigenista (INI) ya transformado en la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), que había sido hasta el 2000 el principal promotor de la medicina indígena y de sus organizaciones en todo el país, decidió –de manera abrupta y unilateral- suspender el programa de apoyo, con lo cual llevó a la ruina a varios Centros de Desarrollo de la Medicina Indígena impulsados en años previos. Así en Sinaloa, las instalaciones se encuentran en el más absoluto abandono pues la Organización de Médicos Mayos-Yoremes del Norte de Sinaloa, no tuvieron recursos económicos para solventar los gastos mínimos referentes a la electricidad, el agua potable, pago de impuestos, etc..

Durante reciente trabajo de campo (enero 2006) pudimos observar un gran terreno de aproximadamente 3 1/2 hectáreas, alambrado, con una amplia edificación que contiene 6 consultorios, una sala de recuperación (¿), cocina, comedor, biblioteca, auditorio, farmacia y capilla. Todo empolvado y habitado por arañas y avispas. El huerto medicinal seco y abandonado. Un “hermoso” edificio convertido en un “elefante blanco”, que actualmente sólo es usado una mañana de cada jueves por Don F, un sobador de un pueblo cercano¹². La demanda es mínima pues esa mañana sólo asistió un enfermo cuando antes se abarrotaba de personas demandantes del servicio.

Cabe mencionar, que ante la desaparición del programa de medicina tradicional, algunas coordinadoras estatales del CDI, han apoyado a los médicos indígenas en forma subrepticia, asignando recursos de otros programas institucionales de “fortalecimiento” y de “capacitación”. No faltan las voces

autocríticas sobre el desempeño en sexenios pasados: “nosotros tuvimos la culpa porque los acostumbramos...los hicimos muy dependientes”.

El IMSS-Solidaridad, ahora IMSS-Oportunidades, continuó la inercia de su programa de interrelación con la medicina tradicional establecido desde 1983, añadiendo sólo apoyos financieros a las organizaciones que se lo solicitasen. Continuó con *políticas clientelistas*, e incluso, *divisionistas* como en el norte de Sinaloa y además, *medicalizadora*, con la entrega de baunamómetros en la sierra de Chihuahua, con fines “modernizadores”¹³.

Todavía, mantiene algunos curadores dentro y fuera de sus instalaciones como en Hecelchakán, Campeche, donde un curandero atiende a los enfermos y a falta de salario u honorarios, éste puede vender sus productos medicinales, incluido un jarabe con hierbas medicinales para la diabetes. Por recientes informes, los cursos para parteras, siguen manteniendo una elevada orientación medicalizadora.

Por su parte, la Secretaría de Salud hasta 1994, mantuvo una política errática, aislada y fragmentada. Uno de sus funcionarios confesó en una reunión internacional en la ciudad de La Antigua, Guatemala que las dependencias de la SS trabajaban cada una por su cuenta, e ignoraban compromisos del gobierno mexicano en ese campo.

...aunque en este momento ya no es perseguida [la medicina tradicional], tampoco es respetada y, con motivo del narcotráfico, a muchos médicos tradicionales se les ha llevado a la cárcel con el pretexto de que usaban determinado tipo de plantas (peyote, hongos, etc.)

Ya esto ha llevado a que en algunos programas de salud exista una vertiente que permite trabajar con la Medicina Tradicional. No nos dicen cómo ni dónde ni se estipula lineamientos de acción. Pero eso no se había hecho antes en ningún programa nacional de Salud Pública. Ahora hay cuatro Direcciones Generales involucradas en alguna forma con la Medicina Tradicional: la División de Servicios de Salud, donde yo trabajo (Dr. Hernández), actúa como coordinadora con la Dirección General de Planificación Familiar, la Dirección General Materno-infantil y la Dirección General de Salud. Antes ninguna de estas Direcciones se habían interesado por estas cosas.

Sin embargo, en la Reunión de Winnipeg, México firmó la Resolución V que se refiere a la colaboración de cada uno de los Gobiernos con los planes de Medicina Tradicional. Pero yo que soy el coordinador no sabía de su existencia hasta que vine aquí a Guatemala. (Hernández, 1995:185)

Con el gobierno foxista, se crea la Dirección General de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural en el 2001, que se ha interesado más por la capacitación a médicos y enfermeras de las escuelas universitarias y en la presencia mediática a través de su página de internet que incluye artículos propios y ajenos sobre el tema intercultural.

Pero su trabajo con las organizaciones de médicos indígenas ha sido muy distante. Por ello ha recibido muestras de rechazo por los médicos indígenas de Oaxaca¹⁴ y en especial, las severas críticas de las organizaciones de médicos indígenas independientes, que signan la llamada Declaración de Cherán (abril de 2002) porque:

El Gobierno Federal sigue diseñando propuestas de legislación y políticas con relación a la medicina tradicional sin tomar en cuenta la palabra de los actores que poseen el conocimiento y la práctica milenaria con un reconocimiento de las propias comunidades a las que pertenecen¹⁵.

Por eso demandan el cese de actividades relacionadas con la legalización de la medicina tradicional, la desaparición del decreto de 1999 que prohíbe el uso de más de 70 plantas medicinales, y las investigaciones de bioprospección y biopiratería por instituciones nacionales y extranjeras¹⁶.

Finalmente, desde la esfera no gubernamental, el movimiento neo-zapatista ha sido desde 1994 un detonador de intensos procesos político-sociales y culturales a nivel local y nacional. En el campo de la salud, el discurso de los Acuerdos de San Andrés se orienta hacia una legislación que tome en cuenta la pluriculturalidad:

Los pueblos y comunidades indígenas, con la participación de los gobiernos estatal, federal y municipal, se comprometen a fortalecer una cultura en materia de salud y bienestar social que permita aceptar auténticamente una cosmovisión humanista y plural del proceso salud-enfermedad-ecosistema. Con este propósito se crearán espacios para la práctica de la medicina tradicional indígena, otorgándole recursos útiles para su desarrollo sin menoscabo de la obligación del Estado de ofrecer los servicios institucionales de salud. (Hernández-Navarro y Vera, 1998:94)

que se respeten, reconozcan, valoren y promuevan los

“saberes tradicionales de los pueblos indígenas [pues] constituyen un acervo importante de su cultura, y son esenciales para el desarrollo de la humanidad en muchísimos ámbitos, como el de la medicina.” (Ibid,1998:93)

Y reiteran la indicación de lograr la:

Creación de espacios para la práctica de la medicina tradicional indígena y otorgamiento de recursos suficientes, sin que esto supla la obligación del estado de ofrecer una atención adecuada en los tres niveles del sistema nacional de salud. (Ibid, 1998:93)

En las regiones dominadas por el neo-zapatismo existe una política dominante a favor de la promoción y desarrollo de los saberes y prácticas médicas locales, en especial de la herbolaria medicinal. Múltiples planes, estrategias, capacitaciones, cursos y talleres se han implementado en los territorios que pertenecen a las bases zapatistas. Y en igualdad de circunstancias los temas han sido sobre aplicación de vacunas, medicamentos de patente y enfermedades diarreicas, que de plantas curativas, micodosis y susto¹⁷.

No obstante, que las políticas neo-zapatistas de salud son incluyentes en cuanto al empleo de los recursos curativos locales (parteras, curanderos, promotores de salud, plantas medicinales, etc.), sabemos de una localidad que ha expulsado al médico tradicional por representar –dicen los pobladores– un signo de atraso¹⁸.

Bolivia

Por la Resolución Suprema 198771 del 18 de enero de 1984 por vez primera se reconocía la personalidad jurídica de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA) y tres años más tarde, el 13 de marzo de 1987, aparecería la Resolución Ministerial 0231, que contiene el “Reglamento de la Práctica de la Medicina Naturista Tradicional”.

Con el primer decreto, que no ley, se brindaría exclusividad a los miembros iniciales y afiliados posteriores a la SOBOMETRA, lo cual significó un crecimiento y desarrollo inusitado de la agrupación, que se expandió en la mayoría de los departamentos de la república.

No obstante su carácter “limitado y excluyente”¹⁹ permitió la protección a los asociados, pero también al resto de terapeutas no corporativizados.

Dentro de la SOBOMETRA se iniciaron procesos divisionistas que condujeron a inconformidades y separaciones, con lo que se multiplicaron las organizaciones por todo el país como INBOMETRA, ANARBOL, AMENAT, ABOMENAT, CONMIK, AMNTRA y otras asociaciones de curadores naturistas, alternativos, aymaras, kallawayas y otros.

Con el segundo decreto se pretendía la regulación de las medicinas indígenas y alternativas, pero no funcionó, debido a la exigencia de presentar un “certificado” de formación en medicina tradicional, y por otro al carácter hegemónico de la biomedicina que a través del Colegio Médico de Bolivia y del propio Ministerio de Salud obligaban a los médicos indígenas y alternativos a que estuvieran avalados en sus acciones por algún médico académico. Ni los doctores se arriesgaron a brindar apoyo, ni

los terapeutas tradicionales estuvieron dispuestos a esta situación de subordinación y dependencia. (Antezana y Díaz, 2005)

No obstante, en el 2002 una revisión de los médicos tradicionales y naturistas acreditados ante el Ministerio de Salud, a quienes sólo se les solicitaba cédula de identidad, carnet sanitario, afiliación a SOBOMETRA, capacitación y un arancel, arrojó cifras disímiles sobre el número de terapeutas acreditados. Mientras las Secretarías Departamentales de Salud (SEDES) –sin contabilizar los departamentos de Tarija y La Paz, que no entregaron información- manifiesta alrededor de 360 médicos tradicionales, SOBOMETRA calcula 1130 –sin contar Tarija-, ofreciendo datos globales de 1600 afiliados en todo el país. (Giménez, 2002:16-17).

El subregistro ministerial sólo es una expresión del incumplimiento de la reglamentación. La falta de datos exactos y confiables de SOBOMETRA demuestran una debilidad directiva y administrativa inocultable. En este sentido, cabe mencionar, que a pesar de que SOBOMETRA es considerada como una “institución reconocida a nivel nacional” y entendida como una “organización no gubernamental privada y sin fines de lucro.” Con una “dirección nacional [que] es elegida cada cuatro años en congreso...” (Ibid: 21), su presidente, Walter Álvarez Quispe, lo fue durante 21 años, es decir, desde su nacimiento en 1983 y hasta el 2004. Cuestión que ha sido calificada como negativa, no sólo por su permanencia en el poder sino por la vinculación a partidos políticos (Movimiento Nacional Revolucionario y Movimiento de la Izquierda Revolucionaria)²⁰ y la exclusión –desde un principio- de los médicos indígenas aymaras (Rufino P’axsi, Gabino Quispe, Policarpo Flores y otros) que habían participado en las reuniones y encuentros previos a la conformación de la SOBOMETRA (Zalles, 2005)

Por otra parte, algunos sectores de la medicina académica, se opusieron a la reglamentación de 1987 por la flexibilidad administrativa gubernamental que se unía a la amplia laxitud en los criterios de ingreso de SOBOMETRA. De hecho, invocan la vigencia de los artículos 218 del Código Penal, que sancionan el ejercicio ilegal de la medicina²¹, así como la abierta oposición del Colegio Médico de Bolivia que en sus estatutos convalidados por la Resolución Ministerial 0728 de agosto de 1993, se manifiesta en contra del ejercicio ilegal de la medicina, el charlatanismo, el curanderismo y “toda forma de medicina empírica” (Costa-Arduz, 1995:22).

Lo anterior muestra las políticas ambivalentes y contradictorias al interior del propio Ministerio de Salud -en la década de los noventa-, que por una parte pretende (en forma fallida) la regulación y control de la medicina tradicional y por otra, la aceptación de presiones por parte de los médicos profesionales que desean el monopolio legal del ejercicio curativo con exclusión de cualquier otra práctica médica.

Ahora bien, un tercer decreto ya más reciente, aprobado por el Ministerio de Salud y Deportes, bajo la Resolución Ministerial 0902 con fecha 20 de diciembre de 2004, pretende tres objetivos:

- Incorporar a los médicos tradicionales al Sistema Nacional de Salud.
- Institucionalizar el reconocimiento de los médicos tradicionales al Sistema Nacional de Salud y sus programas prioritarios de salud, con aval de las organizaciones indígenas.
- Establecer las normas para el ejercicio de la medicina tradicional.

A continuación define el ámbito territorial del reglamento (todo el país), el concepto operativo de medicina tradicional, los especialistas que se incluyen, los requisitos de acreditación, el proceso administrativo propio y la formulación de los derechos y obligaciones de los médicos tradicionales.

En esta ocasión, los criterios de acreditación establecen la afiliación a una agrupación legalmente reconocida (ya no necesariamente SOBOMETRA), tener 5 años de experiencia curativa, certificación comunitaria de tener prestigio a nivel local o regional, asistencia certificada a talleres y cursos de “sistematización” de la medicina tradicional, certificación de alguna organización legalmente constituida, presentarse ante un denominado Consejo de Acreditación, y por último, para los médicos que ejercen prácticas “complementarias”, una certificación expedida por alguna institución con reconocimiento legal.

La respuesta contundente de las organizaciones de terapeutas tradicionales sería en términos negativos. Reunidos en Cochabamba, en septiembre de 2005, en el *Primer Diálogo Nacional de Medicina Tradicional y Naturista*, el taller especializado en el tema de la legalidad determinaron por unanimidad “rechazar totalmente” la Resolución Ministerial 0902, por considerarla contraria a “los intereses de la Medicina Tradicional y Naturista de Bolivia” sin que se establecieran detalles concretos relativos a la afectación (DGMTI, 2005:3)

En cambio, establecen la ratificación de un proyecto previo presentado ante el Ministerio de Salud en junio de 2004, piden la cancelación de los cursos de postgrado de salud intercultural “porque atentan contra los médicos tradicionales”, solicitan la creación de un Ministerio de Medicina Tradicional que funcione como “sistema de salud paralelo con trato igualitario” y la creación de una universidad indígena donde se imparta la carrera de medicina tradicional. (Ibid:4)

En otros espacios públicos, se estaría insistiendo en la formulación de un marco jurídico amplio. En este sentido, Toribio Tapia, señala la necesidad impostergable de “Elaborar la ley del ejercicio profesional de médicos tradicionales y naturistas para ser amparados.” (2005:187)

Con respecto a las instancia gubernamentales encargadas o responsables del reconocimiento, desarrollo y promoción de las medicinas indígenas tradicionales en Bolivia, cabe mencionar la creación de dos entidades que han influido en planes y proyectos estatales en los últimos tres años. Se trata del Ministerio de Asuntos Indígenas y Pueblos Originarios (MAIPO) y la Dirección General de Medicina Tradicional e Interculturalidad (DGMTI) que depende del Ministerio de Salud.

El MAIPO se funda en agosto de 2003, y establece un Programa de Salud Intercultural, convalidado por el Ministerio de Salud, cuya meta es la de establecer una política nacional de salud “con identidad para los pueblos indígenas y originarios” (MAIPO, 2005). Entre sus acciones estarían las de desarrollar mecanismos jurídicos de reconocimiento de los médicos tradicionales, su inclusión en las políticas de salud, y por tanto en los programas operativos ministeriales, generando proyectos de salud para pueblos indígenas. La orientación del MAIPO se basa en el modelo de atención intercultural que busca una aproximación, diálogo y acuerdos con los pueblos indígenas en un ambiente de respeto y valoración de las culturas originarias. (Ibid)

Este proyecto de salud del MAIPO, junto con el propio Ministerio de Salud, y organizaciones civiles indígenas establecerían en el 2004 las bases de una convocatoria pública para elegir al director de una nueva entidad de gobierno que se ocupe, sobre todo, de elaborar el “marco normativo para la Medicina Tradicional, incluyendo los estándares para la acreditación y certificación” así como incorporar la medicina tradicional en las políticas nacionales de salud. El resultado es la creación, en abril de 2005, de la Dirección General de Medicina Tradicional e Interculturalidad, dependiente del Ministerio de Salud y Deportes, con el médico naturista Walter Mamani como director²².

Para el tema jurídico que nos ocupa, es de relevancia mencionar que dicha Dirección General, en la reunión denominada Mesa de Interculturalidad (La Paz, diciembre de 2005) manifestó como primera prioridad la de lograr una Ley de reconocimiento de la medicina tradicional, y en segundo lugar, establecer un Reglamento de Acreditación, debidamente consensada con las organizaciones de terapeutas, en función de los resultados del Primer Diálogo Nacional, mencionado en líneas previas. (DGMTI, 2005)

En toda esta reseña de acontecimientos bolivianos de la última década, emerge un concepto y una práctica de articulación entre la medicina académica y las prácticas médicas indígenas, populares y alternativas. Se trata de la interculturalidad en salud.

A finales de los noventa, se inicia en América Latina, esta orientación teórico-práctica para la comprensión, respeto y articulación de las diversas prácticas curativas bajo un modelo de diversidad y pluralismo cultural.

En Bolivia, un trabajo pionero será el de Gerardo Fernández, antropólogo de la Universidad de Castilla-La Mancha, quien en 1999 escribiría un texto, hoy imprescindible para la comprensión de las relaciones entre la biomedicina y la medicina indígena, y más específicamente entre los médicos aca-

démicos y sus pacientes de origen aymara. Su título es *Médicos y yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara*.

El autor –con un sólido trabajo de campo en comunidades aymaras– señala la necesidad de sensibilizar y capacitar a los trabajadores de salud en el conocimiento de la lengua local, en teorías, conceptos y aplicabilidad de la antropología médica, en la aproximación amistosa con los médicos y enfermos indígenas. Igualmente que la comunidad esté informada mediante asambleas sobre los planes gubernamentales de salud mediatos e inmediatos, que el personal tenga una permanencia en la comunidad, no menor de 3 años, que se establezca la figura institucionalizada del médico rural con “formación pertinente y el reconocimiento social preciso”, que se brinde apoyo a los auxiliares locales de salud (pues constituyen el enlace entre la medicina tradicional y la asistencia clínica occidental), la adopción de un enfoque intercultural bilingüe, y por último, reconocer las dimensiones sociales de las enfermedades donde se deben considerar las percepciones de calidad de vida de las comunidades indígenas, “frente a las soluciones en extremo organicistas y tecnológicas de los equipos sanitarios” (Fernández, 1999:202-211).

En el año 2000 se inaugura la primera oficina de facilitadores Interculturales denominada “Willaqkuna” en el *Jatún Jampina Wasi* u Hospital Daniel Bracamonte de la ciudad de Potosí, que será apoyada por la formación académica de postgrado en Salud Intercultural brindada por la Universidad Pública Tomás Frías y la Universidad Nacional Autónoma de México (Campos-Navarro y Citarella, 2004:93-106) con resultados promisorios que han garantizado su continuidad departamental y su réplica por la SEDES en la Paz²³.

Otro esfuerzo intercultural es el que se desarrolla en la región kallawayaya de Curva, donde ha sido inaugurado un espacio clínico donde se ofrece consulta biomédica y atención curativa kallawayaya. Su evaluación está por presentarse. Uno de sus impulsores, el Dr. José Luis Baixeras, establece que el eje de articulación es la interculturalidad entendida como un proceso

380

“de validación y negociación cultural entre usuarios de servicios y profesionales (...) La validación cultural consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del usuario. La validación cultural no significa que el profesional comparta el mundo simbólico del usuario sino que comprenda, respete e incluso integre algunos elementos culturales que considere relevantes para el proceso de atención de usuarios”. (Baixeras, 2005:197)

Aquí conviene apuntar las conclusiones de los trabajos sobre Salud Intercultural incluidos en la segunda fase del Diálogo Nacional de Salud (mayo de 2005), donde los participantes adoptan la llamada “complementaridad intercultural” de los modelos de atención de acuerdo a “la identidad cultural de la Bolivia multiétnica y multicultural”, solicitan el desarrollo de la medicina tradicional con la debida acreditación de los médicos tradicionales, y una “formación de médicos y parteras tradicionales [que] debe ser concertada, normada y reglamentada” (Ministerio de Salud y Deportes, 2005:17 y 18)

Para finalizar, con la llegada de Evo Morales a la presidencia de la República se tiene la esperanza de que las demandas indígenas se cumplan. Por el momento, las primeras noticias son los reajustes ministeriales. El MAIPO será desaparecido porque “los indígenas y las mujeres serán ministros, por tanto, no hay por qué crear un ministerio de la mujer o un ministerio indígena... sería como crear un ministerio de *k'aras* (blancos)” (La Jornada, 20 de enero 2005). El Ministerio de Salud y Deportes es asumido por la Dra. Nila Heredia, una médica comprometida con la salud intercultural quien de inmediato eleva el rango de la DGMTI a Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, nombrando al reconocido médico naturista Jaime Zalles Asin.

En los últimos diez años, los procesos de corporativización/fragmentación y legitimidad/legalización de las medicinas indígenas en México y Bolivia muestran caminos similares y diferencias mínimas.

En los dos países, a pesar de la enorme legitimidad comunitaria e institucional²⁴, no existe aún un reconocimiento jurídico pleno y contundente de sus medicinas originarias. En México, la presencia constitucional no tiene un correlato con las leyes, reglamentos y normas subsidiarias, además de que su

sentido es absolutamente restringido al otorgar a las autoridades sanitarias gubernamentales la facultad de decidir sobre los recursos materiales y humanos de la medicina tradicional al indicar el uso debido o indebido de dichos recursos, sin que los actores sociales fundamentales del sistema médico indígena tengan voz y voto. En el caso boliviano, el reconocimiento jurídico es también parcial y limitado al otorgarse a una sola agrupación (la SOBOMETRA), la posibilidad de legalización como si este fuera el único interlocutor válido a través del cual en forma necesaria se deba conseguir el reconocimiento legal²⁵.

Por otra parte, en ambos países el proceso de asociación fue muy relevante en la década de los noventa, pero sin el apoyo legal y financiero estatal entraron en una fase de evidente crisis. En México, el CONAMIT que agrupaba a más de medio centenar de organizaciones regionales se fragmenta, se divide y se va disolviendo. La ausencia de los apoyos técnicos y –sobre todo– financieros, que proporcionaba el INI, y ahora su heredera, la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, conduce a una importante quiebra de las organizaciones médicas indígenas, que salvo excepciones, tienden a desaparecer, o por lo menos, a tener una vida de precariedad extrema.

En tanto, la SOBOMETRA pierde su calidad de agrupación aglutinante, se fracciona y pierde su liderazgo en todo el territorio boliviano, en especial en Santa Cruz de la Sierra. Otros de los factores que influirán en su caída serán la falta de recursos económicos y su fallida presencia en la reglamentación conjunta con el Ministerio de Salud.

Paralelo a este proceso de conflicto y estancamiento de las organizaciones originarias en México y Bolivia, se inicia un creciente movimiento operativo y académico de adecuación de los servicios de la medicina académica a las características socioculturales de los pueblos amerindios a los que se desea servir. Renace el enfoque intercultural que habían iniciado un conjunto de antropólogos en la década de los cincuenta bajo una tendencia paternalista e integracionista. Ahora el proceso de interculturalidad se plantea bajo un esquema de creciente autonomía de los pueblos originarios. Los casos de facilitadores interculturales en Chile se extiende por toda la nación, y se continúa en Bolivia, Perú y Venezuela.

La creación de instancias de gobierno que estén al pendiente de la salud de los pueblos indígenas (sean coordinaciones, direcciones generales e incluso viceministerios) muestran el desarrollo y crecimiento de las demandas indígenas en el terreno de la salud y la necesidad de las instituciones de gobierno y ONG's de ofrecer respuestas inmediatas, dignas y respetuosas.

Por otro lado, en esta nueva etapa de interculturalidad, un peligro que sigue amenazando a las medicinas amerindias es la permanente tentación de las instituciones biomédicas a subordinar todo saber y práctica procedente de las medicinas alternativas. Ya lo han hecho con las parteras, y ahora, siguen los curanderos en general²⁶. No está por demás recordar que la interculturalidad adecuada debe ser guiada por una profunda responsabilidad ética donde el respeto, la solidaridad y la flexibilidad ideológica, son los valores de un auténtico encuentro intercultural.

La legalización de las medicinas indígenas como un hecho aislado desde las cúpulas del Estado no tiene sentido si no constituye un reflejo o una expresión autonómica de los conjuntos sociales directamente involucrados. La lección del neo-zapatismo sigue siendo vigente. No se trata sólo de atención con medicina estatal ni tampoco sólo de asistencia curativa con medicinas locales. Y mucho menos, la conversión de médicos académicos en curanderos ni los médicos indígenas en doctores de “bata blanca y estetoscopio”²⁷. El diálogo intercultural se construirá desde las propias comunidades que vivan su calidad de autonomía política-cultural, con sus médicos indígenas ligados o no a organizaciones y con instituciones de gobierno que respeten y apoyen dicho proceso.

Por último, remarcar que la legitimidad de las medicinas indígenas es un hecho cotidiano, y que la legalización es un paso necesario para la recuperación, desarrollo y consolidación de las medicinas de nuestros pueblos amerindios. Por supuesto, una Ley que se emita y que se cumpla.



◀ Reunión en Tlaxiaco, Oaxaca para conformar el Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales (Conamit), 1991



▶ Credenciales que se otorgaron a los médicos indígenas mayo-yoremes para defenderlos de diversas autoridades.



◀ Encuentro de médicos indígenas oaxaqueños para la legalización de sus prácticas y saberes tradicionales. (Oaxaca, 2002).



◀ Médicos tradicionales rarámuris de Chihuahua, mostrando sus constancias de asistencia a encuentros organizados por el Instituto Nacional Indigenista.

▶ Mesa directiva de los médicos mayos-yoremes, Jahuara II, Sinaloa, 1993.



◀ Uno de los varios locales de la Sobometra en la ciudad de La Paz, Bolivia.

▶ Congreso nacional de Sobometra en Santa Cruz, 1992.





◀ Don Lucas Ortiz (ya fallecido), médico kallawayaya, principal informante de Luis Girault.

▶ Médicos kallawayas cargando a San Pedro en la fiesta anual de Curva.



◀ Oficina de la agrupación paceña de médicos kallawayas (1993).

Notas

- 1 La Jornada, 9 de febrero de 2006:38
- 2 Nuestra tesis doctoral da cuenta del proceso de legalización en México y Bolivia hasta su publicación en 1996.
- 3 *Acuerdo por el que se determinan las plantas prohibidas o permitidas para téis, infusiones y aceites vegetales comestibles*. Secretaría de Salud, 7 de diciembre de 1999.
- 4 En Chiapas, la Organización de Médicos Indígenas de Chiapas (OMIECH) sigue siendo la asociación más relevante con apoyos financieros de instituciones nacionales e internacionales, Mantiene oficinas, jardín botánico, almacén e incluso un museo. Se orienta más a la medicina herbolaria que a los aspectos religiosos, por influencia de sus asesores médicos académicos (Ayora-Díaz, 1999:212) y ha establecido fluctuantes e irregulares relaciones con las instituciones gubernamentales (Freyermuth, 1993:112). Para una historia completa y detallada del origen y desarrollo de la OMIECH en el contexto sanitario chiapaneco, véase el libro de Jaime Tomás Page Pliego: “Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas 1857-1995” (2002).
- 5 Dicho programa estableció apoyo económico a una mesa directiva que luego fue desconocida. Según un funcionario de la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), el IMSS-O “se los jaló” para capacitarlos, y únicamente les reconoce la herbolaria pero no los aspectos rituales. De acuerdo a las observaciones de campo de Ayora-Díaz en Chiapas: “aún cuando existe cierta heterogeneidad en las medicinas locales de la región, entre todas las formas de conocimiento, el sistema médico con componente religioso dominante (llamado chamánico) se encuentra en el lugar más alto de la jerarquía médica local. Las plantas medicinales ocupan una posición secundaria” (1999:212). Durante octubre del 2005 el IMSS-O, realizó un encuentro en Chihuahua, donde se profundizó la división de la organización mayo-yoreme. Además un dato revelador: según nuestros entrevistados, 7 de los médicos tradicionales invitados para ese evento regresaron con instrumental médico. “Les dieron aparatos para medir la presión y cosas que ya sabemos que tal vez al médico de bata blanca le entiendan y les haga falta pero a nosotros...no. Están haciendo cosas que no deben hacer...nos están perjudicando”.
- 6 Su principal dirigente, a quien entrevistamos en Etchojoa, Sonora (enero, 2006), afirma saber del reconocimiento pero “todo sigue igual”. Se “tiene que estar bien legalizado, por que si no, hay riesgos...hay gente que puede matar a la gente. Aquí preparamos cápsulas...y tenemos ya experiencia”.
- 7 Este centro ha sido motivo de conflictos y desavenencias porque según la directiva de la OMIP, el médico tradicional que ahora lo usa pretendió ocuparlo con todo y su familia, por ello se le restringió a dos días de la semana.
- 8 Un médico tradicional maya entrevistado por D.L. Arjona en la Feria X’matkuil (noviembre de 1999) refiere el libre transporte de plantas medicinales como una de las ventajas de la legalización: “si está legalizada la medicina tradicional, [a] cualquier lugar podemos llevarla. Así podemos hacer intercambio de ideas con [médicos indígenas de] otros estados, sin legalización no podemos. Al cruzar la frontera nos llaman la atención. Si hay problema porque te agarra la policía y te dice: “lo que llevas es marihuana”. Lo conocen, no lo conocen, ahí te dicen que es lo que llevas. Si tenemos (...) esa ley, en cualquier estado podemos transportar la medicina. Llevarla aquí, traerla acá en el jardín botánico. esa es la idea para que se nos reconozca y nos da la legalización de la medicina tradicional, para poder transportar medicamentos” (2001:118-119)
- 9 De hecho, eran y siguen siendo trabajadores con licencia del Instituto Nacional Indigenista
- 10 Un funcionario del CDI, en febrero del 2006, me aseguró que la expulsión del representante de la Organización de Médicos Indígenas de la Península de Yucatán fue literalmente a “punta de pistola”.
- 11 En 1995 fui promotor y testigo de la firma del convenio IMSS-CONAMIT, después con asombro asistí como funcionario del IMSS a más de 15 reuniones con el CONAMIT representado por sus asesores mestizos y ninguna participación indígena. La relación institucional se debilitó y desvaneció.
- 12 Por lo observado, la demanda es mínima, pues ese día jueves que asistimos únicamente una paciente se apareció en el Centro.
- 13 Una situación parecida es descrita por Ayora-Díaz, en el hospital público de Comitán, Chiapas, perteneciente a la Secretaría de Salud, donde tres médicos tradicionales tojolabales recibieron bata blanca y estetoscopio para “distinguirlos de cualquier otro campesino” (1999:209)
- 14 Véase la opinión desfavorable de los médicos indígenas de Oaxaca: “Demandan reconocimiento legal a la medicina tradicional” en <http://www.cimacnoticias.com/noticias/02dic/s02123103.html>
- 15 Declaración de Cherán “En defensa de la medicina tradicional” <http://www.biodiversidadla.org/article/article-view/1183>
- 16 Este último tema ha sido amplia y certeramente defendido por la OMIECH y otras organizaciones no gubernamentales, pues existía un programa en la selva y Altos de Chiapas donde se pretendía el estudio unilateral de plantas medicinales por parte de universidades y empresas farmacéuticas transnacionales.
- 17 En el 2004 en una de las clínicas zapatistas ubicada en las cercanías de Ocosingo pudimos constatar que lo mismo recibían capacitación sobre el uso del microscopio, que sobre los medicamentos de patente útiles para el tratamiento de

- parasitosis, y el empleo de la guía médica “Donde no hay doctor”. Mientras en otras localidades zapatistas se brindaba capacitación alrededor de la atención adecuada del parto, el reconocimiento y uso de plantas curativas, o bien, sobre el destino de la basura y las excretas comunitarias.
- 18 Ayora-Díaz presenta el caso de un médico tradicional de origen tojolabal a quien se le prohibió dar consulta en su comunidad, por lo que tuvo que emigrar a Comitán, siendo invitado a trabajar en el hospital público, que a su vez ofrecía trabajo a los médicos tradicionales por la presión política coyuntural de los Acuerdos de San Andrés.(2002:92) .
- 19 Entrevista a funcionario del Ministerio de Asuntos Indígenas y Pueblos Originarios (MAIPO), diciembre de 2005.
- 20 Partidos señalados como “elites ávidas de alcanzar honores, dinero y poder en el lapso más breve posible” (Mancilla, 1993:431).
- 21 “Será sancionado con reclusión de tres meses a dos años o multa de treinta a cien días: 1). El que sin título ni autorización ejerciere una profesión médica, sanitaria o análoga. 2). El que con título o autorización anunciare o prometiese la curación de enfermedades a término fijo o por medios secretos e infalibles. 3) El que con igual título o autorización prestare su nombre a otro que no lo tuviere, para que ejerza las profesiones a que se refiere el inciso 1). 4) El que efectuare intervención quirúrgica o tratamiento médico innecesario.” (Costa-Ardúz, 1995:16).
- 22 Las organizaciones solicitaban un rango político-administrativo más elevado, es decir un viceministerio más que una dirección general.
- 23 Siendo que uno de sus objetivos es el de respetar y promover las medicinas indígenas, resulta extraña la petición de los médicos tradicionales que solicitaron en Cochabamba su prohibición por atentar contra los intereses de la mismas medicinas nativas, sobre todo, cuando en los módulos teórico-prácticos se han presentado terapeutas tradicionales agrupados en la Organización de Médicos Tradicionales de Potosí, con participación, entre otros, de médicos kallawayas residentes en el Departamento. En diciembre del 2005, como parte de las actividades docentes del diplomado que se desarrolla en La Paz, tuvimos la oportunidad de compartir experiencias, saberes y alimentos con médicos y amautas aymaras, y médicos kallawayas procedentes de la clínica establecida en Curva. En ningún momento, se relataron dudas, sospechas o comentarios negativos. Por el contrario, desde la mañana participamos de la ritualidad andina de ofrendas a las divinidades, con un absoluto y completo respeto de los doctores, enfermeras y algún otro personal de salud hacia don Rufino P’axsi, quien dirigió la ceremonia.
- 24 No está por demás recordar que la medicina indígena kallawayas ha sido reconocida por la UNESCO como “Patrimonio Oral e Intangible de la Humanidad en noviembre del 2003 (Loza, C.B, 2005:157).
- 25 Coincidimos con el punto de vista de Gerardo Fernández cuando señala que la SOBOMETRA “Pretende aglutinar en torno a su institución al conjunto de curanderos y practicantes rurales indígenas de la medicina tradicional de las diferentes nacionalidades indias de Bolivia circunstancia, que en mi opinión, responde a la lucha de poder por la “administración” y profesionalización de la medicina tradicional indígena” (1998:14).
- 26 Es el proceso de medicalización de la vida que tanto denunciaba Iván Ilich en su *Némesis Médica* (1975) pero ahora con las renovadas estrategias del neo-liberalismo. Dos autores españoles, comentando el proceso de intromisión de la biomedicina en pueblos indígenas de África y América, relatan que “Esta actitud de ayuda y colaboración adopta frecuentemente actitudes tecno-integracionistas que esconden finalidades tácitas de educación-absorción de las Etno-Medicinas y, por tanto, de su anulación.” (Martínez-Ruiz, F.J.; Clavera, M. J., 2001).
- 27 En este sentido Graciela Freyermuth considera que “No es aceptable que las políticas de salud encaminadas a la *interrelación* pretendan incluir a los terapeutas indígenas en programas que les son ajenos, como igualmente difícil sería pretender que los médicos aprendieran y utilizaran como elementos curativos la herbolaria, los ritos y los rezos” (1993:113).

Bibliografía

- ANTEZANA, Raúl y DIAZ, Lucio
2005 “Legislación y legalización de la medicina naturista y tradicional” en *Primer Diálogo Nacional de la Medicina Tradicional y Naturista*. Cochabamba, 26-28 de septiembre.
- ARGUETA, Arturo (Coordinador)
1994 *Atlas de las Plantas de la Medicina Tradicional Mexicana*. Instituto Nacional Indigenista. Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana. México.
- ARJONA, Diana Laura
2001 “Cultura y derecho: la legalización de la medicina tradicional.” En, E. KROTZ (Coord.) *Aproximaciones a la Antropología Jurídica de los Mayas Peninsulares*. PNUD / Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida.

- AYORA-DÍAZ, Steffan Igor
 1999 “Medicinas locales en Chiapas: globalización y luchas por el reconocimiento”. *Temas Antropológicos* 21 (2) pp. 196-226.
 2002 *Globalización, conocimiento y poder. Médicos locales y sus luchas por el reconocimiento en Chiapas*. Universidad Autónoma de Yucatán / Facultad de Ciencias Antropológicas / Plaza y Valdés Editores. México.
- BAIXERAS, José Luis
 2005 “Salud intercultural en Bolivia a inicios del tercer milenio”, En *Salud Pública Boliviana* año XLV (58), pp. 190-198
- CAMPOS NAVARRO, Roberto
 1996 *Legitimidad social y proceso de legalización de la medicina indígena en América Latina. Estudio en México y Bolivia*. Tesis para obtener el grado de doctor en la facultad de Filosofía y Letras. UNAM. México.
- CAMPOS NAVARRO, Roberto y CITARELLA, Luca
 2004 “Wilaqkuna”: Un programa de formación en salud intrecultural en Bolivia”. En, FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (Coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. pp. 93-106 Ediciones Abya-Yala / Agencia Bolhispana / Universidad de Castilla-La Mancha, Quito, 2004
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
 2005 *Edición 2005. Actualizada*. Editores Mexicanos Unidos, S.A., México
- COSTA ARDUZ, Rolando
 1995 *Medicina tradicional en el contexto del Estado en Bolivia*. Sin editor. La Paz.
- Declaración de Cherán “En defensa de la medicina tradicional”
 2002 <http://www.biodiversidadla.org/article/articleview/1183>
- Dirección General de Medicina Tradicional e Interculturalidad (DGMTI)
 2005 *Memorias del Primer Diálogo Nacional de Medicina Tradicional y Naturista*. Cochabamba, Bolivia.
 2005b Presentación en la Mesa de Interculturalidad, La Paz, 12 de diciembre.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
 1998 *Los kallawayas: medicina indígena en los Andes bolivianos*. Universidad Castilla-La Mancha, Cuenca, España.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ Gerardo
 1999 *Médicos y yatiris. salud e interculturalidad en el Altiplano Aymara*. Ministerio de Salud y Previsión Social / Equipo de Salud Altiplano / OPS-OMS / CIPCA, La Paz.
- FREYERMUTH ENCISO, Graciela
 1993 *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*. Gobierno del estado de Chiapas / Instituto Chiapaneco de Cultura / Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Sureste. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- GALEANO, Eduardo
 2006 “La segunda fundación de Bolivia” *La Jornada*, 9 de febrero de 2006 / p. 38
- GIMÉNEZ, Alberto
 2002 *Perfil de la situación actual de la medicina tradicional y complementaria en Bolivia*. OPS/OMS. La Paz, Bolivia.
- GONZÁLEZ, Román
 2002 “Demandan reconocimiento legal a la medicina tradicional”. En: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/02dic/s02123103.html>
- HERNÁNDEZ, José Luis
 1995 “Medicina tradicional en México”. En, CABIESES, Fernando (ed.) *Medicina tradicional. Legislación y relaciones políticas en el área azteca, maya y andina*. Instituto Nacional de Medicina Tradicional. Ministerio de Salud. Lima.
- HERNÁNDEZ-NAVARRO y VERA HERRERA, Ramón, (comps)
 1998 *Acuerdos de San Andrés*. Editorial Era. México.
- ILLICH, Iván
 1975 *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barral Editores. Barcelona.

- La Jornada
2007 “Anuncia Morales que desaparecerá “por racista” el Ministerio de Asuntos Indígenas [MAIPO]. 20 de enero.
- Ley General de Salud
2004 Editorial Sista, México.
- LOZA, Carmen Beatriz
2004 *Kallaway. Reconocimiento mundial a una ciencia de los Andes*. Viceministerio de Cultura / Fundación Cultural del BCB / UNESCO.
- MANSILLA, H.
1993 “Elite del poder, problemas de gobernabilidad y cultura política en Bolivia”. En, MIRANDA, Mario (compilador), *Bolivia en la hora de su modernización*. Universidad nacional Autónoma de México. México.
- MARTÍNEZ RUIZ, Francisco Javier; CLAVERA ORTIZ, Maria Jesús
2001 “Defendamos las Etno-medicinas del neocolonialismo «científico»”
<http://free-news.org/etnome01.htm>
- Ministerio de Asuntos Indígenas y Pueblos Originarios (MAIPO)
2005 “Presentación en Mesa de Interculturalidad”, La Paz, 12 de diciembre.
- Ministerio de Salud y Deportes
2004 “Resolución Ministerial 0902 Reglamento para el ejercicio de la medicina tradicional”, 20 de diciembre.
- Ministerio de Salud y Deportes
2005 “Diálogo nacional de Salud. Segunda fase. Salud, un derecho y una responsabilidad de todos”. *Documentos de Políticas*, La Paz, Bolivia.
- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
1987 “Resolución Ministerial 0231 Reglamento para la práctica de la medicina naturista-tradicional de Bolivia”. 13 de marzo.
- PAGE PLIEGO, Jaime Tomás
2002 *Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas 1857 – 1995*. Univesridad Autónoma de Chiapas / Instituto de Estudios Indígenas / Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Presidencia de la República
1984 Resolución Suprema 198771 “...sobre reconocimiento de personalidad jurídica y aprobación de sus estatutos” de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional”. 18 de enero.
- Secretaría de Salud
1999 “Acuerdo por el que se determinan las plantas prohibidas o permitidas para tés, infusiones y aceites vegetales comestibles. 7 de diciembre.” *Diario Oficial de la Federación*, 7 de diciembre de 1999.
- TAPIA, Toribio
2005 “Perfil del proyecto de medicina tradicional naturista. Articulación con medicina académica occidental oficial. Seguro social de salud integral: altiplano andino y valles interandinos y amazónicos”. En, *Salud Pública Boliviana*. año XLV (58), pp.183-189.
- ZALLES, Jaime
2005 “Análisis de la situación actual de la medicina naturista y tradicional en Bolivia. Hitos principales en un proceso”. En *Primer Diálogo Nacional de la Medicina Tradicional y Naturista*. Cochabamba, 26-28 de septiembre.

BOLIVIA, UN EJEMPLO DE MUTUA EXCLUSIÓN CULTURAL EN SALUD, CON DRAMÁTICAS CONSECUENCIAS

Un desafío que no puede esperar

Jaime Zalles Asin

Viceministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad

Bolivia

El problema

- En tiempos pasados, durante el incario, fuimos el “Qollasuyo”, es decir “El País de los Médicos y de las Medicinas”.
- Ahora somos “El último País de América en Salud”, junto con Haití, según los parámetros de la OMS/OPS.

Un pasado glorioso

El Qollasuyo o el Collao, como nos conocen aun dentro de Bolivia, es una Cultura estrictamente medicinal, según se puede inferir del siguiente cuadro:

Enrique Oblitas Poblete, en la introducción de uno de sus libros nos da la etimología correcta de la palabra Kallawaya, Qolla = planta medicinal; wayuña = llevar algo colgado del hombro. Era el nombre que daban los aymaras a los que llevaban al hombros sus “capachos” de plantas medicinales.

Qolla =	Planta Medicinal Habitante del Collao	Qoll-aña =	Curar
Qoll-iri =	Médico	Qoll-ana =	Lo sagrado
Qoll-a suyo =	País de médicos y medicamentos	Kall-awaya o qolla-wayuri¹ =	El que lleva al hombro las plantas medicinales.
Qoll-an uta =	Casa de plantas medicinales.	Kull-awa =	Farmacéutico itinerante
Collacoto = (Barrio de Quito)	Sitio donde se reúnen los qollas = médicos	Cotocollao = (Barrio de Quito)	Mercado de plantas medicinales
Qoll-an pampa =	Llanura de plantas medicinales	Qoll-an uyu =	El corral donde hay medicinas
Qoll-an jahuira =	Río de plantas medicinales	Qoll-u =	El cerro, donde crecen los remedios naturales.
Qoll-i =	Arbol medicinal		

Oblitas Poblete cita también al cronista Garcilaso de la Vega que en sus Comentarios Reales, dice lo siguiente:

“Estas purgas y sangrías mandaban hacer los más experimentados en ellas, grandes herbolarios, que los hubo muy famosos en tiempo de los Incas, que conocías las virtudes de muchas yerbas y por tradición las enseñaban a sus hijos, y estos eran tenidos por Médicos, no para curar a todos sino a los Reyes y a los de su sangre y a los Curacas y a sus parientes”.

En el Qollasuyo tanto dichos Kallawayas como los Qollas y Kullawas se dedicaron plenamente al ejercicio de la medicina.

Los más estudiados fueron los Kallawaya².

Los Qulla o Qolla también han sido objeto de varios libros.

Pero debo decir que los Kullawa o Farmacéuticos itinerantes, presentes en toda ciudad o pueblo boliviano de más de 5,000 habitantes han sido siempre rechazados, ignorados y no figuran ni en la lista de Etnias del Ministerio de Asuntos Campesinos. Ellos fueron arrinconados a los sitios donde no se podía sembrar. Y en dichos sitios se dedicaron a criar llamas, animales que se alimentan de “Paja brava” (*Stipa* sp.) y con ellas hacían grandes travesías para proveerse y llevar plantas y elementos curativos desde el mar hasta los altiplanos y zonas tropicales de Bolivia. Ellos hacen sus intercambios de medicinas en las ferias de Huari en Oruro y en las de Ramos en el Alto de La Paz y Viacha.

El Occidente de Bolivia fue, sin lugar a dudas, un centro desde donde se irradiaba el conocimiento médico. En palabras de Porfirio Díaz Machicado:

“Los hombres de esta tierra son consejeros, augures y curanderos. Tienen una alta misión en su peregrinaje: socorrer al que va descaminado, curar al enfermo, mantener el alma con una infinita esperanza en el porvenir”³.

De hecho los primeros españoles se admiraron en gran manera de las Plantas curativas de México y Perú y en el primer siglo de la Conquista escribieron varias enciclopedias con la información acerca de ellas.

“...Había muchos herbolarios...” Comentaba Bernal Díaz del Castillo describiendo lo que vio en la Plaza de Tlaltelolco, correspondiendo exactamente a lo que Cortés relatará en octubre de 1520 al Emperador Carlos V: Hay calle de herbolarios, donde hay todas las raíces y yerbas medicinales que en la tierra se hallan...”, y agregaba: “Hay casas como de boticarios donde se venden las medicinas hechas, así potables como ungüentos y emplastos”⁴.

Martín de la Cruz y Juan Badía escribieron el CODICE BADIANO en Nahuatl y Latín.

Francisco Hernández la Historia Natural de la Nueva España.

Nicolás Monardes, Nardo Antonio, Gonzalo F. de Oviedo y Valdés y Joseph de Acosta también escriben.

Uno de ellos, Gonzalo Fernández de Oviedo y Valdés en el capítulo XIX de su libro habla, por ejemplo, de la planta que los naturales de Nicaragua llaman Yaate, en Venezuela se dice Hado y en el Pirú llaman Coca.

Describe a la Coca cultivada en Nicaragua y sus usos, hace 500 años, exactamente como lo haría ahora un minero potosino o un campesino cochabambino!

El Jesuita P. José de Acosta, que vivió en Juli (Perú), donde aprendió el aymara, y visitó Potosí; tuvo “sorojche” o mal de altura para lo cual le recomendaron una infusión de hojas de Coca, dice esto en su libro “Historia Natural y Moral de las Indias”, editado en Sevilla en 1590:

“De esta materia de Plantas de Indias, y de licores y otras cosas medicinales hizo una insigne obra el Dr. Francisco Hernández, por especial comisión de su Majestad, haciendo pintar al natural todas las plantas de Indias, que, según dice, pasan de mil doscientas, y afirman haber costado esta obra más de sesen-

ta mil ducados. De la cual hizo uno como extracto el Dr. Nardo Antonio, médico italiano, con gran curiosidad. A los dichos libros y obras remito al que más por menudo quisiere saber de plantas de Indias, mayormente para efectos de medicina.”⁵.

Luego cita Acosta al Dr. Nicolás Monardes, quien ya para entonces había escrito una voluminosa obra sobre la Medicina del Nuevo Mundo. La Medicina de Indias, pues, no tenía nada que envidiar a la Medicina Europea y sí qué aportar, como lo reconocen dichos autores con sus alabanzas.

Bolivia, como el Qollasuyo, jugó en la Medicina precolombina un papel preponderante. pues, era el sitio de donde procedían médicos y medicinas para el Tawantinsuyo de los Incas. Y nuestros Kallawayas (los portadores de las medicinas) eran verdaderos científicos que atendían al Inca y recorrían el Incario de un extremo al otro.

El Incario contaba con los 20,000 Kms. de caminos, desde el sur de Colombia hasta el Norte argentino o Copiapó en Chile, que esperamos pronto serán declarados Patrimonio de la Humanidad. Y los caminos se recorrían permanentemente sin las trabas fronterizas que hoy tenemos.

Se dice que los kallawayas de Curva viajaban a la Argentina, los de Chajaya al Perú y a Chile, cada cual tenía sus propios caminos y era delito digno de castigo incursionar en otros ajenos⁶. O como decía Carlos Bravo, un hombre del siglo XIX, muerto en 1902: “Nos es extraño ver a estos famosos curanderos en las calles de Buenos Aires, Santiago, Lima, etc.; muchos han atravesado el Atlántico y visitado las grandes capitales de Europa, para regresar después de algunos años a la patria querida, donde desempeñan los cargos administrativos que les encomienda su ayllu o el Corregidor del cantón”⁷.

Pero los médicos españoles un tuvieron trabajo en América y esa desocupación fue la fuente de los problemas posteriores y la mutua exclusión.

¿Por qué “desocupados”?

El Dr. Rolando Costa Arduz cita a Belisario Díaz Romero y a Bandelier⁸:

“... Finalmente recuerda las determinaciones de 1637 que rechazaban el proyecto de una Facultad de Medicina para Lima porque existían hierbas e indios que las manejaban con más eficiencia que los médicos. Añade la expresión del general Miller quien escribía: “En todas las provincias del Departamento de Puno no existe ni es conocido un regular médico. La tribu aborigen de callahuayas o yungueños son los únicos prácticos a través de una gran parte de Sud. América.

Posiblemente por esa misma razón no se abrieron Facultades de Medicina ni en Potosí ni en Charcas.

La mutua exclusión

A los médicos desocupados no se les ocurrió una idea mejor que llamar “brujos” a los “sabios”. Era lo mismo que llamar a alguien “comunista” en el Chile de Pinochet. Era “condenarlo a muerte”.

En un “Encuentro de las Facultades de Medicina para la Enseñanza de la Medicina Tradicional” el Dr. Francisco Rossi, asesor colombiano de OPS/OMS, hablando de los “sabios indígenas”, decía que eran “elegidos”, que eran preparados prácticamente durante toda la vida para ejercer un servicio como líderes políticos, culturales, religiosos y también para curar a los enfermos. Esos hombres en distintas culturas americanas se llaman “Chamanes o Shamanes, Sinchis, Payereta (guaraní), y en este caso Yaitirinka (aymara) o Yachajkuna (quechua).

A los “sabios” les llamaron “brujos” y todos sabemos muy bien la suerte que corrían estos últimos en la Europa de los siglos XV al XVII... ¡Los quemaban! Y de hecho, en La Paz quemaron a un par de ellos, según lo afirmó Gregorio Loza Balsa en una conferencia que le escuché.

La venganza de los sabios o el mito del Kharikhari

A su vez, los sabios llamaron a cualquiera que cometiera abusos contra ellos: “kharisiri”, “kharikhari” (aymara) o “lik’ichiri” (quechua). Es decir “aquél que te saca la grasa desde lejos, sin dejar cicatriz”. Otra manera de ser “brujo”.

Me entusiasmé en la lectura del Libro del Dr. Gerardo Fernández⁹ cuando en el capítulo 2 encontré la nota 15 del Cronista Cristóbal de Molina quien ya en el siglo XVI (1570) documentó en sus escritos el pánico que levantaba entre los indígenas el interés por la grasa de los Indios. No esperaba yo que tan pronto se fuera a formar el mito del “kharisiri”, tan frecuente en el Occidente boliviano y en los Andes peruanos. Era exactamente la época del descubrimiento de las Plantas Medicinales de América; pero era también el momento de la Medicina Conquistadora “desocupada” en este Continente. Los médicos peninsulares estaban escribiendo las primeras Enciclopedias sobre las Plantas Medicinales americanas. Inmediatamente que el médico conquistador desocupado acusa de “brujos” a los “sabios indígenas” los “sabios responden con la misma moneda, les llaman “kharisiris” y atribuyen a los conquistadores que detentan cualquier poder excesivo y vertical la facultad misteriosa de sacar la grasa de los riñones, (residencia de la energía del ser humano) desde lejos y sin dejar cicatriz. ¿Tú me dices brujo a mí? *yo también te pago en la misma moneda*. Médicos primero, curas después, luego corregidores, militares en la época de García Meza (1980) y otra vez médicos son acusados sucesivamente de esa manera. Dijo, pues, Cristóbal de Molina:

“que despaña avían enviado a este reyno por unto de los yndios para sanar cierta enfermedad que no se hallaba para ello medicina”

392

Dicho “mito” se ha constituido en un arma de rechazo y desconfianza por el médico durante varios siglos.

En las culturas originarias de Bolivia nadie muere sin que haya una causa evidente o un culpable.

Imaginemos esta situación: Doña Pancha, una señora gorda, llena de vida, alegre, muy bien conocida en el pueblo, tiene una muerte inexplicable. La gente dice: “Doña Pancha no comió ayer nada diferente, no tuvo peleas ni disgustos, nadie la golpeó, no se cayó, nadie la envenenó porque ayer nadie la vino a visitar y sin embargo está muerta”.

Simultáneamente acaba de llegar al poblado un médico para hacer su año de provincia. Inmediatamente salta en la mente de todos la pregunta: ¿no será kharisiri este médico? Mucho peor si ha intentado sacar sangre a algún enfermo por algún motivo de diagnóstico o para hacer una transfusión. Al no tener los elementos para diagnosticar una posible embolia por exceso de colesterol o triglicéridos en sangre, no cabe otra respuesta que la de acusar al médico o al “extraño abusivo” como “kharisiri”. Y el susodicho no tiene otra que abandonar precipitadamente el lugar si no quiere atenerse a las consecuencias.

Por su lado los sabios indígenas tampoco querían visitar las ciudades o lo hacían con mucho temor, como lo atestigua esta anécdota de Domingo Flores Andía, que narra D. Mario B. Salcedo¹⁰.

“Domingo Flores llegó a Lima. Al día siguiente se sentó en un banco de la Plaza de Armas, casi al frente del palacio de Gobierno, a modo de descanso. De pronto, sorpresivamente se presentó ante él uno de los edecanes de la Guardia de su Excelencia.

Domingo Flores, al ver delante suyo al militar, se asustó pensando que éste lo enviaría a prisión, no encontrando dentro de sí ninguna causa justa. El edecán, militar prudente, lo tranquilizó. Flores procuró esquivarlo y si posible, escapar. El militar buscó los modos adecuados para contenerlo, tratando de trabar una conversación suave para convencerlo. En el curso de esa serena conversación le manifestó que su Excelencia, el Presidente Don Augusto Bernardino Leguía lo necesitaba para hacerle una consulta, referida a cierta enfermedad que padecía su hija, pues tenía noticias fidedignas de que los curanderos bolivianos eran eficaces y precisos en sus curaciones.

Pasados algunos minutos de la comprensible tensión, Flores se animó y se dirigió al palacio de gobierno, donde fue recibido de inmediato por su excelencia el presidente del Perú. Luego de una breve charla le expuso el problema de su hija. Flores preguntó a ésta que se encontraba de pie, junto a su padre, de qué adolecía. La respuesta no se dejó esperar: sufría de unos intensos dolores de espalda y de vientre. Estos dolores llegaban a postrarla en cama.

El invitado se dio cuenta inmediatamente del mal y de sus causas. Sacó de sus bolsas, esas bolsas tan finamente tejidas en tonalidades chillonas y atractivas, y le indicó que tomara una cierta medicina los días que tuviera los dolores. Obediente, la hija del Presidente siguió al pie de la letra las indicaciones, sometiéndose durante una semana al régimen, olvidándose pronto de su dolencia, que desapareció en forma casi definitiva...

Don Augusto Bernardino Leguía estaba muy reconocido y mandó a buscar a Flores para retribuirle en forma justa sus honorarios. Pero el curandero había desaparecido. Fue una casualidad encontrarlo por una serranía cercana a Lima.

Nuevamente fue conducido al Palacio de Gobierno por uno de los agentes. Su Excelencia le entregó una carta de agradecimiento y, por supuesto, sus honorarios. Flores regresó a su país, Bolivia, satisfecho y lleno de alborozo..." Hasta aquí Mario B. Salcedo

En diciembre de 1999 se entregó el Canal de Panamá a los panameños. Se dijo que 25,000 personas (los trabajadores antillanos, panameños y estadounidenses) y los ingenieros franceses, murieron de malaria en la primera fase de construcción de dicho Canal en 1905. Lo que nadie dijo entonces fue que los kallawaya bolivianos, fueron los médicos que curaron a los segundos constructores del Canal, que se inauguró el 15 de agosto de 1914, ¡con la Quina y la Coca! ¡Tan ignoradas ahora por los bolivianos y tan codiciadas por otros!

Salcedo afirma en la página 19 de su libro, que su padrino Domingo Flores Andía estuvo allí en Panamá.

En medio de la mutua exclusión y el miedo los médicos tradicionales bolivianos (yo no los llamo curanderos, porque lo considero una falta de respeto) tenían por un lado gran aceptación hasta los principios del siglo XX, pero también eran permanentemente acusados, también ante tribunales de justicia, por "ejercicio ilegal de la medicina"

Recuerdo dos hechos que me contaron ellos:

El primero en Montevideo, Uruguay. Llevan a un tribunal a un médico del Collao. Él se presenta ante los jueces con un gato. Pide una mesa. Descoyunta al gato, que queda plano sobre la mesa. Entonces desafía a sus médicos acusadores. Les dice: "si ustedes saben más que yo, armen este gato". Ellos lo intentan pero no lo logran. Entonces el boliviano vuelve a armar al gato que salió corriendo. Los jueces se declaran incapaces de juzgar en ese caso y dejan al boliviano en libertad.

En otro enfrentamiento de un médico originario con sus colegas de la Universidad él desafía a los académicos a que corten una hemorragia que acababa de provocar con una hoja que acerca a la nariz de uno de ellos. Ellos lo intentan todo y no logran parar la hemorragia. Los médicos confiesan su incapacidad y él la corta con el otro lado de la misma hoja.

En estas escaramuzas, a veces pintorescas, pasaron los años y los siglos, sin nunca encontrarse, armándose siempre de prejuicios, de rechazos y mutuas exclusiones desde los dos sistemas contrapuestos, llevando al Qollasuyo a ser el último país de América en salud, junto con Haití. Siempre afirmé que esta guerra sin cuartel entre Brujos y Kharisiris sigue siendo la causa de que la Bolivia que otrora fuera el Qollasuyo, es decir la región de los médicos y de los medicamentos en el Tawantinsuyo, sea ahora el último país de América en salud, donde la mortalidad infantil en los 5 primeros años llega y hasta puede pasar de los 250/1000 nacidos vivos. (OPS/OMS 1995)

No digo que sea la única causa de esta situación. Naturalmente hay otras causas, sobre todo de tipo económico que han contribuido a que estemos en uno de los últimos lugares del Continente. Sin duda la permanente explotación de las riquezas del país generó un gran saqueo, esclavitud de mucha gente y políticas sociales que no favorecieron a la población.

Pero en el estricto campo de la salud, propongo ese diagnóstico para que cambiemos las actitudes: deponer las armas, dejar de considerarnos los únicos que pueden solucionar todos los problemas, respetar las diferencias; promover la participación de todos los sectores.

Saber que no basta con que todos estén censados estadísticamente y vacunados; porque si no comen lo que realmente necesitan, realmente enfermarán y morirán a pesar de sus vacunas y carnets de salud.

También estar conscientes de que la salud no es algo de los médicos. Primero es responsabilidad de la familia y no debe ser algo ajeno a la Escuela. La Educación para la salud es tarea de todos.

El punto más bajo y otro punto alto

Oí decir a Louis Girault hacia 1973 que los kallawaya famosos habían sido más de 500 en el siglo XIX y que no habían llegado a 50 en el XX, que estaban molestos con que se les llamara brujos y que muchos de ellos se habían dedicado a la joyería. Esa vez afirmó también en una Conferencia que uno de ellos hacía estudiar Medicina en Cuba a un hijo suyo.

A esto se sumaba que desde 1952 se estaba perdiendo el conocimiento. A partir de la Revolución de 1952, el gobierno del MNR impuso en el campo los Secretarios de Sindicato en vez de las autoridades originarias (Mallkus y jilakatas). Se produjo una lucha generacional. Perdieron los viejos y se vengaron dejando de transmitir cultura. Los jóvenes posteriores a 1952 saben que una planta es medicinal, pero no conocen ni el nombre, ni para qué sirve, ni cómo se la utiliza.

A esto se suman los extremismos en la exclusión racista por ambos lados.

Fausto Reynaga dice en “Tesis India”: “Bolivia es una Sodoma, en la que no hay buscar 10 justos entre el blanco y el mestizo, hay que eliminarlos a todos”

Y yo mismo fui testigo del otro racismo extremo, cuando un hombre que me llevó en su auto desde La Ceja de El Alto hacia la ciudad de La Paz, el 20 de agosto de 1970, al día siguiente del golpe de Banzer, me dijo: “este golpe de Estado ha sido demasiado rápido, no nos ha dado tiempo para matar a todos estos indios”... Dos racismos extremos que explican muchos desencuentros.

Un par de hombres clave

Un siglo pasó desde que Belisario Díaz Romero afirmara que “un Kallawaya se dejaría matar antes de indicar el nombre de una planta o dar una receta”; hasta que *D. Lucas Ortiz* informara a Louis Girault acerca de 600 plantas y *Mario B. Salcedo* publicara su obra.

Ambos insignes Kallawaya del siglo XX.

Los dos se dieron cuenta de que tenían que hablar para conservar su cultura. Don Lucas Ortiz también dedicó los últimos 6 años de su vida a la formación de los jóvenes kallawaya para que recuperaran su conocimiento y su autoestima. Un día me dijo: “hay algunos que ya saben, tendríamos que darles algún tipo de credencial, para que puedan ejercer sin que los molesten”. Así lo hicimos.

El Punto Alto fue que la UNESCO, a fines del 2004 declaró a la Cultura Kallawaya: “Obra Maestra del Patrimonio Oral de la Humanidad”. Razón suficiente para que todos nos sintamos orgullosos de nuestras medicinas ancestrales.

Otros pioneros en el mundo Aymara

También, por otra parte, es preciso reconocer el mérito de otros aymara que hicieron posible el cambio de las cosas.

Rufino P'axsi, Gabino Quispe y Policarpio Flores, entre otros, fueron los que primero iniciaron un proceso largo de 9 años, en la formación de lo que después se convirtió en la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional.

Primero se hicieron cursos de Primeros Auxilios, luego 8 Encuentros o Congresos de los conocedores de plantas. Estos Encuentros fueron organizados y convocados por D. Rufino P'axsi desde la Comunidad de Guaraya.

Don Rufino convocó a Congresos de conocedores y expertos en plantas medicinales no sólo de La Paz, sino también de Oruro y otros Departamentos.

Durante toda la década de los años 70 se fue haciendo un intercambio de conocimientos y se afinaron los planteamientos que se debían hacer al Ministerio de Salud.

El grupo crecía y tenía una muy alta autoestima.

- El Noveno Congreso se convocó en el Colegio Don Bosco de La Paz.
- Asistieron a las conclusiones la Ministra de Salud Dra. Aida Claros y el Representante de OM-S/OPS Dr. Wladimiro Rathauer.

Solicitud de los Pioneros

- Tomó la palabra D. Rufino P'axsi y dijo:
- “Doctora, no le vamos a pedir ni títulos ni sueldos.”
- Ella respondió: “Entonces, ¿qué me van a pedir?”
- Le pedimos: “Respeto por nuestra Medicina, diálogo con el Ministerio; investigación; que podamos ejercerla sin que nos llamen “Brujos”; que nuestra Medicina sea estudiada y difundida.”
- La Dra. Claros quedó agradablemente sorprendida y dio la consigna de que ese grupo de pioneros se organizara, para hacer Convenios con el Ministerio.
- A ese encuentro fue invitado por primera vez el Dr. Walter Alvarez Quispe, médico universitario e hijo de Kallaway.

¿Mejores Tiempos? Un día la OMS

En 1978 la OMS publica, en Alma Ata (Rusia), las “Estrategias de Atención Primaria para la Salud”.

En Bolivia no somos ajenos a esa bandera que hace flamear desde 1982, 1985 el Dr. Javier Torres Gotilla (padre). Único Ministro de Salud que se tomó en serio esas Estrategias en Bolivia. En el Capítulo VII de esas Estrategias se afirma que para cumplir el Objetivo de salud para todos para el año 2000 había que promover la *participación de la Comunidad*.

“Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario”. (Alma Ata, Caps. VII,4 y 5)

“...con inclusión de...parter@s, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional...”. (Alma Ata, Cap. VII, 7)

Al Dr. Torres Gotilla le debemos el que Bolivia haya sido el primer País en América que haya dado personería jurídica a las Medicinas Originarias del Continente. Con él se dio ese primer paso fundamental. Pero falta aún mucho para que lleguemos al sueño de la articulación de las medicinas académica y tradicional trabajando juntas en búsqueda de la salud de todos/as en el país.

En búsqueda de soluciones

Hay que resaltar la afirmación de Gerardo Fernández Juárez que “es en el *ámbito cultural* donde hay que buscar algunas respuestas que hagan comprensibles la “desconfianza” (a veces el único me-

canismo de defensa del oprimido) y el aparente fracaso o minusvalía de entidades de salud que trabajan en el Altiplano aymara de Bolivia” (Pag. 7) o si se quiere: “Mi preocupación alude a los conflictos de *naturaleza cultural* que se establecen entre la sociedad aymara y la sociedad blanca y criolla en términos sanitarios” (Ibid.).

Mundos diferentes

La Cosmovisión es totalmente diferente. Todo es distinto: la concepción de salud, enfermedad, vida y muerte. La Etiología es otra. Cultura, religión y lengua son ajenas.

La interculturalidad en salud

Jacqueline Michaux¹¹, Xavier Albó y Gerardo Fernández nos dan las pautas para encarar la Interculturalidad en materia de Salud. Jacqueline hace esta comparación:

“El problema de la salud en Bolivia es comparable a un “cubo mágico”: imposible armar una cara sin afectar a los demás lados. Las caras de la problemática en un país multicultural son múltiples: políticas, económicas, médicas, cognitivas, simbólicas, imaginarias, psicológicas, históricas y legales. Cada tópico alude a los demás, y todos se articulan en un profundo desencuentro intercultural.”

...”En este contexto llama la atención, la falta de valoración del grado de complejidad que implica la interculturación, y, por otro lado la marginación de la comunidad como instancia de poder de decisión y de control. El sistema de salud se ha pensado desde un esquema verticalista monocultural encabezado por la Institución de salud, mientras las comunidades conciben su relación en forma de red.

Las Interculturación implica un triple proceso: afectivo (trato humano, no discriminatorio), cognitivo (entender el sentido de las diferencias “culturales” y metabolizarlas) y político (empoderamiento de las comunidades en asuntos de salud)”. [116]

Por su lado Xaxier Albó¹² sugiere:

...”trabajar simultáneamente en varios planos: el interpersonal, el grupal y el estructural. La raíz fundamental de la interculturalidad está ciertamente en las relaciones interpersonales, es decir entre personas y grupos de personas; éstos son los dos niveles más inmediatos, pero no podemos quedarnos sólo en ellos.

Se debe llegar también a penetrar y transformar las instituciones y estructuras que constituyen todo el edificio social. Es decir, lograr que las instituciones estén estructuradas de tal forma que reflejen y a la vez facilitan las relaciones positivas entre los diversos grupos de personas...

Finalmente la plenitud intercultural se dará cuando, a través de esta trabajo simultáneo en los tres niveles se llegue a transformar toda la sociedad y todo su modo de pensar y proceder; cuando lleguemos a ser iguales sin dejar de ser distintos: iguales en nuestra aceptación pública y en nuestras oportunidades, pero distintos en nuestras identidades personales y de grupo. Cuando nos sintamos todos felices y orgullosos de vivir en una sociedad basada y organizada en función de este respeto por su diversidad cultural que a todos nos enriquece”.

Pareciera que Xavier está dejando una tarea a los futuros gobernantes de este país.

Todavía el Dr. Albó nos advierte sobre una serie de *actitudes* a tenerse en cuenta, él las compara al “típico brindis colectivo”, en que mientras se mueven las copas en la dirección indicada, todos brindan al unísono: “arriba, abajo, al centro y adentro”.

- (a) La actitud hacia adentro de la propia cultura es para fortalecer la estructura interna personal y grupal; la propia identidad...
- (b) la actitud hacia arriba como primera situación social para acercarse al otro, es la más típica de los grupos oprimidos, siquiera como un mecanismo para escapar de las marginaciones y discriminaciones que les hacen sufrir los que se sienten “arriba”. Pero sólo será una relación intercultural positiva cuando no implique el rechazo de la propia cultura, ni tampoco la imitación servil de todo lo que hacen los de arriba, sino una apropiación selectiva de aquellos rasgos culturales que les parezcan buenos para su propio fortalecimiento.
- (c) La actitud hacia abajo, como segunda situación de acercamiento al otro, desde una situación de mayor poder, es la más difícil, pero a la vez la más necesaria para establecer relaciones interculturales de equidad en el conjunto de la sociedad. Para que esta actitud sea plenamente positiva tiene que superar no sólo las habituales discriminaciones sino una actitud de simple servicio salvador de quien se siente con todas las soluciones y aceptar mas bien al distinto como tal, aunque esté situado en una situación desfavorable. Finalmente como ideal resultante de todo lo anterior deberían desaparecer las relaciones hacia “arriba” o “abajo” para aceptarse unos a otros como iguales en calidad y derechos, desde sus identidades distintas. Por eso hablamos de:
- (d) La actitud ideal “hacia el centro”. Cada uno se acepta a sí mismo, tiende desde ahí un puente a los otros, y todos se encuentran en el centro de una sociedad realmente pluricultural e intercultural. Pero no debemos engañarnos. La raíz de estas actitudes contrapuestas entre los que sienten “arriba” y “abajo” es la estructura injusta de dominación económica, política social y cultural que tiene nuestra sociedad...

Hasta aquí Xavier Albó.

Las sugerencias y conclusiones de Gerardo en este tema van al final.

La antropología médica, esa gran ausente

Cuando la Cosmovisión o concepción misma de la vida, la filosofía, la cultura, la religión, la lengua, la etiología y la misma organización política son diametralmente opuestas, nos encontramos como cerrados en un gran círculo o esfera sin ventanas.

Cuando en medicina la concepción de salud, enfermedad, vida y muerte es diferente; cuando la etiología y hasta las terapias son totalmente diversas, no se puede pensar en un trabajo en salud “articulado”. De momento las esferas que sólo se tocan en un punto parecerían ser paralelas de las que nunca se tocan y si llegan a tocarse sólo será para chocar y dañarse. Esperemos que llegarán a tocarse en más de un punto y se armará el engranaje que las haga funcionar juntas.

A veces se afirman cosas razonables que, porque están expresadas desde diversos enfoques, parecen inaceptables.

Un ejemplo: una persona viaja en el ferrobús, por la noche, en pleno invierno y sale fuera del vagón a fumar. Regresa al mismo con un fuerte dolor en la cara y acude al centro de salud. En el centro de salud hay dos personas; un médico y un indígena “experto en medicina nativa”. El primero le dice al paciente tienes una “neuralgia facial”. El segundo, que no sabe un castellano tan técnico: le dice: “Lo que pasa es que te ha dado el aire” Me pregunto ¿Quién tiene la razón? Y respondo “Los dos”.

El médico se ha referido al *efecto*: “Neuralgia facial” quiere decir: “Dolor de nervios de la cara”

El experto nativo se ha referido a la *causa*: tu salida de un ambiente cálido, al viento o aire helado de varios grados bajo cero ha provocado ese dolor. ¿Por qué no hacer siempre ese pequeño esfuerzo por entendernos?

Cambio de actitudes

Tiene que haber un mutuo respeto. Una inter-relación digna entre diferentes. Un diálogo y comunicación permanente.

Es labor de la Antropología Médica, como especializada en las culturas, ejercer de *mediadora, formadora e informante*, creo yo, y no de simple espectadora en estos conflictos, ofreciendo soluciones similares a las que se toman en la problemática de “género”:

Aceptar las diferencias primero y luego establecer un diálogo entre iguales, donde cada parte tiene los mismos derechos y las mismas oportunidades; prescindiendo de lo que nos divide, respetando las diversidades reales y, en este caso, buscando el objetivo común de una mejor salud para Bolivia o cada uno de nuestros países

¿Cómo?

Las soluciones parecen vislumbrarse en las actitudes y en saber cómo hacerlo en la práctica

Primero me atrevería a recomendar el aprovechamiento de las abundantes experiencias que se han tenido de la articulación, complemento y convergencia de los dos fundamentales modos de hacer salud en Bolivia: la Medicina Universitaria y la Medicina de cada grupo, cultura, etnia o nacionalidad dentro del País.

¿Por qué no multiplicar las experiencias ricas de algunos sitios de Bolivia: Redención Pampa, Zudáñez, en Chuquisaca, con el Dr. ; Ancoraimos, Puerto Pérez, Cohoni-Chanca (Illimani) en La Paz, Tiraque, Punata y Rakaypampa en Cochabamba, También Vallegrande.. Ojalá no fueran experiencias fugaces ligadas muchas veces a una sola persona

También pudiéramos imitar experiencias muy valiosas de: México, Guatemala, Brasil, Paraguay o Perú, la India, la China, y varios países de África en ese sentido. La OPS/OMS tiene abundante información en estos aspectos.

Medicinas convergentes

No integradas, porque integrar quiere decir poner cada elemento del sistema en su sitio para que funcione. No estamos en un reloj en que cada pieza tiene su lugar. Resulta que no se trata del mismo sistema, que no se puede colocar al médico tradicional en el Hospital como la 5ª rueda del carro...como el invitado de piedra.

No alternativas, que quiere decir “o tú o yo, pero no los dos”

No eclécticas, que significa tomarlo todo en un gran desorden.

Sí convergentes. Sí comprometidas y organizadas en el Objetivo común de una mejor Salud para el país.

Hay que buscar los puntos de articulación que se puedan dar para entrar en comunicación y coordinación. Marco Polo pudo relacionarse con el Oriente de su tiempo en el comercio de telas y especias. Los jesuitas lo hicieron mediante los inventos con la China (Imprenta, reloj, pólvora, etc) y con los guaraníes y chiquitanos mediante la música.

Creo que las plantas medicinales y el objetivo común de conseguir una mejor salud para Bolivia son dos engranajes que pueden ser aceptados por las dos maneras de hacer salud en cada región de Bolivia.

A no dudarlo, si se encuentran puntos de interés común se puede lograr la movilización y la participación real y efectiva de la Comunidad.

Otro elemento que hay que rescatar y poner en relieve es el mutuo respeto. ¡Nadie trabaja a gusto en algo cuando no se siente respetado!

Para mí fue muy importante la historia y experiencia del Proyecto IMSS-COPLAMAR del Dr. Xavier Lozoya hacia los años 80.

El Instituto Mexicano de Seguridad Social le ofrece a dicho investigador de Plantas Medicinales 3,000 Postas sanitarias y Centros médicos vacíos en el área rural. Lozoya acepta el desafío sólo en un Estado: Chiapas. Allí encuentra que en torno a los 350 puestos médicos había 450 “expertos en curaciones”. Dialoga con ellos -¿Qué quieren ustedes del médico?

Le responden lo mismo que algunos de los entrevistados por Fernández: - “Queremos trabajar con él”.

Se dan cuenta de que la “interconsulta no es posible”. Pero tienen la genial idea de trabajar en consultorios distintos, con una persona bilingüe y bicultural que ayuda a que cada cual vaya al consultorio que le corresponda. Así la madre que busca la curación de la caída del “Tonali” o de “la sombra” para su niño, es enviada al experto tradicional y el que trae radiografías de pulmón por una tuberculosis, visita al médico. A veces se refiere el paciente y también puede haber una interconsulta si parece oportuno. De esta manera se llenaron primero los consultorios de Chiapas y después los del IMSS en todo México.

Una evaluación positiva

Ya se hizo esta experiencia en Bolivia y la evaluación de su resultado nos la ofrece el Dr. Fernández Juárez de esta manera:

-¿Sería bueno que hubiera instituciones, oficinas, donde se pudiera trabajar médico, enfermera, kallawayas más?

“Se puede trabajar. Se puede, se puede. Por ejemplo donde hay doctor, hay cirujano, hay naturista, hay kallawayas, también matronas, enfermeras de los partos. Son cinco grupos, digamos: doctor, kallawayas, huesero, parteras que hacen nacer wawitas junto con nosotros. Está resultando bien. Todo el grupo tiene cada su oficina, su consultorio cada uno...” (Juan Vila)

¡Qué bien que 13 Años después de la Inauguración de ese consultorio con el Dr. Javier Torres Goitia, sea uno de los kallawayas, D. Juan Vila, el que evalúe diciendo que “está resultando bien!”

Ese consultorio se inspiró en los del IMSS-COPLAMAR y se abrieron muchos similares a él.

Las Universidades comienzan a interesarse

Desde la entrada del Nuevo Milenio la Universidad Tomás Frías de Potosí inició un Diploma de Salud Intercultural.

Hoy, al ingresar en el 2006, también la Universidad Mayor de San Andrés de La Paz y el SEDES – La Paz (Servicio departamental de salud) han iniciado una Especialidad en Salud Intercultural.

Qué bien que se den los primeros pasos correctos para solucionar, poco a poco, el problema.

Conclusiones de algunos autores

El Dr. Gerardo Fernández tiene más de 10 páginas de conclusiones. Trataré de hacer un resumen sintético, a veces con las palabras del autor y otras con las mías:

- Cada cultura resuelve sus problemas desde sus propios puntos de vista, sus capacidades y recursos. También se resuelven los problemas de salud desde la propia perspectiva.

- Hay enfermedades definidas como ajenas que pueden resolverlas los ajenos: Postas y centros sanitarios...
- La Antropología Médica tiene como objeto de estudio y análisis todos aquellos aspectos implicados en la conceptualización cultural de la enfermedad y su resolución terapéutica y constituye una perspectiva analítica particularmente oportuna en ciertos Estados de América Latina de marcado talante pluricultural y multilingüe donde abundan los conflictos.
- Bolivia, por sus actuales características de último país de América en Salud, *debería tomar en serio las directrices y orientaciones que las políticas sanitarias internacionales demandan del Estado boliviano*. La delegación de semejante responsabilidad en ONGs internacionales privadas y “la formación universitaria de licenciados en medicina y profesionales sanitarios *sin ningún área formativa o simplemente informativa en su perfil curricular académico sobre la diversidad cultural y las peculiaridades del entorno social donde van a ejercer su profesión, acrecienta una zanja crítica de separación* entre las formas de la medicina étnica y las manifestaciones habitualmente prepotentes de los equipos sanitarios convencionales. (Pag. 123)
- Las relaciones de poder, de autoridad, de competencias médicas, de terapias, la relación entre médico y paciente, el gravamen económico, el sentido de eficacia, la tozudez e intolerancia de los pacientes, la referencia y delegación cuando ya nada se puede hacer, los fracasos tanto desde el curandero como en el quirófano, son aspectos clave que resultan substancialmente diferentes entre los equipos convencionales y las formas que se adoptan en el seno de las diferentes culturas indígenas americanas.
- “El profundo sentimiento humanista que aparece inmerso en las prácticas médicas aymaras... debiera hacernos reflexionar sobre la humanización de la medicina occidental”
- “Resulta gratificante contrastar desde la Antropología la diversidad de opciones planteadas por los diferentes grupos étnicos americanos en relación con el tratamiento de la enfermedad. Gratificante en el sentido de resistencia y freno a las pretensiones de globalización cultural que imperan en estos tiempos.

Hay temas que les invito a reflexionar como “la importancia del conocimiento de la lengua de los pacientes” y las “conceptualizaciones nativas de la enfermedad”; ¿Se puede reflexionar sin el parecer de la otra parte? ¿Se encuentran médicos dispuestos a aceptar equivalencias, simetrías de poder y *respeto* sobre el quehacer de los sabios y médicos nativos? ¿Puede enriquecerse en estos debates el que sonríe altanero desde su trono de la verdad absoluta?

Escuchemos a Gerardo: “Mientras los médicos van al año de provincia entusiasmados porque van a “aprender”, sus pacientes los van a “sufrir” en dicho aprendizaje”.

Pareciera que estamos ante una ametralladora. No es así, el Dr. Fernández considera también una injusticia “menospreciar los esfuerzos y progresos efectuados en atención materno infantil, los servicios de atención de parto y postparto subvencionados, la aparente gratuidad de algunos productos (vacunación rural) y el precio asequible de consultas rurales”... “Tampoco se pueden desconsiderar las condiciones en que los equipos médicos realizan su labor...” pone el ejemplo de un ecógrafo “recién estrenado” y “¡recién estropeado!”

Hay cosas que le aterran como “traer hijos que no van a poder ser atendidos adecuadamente; los planteamientos de control de natalidad impulsados por el Estado, como en el ejemplo peruano, sin una formación previa. Eso no es “interculturalidad”, dice, “eso es violación de los derechos humanos”. (Pag. 128).

Pide respuestas estructurales que afecten las condiciones económicas y políticas favorables a una aplicación médica intercultural.

Propone *dignificar el papel del médico rural*. Mientras sus compañeros hacen maestrías y doctorados, el médico rural trabaja en las peores circunstancias y sin alicientes... “*El médico rural no deja de ser una víctima más en todo este proceso, junto con sus pacientes*”... (Pag.128).

Quisiera transcribir las Conclusiones del libro “Autopsia de la Enfermedad” (La automedicación y el itinerario terapéutico en el sistema de Salud de Vallegrande-Bolivia” del Dr- Edgar Valdez Carrizo. Pero creo que Udes. pueden solicitarlo a la OPS/OMS.

Recomiendo también la publicación “Medicina Tradicional 500 años después. Historia y consecuencias actuales” (II Seminario Latinoamericano sobre la Teoría y la Práctica en la Aplicación de la Medicina Tradicional en Sistemas Formales de Salud”). Editores Carles Roersch, José Ma. Tavares, Eduardo Menéndez. (Instituto de Medicina Dominicana. 1993.

Pasos hacia la esperanza

Comparando con la realidad de hace 25 años, creo que se están dando pasos de esperanza ya que entonces hubiera sido imposible pensar en los “Encuentros para la Enseñanza de la Medicina Tradicional en las Universidades”. Bolivia es el único país de América que aceptó formalmente la vigencia de las Medicinas indígenas y llegó a reglamentar el ejercicio de las alternativas. No olvidemos que en el “Plan Global de Salud de 1986”, la Medicina Tradicional fue tenida en cuenta en la Atención Primaria, para la Educación Sanitaria, en Materno Infantil y en Investigación. Era imposible pensar en estudiar las Plantas Medicinales y ahora se realizan esos estudios en diversos Institutos dependientes de Facultades de Farmacia, Bioquímica y Química. De hecho hay equipos de investigadores y laboratorios muy bien implementados. Se han estudiado más de 1200 plantas medicinales en el Instituto Boliviano de Biología de la Altura investigando la cura de la Leishmaniasis y otras 900 en los Institutos dependientes de las Facultades de Farmacia, Bioquímica y Química de la UMSA, en los últimos años.

Hay grupos de médicos y personal de salud, especialmente los “salubristas”, que muestran una apertura notable que en las circunstancias actuales hay que aprovechar.

También hay una conciencia de los propios límites y la necesidad expresa de complementación en muchos de los indígenas expertos en curar.

Es verdad que hay abusos, sobre todo en los suburbios, a causa del aborto de la “reglamentación” que se elaboró muy democráticamente desde el Ministerio, en el año 1986.

Creo firmemente, sin embargo, que las experiencias positivas de atención médica en el campo son *fugaces* y se deben a la capacidad de apertura y respeto que pueda tener *el personal concreto de cada centro de salud en un momento determinado*, por la gente atendida y su entorno cultural. Son las personas, no las paredes las que trabajan bien o mal. Bien hoy, mal mañana; bien ayer, mal hoy.

Todo eso está siempre bajo la sombra de la transitoriedad. Ha dependido siempre de personas de buena voluntad y lastimosamente, la guerra entre “Brujos” y “Kharisiris” continúa con sus funestos efectos mientras no haya muestras claras de mutuo respeto entre las partes en pugna.

En mi opinión *es más difícil* que el médico criollo o “gringo” acepte al sabio indígena. Lo contrario no resulta imposible. Si bien es verdad que hace un siglo eran los indígenas los “herméticos”, “es harto frecuente que ni el nombre de una planta nos quieren enseñar” como lo afirmaba Belisario Díaz Romero. Son ellos hoy los más abiertos, como lo demuestran las actitudes de (Petrona Mamani Pag. 17 y Julio Quenta Pag.25) que piden una íntima relación matrimonial “chachawarmi” con los médicos, que es el subtítulo de la obra del Dr. Gerardo Fernández.

Una sugerencia

En palabras del Dr. Gerardo Fernández Juárez, las soluciones tienen que ser muy serias, “no pueden ser soluciones de *plomero*, un remiendo aquí, una chapuza allá, pero el problema sigue resultando *estructural* a lo largo de toda la cañería”

Corresponde a las Autoridades de Salud y a quienes programan los Curricula y el Pensum de las Facultades de Medicina, el no dudar más en incorporar la Antropología Médica, junto a otras mate-

rias complementarias, tales como las Lenguas nativas, la Cosmovisión, la Concepción de Salud de cada Etnia o Nacionalidad, la Farmacopea local, Las Medicinas Tradicionales de cada Región (Cada Cultura tiene su propia medicina). el Conocimiento de la Realidad, como elementos mínimos que guíen el trabajo del futuro médico de las provincias y zonas suburbanas de Bolivia.

¡Gracias! Jaime R. Zalles Asin.



Los pioneros aymara en la recuperación de las medicinas originarias:

*A la derecha D. Rufino P'axsi
y a la izquierda D. Gabino Quispe.*



*Los "Hueseros" del illimani se organizaron
con el apoyo de D. Sabino Laura.*





◀ En la Posta de Salud de Cullucachi ellos pusieron su Filosofía de trabajo:
Traducción: "La Casa de Salud de los pueblos del Qollasuyo, en que utilizamos las dos medicinas"

▶ En este sociodrama con el Dr. Franz Trujillo, sobre el parto aymara en el Hospital de Batallas, podemos apreciar la postura que adopta la parturienta. Se busca su comodidad, no la del médico. Vea usted cómo hay más parteros varones. Ella está cubierta hasta la cabeza. ¿por pudor? Yo diría que por terror al frío.



◀ D. Lucas Ortiz formando a las nuevas generaciones de Jóvenes kallawaya.
También están Hilarión Suño y Armando Nina, los que siguen sus huellas.

Notas

- 1 Enrique Oblitas Poblete “Plantas Medicinales de Bolivia”. Ed. “Los Amigos del Libro”, Cochabamba, 1969. Página 11.:
2 www.members.tripod.com.mx/jimzall/BIBLIOGRAFIA
- 3 Porfirio Díaz Machicado en Prólogo al libro de Enrique Oblitas Poblete “Plantas Medicinales de Bolivia”. Ed. “Los Amigos del Libro”, Cochabamba, 1969. Página 7.
- 4 Viesca Treviño, Dr. Carlos “Medicina prehispánica de México” (El conocimiento médico de los nahuas” Pag. 116. Editorial Panorama, México 1996
- 5 Op. Cit. Capítulo XXIX
- 6 Enrique Oblitas Poblete, “Plantas Medicinales de Bolivia”. Ed. “Los Amigos del Libro”, Cochabamba, 1969. Página 13
- 7 BRAVO, Carlos 1889 Clasificación de Plantas medicinales usadas en la Farmacopea Callahuaya o sea de los Indios Curanderos Aymaras que el Comité Departamental de La Paz remite a la Exposición Universal de Paris. “Compilación de Estudios sobre Medicina Kallawayaya”. Industrias Gráficas EDVIL/La Paz (47)
- 8 Costa Arduz, Rolando 1988, “Compilación de Estudios sobre Medicina Kallawayaya”. Industrias Gráficas “EDVIL” La Paz (14]
- 9 Gerardo Fernández Juárez, “Médicos y Yatiris – Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara”. Cuadernos de Investigación. CIPCA, 1999. Capítulo 2, Nota 15). Pag 56.
- 10 Mario B. Salcedo. “Un herbolario de Chajaya devela sus Secretos”. Ediciones SENPAS, 1986. Pag.
- 11 MICHAUX, Jacqueline 2004 “Hacia un Sistema Intercultural en Salud” en el Libro “Salud e Interculturalidad en América Latina” ABYA-YALA, Quito-Ecuador [107-126]
- 12 ALBÓ, Xavier 2004 “Interculturalidad y Salud” en el Libro “Salud e Interculturalidad en América Latina” ABYA-YALA, Quito-Ecuador [65-74]

LA INTERCULTURALIDAD SIN TODOS SUS AGENTES SOCIALES

El problema de la salud Intercultural en Bolivia¹

Susana Ramírez Hita²
Universitat Rovira i Virgili
España

Uno de los debates que se están llevando a cabo en los últimos años en el sector salud es el de la incorporación de la salud intercultural a los servicios de salud. El concepto de interculturalidad aparece en el discurso de casi todas las instituciones sanitarias que trabajan en Bolivia, tanto nacionales como de cooperación internacional, y existen actualmente reflexiones y jornadas de salud intercultural que son promovidas por el Ministerio de Salud y los organismos internacionales de cooperación. Este hecho se debe a tres aspectos fundamentales:

- 1) Los índices de morbi-mortalidad del país no presentan grandes cambios a lo largo del tiempo, a pesar de los numerosos programas realizados sobre todo en lo concerniente a la salud materno-infantil.
- 2) La escasa recurrencia a los servicios de salud por parte de la mayoría de la población indígena.
- 3) Los lineamientos de OPS/OMS, que comienzan a introducir en sus discursos el término de salud intercultural.

405

Las instituciones sanitarias llegaron a la conclusión de que el problema central radica en que la población indígena prefiere utilizar la medicina tradicional a la biomédica, por formar parte de su “cultura” y por la difícil relación existente entre el personal sanitario y el paciente indígena.

Debido a ello, comienzan a realizarse cursos de capacitación a parteras y terapeutas tradicionales, considerados representantes del sistema médico tradicional por el sector salud, y comienzan también a aparecer –aunque en menor medida– cursos para el personal sanitario sobre “medicina y prácticas tradicionales”, aunque esta actividad es muy esporádica en el país, y suelen ser los organismos de cooperación internacional quienes lo están llevando a cabo. La capacitación es una de las actividades principales de aquellos organismos que trabajan en salud en Bolivia. Estas instituciones parten del supuesto de que capacitando a los representantes del sistema médico tradicional (terapeutas tradicionales y parteras), éstos podrán hacer de mediadores con la comunidad y ayudarán a transformarla. El eje de reflexión está puesto en la transformación de los terapeutas tradicionales y parteras a través de la incorporación del saber médico por medio de la enseñanza en la detección de riesgos y acciones preventivas, especialmente en lo referido al embarazo, parto y puerperio. Las capacitaciones tienen como fundamento que ciertos aspectos de estos actores sociales deben ser modificados para optimizar sus prácticas y, como consecuencia, obtener mejoras en la salud de la población.

Para llegar a esta conclusión –que quienes tienen que ser capacitados son los representantes del sistema médico tradicional por ser los terapeutas a los que más recurre la población indígena–, las instituciones sanitarias parten del supuesto de que si la población no acude a los servicios de salud es porque se atiende en el sistema médico tradicional, en lugar de realizar una investigación en profundidad en términos teórico-metodológicos. Este supuesto sirvió de base para la aplicación, creación y di-

seño de programas, introduciendo el término ‘interculturalidad’ para definir la necesidad de complementación de ambas medicinas. En este sentido, se utilizó el sistema médico tradicional como opuesto al biomédico, considerando y reconociendo a estos dos sistemas como los únicos a los que recurre la población. Como en Bolivia el concepto de medicina tradicional ha sido equiparado al de interculturalidad³, la necesidad de la implementación en los servicios de la salud intercultural implicaba, pues, la complementariedad entre estas dos medicinas.

El uso del término interculturalidad en el ámbito sanitario

Uno de los problemas a la hora de diseñar políticas y programas de salud es el uso del término interculturalidad entendido desde la bipolaridad entre lo tradicional y lo biomédico. De este tipo de problemas conceptuales derivan algunas de las confusiones más frecuentes en la práctica concreta de programas o acciones sanitarias. La interculturalidad es entendida por el sector salud y gran parte de las ONG’s como la relación entre medicina tradicional y biomedicina, como si el hecho de incorporar la interculturalidad al sistema de salud implicara casi exclusivamente el reconocimiento y la incorporación de terapeutas tradicionales y el acomodamiento de prácticas tradicionales a los servicios sanitarios, especialmente en atención primaria y en las salas de parto de algunos hospitales⁴. De hecho, existen experiencias en el país –aunque aisladas y muy recientes como iniciativa– en donde terapeutas tradicionales forman parte de hospitales o centros de atención primaria.

A través de una investigación socio-antropológica que llevé a cabo en la ciudad de Potosí⁵, pude detectar que allí coexisten cuatro sistemas médicos: el biomédico, el médico tradicional, el religioso (representado por la iglesia evangélica) y, el más importante y más utilizado por la población, el sistema de autoatención⁶. Los dos últimos –el sistema religioso y el de autoatención– todavía no han sido reconocidos como parte fundamental del proceso salud/enfermedad/atención, ni son incorporados cuando se habla de salud intercultural en Bolivia.

Al dejarse a un lado la importancia de estos dos sistemas en los mecanismos de salud, resulta inevitable que se opere a partir de una visión parcial de la salud intercultural. Un ejemplo de esto es que por lo general se ignora hasta qué punto se ha extendido en Bolivia el movimiento evangélico, y la influencia que el mismo ha adquirido en el proceso de salud/enfermedad/atención⁷, debido entre otros aspectos a que los indígenas que se adhieren a este culto –y los no-indígenas evangélicos– rechazan la medicina tradicional. La religión debería formar parte del debate sobre salud intercultural en el país, ya que se trata de uno de los sistemas médicos utilizados por una parte de la población. Por ejemplo, ¿una indígena quechua evangélica acudirá a un centro de atención primaria si en el mismo se encuentra un terapeuta tradicional? Este y otros interrogantes necesitan ser analizados e investigados antes de encarar intervenciones concretas.

El hecho de incorporar exclusivamente a la medicina tradicional en la denominada “salud intercultural” tiene una particular incidencia en las políticas sanitarias y acciones encaradas desde ONG’s e instituciones sanitarias de cooperación internacional, que repercuten en forma no apropiada en la población beneficiaria, a través de los programas sanitarios que son pensados o llevados a cabo en el presente. En la zona andina, por ejemplo, muchas capacitaciones sobre prevención al embarazo, parto y puerperio se realizan a grupos de madres con técnicas verticales, en donde se parte del desconocimiento del “otro” y para reunir a las madres se les da un regalo o se les paga por la sesión. Esto no sólo genera dependencia, sino que evidencia el desconocimiento de algunas ONG’s y del sector salud en general sobre los movimientos de base de la cultura indígena andina.

Con respecto a la salud materno-infantil, la mayoría de las acciones y programas que se llevan a cabo en todo el país tienen su eje en la prevención –y por tanto en la educación sanitaria–, que se concreta en la realización de numerosos programas de capacitación sobre todo en la zona rural a los terapeutas tradicionales, las parteras y a las madres.

En la investigación realizada por Dibbits y Terrazas (2003) en la ciudad del Alto y la que realicé en la ciudad de Potosí, se puede comprobar que la mayoría de los partos están siendo atendidos por los hombres en el interior de sus hogares, es decir que para la atención al embarazo, parto y puerperio –en la zona andina– el sistema más utilizado es el de autoatención. A pesar de estos datos, los programas continúan dirigiéndose exclusivamente a las mujeres. En la investigación realizada en Potosí pude registrar que los problemas de salud pública más importantes conciernen a los varones, siendo la esperanza de vida menor en los hombres que en las mujeres. Las principales causas de mortalidad en hombres son el trabajo en la mina (accidentes y silicosis) y alcoholismo. En las mujeres, una de las primeras causas de muerte es el parto y sus complicaciones. El parto es atendido en la mayoría de los casos por el hombre, por estos motivos resultaría necesaria la planificación de programas de salud destinados específicamente al género masculino, por la importancia que este tiene en la salud familiar (Ramírez 2005).

Dentro de esta complejidad, cuando se habla de interculturalidad en salud se suele negar la existencia de una realidad que hace a diferentes aspectos culturales, políticos y económicos, que no son tenidos en cuenta en las reflexiones acerca de la incorporación o la no incorporación de los criterios de salud intercultural en la práctica de los servicios sanitarios del país. El concepto de interculturalidad en salud está siendo usado, en este sentido, por la mayoría de los actores del ámbito sanitario, pero también por algunos antropólogos que escriben sobre interculturalidad en Bolivia teniendo en cuenta solamente los aspectos del sistema médico tradicional y biomédico, sin incorporar los otros sistemas médicos ni a sus representantes.

Se debe tener en cuenta –como ya ha sido reconocido por numerosos autores– que cada vez más los científicos sociales trabajan en las investigaciones financiadas por los proyectos de desarrollo, y han de responder a los términos que pide el financiador, existiendo por tanto escasa crítica, y las intervenciones se realizan cada vez con menos investigación.

¿Políticas y programas de salud a partir de supuestos?

Uno de los grandes problemas que encontramos en el diseño de políticas y programas sanitarios es el hecho de trabajar casi exclusivamente en base a datos epidemiológicos, sobre todo teniendo en cuenta que en Bolivia el registro epidemiológico es muy deficitario. En consecuencia, cuando se utiliza información obtenida a través de técnicas cualitativas se trabaja casi exclusivamente con supuestos que no han sido demostrados ni investigados en profundidad.

La información es extraída muchas veces del conocimiento práctico del personal sanitario, especialmente en las comunidades del área rural, ya que se los considera actores conocedores de la realidad sanitaria local. Si bien estos sujetos sociales –que muchas veces suelen ser los auxiliares de enfermería– son informantes clave, sus datos no dejan de ser aislados, no conllevan un análisis sistemático de la realidad, y en muchos casos son portadores de representaciones influidas por el saber biomédico. No debemos olvidar que la información obtenida de un informante clave es información en bruto, que debe ser analizada a la luz de una problemática concreta y dentro de la rigurosidad metodológica que requiere la utilización de una metodología cualitativa.

Uno de los problemas más notorios es el uso inadecuado de la metodología cualitativa, ya que en muchas ocasiones la metodología suele confundirse con sus técnicas. En consecuencia, se utilizan las técnicas de entrevista y grupo focal como si sólo con ellas se pudieran obtener los resultados de una investigación cualitativa. Es muy frecuente encontrar a personal sanitario o de ONG's utilizando la técnica de grupo focal, frecuentemente confundida con la entrevista grupal, y a partir de estos datos se elaboran programas o diagnósticos que sirven de base para la intervención.

El hecho de no realizar investigaciones socio-antropológicas por parte del sector salud para los diagnósticos y la ejecución de programas sanitarios, resulta en una actuación poco eficiente en la mayoría de los programas. Por el contrario, las investigaciones en profundidad dan como resultado no só-

lo la alerta de que existe un problema, sino que aportan el porqué está sucediendo ese problema y, a partir de ahí, la manera de poder actuar eficazmente.

La recolección del dato erróneo

El diagnóstico⁸ es la base de la que se parte para la realización de los proyectos de desarrollo, y suele realizarse en un periodo que varía de quince días a un mes. Las técnicas utilizadas son las cuantitativas, por la necesidad de cuantificar datos y crear indicadores para poder medir resultados posteriormente. En los últimos años, en Bolivia, algunas instituciones –ONG’s locales y extranjeras– están utilizando cada vez más la técnica de diagnóstico social participativo, que si bien es una excelente técnica diagnóstica implica la necesidad de un conocimiento local –de la realidad de la zona y del grupo cultural con el que se va a trabajar–, así como del conocimiento teórico y práctico de la metodología de investigación-acción participativa. Si todos estos aspectos no son tenidos en cuenta, el resultado puede llevar a una información equivocada.

He podido presenciar varios diagnósticos de salud realizados con esta metodología de investigación-acción participativa, en donde la intención de las preguntas y la manera de dirigir al grupo en las comunidades está centrada en lo que el sujeto social que realiza el diagnóstico quiere que la población conteste⁹. Voy a poner un claro ejemplo: en una comunidad de la zona tropical boliviana, una ONG decidió utilizar esta técnica diagnóstica en todas las comunidades de una provincia. Cuando presencié la manera en que estaba siendo aplicada la técnica, pude comprobar la falta de conocimiento metodológico de las personas que la estaban implementando. Algunos de los errores más frecuentes eran los siguientes:

408

- 1) Un mal manejo de técnicas grupales.
- 2) Las preguntas realizadas para el autodiagnóstico de la comunidad eran intencionadas, dirigidas y enjuiciadoras, creando sentimientos de culpa en la propia comunidad.
- 3) Las respuestas a ciertas preguntas eran mal interpretadas por quienes dirigían el grupo. Por ejemplo, si la comunidad nombraba como una de las necesidades tener medicamentos de patente para la malaria, las personas que coordinaban el grupo escribían: “la comunidad pide un botiquín comunitario”. La trasgresión de los contenidos era notoria, si bien los coordinadores del grupo no eran conscientes del manejo inadecuado de la técnica que estaban utilizando. En este caso, la responsabilidad es de aquellas instituciones que no dan la necesaria importancia a la recolección del dato.

Es común ver que las ONG’s e instituciones se considera que los datos pueden ser recogidos por cualquier sujeto social. La selección del personal se realiza muchas veces sin tener en cuenta el conocimiento metodológico, y suele primar el criterio de pertenencia a la comunidad y de intervención en otros proyectos de desarrollo. El diagnóstico no suele ser considerado como lo más importante –aunque debería serlo–, tanto así que, en muchas ocasiones, los proyectos de desarrollo son escritos previamente a la realización de un diagnóstico, y éste se realiza después de haber sido diseñado el proyecto, es decir que se intenta encajar el resultado del diagnóstico dentro de los objetivos planteados con anterioridad.

Lo mismo sucede en los diagnósticos realizados desde el sector salud. La mayoría de las veces se parte de un registro epidemiológico, y en base a estos datos se construyen los programas e intervenciones para las diferentes provincias y comunidades. Al homogeneizar la recolección de datos, de igual manera se homogeneizan los programas, es decir que un programa para la tuberculosis o la diarrea, por ejemplo, es llevado a cabo de la misma manera en la ciudad de La Paz que en una comunidad aymará o chiman, sin tener en cuenta la diferenciación cultural.

Otro aspecto a valorar es que en Bolivia el concepto de cultura es interpretado por la mayoría de los actores del ámbito sanitario como “creencia”. Desde esta perspectiva, la “creencia” actúa como representación de la cultura. En muchos casos, se llega a considerar que transformando las creencias se puede obtener un mejoramiento de la salud de la población, poniendo el énfasis en lo cultural y no en los factores socioeconómicos. Se ignora el hecho de que el saber popular no está compuesto solamente por creencias, sino también por significados unidos a sus prácticas (Good 1994).

En esta reflexión actual sobre la salud intercultural en el país, las diferencias y la diversidad deben ser reconocidas para ser incluidas en los datos epidemiológicos. Las maneras de interpretar las causas y los efectos de los síntomas de las distintas culturas a las que pertenecen los diferentes grupos indígenas, mestizos y criollos del país deben ser conocidos necesariamente por el sector salud, comenzando por la realización de perfiles epidemiológicos que incluyan las patologías populares, es decir las causas de muerte y enfermedad más comunes según la población, sean éstas patologías reconocidas o no por la biomedicina (pérdida del alma entre los guaraníes, el susto en la zona andina, etc.).

Haciendo referencia a la investigación realizada en Potosí, pude comprobar que las problemáticas de salud más importantes no están representadas en los datos epidemiológicos, ya que estos son recogidos mediante encuestas en base a un número determinado de patologías en las que no aparecen las problemáticas de salud más frecuentes ni las patologías populares. En el caso de la ciudad de Potosí, las problemáticas más importantes registradas a través de un diagnóstico socio-antropológico fueron el alcoholismo, el suicidio en adolescentes, la desnutrición en ancianos, los problemas relacionados a la salud laboral (enfermedades asociadas a la minería y trabajo informal), el susto, la brujería y los embarazos no deseados de adolescentes. Ninguna de estas problemáticas aparece en los datos epidemiológicos, por lo que ninguna de ellas cuenta con un tratamiento especial por parte de las instituciones sanitarias, ni existen programas específicos al respecto.

La homogeneización de la interculturalidad

Ya hemos visto que la biomedicina tiende a homogeneizar los programas sanitarios. El término interculturalidad hace referencia a la multiplicidad de culturas y a la interrelación de las mismas, pero en esta relación se dejan de lado la interrelación existente entre distintas culturas no occidentales que se encuentran en el país, además de los mestizos y los criollos. La categoría de interculturalidad resulta poco clara en el contexto boliviano, ya que es entendida exclusivamente como la unión de dos culturas –en este caso la andina y la occidental–, lo que llevado al campo de la salud refiere solamente a la medicina tradicional andina y a la biomedicina. En esta visión de la interculturalidad quedan al margen los otros contextos culturales que se encuentran en el país: aunque una mayoría de la población es andina –aymara y quechua–, existen otros treinta y tres grupos indígenas en Bolivia, con diferentes concepciones respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención, que no son tenidos en cuenta en la implementación de la salud intercultural. Uno de los problemas más frecuentes en la planificación de acciones en sociedades pluriculturales y multiétnicas es la falta de adecuación de los programas a los códigos sociales y culturales que operan en cada minoría étnica. Esta falencia, habitual en muchos países con tales características, suele ser reemplazada por estrategias que, impuestas verticalmente, atentan contra una eficiente aplicación de la salud intercultural.

En el año 2005, la Cooperación Italiana y el Ministerio de Salud realizaron unas Jornadas Nacionales de adecuación intercultural al parto, en Cochabamba, donde fueron invitados representantes de salud de todas las provincias del país. En estos encuentros se trabajaron los lineamientos que debieran seguir los centros de salud exclusivamente para la adecuación al parto en la zona andina, sin incorporar los otros grupos indígenas bolivianos.

Existe una homogeneización de la interculturalidad en Bolivia que hace referencia a la zona andina y a las culturas que en ella se desarrollan. La única otra cultura que se menciona –siempre como

secundaria— es la guaraní, mientras que el resto aparece como inexistente. La hegemonía de lo andino con respecto a las otras culturas del país es evidente. A pesar de ser hegemónica con respecto a los demás grupo indígenas en Bolivia, la cultura andina es subalterna con respecto a la sociedad global representada por la sociedad occidental y, en términos médicos, por la biomedicina.

El hecho de homogeneizar significa no dar cabida a la diversidad. Existe un notorio desconocimiento sobre las concepciones y las problemáticas de muchos de los grupos indígenas de las tierras bajas. Son necesarias las investigaciones sobre las problemáticas de salud de estas culturas para poder implementar acciones verdaderamente “interculturales” que repercutan efectivamente en una mejora de la dignidad de estos pueblos, que pasa entre otras cosas por poder elevar los índices de esperanza de vida, respetando su propia visión del mundo en las mismas condiciones que el resto de la población del país.

La sociedad civil como eje de la interculturalidad

Bolivia es un país pluricultural y multilingüe en donde las prácticas médicas tradicionales poseen una gran riqueza, tanto por su diversidad como por su complejidad. La primera clasificación que suele hacerse distingue entre los grupos indígenas de las tierras bajas y altas, pero dentro de esta división existe una gran diversidad de conocimientos sobre los procesos de salud/enfermedad/atención por parte de la sociedad civil en su conjunto, que no sólo incluye a la población indígena sino también a la mestiza y la criolla.

El eje de la categoría interculturalidad debe ser desplazado de las instituciones sanitarias a la sociedad civil, ya que es en y desde la sociedad civil que pueden producirse las transformaciones. En la práctica diaria, la salud intercultural es utilizada por la mayoría de la población boliviana, sin ser una exclusividad de la población indígena. Esta diversidad cultural que posee el país es un punto importante a tener en cuenta a la hora de diseñar estrategias de intervención en este campo.

Las diversas formas de atención que convergen en la autoatención —eje de la interculturalidad— deben ser analizadas desde la sociedad civil, ya que la autoatención se caracteriza por un ida y vuelta constante —de los sujetos sociales y de los grupos— a las diversas formas de atención existentes. Es desde aquí que debería plantearse el debate.

Los diferentes sistemas médicos y formas de atención —así como los actores sociales que los representan— están en constante relación. El conflicto es parte de la salud intercultural y se debiera partir de que no pueden realizarse intervenciones interculturales exclusivamente en armonía. El análisis de la interculturalidad no puede desconocer los conflictos inherentes a este proceso que comienza a gestarse en Bolivia.

Entre los diferentes sistemas médicos y las formas de atención a las que recurre la población, encontramos relaciones conflictivas entre el sistema biomédico y la medicina tradicional. Lo mismo ocurre entre el sistema médico religioso y el biomédico, y existe asimismo una fuerte oposición entre el sistema médico tradicional y el religioso representado por la iglesia evangélica. En esta aparente conflictividad que se produce entre casi todos los sistemas aparece la complementariedad en el sistema de autoatención, es decir, es aquí donde convergen todas las formas de atención (con o sin conflicto), y es en este espacio donde la interculturalidad es constante, tanto por el uso de diversas formas de atención (correspondientes a diferentes culturas) como por la confluencia de diversas culturas en estas formas de atención. Podemos encontrar, por ejemplo, *kallawayas* o *yatiris* que van incorporando saberes de diversos curadores, tanto plantas medicinales como tratamientos que no les son propios. Estas apropiaciones constantes de los numerosos curadores de las diversas culturas del país van construyendo permanentemente cambios en los procesos de atención y tratamientos de los diferentes terapeutas, y esto a su vez va influenciando (junto con el aporte de la biomedicina y los saberes de los otros sistemas médicos) a los sujetos y grupos representantes de la autoatención, es decir a la propia sociedad civil.

La interculturalidad y la salud intercultural son procesos que siempre han existido. Lo que no se había producido hasta el presente en Bolivia es la construcción de cambio desde el sector salud, y la necesidad de abrir un espacio de diálogo diferente que incorpore a todos los actores sociales que operan en la salud Intercultural del país.

Notas

- 1 Doctora en Antropología social por la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona, España.
- 2 Quiero agradecer a Oriol Romaní, Susanna Rance, Lidia Serra y Gerardo Fernández por sus aportaciones y comentarios, que han contribuido, sin duda, a enriquecer este artículo.
- 3 Tanto desde el ámbito médico como del socio-antropológico.
- 4 Ver, *Guía para la atención intercultural de la salud materna*, 2005
- 5 Ver (Ramírez, 2005).
- 6 Siguiendo la definición de Eduardo Menéndez, por autoatención nos referimos “a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención” (Menéndez 2002:14).
- 7 El proceso de salud/enfermedad/atención incluye tanto la estructura social como la de significado. “A través de dichos procesos se expresa la sociedad o la cultura, pero sobre todo las particularidades de toda una serie de grupos que operan en una sociedad determinada. Dichos grupos tienen saberes similares, pero también desiguales y diferentes al menos respecto de algunos de los sufrimientos, de las enfermedades o de las estigmatizaciones que los afectan” (Menéndez 2002:323).
- 8 Este término es usado desde el ámbito de la cooperación y ONG’s, de manera diferente a la definición que yo realicé de este término. Por diagnóstico entiendo una investigación en profundidad socio-antropológica que pueda dar cuenta de la realidad del lugar y de la problemática concreta en la que se quiere incidir.
- 9 Es común encontrar que los sujetos sociales que realizan esta técnica diagnóstica no hayan sido capacitados para ella, y desconocen su funcionamiento así como las bases epistemológicas que sustentan una metodología de investigación-acción participativa.

Bibliografía

- ALBO, Xavier
 2004 “Interculturalidad y Salud”. En, FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (Coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina Perspectivas antropológicas*. pp.65-74, Edit. Abya-Yala, Bolhispania, Universidad de Castilla-La Mancha, Quito.
- BRADBY, B. y MURPHY-LAWLESS
 2005 *¿Volveré, no volveré? Aportes al diálogo entre modelos culturales del parto*. Ed. Grupo Desing. La Paz
- DIBBITS, Ineke. y TERRAZAS, Magaly.
 2003 *Uno de Dos. El involucramiento de los hombres en la atención de la salud perinatal*. Ed. TAHIPAMU, La Paz.
- FERNANDEZ JUÁREZ, Gerardo
 1999 *Médicos y yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara*. Ed: CIPCA, OPS/OMS, Ministerio de Salud y Previsión Social La Paz.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
 2005 *Salud e interculturalidad: Sugerencias para organizaciones de salud en contextos indígenas, a partir de una experiencia Boliviana*. *Revista de Dialectología y tradiciones populares*. Tomo LX, (2) pp. 29-53.
- GOOD, B.
 1994 *Medicine, rationality, and experience*. Cambridge University Press.
- MENÉNDEZ, Eduardo
 2002 *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo*. Ediciones Bellaterra. Barcelona.

MICHAUX, Jacqueline

- 2004 "Hacia un sistema de salud intercultural en Bolivia: de la tolerancia a la necesidad sentida". En, FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (Coord.) *Salud e Interculturalidad en América latina: Perspectivas antropológicas*, pp. 107-128.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

- 2005 *Guía para la atención intercultural de la salud materna*. Serie documentos técnicos normativos. La Paz.

RAMÍREZ H., Susana

- 2005 *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud de la ciudad de Potosí*. Cooperación Italiana, Edit. Plural, La Paz.

EL RETO DE LA “MEDICINA INTERCULTURAL” Y LA HISTORIA DE LA “MEDICINA TRADICIONAL” INDÍGENA CONTEMPORÁNEA¹

Michael Knipper
Universidad de Gießen
Alemania

Introducción

¿Cómo se puede responder a la diversidad cultural entre los seres humanos en el campo de la medicina y de la atención sanitaria? Esa es una de las cuestiones más importantes y complejas de la medicina contemporánea. No se trata de un tema realmente “nuevo” en la historia de la medicina, pero la atención que recibe está creciendo desde hace algunos años, con enfoques distintos según el contexto en particular. Por un lado, son las dificultades en el desarrollo de sistemas de atención médica digna, de calidad y sostenibles para comunidades indígenas, como por ejemplo en Latinoamérica². Además, las reivindicaciones políticas de los movimientos indígenas por el reconocimiento de su cultura e identidad étnica, que han cobrado una fuerza importante al nivel internacional desde los años 1990, han dado un gran impulso hacia una reevaluación de la cultura médica de pueblos indígenas: lo que antes fue menospreciado por amplias partes de las sociedades no-indígenas como “superstición” y “charlatanería”, es reconocido hoy como “medicina tradicional” de corte “indígena”, dentro de las “medicinas alternativas y complementarias” (MAC) del mercado médico mundial, y protegidas – en el caso del Ecuador – por garantías constitucionales como “*derecho colectivo*” de los pueblos indígenas³. Por otro lado, es la situación sanitaria muchas veces precaria de inmigrantes del “sur” en los países industrializados del “norte”, lo que pone el tema de la “diversidad cultural” en la agenda de la medicina actual: Dificultades legales, sociales y culturales hacen que el acceso de los inmigrantes a los servicios básicos de salud sea deficiente, tal como la misma atención médica en el caso que se consiga.

Los desafíos y problemas concretos son distintos según las situaciones en particular. No obstante, hay un telón de fondo común de la “medicina intercultural” al nivel general, que consiste en el significado muy complejo de la categoría “cultura”. Hay muchas posibilidades diferentes para entender y usar este término, dependiendo de las premisas, motivaciones y condiciones sociales y hasta políticas del contexto particular. En el campo de la atención sanitaria, por ejemplo, hay una gran diferencia si se consideran relevantes o no, los aspectos más bien “médicos” de la cultura de un grupo étnico (prácticas terapéuticas tradicionales, conceptos concretos para explicar enfermedad, etc.), o si se consideran también los aspectos sociales de la cultura, como los valores para la convivencia, modos de percibir relaciones humanas y la misma cosmovisión, difíciles a veces de resumir y entender para personas ajenas. Además, hay una diferencia si se considera la “cultura” de un grupo étnicamente definido, o si se está tratando con una persona particular. La palabra “cultura” no tiene un significado inequívoco, y puede ser instrumentalizado – de manera explícita o implícita – para los fines más distintos.

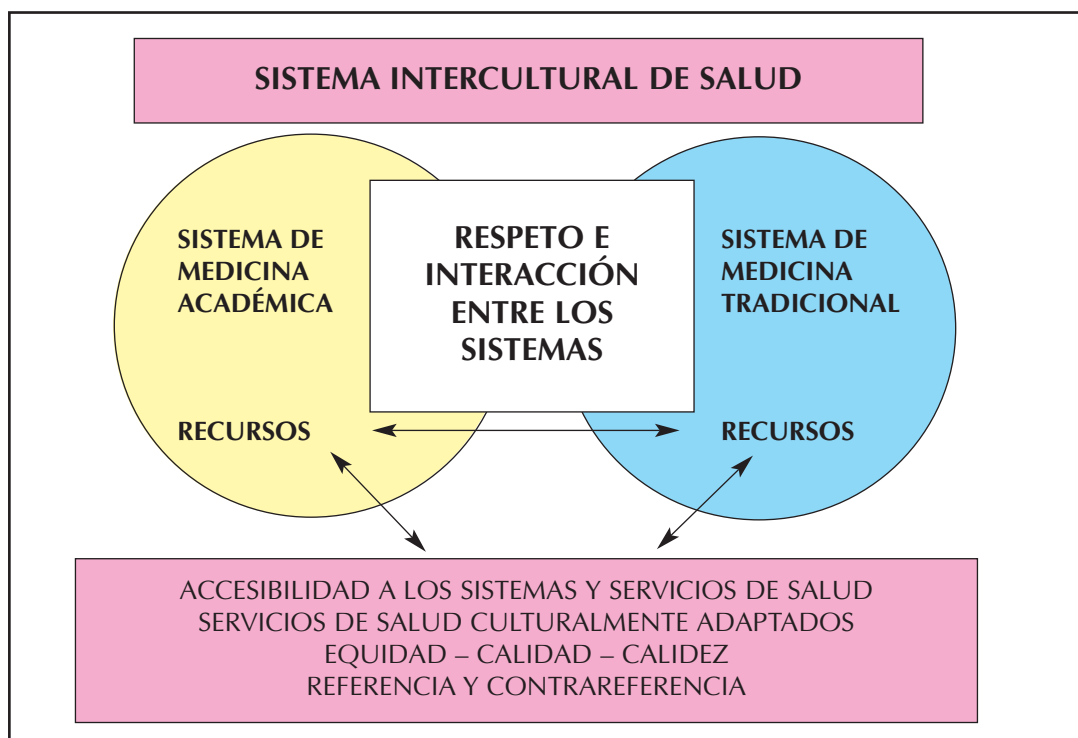
El reto de la medicina intercultural consiste, por lo tanto, en el empleo consciente e instructivo de categorías básicas como “cultura” y “etnicidad”, a favor de los pacientes necesitados. Es necesario, en consecuencia, incluir la perspectiva, los métodos y conocimientos de la antropología de manera muy

sería en todas las consideraciones acerca de la medicina intercultural, sea cual fuera el contexto en particular. Sin embargo, como el “*regreso de las culturas*” (Comelles 2004: 17) es un acontecimiento histórico, los discursos y proyectos sanitarios, que se están desarrollando actualmente en este campo, se merecen un análisis también desde una perspectiva histórica. Porque el rumbo que toman los discursos y las políticas que se llevan a cabo no son “naturales”, ni se explican por sí mismos, sino que dependen del amplio contexto político, social, cultural y económico actual. Y como en muchas otras ocasiones de la historia de la medicina mundial, las motivaciones genuinas de la medicina (por ejemplo la atención sanitaria digna y de calidad para todos los pacientes) pueden verse comprometidas y/o instrumentalizadas por fuerzas ajenas.

Frente a esta situación, el análisis diacrónico puede contribuir decisivamente al estudio de las fuerzas e influencias que determinaron la génesis de los discursos actuales. Además, la experiencia histórica aumenta la sensibilidad para las consecuencias a veces muy complejas, y hasta contradictorias, de iniciativas en el campo de la salud pública (Perdigüero et al, 2001). “¿*Por qué sabemos lo que sabemos? ¿Por qué hacemos lo que hacemos?*” – los planteamientos centrales de la perspectiva histórica sobre la medicina, expuestos por Brieger (2004: 412), pueden ser aplicadas también en el campo de la medicina intercultural: ¿Por qué pensamos lo que pensamos, por ejemplo, acerca de la relación entre “etnicidad” y atención médica? ¿Por qué pensamos lo que pensamos, también, acerca de las “medicinas tradicionales”, y el papel que pueden, o no, desenvolver dentro de sistemas de “medicina intercultural”?

El tema de la “medicina tradicional” indígena es un ejemplo tanto instructivo como relevante para analizar las diferentes dimensiones del reto de la interculturalidad en el campo de la medicina. Porque gracias al reconocimiento y apoyo casi unánime que ha recibido desde la última década del siglo pasado, es considerado hoy por muchos como piedra angular de la “medicina intercultural” en países considerados multiétnicos como el Ecuador (ver Fig.1)

Fig. 1. Sistema de Medicina Intercultural.



No obstante, el análisis detallado de los discursos oficiales de instituciones indígenas, gubernamentales y supranacionales (como la *Organización Mundial de la Salud*, OMS, y su entidad regional para la Américas, la *Organización Panamericana de Salud*, OPS) respecto a la “medicina tradicional” indígena, plantea reflexiones de carácter más bien crítico. Porque la concepción de “medicina tradicional” indígena que se puede encontrar en documentos representativos de las instituciones oficiales, no se corresponde más que parcialmente con los conocimientos, prácticas e instituciones sociales, que – por una parte – tienen importancia para la atención a enfermos en comunidades indígenas, y que – por otra – son arraigados en la “cultura indígena” en el sentido más amplio de la palabra (incluyendo normas sociales y valores, cosmología, conocimientos y modelos de pensamiento y/o percepción específicos, estructuras e instituciones sociales, etc.). La comparación crítica entre los dos ámbitos de “medicina tradicional” releva una discrepancia significativa entre la versión oficial y relativamente homogénea por un lado, y la compleja realidad empíricamente tangible al nivel de las comunidades por otra. Esta última se escapa además de la posibilidad de ser resumida en relatos de pocas páginas, e inmediatamente comprensibles para el público amplio y heterogéneo que actualmente suele tener interés en este tema.

¿Cómo es posible explicar esta discrepancia, y qué significado tiene esto para la “medicina intercultural”? ¿Cómo se puede además sostener esta hipótesis, si al mismo tiempo la “medicina tradicional” indígena, tal como suele ser descrita en los documentos como por ejemplo, de la *Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas* del Ecuador, está muy presente en la vida social y visible hasta en las mismas calles del Ecuador?

Desde una perspectiva teórica, puede constar que la visión oficial de la “medicina indígena” es a la vez imagen y realidad: como imagen es la reproducción condensada de la realidad compleja; pero a la vez, esta misma imagen se está convirtiendo en una realidad. Está creando – por ejemplo gracias al apoyo político y social de los últimos años – nuevos espacios e instituciones sociales. Para captar mejor esta ambigüedad entre “imagen” y “existencia real”, es interesante recurrir al concepto del “modelo cultural” propuesto por Geertz (1995: 53): la “medicina tradicional” indígena puede ser entendido, recurriendo a Geertz, tanto como “modelo de la realidad” como “modelo para la realidad”. Es un modelo que forma la percepción de la realidad según ciertos patrones culturales (“modelo de”), y sirve, a la vez, de patrón para la creación de la realidad (“modelo para”). Como “modelo de la realidad”, el concepto de “medicina tradicional” da significado a las observaciones muy heterogéneas y enigmáticas que se puede encontrar en las comunidades indígenas. Y como “modelo para la realidad”, influye sobre el desarrollo de nuevas estructuras y se convierte en instituciones, prácticas y conceptos. A la hora de explicar el desarrollo de la versión oficial de la “medicina tradicional” indígena volveré sobre este planteamiento.

El presente ensayo está estructurado de la siguiente manera: Voy a empezar con una exposición de la base empírica y metodológica de las reflexiones presentadas en este texto. Después procederé a la contraposición detallada de los dos ámbitos o representaciones de “medicina tradicional” indígena: primero examinaré los conocimientos e instituciones sociales relacionados con enfermedad y salud, que he podido observar en poblaciones indígenas de idioma *Kichwa* en la Amazonía del Ecuador, dedicando atención especial a los diferentes tipos de “expertos” indígenas para el cuidado de pacientes enfermos. Paso seguido resumiré la imagen oficial de “medicina tradicional” indígena, tal como se refleja en documentos y publicaciones de organismos indígenas, gubernamentales e internacionales representativos. Continuaré con el análisis histórico de la creación del patrón actual de “medicina tradicional” indígena, recurriendo a procesos culturales y políticos a nivel mundial. A modo de conclusión, expondré reflexiones acerca de la creación de servicios sanitarios culturalmente adaptados, cubriendo tanto la dimensión concreta de la práctica sanitaria, como las bases teóricas y metodológicas.

La base empírica y metodológica

La base empírica de las presentes consideraciones, consiste en las experiencias y los resultados de un trabajo médico-antropológico en comunidades indígenas de idioma *Kichwa* amazónico (*Naporu-*

na) en el Oriente del Ecuador entre 1997 y 1999 (Knipper et al, 1999; Knipper, 2003; 2005). El motivo principal de mi trabajo con los *Naporuna*, fue un estudio antropológico sobre las ideas y prácticas relacionadas con el concepto ampliamente conocido de “mal aire”, que entre los *Naporuna* suele ser asociado con enfermedades dramáticas y muchas veces mortales⁴. El trabajo se realizó en estrecha cooperación con el programa de atención primaria “SANDI YURA” de las comunidades indígenas local, que son filiales a la federación FCUNAE.

Desde una perspectiva metodológica, el trabajo de investigación fue influenciado considerablemente por mis actividades simultáneas de atención médica en las comunidades. Atendía constantemente a pacientes y colaboraba con algunas de las actividades desarrolladas por los promotores de salud de SANDI YURA. En contra de preocupaciones metodológicas previas, la doble actividad de atención médica y estudio antropológico no perjudicó el trabajo de investigación, sino que me facilitó el acceso a informaciones sustanciales y a la vez heterogéneas sobre las prácticas y concepciones médicas “no-occidentales” de la población indígena. La participación activa (pero nunca exclusiva) en la atención a personas enfermas abrió espacios de observación y comunicación, que de otra manera hubieran sido mucho más difíciles de alcanzar (Knipper 2004). Al participar, por ejemplo, en las consideraciones de familiares, compadres y vecinos de un paciente a veces desde el principio de un proceso de enfermedad, cuando el curso y los resultados de los esfuerzos de todas las personas implicadas en este caso, eran todavía desconocidos. Además, llegué a tener la oportunidad de atender a pacientes mano a mano con un *yachak*⁵ local, combinando, por ejemplo, el suero intravenoso del centro de salud con el clásico ritual de *aya waska* efectuado por el chamán que estaba sentado a mi lado⁶. De gran utilidad metodológica fue además, el análisis conjunto de la mayor parte de las entrevistas con tres promotores de salud indígenas, con el fin de elaborar una publicación local de los resultados del proyecto (Knipper et al, 1999). Estas conversaciones fueron extraordinariamente instructivas, sobre todo porque representaban un desafío constante para todas las interpretaciones desarrolladas de manera solitaria⁷.

La cultura médica indígena en la vida cotidiana

¿Cuáles son los conocimientos, prácticas e instituciones sociales de importancia para la atención a enfermos y arraigados en la “cultura indígena”, que llegué a conocer en el trabajo con los *Naporuna*? La cuestión es muy amplia, y me limitaré a descripciones básicas, consciente de que hay un sinfín de variaciones individuales alrededor de los prototipos y los esquemas presentados aquí.

Una de las instituciones sociales más interesantes, complejas y, sin duda ninguna, importantes de la cultura *naporuna* es la figura del *yachak*. La traducción literal de la palabra es „el que sabe“ (*yachana* – saber), y la bibliografía antropológica acerca de los *yachak* es muy amplia⁸. Partiendo del sentido literal de la palabra, un primer acercamiento consiste en una definición basada en la sabiduría que tiene un *yachak* acerca de la comunicación y manipulación activa de los seres y poderes del mundo no visible, lo cual realiza a través de rituales con la droga alucinógena *aya waska*. La formación para ser *yachak* consiste en largos procesos de aprendizaje con diferentes “maestros”, que muy a menudo pertenecen a distintos grupos étnicos. No obstante, los poderes y la sabiduría específica suelen ser adquiridos, de manera más o menos directa de la misma “naturaleza”: El *yachak* recibe y desarrolla las fuerzas y capacidades que le caracterizan en el contacto con los espíritus de animales y plantas, y con los seres del agua y del monte. La adquisición y el mantenimiento de la sabiduría y de los poderes de *yachak* es un proceso dinámico, que nunca llega a una situación estable. Además, la sabiduría y los poderes precisan cuidados especiales, como, por ejemplo, dietas exigentes; en caso contrario podrían perderse o salir de control, hasta tal punto que los espíritus pueden dejar de obedecer, llegando incluso a matar a personas inocentes.

El *yachak* puede hacer bien y puede hacer mal. Por sus poderes y capacidades es una persona muy ambigua, y el carácter de un *yachak* particular es tema de consideraciones constantes entre la gen-

te a su alrededor. Confianza y desconfianza le acompañan y en los últimos años se han producido casos de muerte violenta de un *yachak* por sospecha de hechizería. Los *yachak* son los únicos que saben salvar a una persona enferma por maldad. Y son los únicos que saben sacar los “dardos mágicos” del cuerpo de un enfermo, o parar el *malagri* u otro espíritu malo que anda por el monte matando. Pero al mismo tiempo, los *yachak* siempre son sospechosos de haber causado el mal: si de repente se muere un niño o un adulto joven y fuerte, todo parece indicar que hay maldades en el medio – y esto implica automáticamente a algún *yachak*.

Una de las observaciones más sorprendentes del trabajo de campo fue la discrepancia que existe entre la amplitud de conocimientos y capacidades que se solía atribuir a los *yachak* en las comunidades, y la relativamente escasa presencia de muchos de ellos en casos de enfermedad⁹. En el caso de una enfermedad aguda, cuando la primera prioridad es buscar alivio y curación para el que sufre, el papel de los *yachak* es más bien marginal. Hay otros actores, tanto locales como forasteros (personal médico) con importancia mucho mayor en la atención a personas enfermas. A ese respecto, un *yachak* famoso por sus facultades de curar, me explicó lo siguiente: él solía atender en tales situaciones de emergencias agudas sin tomar *aya waska*, limitándose a la aplicación de la fuerza de sus manos y algunas preparaciones a base de vegetales e insectos. “*El ritual de aya waska puede esperar*”, dijo. Además viene a soplar el *samay* por la coronilla del enfermo, que es la “fuerza vital” concebido – entre otras cualidades – para dar “vida” y aumentar la resistencia del enfermo (Guzmán, 1997; Knipper, 2005; Goldáraz, 2005).

Prescindiendo de la *aya waska* y basándose principalmente en la fuerza de sus manos, adquirida mediante un ritual especializado, este *yachak* hizo lo mismo que otra clase de “curanderos indígenas”, que al contrario de los *yachak*, podrían cumplir muy bien con los requisitos de una categoría “médica”: los *makiyuk*. Pero curiosamente, todos los *makiyuk* que encontré se negaron a ser llamados “curanderos”. Esta denominación, en castellano, la atribuían exclusivamente a los *yachak*. Tardé muchos meses en “descubrir” a los *makiyuk*, y hay pocas referencias bibliográficas acerca de esta clase de “expertos” tradicionales. La trampa metodológica fue la siguiente: Cuando pregunté en las comunidades por “curanderos”, nadie respondía en referencia a los *makiyuk*. Carecía de la idea y por lo tanto me faltaban simplemente las preguntas adecuadas. Gracias a experiencias casuales y expresiones que primeramente parecían ser incoherentes en las entrevistas, llegué finalmente a sospechar que existía “algo” como los *makiyuk* y a buscar preguntas mejores.

¿Qué son los *makiyuk*? Esta palabra *kichwa* indica una capacidad específica de una persona, que reside en las manos. Literalmente, la traducción sería “uno que tiene mano” (*maki* – mano). De una manera mas específica, se refiere a la posesión de una fuerza bien definida en las manos, que tiene que ser adquirida a través de un ritual más o menos exigente, de otra persona *makiyuk*, o directamente de la naturaleza. A las “fuerzas” y las facultades transmitidas se lo denomina “*paju*”, por lo cual la expresión *pajuyuk* (“uno que posee *paju*”) es ampliamente usado como un sinónimo de “*makiyuk*”¹⁰. La calidad del *paju* en particular de una persona puede ser muy diferente, y existen *paju* para casi todas las tareas necesarias para la supervivencia: Hay *paju*, por ejemplo, para criar maíz y para pescar. Y dentro de todas estas facultades tan heterogéneas que pueden ser asociadas con una fuerza adquirida en la “mano” constan, además, *paju* para atender partos y para curar a personas enfermas¹¹.

Cuando una persona cae enferma en una comunidad *naporuna*, el recurso terapéutico más importante es el *pajuyuk*. Y por experiencia se sabe cual de los compañeros de la comunidad o de la región tiene probablemente “la mano” para ayudar en un caso específico. No obstante, no se puede hablar de una clase específica de “curanderos”, porque la posesión de *paju* está muy extendida entre las personas. Sin poder expresarlo en números exactos, fue impresionante observar que la mayoría de las personas de las comunidades *naporuna* poseía *paju* y muchos de ellos para curar ciertas dolencias. Cuanto más compleja y amenazante es la enfermedad, más exigente y específico resulta el *paju*: Para curar, por ejemplo, los casos más graves de “*mal aire*”, causado por el contacto con un espíritu dañino y capaces de acabar con la vida de una persona joven y sana en poco tiempo (entre horas y días), fue considerado necesario buscar un *makiyuk* especializado y potente. Mientras en los casos benévolos, que suelen ser in-

terpretados como un “viento” más bien leve por el contacto con el alma de una persona recientemente fallecida, o de un espíritu menos agresivo, la cadena terapéutica empieza con las personas sin fuerza especializada ninguna y termina con los *pajuyuk* especializados y reconocidos por sus capacidades, en el ámbito local o regional. La facultad de curar con la fuerza de la mano no coincide necesariamente con la calidad de ser *yachak*.

No es el sitio aquí para profundizar el tema del *paju* y del itinerario terapéutico entre los *Naporuna*. Lo que es importante señalar en el contexto presente, es que no hay categorías claramente delimitadas ni entre las capacidades “medicas” y “no-médicas”, identificados con *paju*, ni entre personas especializadas en curar y otras sin capacidades médicas. Muy al contrario de la costumbre del pensamiento occidental, hay una continuidad entre los áreas de pensamiento, conocimientos y prácticas que se podría denominar “médico” y las “no-médicas”. Tampoco existen pautas claramente definidas sobre las tareas que corresponden a un *yachak* y menos aún de un *makiyuk*. Agradezco a mi compañero de trabajo en las comunidades del Napo, Santiago Santi, la advertencia a veces muy enérgicamente expresada durante el trabajo conjunto, que el afán de buscar definiciones exactas y válidas independientemente del caso concreto que se analiza y que operar, igualmente, con categorías bien delimitadas y mutuamente excluyentes, resulta poco apropiado para acercarse a los pensamientos y percepciones del mundo indígena. Por ejemplo: La interpretación de un caso de enfermedad como *mal aire* o *paju* no excluye que éste sea concebido a la vez como *susto* y *maldad*, ni la posibilidad de interpretarlo y realizar procedimientos según la medicina occidental. Cada una de estas nociones *kichwa* se refieren a diferentes dimensiones del caso concreto, y aportan tanto significado como espacios de acción que no se excluyen mutuamente.

Más que representar simplemente una etiología “cultural”, la noción *paju* simboliza la estrecha relación entre los espacios humanos y no humanos (la “naturaleza” con los seres y fuerzas invisibles) en la cosmovisión *naporuna*, con sus múltiples formas de interacción e intercambio constante. Tanto la enfermedad como la curación proceden de manera directa o indirecta de las relaciones con la “naturaleza” y entre los seres humanos (incluyendo los vivos y los muertos). No obstante, el complejo “salud y enfermedad” es solamente un aspecto de la existencia humana entre muchos. Hay otros (como el área económica y de subsistencia) igual de importantes, que también son concebidos en el mismo marco de referencia.

El significado de todos los elementos de la gama amplia de recursos terapéuticos materiales y no-materiales (conocimientos, “fuerzas”, etc.) radica en una concepción muy compleja y particular del ser humano dentro del mundo, que no puede ser descrita en pocas palabras. El uso de plantas medicinales y la capacidad de atender partos complicados, tal como los rituales de *aya waska* parten de esta base conceptual. Además, es importante subrayar que no se ha establecido aún ninguna instancia social entre los *Naporuna* con la autoridad para definir de manera general, qué facultades y conocimientos serían requeridos para que una persona pueda ser llamado *yachak* o *makiyuk*, o qué aspectos de la vida humana formarían parte del área de competencia exclusiva de una clase específica de expertos médicos “tradicionales”. Hasta ahora, las capacidades reconocidas de un *yachak* o una persona que posee la “mano” para curar (o de realizar otro oficio importante para la supervivencia), son objeto de negociaciones constantes en cada caso individual. Dentro del marco conceptual compartido que se basa en la cosmología, los valores, las costumbres y las formas de convivencia social y de economía comunes de este grupo indígena, la heterogeneidad entre los diferentes expertos indígenas es enorme. Hay un espacio amplio para diferencias individuales, que difícilmente coincide con las ideas y expectativas que tienen los forasteros y con las categorías y nociones de que ellos disponen para concebir el mundo ajeno.

Resumiendo la imagen de la cultura y medicina indígena que resultó de mi trabajo con los *Naporuna* (y que puede ser y será muy diferente de lo que se puede encontrar entre otros grupos indígenas), ésta consiste en una gran amplitud de conocimientos específicos con importancia para la atención de personas enfermas. Abarca fuerzas “metafísicas” adquiridas en rituales especializados, conocimientos de plantas medicinales y otros recursos terapéuticos materiales, tal como destrezas manuales, por ejem-

plo para la atención a mujeres en el parto. Lo que no existe es una jerarquía definida y estable entre los diferentes agentes de “medicina indígena”, ni una acumulación de conocimientos específicamente terapéuticos en la persona del *yachak*. No existe, tampoco, una nosología específica de enfermedades “culturalmente definidas” y opuesta a la nosología occidental, ni el afán de enfocar solamente sobre un aspecto entre todos los que son relevantes en el caso de enfermedad (sobre todo si es grave). Todo empeño de llegar a un diagnóstico abstracto, independiente de la persona individual afectada y siguiendo criterios “universales”, es ajeno. La situación social del individuo y de su grupo, experiencias propias de las personas implicadas y acontecimientos juzgados importantes según los valores morales compartidas por los *Naporuna* – todo eso interfiere fuertemente tanto en la interpretación de una enfermedad, como en las actuaciones que provoca. Pero nunca estos aspectos socio-culturales son vistos como simples “etiologías”, ni excluyen consideraciones serias de los aspectos biológicos y materiales. Y los “tratamientos” efectuados por *yachak*, *makiyuk* o actores indígenas, tienen su sentido solamente dentro de este marco referencial.

Las representaciones oficiales de la “medicina tradicional” indígena

Pasamos ahora a la imagen oficial de la “medicina tradicional” de poblaciones indígenas como los *Naporuna*. Examinaré principalmente documentos de dos instituciones protagonistas en los actuales procesos acerca del reconocimiento oficial y de la promoción de la “medicina tradicional” indígena al nivel nacional e internacional: la *Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas* (DNSPI) del *Ministerio de Salud Pública del Ecuador* (MSP), y la *Organización Mundial de la Salud*. Es una selección necesariamente muy reducida y en cierto modo arbitraria. No obstante, son las dos instituciones más representativas a nivel nacional e internacional, y queda a juicio del lector, compararlo con observaciones en otros contextos. Además, mi objetivo no es, ni puede ser, presentar aquí un análisis exhaustivo, sino plantear cuestiones analíticas para las reflexiones necesarias acerca de la “medicina intercultural”.

La *Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas* fue fundada por el MSP para realizar la misión encargada por el artículo 44 de la nueva Constitución, es decir, la “promoción del desarrollo de los sistemas de medicina tradicional en el Ecuador” (DNSPI 2000). Es una entidad estatal, pero se identifica explícitamente con las organizaciones indígenas del Ecuador, asociados en la CONAIE (*Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador*, DNSPI 2000: 5). Visión y misiones de la DNSPI son descritos en un folleto publicado por la misma institución (con apoyo del MSP y de la *Organización Panamericana de la Salud*) en 2000, que es la base del presente análisis.

Respecto al modelo expuesto de “medicina tradicional” indígena, la publicación de la DNSPI exhibe un panorama muy amplio de la herencia cultural de los pueblos indígenas acerca del cuidado de la salud. Las narraciones contienen descripciones tanto sobre los respectivos conocimientos, prácticas, valores y necesidades de los pueblos indígenas, como los diferentes tipos de “proveedores” de servicios sanitarios “tradicionales”. En este contexto, llama la atención la gran importancia atribuida a los “*hombres de sabiduría*”, designados también como “*hombres de medicina*” y “*sanadores acreditados por sus propias comunidades*” (DNSPI 2000: 14-15). En el caso de los indígenas *Kichwa*-hablantes, serían justamente los *yachak* que entrarían en esta categoría explícitamente “medicinal” (DNSPI 2000: 15). Mientras tanto, todas aquellas competencias de los “*hombres de sabiduría*”, que no tienen que ver con salud y enfermedad, son relegadas a un nivel de importancia menor, al igual que los “*otros terapeutas*” tradicionales (parteras, sobadores, etc.).

El elemento clave de la “medicina tradicional” indígena según el folleto de la DNSPI, es el “*sistema de salud indígena*”, que al nivel del estado Ecuatoriano comprende los “*sistemas de medicinas tradicionales*” particulares de cada grupo étnico (DNSPI, 2000: 17). Cada sistema consiste, según la definición de la DNSPI, en el conjunto de “*conocimientos, tecnologías y sanadores, fundamentados en la sabiduría ancestral*”, con “*prácticas diagnosticas, de tratamiento de las enfermedades, de promoción, prevención*

y recuperación de salud.” Los “recursos terapéuticos” se basan en “elementos vegetales, animales o minerales, y sus técnicas de curación, incluidas las ceremonias rituales, no causan daño, estimulan y aceleran reacciones bioquímicas y bioenergéticas naturales del organismos, con lo cual se alcanza el equilibrio físico, mental y espiritual” (DNSPI, 2000: 17-18).

Las narraciones son complementadas por el esquema presentado arriba (Fig. 1), que simboliza la visión de “medicina intercultural” de la DNSPI: El “sistema de medicina tradicional” como imagen de espejo del “sistema de medicina académica”. La dimensión política de este cuadro es evidente, y fácil de afirmar: Respeto mutuo y cooperación entre iguales son condiciones imprescindibles para cualquier tipo de “medicina intercultural”, tal como la transferencia de pacientes, atravesando los límites establecidos (o percibidos) entre los “sistemas”. Pero mas allá del nivel de las relaciones sociales, la “igualdad” entre los sistemas, reclamada por la DNSPI, parece tener un significado mucho más profundo. Analizando las narraciones y el esquema en conjunto, se ve que los dos “sistemas de medicina” comparten aspectos estructurales esenciales. La “medicina tradicional” indígena parece ser una mera copia de una imagen monolítica de la medicina occidental, confeccionada con una selección de elementos “indígenas”: proveedores jerárquicamente organizados (con los “hombres de medicina” en la cumbre), especializados en el tratamiento de enfermedades, con nosología y farmacopea particular. Comparte, además, el “principio de la universalidad”, ofreciendo servicios “al alcance de todos” (DNSPI 2000: 19), con lo cual se convierte en una alternativa terapéutica más para pacientes en el creciente mercado de las medicinas alternativas y complementarias.

Pasamos ahora a la Organización Mundial de Salud (OMS) y la agencia regional para las Américas, la Organización Panamericana de Salud (OPS). Son las instituciones que canalizan, en gran medida, las discusiones acerca de la “medicina tradicional” indígena al nivel internacional. El análisis se basará en una serie de documentos publicados por las dos instituciones a lo largo de los años pasados, entre ellos la “estrategia para las medicinas tradicionales 2002 - 2005”¹². Resumiendo las explicaciones y definiciones más bien homogéneas acerca de las “medicinas tradicionales” de poblaciones indígenas ofrecidas en estos documentos, es posible deducir un concepto de componentes y calidades que puede ser caracterizado por los cuatro puntos siguientes:

1. Las “medicinas tradicionales” son el conjunto de prácticas, conocimientos y creencias relacionados con el tratamiento, el diagnóstico y la prevención de enfermedad fuera de la “medicina occidental”, o, para usar la terminología de la OMS, de la “medicina alopática” (WHO 2002a:1).
2. A nivel mundial, las “medicinas tradicionales” corresponden con las “medicinas alternativas y complementarias”, ampliamente usadas en los países del “mundo desarrollado”.
3. Todo el complejo de las “medicinas alternativas y complementarias” está experimentando un proceso de crecimiento importante a nivel mundial., incluyendo las “medicinas tradicionales”.
4. La OMS y la OPS coinciden en constatar la necesidad de asegurar, “seguridad, eficacia y calidad” como condiciones básicas para la prevista extensión de las “medicinas tradicionales”, tal como mejorar el “acceso” y el “uso racional” de las mismas. Los medios propuestos y promovidos por parte de la OMS y la OPS para realizar estas metas consisten, principalmente, en la “evaluación científica” de todo tipo de tratamiento de medicina “tradicional”, “alternativa” y “complementaria”, y el reconocimiento oficial de los proveedores, dentro de políticas explícitas de los países para el desarrollo y la promoción de las “medicinas tradicionales”

La imagen actualmente promovida por OMS/OPS coincide, en gran medida, con el modelo expuesto por la DNSPI. El único área de diferencias substanciales se da en relación a la calidad de los “tratamientos”: mientras la DNSPI afirma de manera rotunda la ausencia de cualquier tipo de efectos nocivos o secundarios, la OMS y la OPS expresan preocupaciones serias acerca de la “seguridad” y “efectividad” de las mismas, abogando por una evaluación rigurosa, y basada estrictamente en las metodo-

logías y estándares científicos de las ciencias naturales. No obstante, la institución indígena, tal como las entidades sanitarias globales señalan, de manera implícita la una (DNSPI), y explícita la otra (OMS/OPS), coinciden en la consideración fundamental de que las “medicinas tradicionales” indígenas pertenecen al gran grupo de las “medicinas alternativas y complementarias” (MAC) a nivel mundial. Pero pese a la gran popularidad que tiene esta afirmación actualmente en los contextos más diversos, no presenta una evidencia “natural”. Aunque tanto la Constitución Política del Ecuador (Art. 84,12) como los médicos, antropólogos y los mismos proveedores lo constatan con la mayor naturalidad, es un hecho que exige explicación. Además, las políticas propuestas o desarrolladas para la promoción de “medicinas tradicionales” en el seno de las MAC no contribuyen *necesariamente* al desarrollo de un tipo de “medicina intercultural” propicio para aliviar los problemas sanitarios de amplias partes de las poblaciones indígenas.

La “medicina tradicional” indígena y los vaivenes de la historia

La interpretación de las “medicinas tradicionales indígenas” como parte del gran grupo de las “medicinas alternativas y complementarias” (MAC) es un hecho reciente. Resulta, evidentemente, del proceso global de emancipación e institucionalización de las medicinas “no-biomédicas” desde los años 1970, que condujo a la definición de esta categoría colectiva nueva (“MAC”), que tiene como único criterio compartido la oposición – real o retórica – frente a la “medicina occidental” o “biomedicina”. Recién durante la década de los años noventa del pasado siglo, el área de los “MAC” se fue institucionalizando, por ejemplo, en EEUU, y poco después empieza ser utilizado como marco de referencia global en el seno de la OMS/OPS para las “medicinas tradicionales” de procedencia indígena¹³.

Sin embargo, la mera existencia de medicinas y artes de curar al lado (o en la sombra) de la “medicina occidental” no es un hecho nuevo, sino un fenómeno que se conoce tanto en Europa como en otros continentes en todas las épocas. Y la historia del “pluralismo médico” siempre ha sido marcada por los cambios y evoluciones particulares en el contexto social, cultural, económico y político¹⁴. El desarrollo de la nueva categoría colectiva “MAC” es, por lo tanto, nada más que una etapa nueva en la larga y tortuosa historia del pluralismo médico a nivel global.

Respecto a la situación de la “medicina tradicional” indígena y los retos de la “medicina intercultural”, la situación actual provoca una serie de cuestiones interesantes: ¿A qué se debe, primero, el presente auge de las “medicinas alternativas y complementarias”? ¿A qué se debe, además, la gran aceptación de la “medicina indígena” como elemento de las “MAC”? ¿Qué ha sucedido para que conocimientos y prácticas que hasta hace poco fueron despreciados por grandes partes de la sociedad no-indígena se convirtiesen en objeto de interés público y dignos de reconocimiento constitucional? La dinámica de este desarrollo es compleja, pero hay evidencia para suponer que obedece sobre todo a racionalidades, percepciones e intereses de las sociedades no-indígenas. Considerando, finalmente, la gran discrepancia entre la cultura médica de una comunidad indígena como los *Naporuna* por un lado, y las representaciones más bien homogéneas de la “medicina tradicional” indígena en el ámbito oficial por el otro, su posición en el concierto de los MAC es seriamente cuestionado. A pesar de que la situación descrita brevemente para los *Naporuna* no sea representativa para otros grupos indígenas, este ejemplo indica que la heterogeneidad acerca de los conocimientos, prácticas e instituciones sociales relacionados con salud y enfermedad en comunidades nativas es mucho más amplio que el corsé preconcebido en el marco de las MAC. ¿Dónde está el espacio para la diversidad cultural, más allá de lo superficial, en lo que se refiere a concepciones de vida, salud y enfermedad realmente diferentes? ¿Qué tienen, además, en común los conocimientos y prácticas de un *yachak* de la cuenca amazónica, con la homeopatía (sistema elaborado de curación procedente de Alemania a finales del siglo XVIII/inicios del siglo XIX) o la “medicina tradicional china”?

Sin embargo, en el seno de las “MAC”, la existencia de “medicinas tradicionales” de identidad indígena ha ganado una plausibilidad antes desconocida en el mundo no-indígena. El apogeo de las

“medicinas naturales”, de Ayurveda y Acupuntura en el mercado médico global, ha inducido una reevaluación también de las tradiciones médicas de poblaciones nativas en América Latina. Simultáneamente, el éxito de los movimientos indígenas a nivel internacional ha impulsado este proceso, porque ha cambiado considerablemente el contexto político. La emancipación de las poblaciones indígenas ha progresado fuertemente durante los años noventa del pasado siglo, culminando este proceso en la Constitución Política de 1998. El estado Ecuatoriano se declaró “pluricultural y multiétnico” (Artículo 1), y concedió una serie de derechos colectivos a las comunidades indígenas y afro-americanas, incluyendo la ejecución y el desarrollo de la “medicina tradicional”. Tanto a nivel nacional como en el seno de la OMS y OPS, los discursos acerca de las “medicinas tradicionales” fueron impregnados fuertemente por referencias tanto explícitas e implícitas hacia la lucha política y el fin de la opresión de las poblaciones indígenas. Documentos de la DNSPI (2002: 5) y de la OPS (PAHO 1997: 1), por ejemplo, indican de manera muy determinada que la atención actual para la “medicina tradicional” indígena y los esfuerzos para su desarrollo y promoción, se deben a los éxitos de los movimientos indígenas. Pero independientemente de los avances, que sin duda ninguna se pueden constatar a nivel político, social y especialmente legal, el gran apoyo que de repente recibe la “medicina tradicional” no tiene por qué conducir necesariamente a mejorar la situación sanitaria de las poblaciones indígenas. Sujeto a los vaivenes de la historia, el desarrollo parece tomar un rumbo distinto de lo que se podría esperar.

La creación de las “medicinas tradicionales” contemporáneas

Hay que mirar a la historia para entender los discursos actuales acerca de las “medicinas tradicionales” indígenas, y para poder sacar conclusiones que ayuden a desarrollar respuestas a los retos de la “medicina intercultural”. Como la misma OMS ha sido una de las instituciones más importantes en definir las estrategias de salud en los países en vías de desarrollo a nivel mundial (incluyendo las “medicinas tradicionales”), es útil tomar los discursos y las políticas de la OMS como hilo conductor para el análisis histórico de los procesos que desembocaron en la *creación* de lo que hoy encontramos como “medicina tradicional” indígena en el seno de las “MAC”. Además, es preciso echar un vistazo breve pero instructivo al desarrollo de la “medicina tradicional china” en el siglo XX. Puede parecer muy exótico en este contexto, pero la comparación transcontinental ayuda a aclarar rasgos fundamentales del desarrollo actual de la “medicina tradicional” indígena promovida por entidades sanitarias nacionales e internacionales.

Fue en los años 1970, cuando en el contexto del desarrollo de la “Atención Primaria de Salud” (APS), la dedicación de gremios y expertos en el seno de la OMS con la “medicina tradicional” de los pueblos indígenas empezó a cobrar fuerza. Punto de partida fue – para resumir brevemente lo que ya es bien conocido – el diagnóstico de la imposibilidad de cubrir las necesidades sanitarias de la población mundial con servicios médicos al estilo “occidental”: La crisis económica al inicio de los años 1970 (“crisis del petróleo”) había acabado con el optimismo de los años anteriores acerca del desarrollo económico mundial futuro (y de los países del sur en particular). Ya no parecía ser una perspectiva realista que se pudiese disponer de los medios necesarios para la extensión de la “medicina occidental” hacia las poblaciones remotas de, por ejemplo, los Andes y la Amazonía. Había, además, una creciente crítica en los países industrializados acerca de los “límites del crecimiento”, tanto en el sentido económico como ecológico. En esta situación, conocimientos y expertos indígenas fueron “descubiertos” como “recursos locales”; posibles de emplear para la atención médica en sus comunidades¹⁵.

Desde un principio, el tema que mayor atención atrajo fue el uso de plantas medicinales, siendo eso probablemente el campo en el cual los conocimientos indígenas encajasen de la manera más fácil con las costumbres, criterios y tecnologías occidentales, porque la botánica y el interés en plantas medicinales tienen una tradición realmente “milenaria” en la historia de la “medicina académica”. La investigación de plantas medicinales tenía, por lo tanto, un carácter muy familiar para los médicos y cientí-

ficos que trabajaban en comunidades indígenas. Lejos de la necesidad de considerar el complejo significado cultural de las plantas usadas por los actores indígenas, fue posible desplegar una gama amplia de actividades según la tradición “occidental”, confundiendo probablemente las plantas en las manos de un “curandero” indígena con una envoltura de principios activos detectables en el laboratorio. Independientemente de la gran utilidad de estas investigaciones para los estudios etnofarmacológicos y de fitoterapia para pacientes en todo el mundo, hay que constatar que el contexto epistemológico procede de la tradición occidental y no refleja, más que de una manera superficial, el trasfondo cultural indígena.

Otro factor importante que determinaba el contexto sociocultural de las políticas de la OMS frente a las “medicinas tradicionales” indígenas fue el crecimiento simultáneo de atención en las sociedades occidentales por el pluralismo médico en países asiáticos. Al paso de las reflexiones acerca de los límites del progreso tecnológico en general, y de las limitaciones de la “medicina occidental” basada exclusivamente en las ciencias naturales en particular, crecía el interés en las “medicinas” de otros continentes y de culturas exóticas¹⁶. La aparente pluralidad de “sistemas de medicina” fuera del ambiente “occidental” llamó la atención tanto de científicos, políticos, terapeutas y pacientes, y se inició una fase de contribuciones seminales sobre todo en el campo de la antropología médica¹⁷. Una de las innovaciones teóricas más influyentes resultó ser el concepto de “sistema (cultural) de medicina”, categoría clave para la descripción y el análisis del “pluralismo médico” tanto en el contexto asiático como, paso siguiente, a nivel mundial.

Sin embargo, lo que inicialmente fue desarrollado como categoría analítica, basándose en teorías antropológicas de sus tiempos, adquirió vida propia. La supuesta existencia universal de “sistemas de medicina” culturales llegó a convertirse en el “paradigma” para la percepción de los recursos médicos de los pueblos y “culturas” no-occidentales a nivel mundial. Retomando el concepto teórico de Geertz (1995: 52), mencionado al inicio del presente ensayo, se había convertido en “modelo de la realidad”, para dar sentido a las percepciones muy heterogéneas y difícilmente de entender para observadores forasteros en comunidades indígenas. Además, la experiencia China de la convivencia aparentemente muy exitosa de la “medicina tradicional” con la “occidental” aportó evidencia real que apoyaba esta percepción. El pluralismo médico formalmente establecido en China fue considerado, por ejemplo, como el “*ejemplo brillante*” por oficiales y técnicos de la OMS dedicados al tema de las medicinas tradicionales en los años 1970 (WHO 1978b). Pero mientras los creadores de esta innovación teórica se despidieron, con el paso de los tiempos, de esta concepción, porque llegaron a constatar que “*un sistema esencial de medicina no existiera*” (Kleinman, 1995:23), y que este concepto se hubiese demostrado ser demasiado “*rígido*” para el empleo transcultural, en su función de “símbolo cultural” llegó a desplegar también la segunda dimensión de su función cultural definida por Geertz: La noción de “sistema de medicina” se convirtió en “modelo para la realidad”, y llegó a servir de patrón principal para la creación de políticas, estructuras y espacios sociales nuevos. Tanto las políticas actuales de la OMS como el modelo de “medicina tradicional” indígena expuesto por la DNSPI se basan principalmente en este modelo.

Merece la pena echar un vistazo a la situación del sistema médico plural de la China, y más especialmente, a los elementos “tradicionales” del mismo. Por esas razones, me permito una breve digresión transcontinental hacia la China, empezando en los años alrededores de la fundación de la República Popular en 1949. Hay que ir tan lejos, porque fue el contexto político de la “unificación nacional”, encabezado por el movimiento maoísta después de décadas de guerras internas y externas, que influyó de manera decisiva sobre la creación de la “medicina china tradicional” que hoy conocemos, incluyendo un cambio radical en la evaluación de las “tradiciones ancestrales” por la clase política china. Cuenta la historia que la China al inicio del siglo XX fue dominada por un desprecio fuerte hacia la cultura y la herencia histórica nacional, anhelando el progreso tecnológico procedente de Occidente (Unschuld, 2003; Ots, 1999). En el campo sanitario, todos los corrientes políticas coincidían en su preferencia por la medicina “moderna” y en el desprecio simultáneo de la “medicina tradicional”¹⁸. No obstante, poco después de crear la República Popular, la “medicina tradicional” fue redescubierta como “símbolo nacional”: por razones de política interna, el gobierno maoísta cambió su política anterior e inició una

“promoción” de la “medicina tradicional”, como complemento de la “occidental” que hasta hoy representa el sistema dominante. Los medios para tal “promoción” fueron la recolección y evaluación sistemática de los conocimientos y prácticas tradicionales según criterios científicos, y su “limpieza” de elementos considerados “irracionales”. El resultado fue, que la “medicina china” que antes consistía de un cuerpo muy heterogéneo y diverso de conocimientos y prácticas acerca del cuidado y la restauración de la salud, se convirtió en una selección particular de ciertos aspectos, considerados compatibles con los criterios impuestos por el gobierno¹⁹. Llama la atención, además, que entre los autores principales de la sistematización y del “desarrollo” de la “medicina tradicional china” había un gran protagonismo de extranjeros, europeos y norteamericanos (Unschuld, 2003; Taylor, 2004). El sinólogo e historiador P. Unschuld llega a resumir, que la “medicina tradicional china” de hoy es una selección de fragmentos de la tradición china, según el gusto de consumidores occidentales.

En la historia reciente de las “medicinas tradicionales” de identificación “étnica” en Ecuador y otros países Latinoamericanos, se están repitiendo rasgos fundamentales del caso chino. Con la “promoción” política de instituciones tan variadas como organizaciones indígenas, e internacionales por un lado, y la fuerte demanda por “medicinas alternativas” de todo tipo por el otro, se está convirtiendo en realidad una versión muy particular de “medicina tradicional” indígena. Siempre había curanderos indígenas dedicados a la atención casi exclusivamente de enfermos. Y es conocido que siempre fueron consultados también por las clases no-indígenas, aunque sea de manera clandestina. Pero el desarrollo que se puede observar en la actualidad tiene dimensiones anteriormente desconocidas. Nos encontramos ante un proceso de institucionalización sistemática de un sistema de “medicina alternativa” nuevo, muy parecido al ejemplo de la “medicina tradicional china” en la segunda mitad del siglo pasado. La meta parece ser introducirla en el mercado mundial de “MAC”, mejorando – tal como lo propone la estrategia de la OMS – el “acceso” de pacientes potenciales y asegurando la “seguridad, eficacia y calidad” de los tratamientos, tal como el “uso racional” de los recursos “tradicionales”.

Para los “sanadores” y “hombres de medicina” de los diferentes grupos indígenas, este proceso abre perspectivas profesionales interesantes. Pero considerando la situación sanitaria de poblaciones indígenas y rurales, por ejemplo de la Amazonía ecuatoriana, se impone una preocupación grave: El acercamiento de la “medicina tradicional” indígena hacia el mercado global de las “medicinas complementarias y alternativas” puede llevar consigo un alejamiento simultáneo de la realidad cultural y sanitaria de las comunidades. Además, someterlo a la evaluación y el proceso de selección previsto implícitamente en las políticas tanto de la OMS como de la DNSPI, significaría una conversión sustancial según los criterios y la “racionalidad” de la sociedad occidental. Dentro del grupo grande de las “medicinas alternativas y complementarias” de promoción oficial, el espacio para la diversidad se reduce, y la riqueza de prácticas, conocimientos e instituciones sociales se empobrece. No obstante, estudios antropológicos acerca de los procesos de cambio socio-cultural en el contexto de la globalización, han demostrado que la “isomorfización” (DiMaggio/Powell, 1983), es decir, procesos que llevan a una armonización estructural y la imposición de patrones culturales muy semejantes a nivel mundial, no suelen ser unidireccionales y no siguen un camino teleológico, con la meta claramente definida²⁰. Sino, provocan respuestas muy heterogéneas en los distintos contextos locales (“heteromorfización”, según Wimmer, 2002). El destino de estos desarrollos, por lo tanto, es abierto. Es cuestión de *formar* activamente estos procesos, según criterios y, en el mejor de los casos, valores explícitamente definidos. Hemos regresado a los retos de la “medicina intercultural”.

Conclusiones: los retos de la “medicina intercultural”

Responder a la diversidad cultural en el campo de la medicina es, sin duda, una tarea difícil y exigente. Exige la inclusión seria de planteamientos teóricos y metodológicos, que por muchos son percibidos como ajenos a la medicina. Además, la dura realidad en las regiones rurales o urbano-marginales, por ejemplo del Ecuador, hace que reivindicaciones acerca de una adaptación cultural de los servicios y programas sanitarios pueden fácilmente ser descalificadas como “ilusiones románticas”. No obs-

tante, para minorías étnicas, poblaciones de regiones marginadas o inmigrantes – entre otros – en todo el mundo, el reconocimiento serio y diferenciado de las dimensiones socio-culturales en el campo de la medicina es una cuestión fundamental. Porque al fin y al cabo, aquí se decide si tienen o no acceso a recursos médicos de calidad.

Sería una situación poco alentadora, si no dispusiéramos de ciertos puntos de orientación superiores, capaces de guiar los razonamientos y esfuerzos también en el campo de la “medicina intercultural”. Es el caso de los valores que dan sentido a la medicina, y que deberían de justificar cualquier tipo de actividad en el campo de la atención sanitaria. En situaciones tan complejas, donde interfieren aspectos, intereses y fuerzas de carácter político, social y económico, la reflexión sosegada acerca de los valores implicados es la mejor ayuda a la hora de tomar decisiones – por ejemplo entre las diferentes opciones para el desarrollo de sistemas de atención médica “interculturales”. La reflexión ética ayuda a aclarar y definir de manera explícita, por ejemplo la jerarquía de los valores subyacentes de las motivaciones, intereses y resultados previstos de las actividades emprendidas, que a primera vista parecen ser iguales de importantes o, en otro caso, más bien invisibles.

Tomando en cuenta que la cuestión “cultural” tiene, tal como suele ser enfocado actualmente a nivel global, el mayor impacto sobre las poblaciones más vulnerables (minorías étnicas, inmigrantes), es justificado recordar que el objetivo primordial del trabajo médico (y responsabilidad de cada uno implicado en ello) es el *bien del paciente individual*, independientemente de clase social y origen étnico²¹. Considerando además, que la atención médica digna y de calidad es parte de los derechos humanos inalienables de todo ser humano, el reconocimiento serio de los aspectos culturales resulta ser condición imprescindible para la medicina contemporánea; gana, desde este punto de vista, calidad moral, porque en el caso contrario, las necesidades médicas de grandes partes de las poblaciones más vulnerables, no podrán ser satisfechas²². Más que una respuesta oportunista al espíritu político de la época, la “medicina intercultural” es un desafío que resulta de los compromisos éticos fundamentales de la medicina.

Partiendo de la consideración de los valores implicados, la historia de las “medicinas tradicionales” en el campo de la “medicina intercultural” provoca reflexiones como las siguientes:

- ¿Quiénes son los grupos sociales que al final sacan provecho de iniciativas para la promoción de “sistemas de medicina tradicionales”, tal como lo proponen, por ejemplo, la DNSPI o de la OMS?
- ¿Quién decide los criterios para la “selección” y “evaluación científica” de conocimientos y prácticas relacionadas con el cuidado de la salud en grupos indígenas?
- ¿Cuáles son los aspectos concretos de la “cultura” y de las condiciones de vida de la población indígena, que son tomados en cuenta?
- ¿Cuáles son los dispositivos metodológicos que se emplea para determinar y evaluar los aspectos “culturales” en el campo de la medicina y la atención sanitaria?

En relación a la primera pregunta, es posible constatar que la institucionalización y el desarrollo de las “medicinas tradicionales” indígenas en el seno de las “medicinas alternativas y complementarias” es un desarrollo muy positivo, evidentemente, para los curanderos indígenas, *yachak* o sanadores que participan en estos proyectos. Además, amplía el espectro de terapias accesibles para los pacientes que lo desean, y que son capaces de pagarlo. Si de esta manera se puede contribuir a la autogestión de centros de salud que brindan atención culturalmente adaptada (hablando, por ejemplo, el idioma indígena) a poblaciones indígenas, eso es una cosa muy positiva. La oferta de, por ejemplo, tratamientos “anti-estres” para turistas (incluyendo “sauna medicina”, aromaterapia, masajes etc.), tal como lo anuncia un folleto publicitario en idioma alemán del centro de salud intercultural “*Jambi Huasi*” en Otavalo, en el norte del Ecuador, puede generar ingresos importantes²³. Otra pregunta es, si iniciativas de este carácter son capaces de mejorar directamente la situación sanitaria de pacientes indígenas, y sobre todo el acceso a una atención médica de calidad.

¿Qué papel tiene la “medicina tradicional” para la atención médica de poblaciones indígenas? Esta pregunta implica de manera condensada las cuatro reflexiones mencionados arriba, y los convierte en cuestiones muy concretas: ¿Qué papel corresponde al estado y agencias nacionales, no-gubernamentales e internacionales en este campo? ¿Qué iniciativas contribuyen, además, de manera real al mantenimiento del pluralismo médico y a la accesibilidad de recursos médicos de calidad tanto del ámbito occidental como “tradicional”? Antes de iniciar proyectos de promoción de medicina tradicional sería necesario, averiguar estos puntos en cada situación local o regional, incluyendo consideraciones serias de las prioridades reales de las poblaciones. Sin poder profundizar aquí el tema de los requerimientos metodológicos, me parece digno señalar aunque sea de manera breve, lo que me parecen ser las dos condiciones básicas para obtener resultados válidos en tales empresas: (i) tiempo suficiente y (ii) planteamientos metodológicos inductivos, basados en procedimientos cualitativos, y tomando en serio el potencial epistemológico que tienen²⁴. Más allá de llenar rápidamente los claros en un cuestionario de preguntas detalladas, estudios cualitativos seriamente realizados son capaces de aportar visiones distintas de lo esperado y contestar las premisas y conceptos preconcebidos por los autores forasteros. Además, ayudan a identificar a los “amigos engañosos” (expresión conocida en las ciencias lingüísticas), que suelen poner trabas también en la comunicación intercultural: Entre los lingüistas, se conoce como “amigos engañosos” (“*false friend*”) una pareja de palabras en dos idiomas diferentes, que se parecen ó por letra ó expresión²⁵. Sobre todo al alumno que estudia un idioma extranjero, tales parejas de palabras aparentemente idénticos pueden dar la impresión equivocada de comprender una expresión en el idioma extranjero. Pero apariencia y significado no coinciden, y resultan malentendidos a veces difíciles de detectar. Los “amigos engañosos” en el campo de la “medicina intercultural” son, por ejemplo, categorías como “sistema cultural de medicina”, “curandero especializado en el tratamiento de enfermedades”, “tratamiento tradicional” o “nosología cultural”, supuestamente igual de “universales” como la presencia de enfermedades y conocimientos terapéuticos entre los seres humanos. Sin embargo, la categoría “médica” es de procedencia occidental, y entre los *Naporuna* por ejemplo, ni los *yachak* ni los *makiyuk* entran en tales cajones²⁶.

Tomando en serio las prioridades y juicios de las poblaciones destinatarias, siempre es posible que los resultados de tales estudios conlleven sorpresas y sean distintos de lo esperado. Una experiencia interesante proporciona, por ejemplo, van der Geest (1997) al revisar la situación en países Africanos: la prioridad de la población consistía en que los autores de fuera se dediquen a crear y mantener servicios básicos de atención sanitaria occidental de calidad, donde se les trate con respeto y sin despreciar sus concepciones y costumbres tradicionales. Sin embargo, la promoción de la “medicina tradicional” por parte de instituciones de fuera era percibido como de menor importancia. También mirando hacia la situación en la Sierra o el Oriente Ecuatoriano, es preciso preguntar ¿para qué promover, “desarrollar” e institucionalizar la “medicina tradicional” en las comunidades indígenas, si allí ha sobrevivido y se ha desarrollado por siglos sin ayuda y promoción ajena? ¿Hay actualmente peligros para la “medicina tradicional” que se puedan contener con su promoción oficial, más allá de abolir las leyes que la suprimían hasta hace poco?

Partiendo de la premisa de que la “cultura médica” indígena es parte inalienable de los demás aspectos de la vida social, cultural y económica de las comunidades, los mayores “peligros” actuales serían aquellos que amenazan la vida digna y sana de las poblaciones indígenas (y rurales tanto como urbano-marginales en general). En la Amazonía, la amenaza más fuerte consiste, sin duda, en los cambios muy radicales en el contexto ecológico, económico y social (Kimerling, 1993; San Sebastián/Hurtig, 2005). Pero ¿será posible contrastar el impacto de la pérdida de tierras, de la destrucción ambiental y de los cambios socio-económicos acelerados con cursillos de “terapias tradicionales”, jardines de plantas medicinales y la instalación de casas de curanderos? Incluyendo, además, el contexto político, ¿será posible excluir rotundamente la posibilidad de que según la lógica de instituciones gubernamentales, resultaría más fácil crear instituciones de “medicina tradicional”, que garantizar los derechos constitucionales colectivos de poblaciones indígenas por ejemplo acerca de la posesión de tierras comunitarias y un ambiente ecológico sano? Tanto la tierra como el ecosistema son condiciones imprescindibles para

que pueda vivir la cultura indígena, y para que pueda adaptarse de una manera sosegada a los cambios actuales en el contexto económico y social.

¿Cómo se puede responder a la diversidad cultural entre los seres humanos en el campo de la medicina y de la atención sanitaria? Este ensayo no ha sido capaz de responder de manera decisiva la pregunta inicial, sino ha planteado nada más que una serie casi interminable de cuestiones. Sin embargo, la generación continua de preguntas me parece condición imprescindible para afrontar el reto de la medicina intercultural.

En un contexto un poco diferente, Farmer (2005) propone tomar las adversidades sociales, económicas y estructurales, que muy a menudo parecen impedir la atención médica digna y eficaz a pacientes en las zonas más desfavorecidas, para *iniciar* las consideraciones (en lugar de terminarlo por la aparente imposibilidad de hacer algo...). De la misma manera, me parece útil concebir el tema de la “diversidad cultural” como el *inicio* de las consideraciones, y no para terminarlo. La categoría “cultura” debería de ser *pregunta* más bien que respuesta, por el significado muy heterogéneo y dinámico que tiene, y el sinfín de posibilidades diferentes para entender y usarlo – tanto a favor y como en contra de las personas y los pacientes por ejemplo indígenas. De otra manera, se agota muy fácilmente en estereotipos o clichés que detienen la reflexión y la comunicación intercultural, en lugar de impulsarlas.

El reto de la “interculturalidad” no se alcanzará de un paso ni con medidas unidimensionales. Es más bien necesario, abrir los espacios de la atención sanitaria para la vida real de las personas y poblaciones destinatarias. Pensando en medidas concretas, algunas serán más exigentes que otras. Pero con el simple reconocimiento serio de la dimensión cultural como esencial para todo ser humano (independiente de la identificación étnica), y desafío para el trabajo médico cotidiano, se abrirá un panorama amplio de medidas para hacer la medicina más humana, y aumentar la satisfacción tanto de pacientes como del personal sanitario: ¿Por qué no abrir el hospital para los familiares, y, si lo desean el paciente o sus relativos, para el *yachak*, el *makiyuk* u otra persona de ámbito “tradicional”, a pesar de que el personal médico probablemente no pueda explicarse la función social o curativa que tiene? ¿Por qué no hablar con los pacientes en su idioma tradicional indígena? ¿Por qué no brindar en el hospital comida que el paciente o sus familiares perciben adecuados, preguntar por sus prioridades (alimenticias, terapéuticas y sociales) y negociar entre iguales cuando hay opiniones divergentes? ¿Por qué no permitir, en el mismo hospital, rituales como el soplo con humo de tabaco para infundir *samay*, o la ceremonia de la *aya waska* si el paciente lo precisa? La lista de las posibles preguntas es interminable y propuestas de este tipo pueden ser (serán) considerados por muchos como “exageraciones”. No obstante, si la meta es brindar atención digna y de calidad para todos los pacientes, es necesario dinamizar tanto las mentes como las estructuras. Pero mientras en el campo de la medicina la categoría “cultura” no deje de ser percibido como algo exótico, apto para excluirlo, por ejemplo, en “sistemas” e instituciones paralelas a la “medicina académica”, queda mucho por hacer.

Notas

- 1 Este ensayo es una versión ampliada y revisada de una ponencia en el X. Congreso de Antropología de la FAAEE, Sevilla 2005 (vea: Pujadas / Dietz 2005, pp. 155-171) Los trabajos de investigación en Ecuador fueron posibles gracias a una beca del Servicio Alemán de Intercambio Académico (*Deutscher Akademischer Austauschdienst*, DAAD, 1997) y recientemente por parte de la Fundación Científica Alemana (*Deutsche Forschungsgemeinschaft* DFG/444 ECU-111/1/05, 2005). Agradezco el apoyo y la paciencia del editor de este volumen, Prof. Gerardo Fernández Juárez, e igualmente al Prof. Juan Antonio Flores Martos, ambos de la Universidad de Castilla-La Mancha. Grande ha sido, además, la ayuda de Celia Moliz Garrido con la revisión lingüística del manuscrito. En Ecuador, debo agradecimientos profundos al Prof. Antonio Crespo, Director del Museo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella” en Quito, por su apoyo, orientaciones continuas, el contacto con sus alumnos en la Pontificia Universidad Católica, y sobre todo por su amistad incondicional. Además, debo la más profunda gratitud a toda la gente en las comunidades indígenas de la cuenca del bajo río Napo ecuatoriano, especialmente a los comuneros de El Edén y a los promotores de salud *Naporuna* de la *Asociación Sindi Yura*. En el contexto de este trabajo, he disfrutado además de las experiencias, el juicio y la amistad de la Dra. Rosa Alvarado, Tena.

- 2 Vea, por ejemplo, PAHO (1997), Global Health Watch (2005), Montenegro/Stephens (2006).
- 3 WHO (2002a, 2002b, 2003), PAHO (1999), Mideros et al. (2002), Micolli (2000). La Constitución Política del Ecuador de 1998, Art. 84,12 dice: “*El Estado reconocerá y garantizará a los pueblos indígenas, de conformidad con esta Constitución y la ley, el respeto al orden público y a los derechos humanos, los siguientes derechos colectivos: (...) A sus sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho a la protección de los lugares rituales y sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital desde el punto de vista de aquella*”. <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Ecuador/ecuador98.html>.
- 4 La bibliografía que hace referencia a “aire”, “viento” o “mal aire” como concepto relacionado con enfermedad es muy abundante, con ejemplos tanto en la península española como de varios países de Centro- y Sudamérica.
- 5 La palabra *yachak* se deriva de *yachana* – saber. Los *yachak* son, por lo tanto, las “personas que saben” en un sentido muy amplio de la palabra. Más específicamente, se refiere a la sabiduría necesaria para ponerse en contacto, para comunicarse con los seres del mundo invisible (“espíritus”) a través de rituales efectuados con la droga alucinógena *aya waska*, ejercer influencia sobre ellos y utilizarlos como fuente de sabiduría y conocimientos especiales (Whitten, 1987; Oberem, 1980; Uzendoski, 2000).
- 6 Vea la descripción e interpretación de un caso específico en Knipper (2005) .
- 7 Agradezco la colaboración y paciencia de Mauricio Narváez, Galo Mamallacta, Clemente Quindihua (qué además contribuyó con ilustraciones hermosas) y Santiago Santi.
- 8 Acerca de los *yachak* ver, por ejemplo, Estrella (1978), Goldaráz (2005), Iglesias (1989), Kohn (1992), Muratorio (1998), Peñaherrera de Costales y Costales (1969), Oberem (1980), Schweitzer de Palacios/Wörrle (2003), Uzendoski (2000), Whitten (1997), Wörrle (2002).
- 9 Resultados semejantes arroja el análisis comparativo de la bibliografía dedicada a indígenas de lengua *Kichwa* en el Oriente del Ecuador: Hay diferencias considerables en la interpretación mas bien “médica” en trabajos partiendo de planteamientos explícitamente “médicos” (por ejemplo Iglesias 1989; Kohn 1992) y otros de orientación antropológica general (Oberem 1980; Whitten 1987) o, en el caso de Guzmán (1997), de la perspectiva de género. Vea también las consideraciones de Reynolds Whyte (1989) acerca del cambio de la perspectiva antropológica desde una perspectiva “religiosa a médica”: Lo que antes (de los 1970/80) fue interpretado en términos de “religión”, llegó a ser interpretado en tiempos más recientes como parte del ámbito “médico” de la cultura indígena. La adjudicación de observación al marco referencial “religioso” o “médico” no es una cuestión “natural” (vea también Pool 1994).
- 10 Acerca de los “*makiyuk*”, la bibliografía es más bien escasa, ver, por ejemplo: Iglesias (1989: 111), Peñaherrera de Costales y Costales (1969: 141), Knipper et al. (1999).
- 11 Iglesias (1989:76-78) concibe *paju* como categoría de enfermedades de carácter “semi-sobrenatural”, y ofrece una lista amplia de *paju* diferentes, identificado cada uno como “enfermedad” definida (p. 190-191).
- 12 Documentos empleados: WHO (2002b, 2002b, 2003), PAHO (1999, 2003).
- 13 Vea, por ejemplo, Bates (2000) y Baer (2002). En el ámbito de OMS y OPS, la concepción de “medicinas tradicionales” indígenas en el ámbito de las “MAC” empieza en los primeros años del siglo XIX (WHO 2002a, 2002b). Es instructivo comparar, por ejemplo, dos documentos de la OPS de 1999 el uno y 2002 el otro (PAHO 1999, 2002): Mientras en el primero, la adjudicación de la “medicina tradicional” con “terapias alternativas” es todavía esporádico y con referencias muy heterogéneas, en 2002 la categoría “medicinas alternativas y complementarias” consta como marco de referencia explícito.
- 14 Ver, por ejemplo, el trabajo de Sowell (2003) sobre la historia del pluralismo médico en Colombia
- 15 El marco de referencia fue la “Atención Primaria de Salud”, aunque en el documento seminal de la OMS de 1978 (WHO 1978a), la misma “medicina tradicional” no es un tema de importancia más bien marginal. Acerca de ésta vea: WHO 1978b, Bannerman et al. 1983. La historia de la “Atención Primaria de Salud” la describe y analiza en detalle Cueto (2004).
- 16 Una voz representativa de estos movimientos fue Iván Illich (1975). La crítica de los años 1970 repite, en grandes líneas, reflexiones de épocas anteriores acerca del carácter demasiado “materialista” de la medicina basada en las ciencias naturales, que excluyera la dimensión individual de enfermedad y acabase con la “intuición” médica. La cita siguiente procede, por ejemplo, de las discusiones muy amplias dentro y fuera de la clase médica alemana de los años 1920, acerca de una “crisis de la medicina”: “*Pero el sentido científico de la medicina ha hecho caer por completo en el olvido esta sabiduría banal de que el enfermo es una persona cuya constitución especial y relaciones con el mundo exterior deben formar el punto de partida de toda reflexión médica*.” (Honigsmann, 1927: 239). Vea también: Timmermann (2001).
- 17 Ver, por ejemplo, Leslie 1976; Kleinman 1980.
- 18 En el año 1943, por ejemplo, un líder importante del partido comunista descalificaba la herencia médica china indicando que sería “*digna para el estercolero de la historia*” (Ots 1999:13).
- 19 Procesos semejantes de instrumentalización como símbolo nacional se conoce también de la medicina Kanpô en Japón (Oberländer, 2003). Acerca de la compleja relación entre políticas nacionalistas y el desarrollo de distintos tipos de medicina en el Asia vea, además, el tomo editado por Alter (2005).
- 20 Los tres mecanismos de “isomorfización” identificados por DiMaggio y Powell (1983: 150) son muy ilustrativos también para analizar la historia reciente de las „medicinas tradicionales“ a nivel mundial: (i) “*isomorfización por coacción*“

- (original: “coercive isomorphism”) que resulta por reglamentos políticos o legales, (ii) “isomorfización mimética” que resulta de interpretaciones estandarizadas de lo desconocido, y (iii) “isomorfización normativa” en consecuencia de normas establecidas en procesos de profesionalización.
- 21 La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial (AMM) dice: “NO PERMITIRE que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente” Fuente: página web de la AMM, URL: <http://www.wma.net/s/policy/c8.htm>
 - 22 El impacto de una perspectiva basada en los derechos humanos para la atención médica en condiciones aparentemente adversas demuestra, por ejemplo, la experiencia descrita por Farmer (2005) en Haití.
 - 23 Vea también lo que relata Flores (2005) acerca de centros de “medicina intercultural” en centros turísticos en Bolivia.
 - 24 Acerca de los métodos cualitativos en las ciencias médicas vea, desde una perspectiva histórica: Comelles (2000); el potencial que tienen dentro de las ciencias médicas de la actualidad resumen, por ejemplo, Pope/Mays (1995) y Lambert/McKewitt (2002); una descripción muy útil de las “herramientas” para la investigación cualitativa en el campo de las salud internacional proporcionan Maier et al. (1994).
 - 25 Un ejemplo sería la palabra inglesa “to embarrass” (avergonzar) para personas de lengua inglesa: La expresión “estoy embarazada” podría ser malentendida como “estoy avergonzada”. En este caso, la palabra “to embarrass” hubiera servido de “amigo engañoso”. Vea por ejemplo Réé (2001).
 - 26 Vea Kleinman (1995: 23), Pool (1994), Reynolds Whyte (1989). Otro grupo de “amigos engañosos” está entrando por la puerta de las “MAC”: Atributos como “holístico” y “natural”, procedentes históricamente de los conflictos en países europeos (y con mucha fuerza en Alemania) entre la medicina académica (basada definitivamente en las ciencias naturales desde mediados del siglo XIX) y las “alternativas” desde el siglo XIX, son aplicados muy a menudo también a la “medicina indígena” y todas las “medicinas alternativas y complementarias” en general (ver, por ejemplo, WHO 2002a). Sugieren una identidad muy cuestionable entre, por ejemplo, la cosmovisión indígena y la percepción de salud y enfermedad de pacientes alemanes tanto del siglo XIX, como de la actualidad.

Bibliografía

- ALTER, Joseph S. (Ed.)
2005 *Asian Medicine and Globalization*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- BAER, Hans A.
2002 The growing interest of Biomedicine in Complementary and Alternative Medicine: A critical perspective. En: *Medical Anthropology Quarterly* 16, 4, pp. 403-405.
- BANNERMAN, Robert H., BURTON, John, WEN-CHIEH, Ch'en (Ed.)
1983 *Traditional medicine and health care coverage*. World Health Organisation, Geneva.
- BATES, Don G.
2000 “Why not call modern medicine “alternative”?” En, *Perspectives in Biology and Medicine*, 43, 4, pp. 502-518.
- BRIEGER, Gert H
2004 “Bodies and Borders: A New Cultural History of Medicine”. *Perspectives in Biology and Medicine* 47(3), pp. 402-421.
- COMELLES, Josep
2000 “The role of local knowledge in medical practice: a trans-historical perspective” *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24, pp. 41-75.
- COMELLES, Josep
2004 “El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el S. XXI”. En, FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (Coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. pp 17-30, Edit. Abya-Yala, Bolhispania, UCLM, Quito.
- CUETO, Marcos
2004 The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. En: *American Journal of Public Health* 2004, 94: 1864-1874.
- DIMAGGIO, Paul J.; POWELL, Walter W.
1983 “The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields”. *American Sociological Review* 48, pp. 147-160.

- DNSPI
2000 Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas D.N.S.P.I., Quito, equinoccio de septiembre del 2.000.
- ESTRELLA, Eduardo
1978 *Medicina aborígen. La práctica médica aborígen de la sierra ecuatoriana*. Ed. Época, Quito.
- FARMER, Paul
2005 "Global AIDS. New Challenges for Health and Human Rights". *Perspectives in Biology and Medicine*, 48,(1), pp. 10-16.
- FLORES, Juan Antonio
2005 "Una etnografía crítica de la Medicina Kallawayaya como patrimonio integral de la humanidad: procesos de hibridación, turismo étnico y recursos interculturales en salud en el área de Apolobamba (Bolivia)". En: PUJADAS, Joan J.; DIETZ, Gunther (Ed.): *Etnicidad en Latinoamérica: movimientos sociales, cuestión indígena y diásporas migratorias*. pp173-191 Fund. El Monte, Sevilla.
- GEERTZ, Clifford
1995 [1966] "Religion als kulturelles System". En, GEERTZ, C. *Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*, pp 44-95. Suhrkamp, Frankfurt.
- GLOBAL HEALTH WATCH
2005 *Global Health Watch 2005-2006. An alternative World Health Report*. Zed Books, London.
- GOLDÁRAZ, José Miguel
2005 *Samay, la herencia del espíritu. Cosmovisión y ética naporuna*. (Kawsaykama 4) CICAME, Quito.
- GUZMÁN, María
1997 *Para que la yuca beba nuestra sangre. Trabajo, género y parentesco en una comunidad quichua de la Amazonia Ecuatoriana*. Edit. Abya-Yala/CEDIME Quito.
- HONIGMANN, Georg
1927 "Problemas teóricos fundamentales de la medicina contemporánea. *Revista Médica de Hamburgo* 8, 10, pp. 237-241.
- IGLESIAS, Jenny
1989 *Sacha Jambí. El uso de las plantas en la medicina tradicional de los Quichuas del Napo*. Edit. Abya-Yala, Quito.
- ILLICH, Iván
1975 *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Edit. Seix Barral, Barcelona.
- JENKINS, Richard
1997 *Rethinking ethnicity. Arguments and explorations*. SAGE, London.
- JÜTTE, Robert
1996 *Geschichte der Alternativen Medizin.*, C. H. Beck, München.
- KIMERLING, Judith
1993 *Crudo amazónico*. Edit. Abya-Yala, Quito.
- KLEINMAN, Arthur
1980 *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderline between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. University of California Press. Berkeley/Los Angeles/London.
- KLEINMAN, Arthur
1995 *Writing at the Margin: Discourses between Anthropology and Medicine*. University of California Press, Berkeley/ Los Angeles/ London.
- KNIPPER, Michael
2003 *Krankheit, Kultur und medizinische Praxis*. Münster, Lit.
- KNIPPER, Michael
2004 "Behandeln und Beobachten – methodische Konsequenzen aus der Doppelrolle als ethnologisch forschender Arzt" *CURARE, Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie* 27 (3), pp. 215-224.
- KNIPPER, Michael
2005 "Self, soul and intravenous infusion: medical pluralism and the concept of samay among the Naporuna in Ecuador". En: JOHANNESSEN, Helle; LAZAR, Imre (Ed.): *Multiple medical realities. Patients and healers in biomedical, alternative and traditional medicine*. pp. 238-261, Bergahn, Oxford/New York.

- KNIPPER, Michael; MAMALLACTA, Galo; NARVÁEZ, Mauricio; SANTI, Santiago
1999 *Mal Aire entre los Naporuna. Enfermedades por viento entre la gente que vivimos a la orilla d e l río Napo*. CICAME, FCUNAE y Sandi Yura, Coca ,Ecuador.
- KOHN, Eduardo
1992 *La Cultura Médica de los Runa*. Edit. Abya-Yala, Quito
- LAMBERT, Helen; McKEWITT, Christopher
2002 "Anthropology in Health Research: From Qualitative Methods to Multidisciplinarity". *British Medical Journal*, 325, pp. 210-213.
- LESLIE, Charles (Ed.)
1976 *Aisan Medical Systems*. University of California Press. Berkeley.
- MAIER, Birga, GÖRGEN; Regina; KIELMANN, Arnfried A.; DIESFLED, Hans Jochen; KORTE, Rolf.
1994 *Assessment of the District Health System. Using Qualitative Methods*. Macmillan London.
- MICOZZI, Marc S.:
2002 "Culture, anthropology, and the return of "complementary medicine." *Medical Anthropology Quarterly* 16 (4), pp. 398-403.
- MIDEROS, Raúl; QUEZADA, Alberto; GALARZA, Mariana; PUNTE, Isauro; RUIZ, Edgardo; VALLEJO, Omar; COBA, José Luis
2002 "Las medicinas alternativas a finales del Siglo XX". En: FIERRO BENÍTEZ, Rodrigo; BUSTOS, César Herminia; GRANDA, Edmundo; JARRIN VALDIVIESO, Héctor; LÓPEZ PAREDES, Raúl (Ed.): *El cóndor, la serpiente y el colibrí. La OPS/OMS y la salud pública en el Ecuador del Siglo XX*, pp. 384-389 Representación OPS/OMS - Ecuador, Quito.
- MONTENEGRO, Raúl A.; STEPHENS, Carolyn
2006 Indigenous Health in Latin America and the Caribbean, In: *The Lancet*, 367, pp. 1859-1869.
- MURATORIO, Blanca
1998 *Rucuyaya Alonso y la historia social y económica del Alto Napo, 1850-1950*. Edit. Abya-Yala, Quito.
- OBEREM, Udo
1980 *Los Quijos. Historia de la transculturación de un grupo indígena en el Oriente Ecuatoriano*. Instituto Otavaleño de Antropología, Otavalo.
- OBERLÄNDER, Christian
2003 "Traditionelle" Medizin und Krankheitsverständnis im Japan der Moderne". *Zeitschrift f ü r medizinische Ethik*, 49, pp. 277-286.
- OTS, Thomas
1999 *Medizin und Heilung in China, Annäherungen an die traditionelle chinesische Medizin*. Reimer, Berlin.
- PERDIGUERO, Enrique; BERNABEU, Josep; HUERTAS, Rafael; RODRÍGUEZ-OCAÑA, Estéban
2001 "History of health, a valuable tool in public health". *Journal for Epidemiology and Community Health* 55, pp. 667-673.
- PAHO
1997 *Toward a comprehensive approach to Health, guidelines for research with indigenous peoples*. Working group on research, November 29-december1, 1995. Division of Health Systems and Services Development, Washington D. C., Pan American Health March 1997.
- PAHO
1999 "Traditional health systems in Latin America and the Caribbean: Base Information". *Technical Project Report, Division of Health Systems and Services Development*, Washington D. C., November 1999, p. 7.
- PAHO
2002 "Traditional, Complementary and Alternative Medicine and Therapies in the Americas: Policies, Plans and Programs". *Division of Health Systems and Services Development*, Washington, D. C., Pan American Health Organization/World Health Organization.
- PEÑAHERRERA DE COSTALES, Piedad; COSTALES, Alfredo
1969 *Los Quichuas del Coca y el río Napo*. Universidad Central del Ecuador, Quito.
- POOL, Robert
1994 "On the creation and dissolution of ethnomedical systems in the medical ethnography of Africa". *Africa* 64, pp. 1-20.

- POPE, Catherine, MAYS, Nick
1995 "Qualitative Research: Reaching the Parts other Methods cannot reach: An Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research". *British Medical Journal*, 311, pp. 42-45.
- PUJADAS, Joan J.; DIETZ, Gunther (Ed.)
2005 *Etnicidad en Latinoamérica: movimientos sociales, cuestión indígena y diásporas migratorias*. Fund. El Monte, Sevilla.
- RÉE, Jonathan
2001 *The Translation of Philosophy. New Literary History*, 32: 223-257.
- REYNOLDS WHYTE, Susan
1989 "Anthropological Approaches to African Misfortune. From Religion to Medicine". En: JACOBSEN-WIDDING, A., WESTERLUND, D. (Ed.): *Culture, Experience and Pluralism*. pp. 289-301. Uppsala,
- SAN SEBASTIÁN, Miguel; HURTIG, Anna-Karin (Comp.).
2005 *Sachapi Tapusa, Investigaciones sanitarias en la Amazonía ecuatoriana 1998-2003*. Ed. CICAME, Coca, Ecuador.
- SCHWEITZER DE PALACIOS, Dagmar; WÖRRLE, Bernhard (Ed.)
2003 *Heiler zwischen den Welten*. Curupira, Marburg.
- SOWELL, David
2003 "Contending medical ideologies and state formation: the nineteenth century origins of contemporary medical pluralism in Colombia". *Bulletin for the History of Medicine* 77, pp. 900-926.
- TAYLOR, Kim
2004 "Divergent Interests and cultivated misunderstandings: the influence of the West on Modern Chinese Medicine". *Social History of Medicine* 17 (1), pp. 93-111.
- TIMMERMANN, Carsten
2001 "Constitutional Medicine, Neoromanticism, and the Politics of Antimechanism in Interwar Germany". *Bulletin for the History of Medicine*, 75, pp. 717-739.
- UNSCHULD, Paul U.
2003 *Was ist Medizin?* C.H. Beck München.
- UZENDOSKI, Michael A.
2000 *The Articulation of Value among the Napo Runa of the Upper Ecuadorean Amazon*. PhD. dissertation University of Virginia.
- VAN DER GEEST, Sjaak
1997 "Is there a role for traditional medicine in basic health services in Africa? A plea for a community perspective". *Tropical Medicine and International Health* 2, 9, pp. 903-911.
- WHITTEN, Norman E.
1987 *Sacha Runa. Etnicidad y adaptación de los Quichua Hablantes de la Amazonia Ecuatoriana*. Edit. Abaya-Yala, Quito.
- WHO
1978 "The promotion and development of traditional medicine". *World Health Organization Technical Report Series* 622. World Health Organization, Geneva.
- WHO
2002a "Traditional medicine – growing needs and potential". *WHO Policy Perspectives on Medicine* N° 2, May 2002, World Health Organization, Geneva.
- WHO
2002b *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. World Health Organization, Geneva.
- WHO
2003 *Traditional Medicine*, Fact Sheet N° 134, World Health Organisation, Geneva.
- WIMMER, Andreas
2002 "Gleichschaltung ohne Grenzen? Isomorphisierung und Heteromorphisierung in einer verflochtenen Welt". En: HÄUSER-SCHÄUBLIN, Brigitta; BRAUKÄMPER, Ulrich (Ed.), *Ethnologie der Globalisierung, Perspektiven kultureller Verflechtung*. pp. 77-94 Reimer, Berlin.
- WÖRRLE, Bernhard
2002 *Heiler, Rituale und Patienten. Schamanismus in den Anden Ecuadors*. Reimer, Berlin.

IMAGINARIO RURAL EN TORNO DE LAS DISCAPACIDADES

Iván Castellón Quiroga
Proyecto Willaqkuna
Bolivia

En Levítico, el tercer libro del Antiguo Testamento, se encuentran las primeras instrucciones escritas acerca del tratamiento social que debe tener la lepra. Junto a varias prescripciones religiosas dichas por Dios a Moisés, el tema de la lepra -término que se aplicaba a diversas enfermedades de la piel y otras patologías conocidas desde tiempos inmemoriales, constituye un elemento más de segregación social alrededor de las enfermedades. Paradójicamente, estas prácticas segregacionistas estaban dinamizadas por la normativa social y religiosa de la propia Biblia que reza así: “Cuando alguien tenga hinchazones, erupciones o manchas en la piel del cuerpo, o llagas que parezcan de lepra, deberá ser llevado al sacerdote Aarón o a uno de los sacerdotes descendientes de él. El sacerdote deberá examinar la llaga en la piel, y si el pelo en la llaga se ha vuelto blanco y la llaga se ve más hundida que la piel, seguramente es llaga de lepra. Luego que el sacerdote haya examinado a esa persona, la declarará impura” (Cap. 13, vers: 1-3).

Además de declararlos impuros junto a todas sus pertenencias (su vestimenta, su cama, su casa, sus muebles y otros), a los leprosos les estaba prohibido acercarse al prójimo, y de hecho eran desterrados de la ciudad y condenados a vivir en campamentos extremadamente precarios: quienes tenían la osadía de aproximarse a otras personas de la ciudad, podían ser muertos a pedradas.

Pero no sólo está escrito en la Biblia, de hecho en todas las épocas y culturas se han tejido prescripciones sociales atentatorias a la dignidad humana. Independientemente de su origen y filiación étnica, todos los grupos sociales en todas las épocas han manifestado y manifiestan actitudes y prácticas discriminatorias alrededor de las discapacidades que exhiben algunas personas y grupos. Regularmente esos actos de segregación son legitimados por saberes y macro-discursos (religiosos, ideológicos, políticos), siendo a través de éstos que innumerables actos de discriminación social aún se recrean y circulan entre nosotros.

En efecto, la legitimación de prácticas discriminatorias que afectan a personas discapacitadas o que exhiben alguna patología temida por el entorno, se opera a través de ideologías y religiones. Un ejemplo doloroso de esto es el nazi-fascismo que pretendió exterminar a los judíos y a personas con marcas visibles en su cuerpo (mancos, cojos, mongólicos, enfermos crónicos y otros) y sojuzgar a hombres y mujeres que diferían del ideal de la raza aria. Y a pesar de esta tragedia que soportó la humanidad, desgraciadamente en todas las latitudes del planeta, las asimetrías sociales e interpersonales siguen manifestándose a causa de las distintas visiones sociales y culturales que se tienen en torno a las deshabilitades físicas y mentales, pero también alrededor del color de la piel, la vestimenta, la lengua, la medicina y otras formas locales de organización social y cultural.

Esto ocurre también en nuestro medio. Junto a diversas modalidades de discriminación social, económica y política, el tema de las deshabilitades físicas, mentales y espirituales aparece inscrito como otro gran problema de interacción social, el mismo que se traduce en forma cotidiana, tanto en las ciudades como en los campos. ¿Cuántas personas que presentan alguna deshabilidad no han sufrido el escarnio de la censura social, basada en estereotipos de cultura, moral y belleza cimentados por los grupos hegemónicos que dicen que dios es bello, perfecto y blanco, y que todos deberíamos parecernos a él?

Empero, los condenadores de las diferencias gnoseológicas, corporales y culturales y cuyos propósitos de homogeneización racial y cultural van practicando desde posiciones de fuerza que les confiere el poder (de un Estado, de una ideología, de una religión, de una cultura), paulatinamente van siendo interpelados por mentalidades tolerantes y que demandan la redención de los parias, los analfabetos, los enfermos, los tullidos, los ciegos, los tuberculosos, los sidáticos y de todos aquellos que sufren la soberbia de los poderosos y sus normas. De manera que si en el Antiguo Testamento, las deshabilitades y algunas enfermedades graves aparecen como una condenación divina¹, más después -particularmente en la época en que vivió Jesucristo-, las concepciones religiosas van cambiando y poniendo énfasis no tanto en los aspectos punitivos como en la posibilidad de que los “pecadores” pudieran ser sanos y salvos. Por esto, muchos leprosos, paralíticos, ciegos, sordomudos, endemoniados, prostitutas y todos aquellos que sufrían el estigma del castigo bíblico, fueron bañados y bendecidos por Cristo, abriendo otros caminos para la confraternidad humana que había sido omitida por las leyes mosaicas. Como señala el manual de “Aprendiendo de las diferencias”, la vida de Jesús es una clara opción hacia el encuentro de las personas que estaban excluidas de la sociedad a causa de sus enfermedades y/o deshabilitades (MAP Internacional, s.f.: 2).

Algunos problemas a considerar

En principio es necesario indicar que por deshabilidad o discapacidad entendemos a aquel impedimento o restricción que manifiestan algunas personas para realizar actividades o relacionarse con las personas que son consideradas “normales”. Por lo que a tiempo de referirnos a las personas que presentan alguna deshabilidad o discapacidad no utilizamos los conceptos de “inválido”, “minusválido”, “incapacitado” o “demente” porque éstos son estereotipos que prejuzgan a las personas que tienen alguna deshabilidad, alguna patología o simplemente alguna marca corporal.

Se usan expresiones de desprecio como “inválido” (que no valen o no se pueden valer por sí mismos), “minusválido” (que vale menos que los demás o que no se puede valer como los demás), “incapacitado” (que no tiene capacidades), “retrasado” (que siempre está atrás), “demente” (que no tiene mente o que está loco), etc. Estas palabras no sólo desfiguran el problema y/o las diferencias corporales que tienen ciertas personas, sino que además les dan un calificativo, ignorando todas las capacidades, habilidades, riquezas y potencialidades que tienen esas personas supuestamente minusválidas. Les ponen por sobrenombre un adjetivo que les quita su humanidad como personas, convirtiéndolas en algo que es subhumano. (MAP Internacional, s.f.: 1)

Por otra parte, es necesario aclarar que partimos del supuesto teórico de que todo grupo social genera procesos de saber médico, por tanto, asumimos el hecho de que los promotores de salud que participaron en esta investigación tienen un saber en torno de las discapacidades que puede estar atravesado por concepciones y prácticas culturales múltiples (andino-rurales, andino-urbanos, urbano-occidentales y otros), y que pudiera estar sujetando/reproduciendo prácticas de discriminación de discapacidades que circulan y se recrean en sus comunidades. Para determinar la validez de este supuesto, es importante responder el siguiente grupo de cuestionamientos: ¿cuáles son los procesos sociales que giran alrededor de las discapacidades? o ¿qué tipo de explicadores y/o mecanismos culturales se tejen alrededor de las discapacidades? ¿Cuáles son las relaciones sociales que se estructuran en el seno familiar y en el entorno social del discapacitado? ¿De qué manera influyen las discapacidades en la vida cotidiana de las personas discapacitadas, de sus familias y comunidades?

Si consideramos que una discapacidad física o mental grave puede marcar el desarrollo personal, intelectual, afectivo, recreativo y comunicativo de una persona, ¿de qué manera el entorno social del discapacitado detiene o coadyuva procesos de rechazo y/o aproximación hacia él? o ¿qué tipo de aproximaciones y/o rechazos sociales se estructuran alrededor de las personas discapacitadas? Por otra

parte, si acordamos en que el cuerpo humano constituye un lenguaje, ¿qué tipo de semiótica del cuerpo produce o reconoce el entorno social en el discapacitado?, es decir, ¿qué tipo de marcas naturales, sociales o mágico-religiosas reconoce o atribuye en el cuerpo del discapacitado? ¿Cómo son descifradas las marcas que se producen en él? Finalmente, debemos responder a: ¿cuál es el imaginario social que se produce en torno de las discapacidades?

a) Objetivo general

La presente investigación social tiene por objeto recolectar, describir e interpretar los conocimientos, actitudes y prácticas que los promotores de salud de origen rural tienen sobre las discapacidades. A partir de ello, se pretende captar el imaginario rural en torno de discapacidades y cómo éste circula y se recrea en las comunidades rurales y peri-urbanas de los valles de Cochabamba.

b) Objetivos específicos

- Describir y analizar las discapacidades conocidas por los promotores de salud y/o que existen en sus comunidades de origen y/o residencia.
- Describir y analizar la etiología o las causas que se atribuyen a las discapacidades.
- Describir y analizar las formas de tratamiento y atención que confieren a las discapacidades.
- Conocer los terapeutas y los servicios de salud (biomédicos, tradicionales y familiares) a los que acuden para el tratamiento de las discapacidades.
- Conocer el grado de severidad que atribuyen a las discapacidades.
- Describir y analizar las relaciones sociales de aceptación o rechazo que se generan en el entorno familiar y comunitario de las personas discapacitadas.
- Conocer la influencia de las discapacidades en la vida cotidiana de las comunidades rurales.

El cumplimiento de tales objetivos debe, por una parte, revelarnos en qué medida los valores y habilidades que manifiestan los promotores de salud en torno de las discapacidades reflejan los mitos y saberes que circulan y se recrean en sus comunidades y, por otra, ayudarnos a comprender la cultura rural construida alrededor de las discapacidades.

La utilidad de este trabajo

La presente investigación tiene propósitos teóricos y prácticos que permitan, por una parte, conocer la cultura rural respecto de las discapacidades y, por otra, incorporar esa cultura en las políticas de salud comunitarias y en los protocolos de atención de discapacidades, de manera que exista una comunicación democrática y participativa entre los planes institucionales biomédicos y las necesidades comunitarias, y una comprensión integral e intercultural de la problemática de las discapacidades. Consiguientemente, la finalidad de recolectar y analizar las concepciones rurales en torno a las discapacidades responde a la necesidad de que los mismos constituyan una base cultural amplia que enriquezca y humanice las políticas de salud en las comunidades rurales y peri-urbanas. Es decir, importa de sobre manera que las políticas de salud contemplen esos saberes y prácticas campesinas para un mejor manejo de las discapacidades existentes en las comunidades rurales y los barrios periféricos de Cochabamba.

Metodología y técnicas cualitativas

Teniendo como antecedente que el objetivo principal de la presente investigación es describir y analizar los valores y habilidades de los promotores de salud en torno de las discapacidades, se apeló a las metodologías cualitativas que permiten hacer uso de técnicas etnográficas como las entrevistas (individuales y grupales, semi-estructuradas, informales y en profundidad), los sociodramas y la observación. Cabe aclarar que debido a la brevedad de tiempo que se tuvo para la recolección de los datos etnográficos, la observación no se realizó directamente en las comunidades sino a través del comportamiento social que los promotores de salud expresaron durante el curso-taller “Aprendiendo de las diferencias”, y particularmente en los sociodramas que tuvieron a bien producir.

Las técnicas cualitativas están dirigidas a conocer las relaciones y mecanismos profundos, sutiles y, a veces, escondidos en la intimidad de los individuos. Las técnicas cualitativas, a diferencia de las cuantitativas, permiten dimensionar la significación simbólica del dato etnográfico, muchas veces, de aquel dato que en las técnicas cuantitativas resulta ser irrelevante y poco representativo (RUIZ, J. e ISPIZUA, M., 1989). Mediante estas técnicas se pretende captar las versiones de los actores, o cuando menos, las versiones de quienes están cerca de los actores y los hechos. En este caso, la captación de esas versiones nos permitirá reconstruir el andamiaje de significaciones en torno a las discapacidades, y en cuya base se encuentran consideraciones mágico-religiosas, naturales, pero también sociales y políticas.

Los instrumentos de recolección de la información fueron básicamente papelógrafos, unas veces escritos por los entrevistadores, y otras por los propios entrevistados. Se usó también el cuaderno de apuntes, principalmente para tomar notas de escenas reproducidas en los sociodramas y apuntar los datos significativos revelados en las entrevistas y conversaciones informales con los promotores.

Finalmente, como es propio de las investigaciones cualitativas, el proceso de recolección de datos se realizó en forma periódica y paralela al trabajo de sistematización e interpretación de datos.

Actores sociales de investigación

Comprende la totalidad de promotores de salud que participaron en el Curso-Taller “Aprendiendo de las diferencias”, vale decir, los promotores pertenecientes a los municipios de Sacaba, Shinaota, Villa Tunari, Chimoré, Colomi (municipios de la provincia Chapare), Sipe Sipe, Tiquipaya (municipios de la provincia Quillacollo), Morochata, Independencia, Cocapata (municipios de la provincia Ayo-paya), Santivañez (perteneciente a la misma provincia), Villa Sebastián Pagador (barrio perteneciente a la Provincia Cercado) y cantón Santiago (perteneciente al norte de del Departamento de Potosí).

Aunque los lugares de procedencia de los promotores de salud son muy diversos y lejanos, se puede destacar que la misma es básicamente andina (altiplano y valles). Y dada la diversidad económica, social y ecológica que existen en los Andes, los mismos que se traducen en una gran variedad de micro regiones, la información etnográfica aportada por los promotores de salud es valiosa y rica en experiencias y significaciones culturales, revelándonos los distintos procesos de salud-enfermedad-atención rurales que se están generando en torno de las discapacidades.

Análisis de casos

Un loco por el campo

En la comunidad de Tuiruni Grande (Morochata), un joven de aproximadamente 22 años sufre de retraso mental grave. Este joven, hasta hace poco podía trabajar en la agricultura, cuidar el ganado, las ovejas, pero después fue empeorando. Habla cosas ininteligibles y se ha vuelto agresivo. Última-

mente tiene la costumbre de escaparse de su casa. Aprovecha las salidas del camión y va a trajinar por otras comunidades. En una oportunidad, cuando de Tuiruni Grande se fue hacia Chinchiri, los perros lo han atacado y mordido en varias partes del cuerpo. La gente le tiene miedo y le dice “loco”, es decir, demonio para los campesinos; pero él no hace caso a la gente. Sus padres casi no se preocupan por él, por eso es que tampoco han intentado hacerlo curar. Lo más que hacen es cuidar que no se pierda y recogerlo del lugar donde lo han visto por última vez.

Un ciego de Candelaria

En la comunidad de Candelaria, perteneciente al Municipio de Colomi, vive un anciano ciego. Este anciano, cuya ceguera es de nacimiento, tiene la gran facultad de poder curar con la yema de los dedos -así aseguran quienes lo conocen-, y no sólo eso, también es capaz de conocer a las personas palpándolas. Puede describir su personalidad, su oficio, su posición económica, su religión y otros rasgos distintivos de las personas como ser, si son o no confiables. Es un médico tradicional afamado en su comunidad y en los alrededores, gracias a esto no carece de recursos económicos. La gente del lugar y quienes lo conocen, lo respetan mucho, pues dicen haber recibido muchos favores de sanación por parte de este anciano que de este modo se gana la vida. Dada su solvencia económica dentro los límites de su comunidad, una joven de aproximadamente 22 años se concubinó con este anciano que siempre había vivido solo. La gente asegura que la joven, quien ya tiene un hijo de soltera, se arrimó a este afamado ciego sólo por su dinero, por sus tierras, sus vacas y sus ovejas. Aseguran también que aunque esta joven todavía no tiene hijos para él, ya tiene tierras y ganado, por lo cual es bastante orgullosa y egoísta. De ahí que cuando la gente enferma va en busca del médico anciano, ella no quiere que se entrevisten con él y, cuando puede, lo esconde; ya no quiere que él vaya a curar, pues dice tener suficiente dinero y prefiere que el anciano se quede a cuidar “las propiedades”, y aunque el anciano hace estos deberes, ella lo trata mal y pareciera que estuviera esperando que de una vez se muera.

Llama la atención el hecho de que este anciano que nació ciego tenga -en una especie de compensación natural- el don y la virtud de curar los males de su prójimo. Y si por esto en su comunidad es profundamente admirado, en su hogar es usado y maltratado por su pareja, y quién sabe después por su hijastro. En torno a este fenómeno de compensación/descompensación es probable que hubieran personas dentro de la comunidad que podrían interpretarlo como un signo de complementariedad y co-existencia cíclica entre el bien y el mal, del mismo modo que existen el día y la noche. Empero, desde la perspectiva de la teoría transaccional (Menéndez, 1992), la relación establecida entre el anciano ciego y la joven podría entenderse como un acuerdo de partes implícito, “no verbalizado”, cuya convergencia puede darse en la satisfacción de intereses básicos de ambos: el anciano que busca compañía en el último tramo de su vida, y la joven que busca estabilidad y bienestar económico, por supuesto dentro los límites que significa tener bienestar en una comunidad rural tan pobre como Candelaria.

Otro caso de Candelaria

Un niño se tomó pesticida por accidente, como efecto, el niño está postrado desde hace cuatro años. Las secuelas del veneno han afectado su sistema motor, gastrointestinal y sentido de la vista. Afortunadamente puede hablar y tiene una inteligencia regular. Sus padres gastaron mucho dinero en consultas médicas que hicieron en la ciudad y, cansados de tanto trajinar con el niño en brazos, decidieron dejarlo postrado en un rincón de la casa, más aún, cuando empezaron a llegar los otros hijos. Sus hermanos menores son saludables, caminan y corretean por su lado y no lo toman en cuenta para jugar, por esto él parece sufrir más, pues no puede levantarse y está siempre echado. Sus papás y sus hermanos actúan como si él no existiera. De hecho, alimentarlo y limpiar sus heces son tareas que lo hacen con rabia y desgano. Para los padres habría sido mejor que este niño muera aquella vez que se tomó el

pesticida que estaba al alcance de sus manos por descuido de sus propios padres. Y aunque no lo dicen públicamente, protestan en casa para la persona que ayudó a salvar al niño de aquel envenenamiento.

En este caso, parece confirmarse aquella interpretación en sentido de que las familias campesinas expresan una especie de resignación fatal ante las enfermedades graves e irremediables, y que en vez de buscar terapias que alivien la situación del enfermo o discapacitado, tiende a acelerar las consecuencias de la discapacidad hasta una situación insostenible para el enfermo que encuentra la muerte. Aquí, la muerte de un ser enfermo o de un discapacitado grave constituiría -en la racionalidad de los campesinos pobres- un alivio para la sobrevivencia familiar. Este tipo de racionalidad se puede observar también frente a otras discapacidades como el labio leporino y otros que se reconocen en el momento del parto y cuando aún es oportuno tomar la decisión sobre si ese nuevo ser merece o no sobrevivir. Más después, tomar esta decisión podría ser imposible, pues en ella intervendrían aquellos lazos afectivos que unen a padres e hijos, los mismos que son alimentados por la primera sonrisa y los primeros balbuceos que un niño o una niña confieren a sus padres, quedando la resolución del conflicto a la acción azarosa de las circunstancias, o como dicen: “sea Dios quien decida sobre cada uno de nosotros”.

Un caso de enanismo

En la comunidad de Chuchuwani (Independencia) vive un joven de aproximadamente 32 años con discapacidad de crecimiento. Es hijo mayor y tiene 4 hermanos, sabe leer y escribir, es soltero y agricultor, “pero trabaja bien cuando quiere, cuando no quiere no trabaja. Cuando sus padres le tienen cariño, trabaja. Y cuando no va a trabajar, se queda en la casa sin hacer nada. Cuando pasa la gente, sólo mira”, dicen quienes lo conocen. Además de la agricultura, ayuda a arrear el ganado, vacas, caballos, ovejas. Debido a su discapacidad, este joven, llamado Justino, sufre problemas de integración social, por esto no tiene muchos amigos y se la pasa generalmente solo. Sabe beber pero no comparte los juegos de los demás, ni de los adultos ni de los chicos. Los jóvenes de su propia generación -los que tendrían que ser sus amigos- se sienten mal con él porque no puede jugar o no puede aportar al juego, principalmente si es fútbol. “Puede jugar, pero como no le toman en cuenta, se queda mirando, y cuando le hacen renegar es agresivo. Por lo general, la gente lo rechaza; en las reuniones del sindicato campesino no lo valoran y no lo dejan hablar, además tartamudea”. Las mujeres tampoco le hablan y se escapan de él, porque dicen que intenta violarlas, principalmente, las jovencitas tienen miedo de que el enano las ataque, y de hecho ha intentado atacar a algunas de ellas. Siempre lo han visto merodear por los alrededores, ocultarse detrás de los matorrales y caminar sólo en los parajes solitarios. Por esto también creen que el enano Justino podría ser un demonio, del cual no hay que descuidarse.

No se sabe qué tipo de tratamientos le han conferido, y sus papás no quieren hablar sobre las causas de por qué él es así. Pero según la mamá de uno de los promotores de salud, este caso de enanismo se debe a que la mamá de Justino habría tomado extraños mates cuando aún lo tenía en su vientre, tal vez con la intención de abortarlo. Otros creen que el enanismo es por descuido de sus padres: una vez que nació el niño y que hasta entonces era completamente normal, su mamá se descuidó, lo dejó solo y se fue por agua. A su retorno, extrañamente el niño apareció en el alero del techo, lo cual, en la racionalidad campesina se interpreta como obra del demonio, quien habría ingresado subrepticamente a la habitación para llevarse al niño temporalmente descuidado por sus padres. Según la familia, desde entonces Justino ha dejado de crecer.

Este caso vuelve a reiterarnos la permanencia de ciertas prácticas andinas de prevención relacionadas con el cuidado de los bebés: no se los puede dejar completamente solos en la casa, tampoco en los ríos, en las chacras o en los lugares de trabajo, pues podría ser víctima del acecho de los *sajras* o entidades maléficas, que ocurriría principalmente cuando a los bebés dormidos se los deja solos en la casa, una situación propicia para que reciba la visita, por ejemplo, del *lari lari*, un *sajra* que tiene la apariencia de un gato con alas, o también de una lechuza con garras de felino grande. Independientemente

te de los aspectos fabulosos de tuvieran estos *sajras*, importa destacar que los mismos actúan a favor de los bebés, pues prescriben a los padres prácticas preventivas sobre cuidado y atención infantil.

Una niña de Huañacawa

Hasta los siete meses, la niña Isabel vivió como una niña normal, pero después de los siete meses empezó a decaer. Todo lo que le daban, lo vomitaba: la leche, las frutas, las sopas. “Se ha puesto flaquita, piel y hueso, pero se ha puesto rosadita, chaposita bien bonita. No manejaba bien sus manos, no podía mover. Su hermana, que era mayor con diez años, la cuidaba, pero cuando se murió, se puso muy triste, ya no tenía con quien jugar”. Murió a los tres años, y de su muerte casi nadie supo porque sus papás no la sacaban a pasear, se quedaba con una tía; por esto la gente no la conocía muy bien. Sus papás, como tienen dinero, le llevaron a los mejores hospitales de Quillacollo, pues no confiaban en el hospital cercano a su casa –un centro de salud dirigido por una ONG-, porque sospechaban que ahí sólo van médicos aprendices a cumplir con su “año de provincia”.

Un elemento a destacar en este caso es que algunas familias campesinas, cuya posición económica es mejor que otras, al momento de ensayar estrategias en la búsqueda de salud, omiten algunos pasos que otras familias con menores recursos sí lo harían, como: acudir a la posta o al centro hospitalario más cercano, en este caso, al hospital dirigido por una ONG. Omitiendo algunas rutas o alternativas en salud, pueden ingresar a los circuitos más directos que conducen a los servicios biomédicos de la ciudad, y cuyos servicios tecnológicos en medicina están abiertos para todo aquel o aquella que tenga dinero. A causa de esta mayor apertura que el sistema biomédico va manifestando como efecto de la ampliación de la hegemonía neoliberal, se van disipando algunas de las discriminaciones de tipo racial, principalmente en los centros hospitalarios de las ciudades intermedias como Quillacollo y otras, pero no tanto así en los grandes hospitales públicos y privados de las ciudades principales del país, donde sutilmente todavía se observan formas de discriminación racial y social.

Casos de polio en los valles

Una mujer de aproximadamente 22 años sufre una discapacidad provocada por la polio, no maneja bien sus dos pies, usa zapatos ortopédicos y muy dificultosamente camina con muletas. Todo el problema es de la cintura para abajo. A pesar de esto se desenvuelve perfectamente y sabe leer, escribir y tejer. Probablemente no se casó debido a su apariencia física, pero tiene un hijo de 6 años. A su cargo está el cuidado de una casa grande, lo cual le permite subsistir y mantener a su hijo. Ella comprende las causas y consecuencias de su discapacidad, y sabe en qué consiste la enfermedad de la polio. Sus amigos y amigas, la gente del pueblo también comprende esta situación, por lo que, de algún modo, todos le tratan bien, le tienen compasión, le ayudan o tratan de ayudarle. Pero no se explican cómo es que pudo tener un hijo, pues nunca le han visto enamorarse con alguien. De manera que si no tuvo un enamorado y no hay un padre visible, la gente deduce que esta pobre mujer pudo haber sido violada, y lo que es peor, la habrían violado cuando tenía aproximadamente 16 años. En el campo –principalmente en áreas rurales andinas, no tanto así en áreas amazónicas-, una mujer y un hombre de 16 años son todavía niños y, aunque maduros para el trabajo, no conocen aún su propio cuerpo, pues carecen de una cultura del cuerpo tal como se cultiva en los centros urbanos, particularmente en el oriente del país. Por estos antecedentes a los lugareños les causa cierta indignación saber que una niña-joven de 16 años, con una discapacidad grave causada por la polio, tenga un hijo cuyo padre es desconocido. No saben quién es, nadie ha reclamado, tampoco la joven ha declarado, pero es probable que dicho padre esté caminando y farreando en el pueblo, si es que no es algún visitante casual proveniente de la ciudad.

Al margen de quién sea el padre y del hecho de saber si ese hijo fue fruto de relaciones forzadas o consentidas, se puede hipotetizar que, así como ocurre en las ciudades, en los pueblos rurales tam-

bién existen -se producen, recrean y circulan- relaciones sociales de tipo asimétrico, motivados por diferencias de saber, propiedad, ingresos, semiótica corporal (apariencia somática, atavíos), etnicidad, religión, género y otros. Consiguientemente, en la interacción social cotidiana que se produce en los pueblos y capitales de provincia -e incluso en ciertas comunidades rurales- se expresan relaciones de solidaridad pero también relaciones de poder, cuya asimetría la protagonizan los que saben más, los que tienen más, los que hablan más y los que se visten y ven “mejor parados” (esto vale también para “las”). Y son éstos y éstas -aunque no tienen la exclusividad porque también ocurre entre pobres- quienes tienden a aprovecharse de las debilidades y discapacidades de los otros. De ahí que con relación a este caso de polio, la gente del pueblo se indigna saber que una mujer “flaquita, chiquita, feita y muy cojita” haya tenido que cargar un embarazo y mantener un hijo, mientras el padre anónimo podría estar llevando una vida de *hualaycho*, de “cantor y verga alegre”.

Otro caso de polio es de un joven de aproximadamente 25 años, pero este es un caso menos dramático ya que el joven, a pesar de su discapacidad, ha logrado llegar a la universidad, donde cursa estudios de odontología, y se la pasa con sus amigos de igual a igual: va a fiestas, enamora, canta, baila, bebe y se emborracha hasta quedar dormido en la mesa, con la seguridad de que no faltará un amigo quien lo cargue hasta su casa. Además de las fiestas, le gusta jugar fútbol e involucrarse en las actividades que desarrollan sus amigos, por todo esto, él no sufre problemas de integración social, no se siente discriminado ni marginado y es más bien protagonista de primer orden, cuando menos en su pueblo (no tenemos datos sobre sus relaciones sociales en la ciudad y la universidad). Y es probable que su actitud ante el entorno, se deba en mucho a que su padre fue maestro de escuela y su madre es chichera, lo cual le permite costear sus necesidades e intereses de estudio y recreación.

Otros casos de polio

En la comunidad de Koluyo, perteneciente al municipio de Sacaba, vive un joven que sufre un problema de polio. Debido a su discapacidad, este joven llamado Eulogio atiende una tienda de abarrotes que su mamá le provee. Toda vez que sale a la ciudad, ella le compra algunos productos de consumo: azúcar, fideos, arroz, sardinas, pan, gaseosas y otros productos de primera y tercera necesidad. Según sus amigos, “le va bien en el negocio y con las ganancias está haciendo construir su propia casa”. Además de la parálisis provocada por la polio, Eulogio no puede mover sus manos, por esta causa no fue a la escuela, y aunque no sabe leer ni escribir, sabe sacar muy bien las cuentas económicas de la venta de abarrotes. Los clientes y amigos cuando van a comprar a la tienda de Eulogio, además de pagar, se pasan a sí mismos la mercadería comprada, lo cual lo hacen con agrado y sin el ánimo de engañar, pues consideran que es altamente denigrante y anti-ético el cometer fraude a una persona discapacitada.

Esto nos confirma que en la normativa rural existen algunos códigos morales no escritos pero legitimados, en sentido de que una persona saludable y fuerte no puede sacar ventajas materiales de otra persona débil. Si lo hiciera, sería moralmente juzgado por su entorno social y mágico-religioso; es decir, que si alguien aprovechara su condición saludable para engañar a otra persona, cuyas desventajas intelectuales y físicas son visiblemente notorias, ese alguien sería moralmente condenado por sus amigos y vecinos, pero también por las entidades mágico-religiosas propias de su cultura. De manera que quién engaña a un ciego, un tullido o un retardado mental sería objeto de censuras sociales y castigos mágico-religiosos. Sin embargo, la existencia de dichos códigos no escritos que prescriben la interacción social entre individuos (“capacitados” y discapacitados, inteligentes y retardados u otros) no supone la aceptación tácita y homogénea por parte de los individuos, pues de hecho hay casos en que individuos más fuertes y saludables engañan a otros más débiles, lo cual suponemos ocurrió en el caso anterior de la mujer que, teniendo graves secuelas de polio, llegó a tener un hijo para un padre anónimo.

Prosiguiendo con el caso de Eulogio, éste utiliza una silla de ruedas para desplazarse y, aunque su comunidad está ubicada en la ladera de la montaña, logra movilizarse de un lugar a otro, e inclusive

va a visitar a sus amigos que viven en comunidades aledañas. Tiene una gran amistad con otra persona que también utiliza silla de ruedas, pero que no es originario de estos parajes y llegó a Koluyo hace pocos años. Su discapacidad no fue por causa de la polio, sino por causas posteriores de las cuales él mismo no quiere conversar. Empero, la gente de la comunidad que lo conoce un poco más, sospecha que su caso podría haber sido causado por algún accidente que este hombre sufrió ya cuando adulto. No tiene familia, no conversa sobre temas familiares y pasa sus días gracias a su oficio de reparar radios y artefactos eléctricos.

Otro reporte grave que los campesinos asemejan con la polio, pero que más bien parece tratarse de un caso de pie zambo, corresponde a un niño que vive en la comunidad de Chuchuwani (Ayo-paya). Exteriormente, este niño tiene los dos pies deformes, una mano encogida y la otra normal; a pesar de la deformidad de sus pies y su mano, puede corretear y jugar. En general, es tranquilo pero se pone agresivo cuando muchas veces los niños de su edad no le permiten jugar. Y la discriminación entre niños en torno al juego es moneda corriente que merece la siguiente interpretación. Si el juego constituye un espacio de socialización de ciertos patrones culturales relativos a la interacción social, en el que se producen y recrean vínculos de solidaridad, cooperación y competencia, tanto en grupos de niños como en grupos de adultos, podemos hipotetizar que el comportamiento de los niños que objetan la participación de un niño discapacitado, responde a la lógica de los juegos en donde el espíritu competitivo prima sobre el espíritu cooperativo, lo cual es visible en juegos como el fútbol o el básquet, donde para ganar primero se debe conformar un equipo bajo reglas y acciones de cooperación pero tendientes al triunfo. Quienes no aportan al éxito son descartados. Y esto es lo que ocurre con los discapacitados que -en casos como el fútbol y otros deportes competitivos- no pueden aportar a estrategias de cooperación desarrolladas en el equipo ni pueden aportar acciones competitivas frente al equipo rival. Por lo que la discriminación que sufren niños discapacitados en juegos competitivos se debe, en parte, a la apropiación de lógicas y prácticas competitivas por parte de grupos comunitarios, en desmedro de sus vínculos de solidaridad y cooperación social.

Por otra parte, lo que ocurre en los juegos competitivos ocurre también en la fábrica: los obreros que no aportan a la producción son descartados y reemplazados por otros obreros provenientes de los ejércitos masivos de reserva laboral. En las faenas agrícolas andinas el hecho de descartar a una persona responde a una medida de excepción: todos son imprescindibles para la sobrevivencia familiar, incluso los discapacitados, quienes cumplen labores de acuerdo con sus aptitudes. De hecho hay personas con retardo mental que pueden realizar los trabajos más pesados y participar en las faenas de siembra y cosecha, o encargarse del pastoreo. También hay paralíticos o sordomudos que pueden tejer y encargarse de la alimentación de los animales domésticos. Empero, quien no contribuye o no va a contribuir a la sobrevivencia colectiva de la familia, al parecer sufre el rigor de la normatividad consuetudinaria que prescribe su muerte temprana. En efecto, los recién nacidos con notorios problemas físicos como el labio leporino pueden ser asfixiados por la madre en el momento de la lactancia o, más sutilmente, la madre puede omitir su responsabilidad de acudir a los servicios médicos encargados de las campañas de prevención y vacunación, o dejar de proveerle los cuidados que merece un recién nacido, exponiéndolo a la muerte. Naturalmente que en la toma de este tipo de decisiones intervienen las condiciones de sobrevivencia que le deparan al grupo familiar. De manera que si en la racionalidad campesina existe la posibilidad de que un nuevo ser no merezca sobrevivir porque su vida pone en riesgo la sobrevivencia colectiva, en la racionalidad capitalista la decisión de quién debe morir o vivir está en función de la sobrevivencia del sistema capitalista, consiguientemente, si los pobres constituyen una amenaza para el capitalismo, éstos son eliminados, ya sea físicamente, intelectualmente o culturalmente, y bajo modalidades violentas y/o sutiles. En ambos casos -racionalidad campesina y racionalidad capitalista- actúa un discurso sistémico, simbolizados por la familia y la fábrica, respectivamente, y que se superpone a los intereses menores e individuales.

Un caso de extirpación de seno

Doña Roberta vivía en Chilimarca desde hace diez años. Aquí llegó junto a cientos de inmigrantes mineros que fueron despedidos de sus fuentes de trabajo como efecto de la política neoliberal que empezó a implementarse en Bolivia en 1985. Doña Roberta llegó junto a su esposo Ricardo y sus cuatro hijos. Llegaron como todos los parias, sin nada que comer ni con qué cubrirse. Tan sólo tenían la solidaridad de sus compañeros también desgraciados, y la ilusión de vivir dignamente en este valle que para muchos hombres y mujeres del país constituye una tierra de disfrute y descanso.

Una vez que se establecieron en una de las villas pobres de Chilimarca, doña Roberta empezó a trabajar pelando habas para una mini fábrica de tostado de haba. En esa fábrica ganaba 6 bolivianos (\$us.1.-) por día, pero a veces ganaba tan sólo 3 bolivianos (\$us.0,5.-), debido a que la remuneración salarial es a destajo, es decir, que se paga y se gana de acuerdo a la cantidad de trabajo o producto realizado. En este caso, a doña Roberta se le pagaba 3 bolivianos por tacho de habas peladas. A este sistema de explotación de la mano de obra, principalmente femenina, se suma el hecho de que este tipo de mini-fábricas establecidas en los barrios periféricos de Cochabamba, funcionan al margen del Código de Trabajo y no ofrecen ningún beneficio social a sus trabajadores: no tienen seguro médico, vacaciones, aguinaldo ni jubilación. Pero aún así, bajo este sistema de trabajo injusto, doña Roberta trabajó durante varios años, ya que el jornal de 6 bolivianos servía cuando menos para dar de comer pan a sus hijos, aunque no para aliviar su vida miserable. Tuvo días en que sus hijos no tenían ni zapatos, y para ir a la escuela tenían que compartir un par de calzados, usándolo en forma alternada: el hermano mayor en la mañana, el menor en la tarde. Entretanto, su marido trabajaba ocasionalmente, hacía algunos “cancheos” arreglando veredas y jardines de las familias adineradas de Chilimarca; también trabajaba empedrando calles para la alcaldía de Tiquipaya.

442

La situación económica de doña Roberta mejoró un poco cuando cambió de oficio y aprendió a coser saquillos en una pequeña fábrica instalada en el mismo barrio. Sus jornales aumentaron al igual que los de su marido que también cambió de oficio y empezó a trabajar como albañil. Pero no sólo cambiaron de oficio sino también de religión. La familia de doña Roberta inicialmente era católica, allá en las minas, pero antes de llegar a Chilimarca cambiaron de religión y adoptaron una de las religiones protestantes asentadas en los campamentos mineros, y hasta se matrimoniaron en una iglesia protestante. Pero pasado un tiempo y una vez que llegaron a Chilimarca, retornaron a la religión católica: asistían a misas, fiestas... y bebían, peleaban y derrochaban su poco dinero.

En este ambiente de fiesta y trabajo, de riñas y pasiones, se presentó la enfermedad de doña Roberta hace más o menos un año o, más bien, hace un año que se dieron cuenta de ello (1998). Un día de esos su hija, quien no había ido a trabajar, vio por casualidad un programa de televisión acerca del cáncer de mama. Por esos días doña Roberta se había estado quejando de algunos dolores leves en el pecho, lo cual coincidía con algunos síntomas que el programa televisivo enseñaba para reconocer el cáncer de mama. La hija le comentó a doña Roberta inmediatamente que ésta llegó del trabajo. Entre bromas y sin sospechar de la tragedia, la mamá se rió del intruso cáncer que podría estar en su pecho. Juntas revisaron el pecho, y efectivamente estaba hinchado. Cuando apretaron un poco el seno, saltó pus con sangre. Las dos quedaron frías, pues tenían delante un signo premonitorio de muerte. Empezaron a preocuparse pues no tenían dinero para enfrentar a esta enfermedad y, a medida que pasaban los días, aumentaban los dolores y la hinchazón del pecho. A la escasez de dinero, se sumaban las noches de insomnio: doña Roberta y su familia empezaron a sufrir el *vía crucis* de la enfermedad fatal. Como no tenían seguro médico ni dinero para la curación, fueron al Centro Oncológico después de un mes. Los exámenes de laboratorio confirmaron la fatal premonición.

Después de un tiempo, doña Roberta ya no podía ir a trabajar a la fábrica de saquillos, por lo que en acuerdo con la propietaria, la máquina de coser tuvieron que llevar a su casa para que pudiera trabajar con mayor independencia de horario. Pero después dejó de trabajar, su mano le dolía mucho y le impedía hacer cualquier ejercicio. Con dineros que fueron ahorrando, sus familiares acordaron ha-

cerle operar en el Centro Oncológico; ahí le extrajeron el seno izquierdo, y una vez que terminó la operación, como no tenían mucho dinero, tuvieron que internarle en el Hospital de Tiquipaya que pertenece al gobierno municipal. Por esto, doña Roberta tuvo que sufrir una atención hospitalaria itinerante, entre el Centro Oncológico y el Hospital de Tiquipaya, hasta que después de un mes de curaciones le dieron de alta.

Desde entonces pasaron aproximadamente seis meses de regular actividad para doña Roberta, que volvió a llevar una vida cotidiana, trabajando y luchando por conseguir alimento para sus hijos, pero de repente un día se le presentó un escozor en el pecho, se tocó y vio un granito en la parte ya cicatrizada del seno extirpado. Por este motivo fue al Centro Médico de Chilimarca a donde llegó con unas ronchas y sensación de calentura en la parte afectada. Ahí, le diagnosticaron dermatitis alérgica, pero con los medicamentos antialérgicos que le recetaron se puso peor.

Por este motivo tuvo que volver al Centro Oncológico. La ayuda que los especialistas le brindaron ahí le sirvió muy poco, ya que los medicamentos que le recetaron eran carísimos y no se podían conseguir en el país. Doña Roberta estaba muy preocupada, no podía trabajar ni conseguir dinero para comprar esos medicamentos. Entretanto la herida fue creciendo, había pus y mal olor. Por esto, se avergonzaba y ya no salía a la calle ni recibía a sus vecinos. El mismo hecho de haber perdido un seno, era una marca corporal que la incomodaba en su entorno social. Sin embargo, sus vecinos y amigos en vez de gastar bromas y hacer comentarios de mal gusto, sintieron mucha pena y tristeza por la situación de doña Roberta que era bastante popular y muy conocida por su jovialidad y participación en las actividades recreativas y sociales de su comunidad. Por esto, no siempre alrededor de las discapacidades -en este caso la extirpación de un seno que afecta y marca un cuerpo- se tejen mecanismos culturales dañinos a la integridad del discapacitado, y más bien se producen lazos de solidaridad, traducidos a nivel simbólico y material: acompañar al enfermo, darle consuelo y consejos, orar por él o ella, realizar colectas en dinero y otros.

Entre las explicaciones que los vecinos ensayan alrededor de las causas que habrían producido este cáncer de mama, se cuentan las siguientes: por un lado están las interpretaciones naturalistas que ven la enfermedad como fruto de causas físicas y materiales que se habrían hecho presentes del siguiente modo: doña Roberta durante el tiempo que trabajó en la fábrica de saquillos, a modo de ganarse la simpatía de la propietaria, solía ayudar en los quehaceres de la casa, principalmente regando plantas. Para ello, debía sacar agua de un tanque que, aunque estaba en el suelo, era muy incómodo para sacar agua, sobretodo cuando se iba vaciando el agua. De manera que doña Roberta sacaba agua del tanque apretándose el pecho en el contorno del tanque, lastimándose en forma continua e imperceptible. Por esto, algunos de sus familiares y vecinos imaginaron que el cáncer se habría producido en el lugar de trabajo, por lo que la propietaria debería haber ayudado en el tratamiento y curación, pero dadas las condiciones de trabajo, la inseguridad laboral y la carencia de seguro médico para los obreros y obreras no asegurados, tal ayuda nunca se manifestó. En este mismo orden de explicaciones físicas, los vecinos y familiares mencionan las peleas protagonizadas por doña Roberta y su marido: peleas a patada y puño propinadas sin discriminación de partes y órganos, siendo probable que ella haya recibido más patadas y puñetes en el pecho.

Por otra parte, están las explicaciones de tipo religioso que sostienen algunos familiares y vecinos adscritos a la religión evangélica, quienes consideran que la causa de la enfermedad radicaría en el hecho de que doña Roberta durante un buen tiempo abandonó el “evangelio” y retornó a los rituales católicos, dedicándose a la bebida y las grescas maritales. En la lógica de estos evangélicos, Dios -en su potestad de conferir castigo- le habría enviado esta prueba: llevar la enfermedad para que su familia se una. Pero esta prueba no habría sido vencida y ni habría satisfecho a Dios, pues sólo unos cuantos miembros de la familia se unieron (la madre y sus hijas), no así el padre y los otros hijos que miraban indolentes a la mamá enferma.

A esto se suma el hecho de que la propia familia de doña Roberta volvió a la religión protestante, convencida de que la causa del cáncer lo constituían las desviaciones religiosas que la familia en

conjunto habría cometido y -principalmente el esposo- trató de conferirle un tratamiento conforme a su propia religión: haciendo desdén de la tecnología biomédica, con suplicios de demandaban la presencia del Espíritu Santo y al compás de las oraciones que un líder teológico emite por radio Sol, en el programa “El Poder de Dios”. A doña Roberta su esposo le obligaba a clamar para que el poder de ese dios se hiciera presente y se produzca el milagro de la sanación. Desde su lecho, doña Roberta oraba y suplicaba, días y noches, angustiando a sus hijos lo mismo que el programa radial, cuya prédica se funda en el temor a un dios severo y castigador, próximo a protagonizar el Apocalipsis de un modo catastrófico e infernal. Ninguno de los suplicios dio resultado.

En Chilimarca, como en grandes zonas urbanas y rurales del país, las creencias religiosas de raíz cristiana y las de raíz nativa se articulan en una estructura cultural sincrética. Esta constatación sociológica puede ayudarnos a analizar porqué en la resolución de un hecho patológico grave, el esposo apeló tanto a tratamientos de orden religioso cristiano como a explicaciones de filiación andina, pues resulta que en forma paralela a la discursividad propia de las llamadas religiones protestantes, el esposo apelaba a elementos propios de la cultura andina y afirmaba con igual convencimiento que la causa del cáncer podía haber sido un “soplo” maligno que su cuarto hijo -el último que nació en las minas- le propinó a doña Roberta cuando aún estaba mamando. El “soplo” se refiere a que el niño cuando está lactando sopla el seno materno, introduce aire en el organismo materno y provoca la fermentación de la leche. Cuando ocurre el “soplo”, la leche sale amarillenta, lo cual constituye un signo de presencia de la enfermedad o, en términos de la cultura andina, un aviso de la *Pachamama*. Consiguientemente, a efectos de neutralizar la enfermedad, la propia cultura andina prescribe que esa leche amarillenta y de mal aspecto debe ser succionada por el propio niño, otra persona o “algún perrito sin dientes”. Pero si la madre no advierte la presencia del mal y no logra eliminar esa leche en forma oportuna, ésta se pudre con serios efectos para la salud de la madre. En este caso, los efectos se tradujeron fatídicamente en un cáncer de mama.

Pero además de las explicaciones naturales y mágico-religiosas que se produjeron y circularon en torno de este caso, hay también algunas explicaciones de algunos vecinos que muy tímidamente atribuyen a factores sociales como los desencadenantes de la mortalidad por cáncer. En efecto, algunos familiares y vecinos concuerdan que casos como el de doña Roberta podrían ser evitados si la población pobre tuviera mayor acceso a la educación y la salud. Incluso se tiene la conciencia de que, si acaso el cáncer se presentara -a pesar de la educación preventiva sobre cáncer de mama-, éste pudiera ser enfrentado con mayor eficacia si las familias pobres tuvieran acceso gratuito, o menos costoso, a esas terapias sofisticadas con las que los grupos adinerados enfrentan el cáncer de mama.

Un caso de parálisis causado en el cuartel

De la comunidad de Calientes, un promotor de salud reportó un caso de parálisis de medio cuerpo que sufre un joven de aproximadamente 22 años. Este joven que era completamente normal, desde hace dos años está echado en cama y no puede realizar ningún trabajo. Su dolencia es a causa de algún daño que sufrió cuando estaba en el servicio militar, pues desde que retornó del cuartel no puede pararse. Sus familiares creen que es a consecuencia de algún castigo que los militares le propinaron sin consideración, pero no piensan averiguar ni iniciar un juicio penal contra las personas causantes de la situación de este joven.

Aunque es probable que en la toma de sus decisiones intervinieron factores desde la falta de dinero para realizar viajes repetidos a la ciudad de Cochabamba, contratar un abogado, buscar alojamiento y comida durante varios días mientras dure la presentación de la demanda y el juicio mismo, hasta su desconocimiento en tema de derechos humanos ya legislados a favor de los conscriptos, es también probable que en la decisión final de no reclamar por su hijo machacado en el cuartel hayan intervenido razones de orden cultural, relativos al consenso de que goza el servicio militar obligatorio. “Ir al cuartel”

es para los jóvenes campesinos e indígenas una experiencia de vida y social ineludible: es aquí donde “terminan de ser adolescentes y empiezan a ser hombres”. De ahí que cuando asisten al servicio militar obligatorio, además de hacerlo con espíritu de servicio a la patria, lo hacen con la finalidad de formarse y terminar de constituirse en “hombres”, pues licenciarse como soldado supone atravesar pruebas duras de resistencia corporal que sólo aquellos que aguantan pueden sentirse orgullosos y aptos para desarrollar tareas de adultos: casarse, tener hijos, producir la tierra, ser miembro de la comunidad.

Pero hay algunos que no resisten estas pruebas que, entre otras cosas, se las aplican en forma antojadiza y discrecional, y de acuerdo con sus aptitudes mentales y su apariencia étnica. No sabemos qué pasó con el joven de la comunidad de Calientes, el hecho es que al término del servicio militar no pudo enrolarse a su comunidad como “hombre hecho y derecho”, pues regresó para postrarse en cama, donde es probable que sus antiguos sueños sean ahora terribles pesadillas, motivadas por el dolor físico de sus dolencias y la frustración de no “ser hombre”.

Aún así, los jóvenes del campo van al cuartel, a “hacerse hombres” y ganarse el respeto de sus coterráneos, la admiración de las mozas que quieren por marido un hombre fuerte que sepa trabajar la tierra y dirigir un hogar. Por este mecanismo cultural es que se legitima los abusos y afrentas que los jóvenes sufren cuando pasan por el cuartel, y su consentimiento puede a veces pasar por alto la muerte de uno de ellos. Siendo así las cosas, ¿cómo ellos podrían demandar a quienes los vejaron en el cuartel? o ¿quién de ellos podría decir que fue objeto de prácticas autoritarias? Las denuncias que últimamente se han hecho en los medios de comunicación con relación a los abusos cometidos en los cuarteles, corresponden a casos de jóvenes de origen urbano, no así de jóvenes de origen rural e indígena: ellos siguen consintiendo los vejámenes.

Un niño sacrificado en Tablas Monte

445

En la comunidad de Tablas Monte, una comunidad de acceso a los yungas del Chapare, ocurrió que un niño nació y vivió con una discapacidad grave. Aunque nadie de la comunidad sabe exactamente qué tenía, el niño presentaba un cuadro exterior bastante complejo: tenía la cabeza abultada en la parte posterior (por esto los biomédicos suponen que el niño tenía líquido en el cerebro), movía constantemente las manos, los pies cruzados, no podía sostenerse de pie ni podía caminar y hacía crujir los dientes de un modo que lastimaba los oídos de los demás. Desde que nació el niño constituyó una carga para los padres, quienes se preocupaban por él, pero a veces también se fastidiaban con él. Este niño no podía compartir los juegos de sus hermanos mayores y menores, y la pasaba junto a los animales domésticos, arrastrándose y gesticulando cual si fuera un animal antropomórfico, lo cual provocaba curiosidad y zozobra entre quienes podían verlo por primera vez. A los ojos de otros, el niño provocaba lástima, pues vivía como animalito, jugaba con los perros y comía como un perro, a veces la sobra de los otros animales, de las gallinas y los patos y, a veces, la comida que le tiraban sus hermanos en un rincón aparte de la olla familiar.

Para infortunio del niño, a medida que fue creciendo, poco a poco fue siendo desterrado de la vivienda de sus padres. Cuando llegó al tamaño de un niño de aproximadamente ocho o diez años, prácticamente vivía fuera de la casa, junto al gallinero y encadenado a un árbol. Cuando hacía frío o llovía, le permitían dormir junto al fogón. Como no podía caminar ni hablar, se la pasaba jugando junto a los árboles que estaban cerca del gallinero. Para los curiosos, el niño parecía un mono perezoso, y cuando estaba feliz -con la relatividad que esta felicidad pudiera tener- brincaba y crujía los dientes, pero por esto la gente se atemorizaba mucho más. Los católicos se persignaban y los evangélicos discutían este caso en sus reuniones de estudio bíblico. De manera que si en los primeros años de vida, el niño pudo pasar más o menos desapercibido, años después pasó a ser parte de las discusiones de la comunidad, y si en sus primeros años jugaba muy tranquilo con los animales de la casa, más después fue motivo de curiosidad, comentarios, discusiones teológicas y de otro tipo, lo cual era ignorado por el niño, pero no así por sus padres que empezaron a preocuparse por él. Con la ayuda de los amigos más íntimos tuvieron que buscar

ayuda terapéutica, primero entre los *jampiris* que hay cerca de la comunidad, y después con *yatiris* más renombrados a quienes los ubicaron en zonas andinas más alejadas de Tablas Monte, pero que nada pudieron hacer por él. Contrariamente, y a juicio de la mamá, el niño fue empeorando cada vez más.

Tampoco sirvieron las consultas que hicieron en los hospitales de la ciudad de Cochabamba que, lejos de resolver la discapacidad del niño, empobrecieron mucho más a la familia. Aún así, con la ilusión de que su niño recobrara cuando menos la tranquilidad que tenía hace pocos años atrás, la madre gastó todos sus ahorros, pero al ver que eran insuficientes para pagar los costos elevados de las terapias biomédicas, se desconsoló terriblemente. Como no tenía dinero, trataba de hallar consuelo en los consejos y la palabra de los amigos y de cuanta persona pasara por la puerta de su casa. La desesperación de esta madre constituía sin dudas un terreno propicio para que los religiosos fundamentalistas, aquellos cazadores de almas desdichadas, cultivaran sus arengas apocalípticas. En efecto, estando la madre moralmente derrotada, la situación quedó en manos de esos religiosos que se adueñaron del caso y, en vez de obrar en favor del niño, utilizaron esta desgracia para acrecentar sus consignas de miedo y sumisión. Al influjo de sus prédicas, prácticamente toda la comunidad participó en la decisión de: ¿qué hacer con el niño discapacitado? Sorprendentemente, decidieron “entregarlo a dios en ofrenda”, pues suponían que el niño discapacitado era una señal enviada por dios para demostrar que dios estaba enojado con ellos. Por esto, decidieron que lo mejor para la salud del niño y de la propia colectividad era “entregar la vida del niño a dios” que, de esta manera -siguiendo la lógica de este tipo de discursos religiosos- se podría aplacar la furia de dios, cual si éste fuera un ser antropófago e insaciable. La forma de “entregarlo a dios” fue matándolo de hambre. Probablemente nadie quiso tomar la responsabilidad de sacrificar al niño, ya sea de acuerdo con algún ritual antiguo o sometiéndolo a la horca, el fusilamiento u otra forma contemporánea de homicidio, el hecho es que el niño fue condenado a morir de hambre por el simple “delito” de haber nacido y vivido diferente, pero que nunca ofendió a nadie ni cometió los pecados que cometieron sus juzgadores. El niño languideció en aproximadamente diez días, y quienes recuerdan haberlo visto por última vez, recuerdan que este niño tenía los ojos secos y la mano extendida pidiendo comida.

¿Qué podemos decir al respecto? ¿Qué tipo de interpretaciones podemos ensayar ante cuadros tan dramáticos? Empecemos repasando que las explicaciones que inicialmente manejaron los padres del niño sacrificado eran de orden andino, por eso apelaron a consultar a *jampiris* y *yatiris*. Más después lo hicieron con biomédicos de la ciudad de Cochabamba y otros, hasta que la resolución final del conflicto pasó a manos de creyentes bíblicos fundamentalistas, o un grupo de religiosos protestantes de cariz dogmática y excluyente. Esto nos reitera que los procesos de salud, enfermedad y atención rurales están invariablemente ligados a componentes culturales y religiosos, tanto de origen andino como cristiano. Consiguientemente, una primera conclusión que se puede extraer del análisis de este caso es que el manejo distinto de la Biblia confiere un distinto manejo de las discapacidades. En tal sentido, las personas pertenecientes a sectas religiosas dogmáticas tienden a interpretar los casos de discapacidad como un castigo de Dios, que puede estar dirigido no solamente contra la familia del discapacitado, sino también contra la comunidad.

Por otra parte, una discapacidad grave -en el caso del niño sacrificado, la hidrocefalia- es un fenómeno que logra atemorizar al entorno social del discapacitado, y más aún cuando esa discapacidad es completamente extraña y excede los límites cognitivos de la comunidad rural y de quienes guardan alguna relación con el discapacitado. Cuando los padres, familiares, amigos, vecinos, terapeutas locales y biomédicos que operan en la zona no pueden ofrecer una explicación y/o terapéutica que restituya la salud del discapacitado, ocurre -en una especie de efecto agravante- que la persona discapacitada puede perturbar a su entorno inmediato, mermando sus precarias condiciones de seguridad social y colectiva. Consiguientemente, los casos graves de discapacidad que no pueden ser asimilados ni comprendidos por una lógica natural, pueden ser abordados por lógicas y discursos religiosos, cuyas explicaciones de tipo diagnóstico, terapia y pronóstico podrían ser lindantes con la irracionalidad y la locura colectiva, tal cual ocurrió con los lugareños que decidieron matar de hambre a un niño, a objeto de “ganarse

nuevamente el perdón y la gracia de su dios”. Fenómenos como éste son alimentados por una diversidad de estereotipos sociales y religiosos que las personas con problemas psico-afectivos esgrimen cuando se enfrentan con fenómenos de difícil comprensión: catástrofes naturales, epidemias, guerras o casos de discapacidad física. La apelación a consignas extraídas, ya sea de la Biblia u otros textos fundantes, para luego convertirlos en discursos que tocan en forma unilateral la comprensión del fenómeno, puede constituir una operación mental en la que un fenómeno natural complejo se explica o se resuelve por la vía de la elusión o, como ocurre a veces, atribuyéndose al otro u otros, los miedos de uno mismo. De manera que aquí se repite ese pasaje mitológico en el que algunos hombres se escondían entre las nubes para luego cazar a los monstruos y sus enemigos, pero que otros hombres, ante el temor que les provocaba la presencia de esos monstruos y sus enemigos, preferían que éstos estuvieran en medio de las nubes. Y en efecto, los monstruos se ubicaban detrás de las nubes, donde los hombres no podían verlos, pero que en cualquier momento podían aparecer y devorarse a los hombres que habían preferido no ver dónde estaban escondidas las bestias.

Para las personas con problemas psico-afectivos, la presencia de un discapacitado grave podría constituir una oportunidad para ser interpelado y reflexionar sobre sí mismo; es decir, el discapacitado podría constituir una especie de espejo en el que los otros se observaran a sí mismos y pudieran atribuirse no sólo los males que sufre el discapacitado, sino también considerarse parte causante de esos males, o -como ocurre con muchos religiosos fundamentalistas- podrían imputar la causa de la discapacidad de uno(a) a la conducta del prójimo, que se habría alejado de la normatividad religiosa prescrita por los líderes eclesiásticos. Aquí se patentiza cómo problemas de tipo psico-afectivo expresados a nivel individual, pueden luego convertirse en prácticas no sólo de ese individuo patológico, sino de todo un grupo.

Concluyendo, las construcciones interpretativas que se hacen a partir de la Biblia muchas veces eluden la realidad, de manera que en vez de buscar las causas reales que producen una discapacidad y/o una patología grave, algunas de esas interpretaciones desvían su atención hacia artificios mágico-religiosos que evalúan la discapacidad y/o la patología como un castigo de Dios o como algo que ya estaba fatalmente prescrito. Consiguientemente, si el origen de una discapacidad se inscribe en el orden bíblico, las personas y/o grupos que hacen ese tipo de diagnóstico concluyen que el manejo o la resolución de esa discapacidad debe ser también mágico-religiosa; por ejemplo, entregar a dios una vida en ofrenda. Mientras exista la discapacidad y el discapacitado se arrastre como un gusano malagüero, el entorno social considerará no el sufrimiento del discapacitado sino su propio sufrimiento, pues el discapacitado -con esa mirada lastimera y pedigüeña que a veces expresa- les recordará que su desgracia no es bíblica sino social y política.

A manera de conclusiones

Las conclusiones que se pueden extraer del conjunto de datos etnográficos recolectados y sistematizados, son:

Primero: La cantidad de discapacidades conocidas por los promotores de salud que participaron en la investigación es alrededor de cuarenta, lo cual puede ser un dato significativo acerca de la variedad de discapacidades que afectan a las poblaciones rurales y peri-urbanas de Cochabamba. La nominación de estas discapacidades, en algunos casos está en español y en otros en quechua, lo cual puede ser significativo de los cruzamientos culturales y lingüísticos que existen en las comunidades de origen de los promotores.

La clasificación que se hace de las discapacidades conocidas difiere con la clasificación de las discapacidades que se hace en la biomedicina que reconoce 4 grupos importantes: deshabilidades sensoriales, deshabilidades motoras, deshabilidades neurológicas y deshabilidades cognitivo-afectivas. La clasificación que los promotores hacen de las discapacidades tiene por base el lugar en que se aloja o se manifiesta la discapacidad. La gnoseología en torno a las discapacidades está referida principalmente a

su reconocimiento externo y a los espacios físicos corporales en los que se ubican las mismas. Es decir, se clasifican o se reconocen por el lugar que ocupan en el cuerpo humano (cabeza, tronco y extremidades) y por las huellas y marcas visibles que dejan en el cuerpo.

Segundo: Con relación a la descripción que hacen de los síntomas y signos, también se puede destacar la valiosa contribución que hacen al reconocimiento de los mismos, toda vez que sus descripciones no se limitan a reportar aspectos físicos (descripción de signos vitales, cambios en la estructura corporal), sino que también hacen alusiones a los caracteres psico-afectivos que manifiestan las personas discapacitadas (descripciones psicológicas y mentales, cambios de personalidad).

Tercero: En lo que concierne a las causas que originan las distintas discapacidades, los promotores de salud reconocen y atribuyen a distintos factores, desde causas naturales y sociales hasta causas mágico-religiosas. Dependiendo del tipo y la gravedad de la discapacidad, su manifestación puede ser atribuida a:

- 1) Factores físicos y ambientales, como los accidentes de trabajo, de transporte, quemaduras, golpes, heridas, contagio de enfermedades, contaminación del medio ambiente (principalmente el agua), los cambios de temperatura y excesos de clima (frío, calor), fenómenos atmosféricos, picaduras de insectos y reptiles, mordeduras de animales, transmisión genética, falta de vacunas, mala administración de inyectables y medicamentos.
- 2) Factores sociales como: la falta de una buena alimentación, exceso de trabajo, falta de seguridad industrial contra riesgos laborales, analfabetismo, falta de conocimientos en el uso de pesticidas, automedicación de fármacos de uso reservado, carencia de servicios de salud eficientes, epidemias no controladas por el Estado, falta de ejercicios recreativos, ausencia de régimen alimenticio, promiscuidad sexual, represión policial, alcoholismo, drogadicción, prácticas abortivas, frustraciones personales y familiares.
- 3) Entidades mágico-religiosas tanto de orden bíblico como andino. En tal sentido, algunas discapacidades pueden ser explicadas como castigo divino, tanto del espectro cristiano (Dios-Padre, Jesucristo, la Virgen María, los ángeles y santos del catolicismo) como del espectro andino (*Pachamama*, los *sajras* y *wayras*). De manera que si un ser humano infringe una norma religiosa, ya sea de orden andino o cristiano, puede sufrir el castigo de alguna de las entidades religiosas, quienes marcarían su cuerpo con alguna deshabilidad, ya sea en forma temporal o permanente. Pero también -a modo de reglas que bien pueden simbolizar la comunión del hombre andino con la naturaleza-, la falta de respeto a las montañas, los árboles, los ríos, las selvas vírgenes, puede provocar la reacción de la naturaleza y castigar al hombre confiriéndole alguna discapacidad. En este mismo orden de explicaciones causales, está la presencia de la maldad humana que apelaría a prácticas de hechicería contra el prójimo. En este último, lo mágico-religioso funcionaría más bien entre mortales.

Asimismo, muchas de las discapacidades y/o patologías se explican también por la invasión de cuerpos extraños, visibles (picaduras, espinas) e invisibles (seres fabulosos como el *k`otu* que se aloja en el cuello y provoca el bocio), producida por dioses o brujos, o por emanaciones que flotan en el ambiente y cuyo origen se encuentra en los cerros, quebradas, nevados, árboles antiguos, vertientes, a quienes se los conceptúa como seres animados que influyen en la vida del hombre. Identificándose el cuerpo extraño o la emanación, la terapia local tiende a expulsarlos y reconciliar al enfermo y/o discapacitado con el medio ambiente.

Como puede observarse, la etiología de las discapacidades es multifactorial, lo cual es un dato significativo importante para comprender las superposiciones culturales que están produciéndose en la formación social y gnoseológica de los habitantes de las zonas rurales y peri-urbanas de Cochabamba.

Cuarto: De igual manera, la parte concerniente al tratamiento y curación de las discapacidades demuestra que las prácticas terapéuticas rurales están atravesadas por distintos saberes médicos. De

modo que, si al conocimiento de la etiología de las discapacidades se van añadiendo saberes provenientes de la cultura moderna, en el capítulo de las prácticas terapéuticas también se van adquiriendo recursos provenientes del modelo biomédico hegemónico, enriqueciendo sus alternativas en la búsqueda de salud. En consecuencia, tanto en el tema de las causas como en el tema de la terapéutica, podemos sostener como una conclusión fuerte que en los promotores de salud y los habitantes de zonas rurales y peri-urbanas hay una convergencia pragmática -digamos ecléctica- de modelos y prácticas de salud, a saber: del modelo biomédico hegemónico, del modelo andino-popular y del modelo de la autoatención (Menéndez, 1992). Esto responde a una lógica transaccional, de juegos estratégicos y negociaciones culturales, o saltos que se producen de un espacio a otro, de una práctica a otra, de una cultura a otra, con la finalidad de lograr el objetivo supremo de todo ser humano: su sobrevivencia y realización social.

Según De Angulo: “A un niño enfermo se le compra pastillas en la farmacia, se le da un masaje, se le prende velas a un santo y se mastica unas cuantas hojas de coca para que se sane ese niño. Y si es de noche una *ch’alla* no está demás. Pero no se sabe cuál tiene más efecto, si las pastillas de la farmacia, el masaje o las velas. Este es un modelo sincretista y muy cambiante, es un modelo donde hay una increíble creatividad en la aplicación de la medicina. Este modelo permite tres o cuatro disparos medicinales al mismo tiempo, a ver cuál de ellos tiene eficacia: prueba con la vela, el santo, la misa, la fricción y las tabletas de la farmacia, los rezos, la magia y el evangelio con la Biblia abierta”².

Quinto: Los habitantes del área rural tienen un saber en medicina y en discapacidades. Este saber, aunque está cargado de experiencias y concepciones eclécticas, constituye una valiosa contribución que los habitantes de las comunidades hacen al tema de la salud y las discapacidades. Por lo tanto, no son ignorantes en medicina; su gnoseología está cargada de explicaciones, conocimientos, lógicas construidas sobre relaciones y hechos concretos, pero que ineludiblemente son explicados en su origen, desarrollo y desenlace junto a elementos mágico-religiosos. En este contexto, los conocimientos, actitudes y prácticas que los promotores expresan respecto de las discapacidades, responden a lógicas provenientes de pisos culturales diferentes, pero cuyas concordancias o contradicciones están dinamizadas por su distinto oficio y su adscripción religiosa.

Sexto: Los datos etnográficos relativos a los comportamientos sociales de aceptación o rechazo que sufren las personas con deshabilidades nos permiten cuestionar algunas perogrulladas. Al contrario de las posturas apologéticas que sostienen que en las poblaciones indígenas no existen desórdenes genéticos ni discapacitados y que la raza indoamericana es fuerte y saludable, los entrevistados han revelado que tales discapacidades existen de un modo, leve, moderado y grave, afectando al desenvolvimiento del individuo y la familia en su comunidad. Es más, al interior de las comunidades se manifiestan en forma subrepticia conflictos intracomunitarios, motivados por los procesos sociales de aceptación y de rechazo que giran alrededor de las discapacidades. Además, se debe considerar que las propias comunidades y pueblos sufren procesos de fragmentación social, principalmente en los pueblos o capitales de provincia, donde la heterogeneidad social está cruzada por intereses políticos y económicos. Por todo esto, se puede sostener que en el ámbito rural existen desigualdades de saber, economía, acceso a servicios estatales y otros, no existiendo la supuesta homogeneidad cultural que pretenden ofrecernos las interpretaciones reduccionistas del problema indígena en Bolivia, menos aún en un tema tan sensible como el de las discapacidades.

Notas

- 1 La lepra, al igual que algunas patologías, podía considerarse castigo de Dios. En Números (12, 1-15), María, esposa de Aarón, se puso leprosa por haber hablado mal de Moisés que se había casado con una mujer etíope y no con una judía, lo cual se consideraba una afrenta a las normas de la cultura judía. La mujer etíope no pertenecía al pueblo elegido por Dios, pues era de otra cultura, de otra raza, de otra lengua y, probablemente, de otra religión.
- 2 De Angulo, José Miguel: Intervención oral en reunión de equipo técnico sobre el tema de las discapacidades. Cochabamba, 12, XI, 2000.

Bibliografía

- AGUILÓ, Federico
 1982 *Enfermedad y salud según la concepción aymaro-quechua*. Sucre: ACLO
- ALBA, Juan José
 1988 *La tirisia entre aymaras y quechuas*. (Una nueva interpretación psicoanalítica). (Ponencia a Reunión Anual de Etnología. La Paz, VIII). Mimeo.
- ALBÓ, Xavier
 1994 "El mundo de adentro en el ciclo vital del aymara". En: *Rev. Culturas Contemporáneas*. México: Universidad de Colima. Vol. VI, No. 18.
- BASTIEN, Joseph W.
 1985 *Etnofisiología andina*. (Evidencia lingüística, metafórica, etiológica y etnofarmacológica para conceptos andinos sobre el cuerpo). Mimeo.
- CAMPOS, Roberto
 1992 *La antropología médica en México*. México: Antologías Universitarias (2 vols.).
- CASTELLON, Iván
 1997 *Abril es tiempo de kharisiris*. (Campesinos y médicos en comunidades andino-quechuas). Cochabamba: Serrano.
- MAP Internacional
 s.f. *Aprendiendo de las diferencias*. Cochabamba: MAP Internacional.
- MENÉNDEZ, Eduardo L.
 1992 "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales". En: *La antropología médica en México*. Vol 1, pp. 97-114.
- RODRIGUEZ, Julio
 1989 *Médicos y brujos en el Alto Perú*. Cochabamba: Los Amigos del Libro.
- RUIZ, José e ISPIZUA, María
 1989 *La descodificación de la vida cotidiana*. (Métodos de investigación cualitativa). Bilbao: Universidad de Deusto.