



PLURALISMO MÉDICO Y CURAS ALTERNATIVAS

Editado por Coral Cuadrada

COL·LECCIÓ ANTROPOLOGIA MÈDICA

DIRECCIÓ

Angel Martínez (URV), Fernando Vidal (ICREA/URV)

CONSELL D'EDICIÓ

Elisa Alegre-Agís (URV), Deborah Bekele (URV), Lina Masana (UB/URV).

COMITÈ AESSOR

Xavier Allué (URV), Arachu Castro (Tulane University), Martín Correa-Urquiza (URV), Coral Cuadrada (URV), Thomas Csordas (University of California San Diego), Alice Desclaux (Aix-en-Provence), Mari Luz Esteban Galarza (Universitat del País Basc), Jordi Farré (URV), Gerardo Fernández Juárez (Univeridad de Castilla la Mancha), Alejandro Goldberg (Universidad de Buenos Aires), Mabel Gracia (URV), Joan Guix Oliver (URV), Jesús Armando Haro Encinas (El Colegio de Sonora, Mèxic), Claudi Haxaire (Université Bretagne Occidentale), Janis Jenkins (University of California San Diego), Carl Kendall (Tulane University), Ester Jean Langdon (Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil), Maria Antònia Martorell (URV), Cecília Minayo (Fundació Oswaldo Cruz, Brasil), Luis Montiel Llorente (Universidad Complutense de Madrid), Joan Muela (URV), Rosa Osorio Carranza (CIESAS, Mèxic), Inma Pastor (URV), Enrique Perdiguero (Universitat Miguel Hernández), Giovanni Pizza (Perugia), Oriol Romaní (URV), Núria Romo Avilés (Universidad de Granada), Francine Saillant (Université Laval, Canadà), Pino Schirripa (Sapienza, Roma), Ekkehard Schroeder (AGEM+Redaktion Curare), Txema Uribe Oyarbide (Universidad Pública de Navarra), Fernando Villaamil Pérez (Universidad Complutense de Madrid), Joana Zaragoza (URV).

MEMBRES HONOR

Arthur Kleinman (Harvard), Lluís Mallart Guimerà (París X), Eduardo Menéndez (CIESAS, Mèxic), Sjaak Van der Geest (Amsterdam)

MEMBRES D'HONOR "IN MEMORIAM"

Josep Canals, Susan Di Giacomo, Tullio Seppilli

PLURALISMO MÉDICO Y CURAS ALTERNATIVAS

Editado por
Coral Cuadrada



Tarragona, 2020

PUBLICACIONS DE LA UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona
Tel. 977 558 474 · publicacions@urv.cat
www.publicacions.urv.cat



Colección Antropología Mèdica, 33

1.ª edición: abril de 2020

ISBN (papel): 978-84-8424-859-0

ISBN (PDF): 978-84-8424-860-6

DOI: 10.17345/9788484248590

Depósito legal: T 474-2020

Fotografía de la cubierta: Daniel Jolivet, Mortier en bronze de la fin du XVe siècle (1497). Musée de l'Hospice Saint-Roch (<shorturl.at/gFJOX>).



Cita el libro.



Consulta el libro en nuestra web.



Libro bajo una licencia Creative Commons BY-NC-SA.

Obra sometida al proceso de evaluación de calidad editorial por el sistema de revisión por pares según las normas de la colección Antropología Mèdica.

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili es miembro de la Unión de Editoriales Universitarias Españolas y de la Xarxa Vives, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

SUMARIO

El estudio del pluralismo médico en España: una aproximación histórica	7
<i>Enrique Perdiguero-Gil</i> <i>Josep M. Comelles</i>	
Las enfermedades como problematizadoras de la realidad. Movimientos étnicos, pluralismo asistencial, intelectuales y el «buen vivir»	51
<i>Eduardo L. Menéndez</i>	
De santas y sabias a alcahuetas y hechiceras	133
<i>Coral Cuadrada</i>	
Representaciones del parto y del nacimiento en el mundo náhuatl, siglo XVI	163
<i>Irina A. Ravelo Rodríguez</i>	
La recuperació dels sabers de les dones del Montsià: els sabers relacionats amb la cura de la salut	203
<i>Àngels Castellà Castellà</i>	
Epílogo	229
<i>Coral Cuadrada</i>	

EL ESTUDIO DEL PLURALISMO MÉDICO EN ESPAÑA:
UNA APROXIMACIÓN HISTÓRICA¹

Enrique Perdiguero-Gil
Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante

Josep M. Comelles
*Medical Anthropology Research Centre
Universitat Rovira i Virgili, Tarragona*

Resumen: El estudio del «pluralismo médico» o «asistencial» fue, y aún es, parte fundamental del desarrollo y la agenda de la antropología médica, no solo en otros continentes con países en vías de desarrollo, sino también en Europa. Por «pluralismo asistencial» se entiende la coexistencia entre distintos saberes y prácticas relativos al «proceso salud, enfermedad y atención». El pluralismo asistencial sigue siendo un ámbito de estudio en el que la historia y las ciencias sociales dedicadas a la investigación de la medicina, la salud y la enfermedad encontrarán un objeto que puede ofrecer perspectivas críticas sobre las complejas sociedades contemporáneas, en el contexto de unas nuevas culturas de la salud, que pivotan entre lo global y lo local.

Palabras clave: pluralismo médico; pluralismo asistencial; antropología médica; etnografía; *folkmedicina*; historiografía

¹ Este trabajo ha sido realizado en el marco de los proyectos de investigación «De la propaganda sanitaria a la educación para la salud. Ideología, discursos y saberes en la España de Franco (1939-1975)», financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (HAR2012-34588), y «Reforma sanitaria y promoción de la salud en el tardofranquismo y la transición democrática: nuevas culturas de la salud, la enfermedad y la atención», financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad y los fondos FEDER de la Unión Europea (HAR2015-64150-C2-1-P).

The study of medical pluralism in Spain: a historical approach

Abstract: The study of “medical pluralism” and “care pluralism” was and still is a fundamental part of the development and agenda of medical anthropology not only in developing countries but also in Europe. The term “care pluralism” refers to the coexistence of different knowledges and practices relating to the “care, illness and health process”. Care pluralism continues to be an area of study in which history and the social sciences that research medicine, health and illness are able to provide critical perspectives regarding complex contemporary societies in the context of new health cultures that pivot between the global and the local.

Keywords: medical pluralism; care pluralism; medical anthropology; ethnography; *folk medicine*; historiography

Acerca del pluralismo médico (asistencial)

El estudio del «pluralismo médico» (*medical pluralism*), o mejor aún «asistencial» si atendemos a la noción integradora del concepto «proceso salud, enfermedad y atención», fue, y aún es, parte fundamental del desarrollo y la agenda de la antropología médica (Dorolle, 1953), no solo en otros continentes con países en vías de desarrollo, sino también en Europa (Comelles, Riccò, Terrón *et alii*, 2017; Comelles, Riccò y Perdiguero-Gil, 2014). Por «pluralismo asistencial» se entiende la coexistencia (Kleinman, 1980), que no quiere decir equilibrio, entre distintos saberes y prácticas relativos al «proceso salud, enfermedad y atención» (Menéndez, 2005). Su persistencia en Occidente está ampliamente documentada. Ya Hipócrates², en *La enfermedad sagrada*, se posicionaba al respecto y establecía la actitud que la medicina técnica (*tekhné*) propondría, en lo sucesivo, frente a la «competencia» que suponía la pluralidad de sanadores y recursos asistenciales. Esta constatación motivaría el desarrollo de conceptos específicos para describir esas prácticas diversas, inicialmente como «supersticiosas», a partir de un discurso religioso (Comelles, 2016) y, a partir de la Edad Moderna, con un amplio repertorio de etiquetas construidas fundamentalmente por médicos (Comelles, 2017).

2 Véase la edición de Gredos (HIPÓCRATES, 1983).

El pluralismo asistencial es descrito en numerosísimos relatos de naturaleza etnográfica desde la Edad Media (Comelles, 2000; Comelles y Perdiguero-Gil, 2015). Desde finales del siglo XVIII algunos médicos habían insistido en la necesidad de hacer descripciones sistemáticas de la variabilidad geográfica y étnica, lo que supuso el reconocimiento de tal diversidad como resultado de procesos históricos y adaptaciones ambientales (Barrett, 2002; Comelles, 2017; Finke, 1795, 1946). Los géneros narrativos más utilizados fueron las topografías médicas³ y los informes médico-sociales sobre las condiciones de vida de las clases subalternas, ambos basados en metodologías etnográficas de naturaleza neohipocrática y cuyo objetivo era el conocimiento local⁴.

Hasta finales del siglo XIX la «medicina popular» (*folkmedicine*) no fue considerada un campo de estudio desde la perspectiva de la medicina (COMELLES, 1996, 2016; CHARUTY, 1997; DIASIO, 1999)⁵. Su reconocimiento como tal, asociado a la construcción de nosografías locales y a la descripción, más o menos sistemática, de la diversidad de recursos y sanadores, tenía la intención de establecer los límites culturales de la medicina científico-experimental de su tiempo. Los estudios de «folklore médico» (Comelles y Perdiguero-Gil, 2014; Perdiguero-Gil y Comelles, 2014a, 2014b) articularon una mirada naturalista sobre la realidad observada por médicos con las aportaciones teóricas y técnicas del folklore decimonónico y la historia cultural (Comelles, 2016). De la aplicación, más o menos intuitiva, por parte de médicos de la noción de «áreas culturales» (*kulturkreise*), y de conceptos como «sincretismo» y «supervivencias», deriva una larga serie de monografías sobre sistemas médicos regionales en Europa, entre muchas otras, las de Pitre (1896) sobre Sicilia, Amades (1980) sobre Cataluña o Lis Quibén (1949) sobre Galicia⁶. Estas obras tendrían su correlato, de la mano de la antropología profesional y de la antropología médica del siglo

3 Este género ha sido estudiado, entre otros, por Bernabéu-Mestre, Bujosa y Vidal (1999), Larrea (1997), Perdiguero-Gil (1989), Peter (1967), Prats (1996), Solís (2001) y Urteaga (1980, 1985-86, 1999).

4 Véase la colección reunida por Rey (1990) de textos sobre marginados sociales escritos por médicos.

5 Tanto en diferentes países europeos (Peter, 1967) como en América Latina. En México, los médicos en pasantía debían escribir, a partir de 1937, un informe según la estructura lógica de las topografías médicas (Comelles, 2000: 41-43).

6 Para las numerosas obras publicadas ya en la segunda mitad del siglo XX, véase Perdiguero, Comelles y Erkoreka (2000).

xx, en las dedicadas a sistemas médicos, que proliferaron desde la segunda mitad del siglo xx (Comelles y Martínez-Hernández, 1993; Martínez-Hernández y Comelles, 1994; Martínez-Hernández, 2008). Algunas las escribieron médicos, otras, antropólogos profesionales, y los marcos interpretativos corresponden a las grandes escuelas antropológicas del siglo xx. Una parte de ellas pretendía reconstruir las lógicas internas de los sistemas médicos, con mayor o menor componente mágico (Mallart, 2008).

El interés por el pluralismo asistencial, por parte de médicos y de religiosos (Comelles, 2016), debe situarse en el contexto del proceso de medicalización que se puede documentar en Occidente desde la Edad Media (McVaugh, 2002; Ferragud, 2005). Se vio alentado por la demarcación que hizo Tomás de Aquino entre el papel del médico y el de la teología (García Ballester, 1995) y la subsiguiente pugna por la hegemonía de la medicina técnica primero y de la científico-experimental, ya en el xix. A mediados del siglo xx había una conciencia de los límites del proceso de medicalización⁷, en el contexto de los países de lo que más tarde se llamaría Tercer Mundo —con frecuencia excolonias—, en los cuales el citado proceso fue mucho más modesto que en las metrópolis. La conciencia de los obstáculos y los riesgos que suponían estas limitaciones, especialmente desde la perspectiva de las enfermedades transmisibles, explican el interés de la OMS por disponer de información sobre los impedimentos locales —de carácter cultural, social o religioso— a la implantación de programas de intervención. Este interés también tuvo su correlato en Europa con las propuestas de estrategias de educación sanitaria y alimentaria, tal y como lo atestiguan la fundación de la *Union internationale pour l'éducation sanitaire populaire* en 1951 y los diversos informes sobre el tema de la OMS, la UNESCO y UNICEF (Terrón, Comelles y Perdiguero-Gil, 2017). En los territorios coloniales, la investigación de cariz antropológico-médico la venían haciendo médicos salubristas (Kuczynski-Godard, 1944) o antropólogos profesionales (Diasio, 1999), de tal modo que el volumen de información disponible a finales de los cincuenta era ya relevante (Caudill, 1953; Comelles, Riccò y Perdiguero-Gil, 2014; Paul, 1955). Los organismos internacionales consideraron que la participación de la antropología y de las ciencias sociales era inevitable, puesto que el proceso de medicaliza-

7 Preferimos «proceso de medicalización» al término «medicalización» (Busfield, 2017), que es el más habitual actualmente en el lenguaje común. Véase la discusión en Egbe, Alegre Agis y Comelles (2017: 248-250).

ción no podía alcanzar la hegemonía si no se asumía su articulación con el pluralismo local (Seppilli, 1955; 1959). En realidad, no se trataba de una situación novedosa, puesto que en el siglo xvii los jesuitas en Extremo Oriente ya habían comprendido que era necesario reflexionar sobre el mejor modo de entender las culturas en las que predicaban la palabra de Dios (Daniel-Rops, Bernard Maître, Rétif *et alii*, 1956). Frente a la idea de una aculturación mecánica de los saberes y las prácticas sanitarias hegemónicas mediante imposición, las estrategias de la OMS fueron en el sentido de una aproximación sensible y comprensiva a la diversidad cultural, étnica y social, y a la necesidad del *local knowledge* para que las poblaciones aceptasen las vacunaciones, los medicamentos industriales, o los cambios en sus modos de vida que podían representar beneficios en su salud y calidad de vida (Comelles, Riccò y Perdiguero-Gil, 2014; Comelles, Riccò, Terrón *et alii*, 2017; Terrón, Comelles y Perdiguero-Gil, 2017). Por ello, desde los años cincuenta, empiezan a prodigarse compilaciones basadas en trabajo antropológico aplicado (Caudill, 1953; Paul, 1955; Polgar, 1962; Scotch, 1963) y se desarrollan estudios de campo para comprender las lógicas internas de las cosmovisiones indígenas en relación con problemas de salud, enfermedad y atención (Devereux, 1973; Mallart, 2008; Rubel, 1960). Para la OMS, las prácticas populares podían ser revisadas y reconocidas como alternativas a las carencias en el despliegue de la oferta de servicios, como fue el caso de los *barefoot doctors* o de los programas de adiestramiento de parteras empíricas en América Latina (Aguirre-Beltrán, 1947; Menéndez, 1981), que, posteriormente, darían lugar a las estrategias sobre «medicina tradicional» (OMS, 2002, 2013), de las que son buena muestra los programas de «salud intercultural» en América Latina (Fernández Juárez, 2004, 2006, 2008; Menéndez, 2016; Ramírez Hita, 2013, 2014).

Salvo en Italia (Bonacini, Calisi, Cantalamessa *et alii*, 1958; Seppilli, 1963), el sector de la salud europeo no incorporó la antropología y la sociología médicas contemporáneas hasta finales de los setenta, dos décadas más tarde que en América y de modo mucho más tímido. Las topografías médicas desaparecieron con la II Guerra Mundial, los informes médico-sociales se convirtieron en informes epidemiológicos y estadísticos y el folklore médico quedó como una arqueología marginal (Perdiguero-Gil y Comelles, 2014a). Las razones son complejas y tienen que ver con factores ideológicos, estrategias profesionales (Comelles, 2002b, 2003) y con que el despliegue del Estado del bienestar había facilitado sustancialmente el acceso al dispositivo de salud. Así, la medicina científico-experimental

aseguró su hegemonía y se dio paso a la producción de una «nueva» *folkmedicina* en torno al uso de los fármacos, y más recientemente, todo tipo de alimentos funcionales, así como la reapropiación de la utilidad y manejo de una nueva serie de tecnologías de diagnóstico —en especial por imagen— y tratamiento. La mayor cobertura sanitaria ha facilitado, de manera aparentemente paradójica, la expansión de las llamadas medicinas alternativas y complementarias, por razones complejas, todavía por investigar con mayor detenimiento en el conjunto del Estado español. Asimismo, desde principios del siglo XXI, las migraciones masivas extracomunitarias han obligado a los sistemas de salud públicos europeos a desplegar una mirada mucho más atenta a la diversidad cultural y lingüística (Comelles, Allué, Bernal *et alii*, 2010).

El estudio del pluralismo asistencial bajo el Franquismo (1939-1975)

Aunque la prensa profesional se hacía eco, con cierta regularidad antes de la década de los sesenta del siglo XX de la presencia de curanderos y charlatanes⁸, las principales aportaciones al estudio del pluralismo asistencial en España se inscriben en la línea del «folklore médico» (Perdiguero-Gil y Comelles, 2014b), cuya obra más ambiciosa fue la compilación enciclopédica del médico folklorista Antonio Castillo de Lucas, *Folkmedicina* (1958). En ella vertió el conocimiento organizado previamente en tres centenares de artículos y fue el colofón de la obra de varios médicos folkloristas cuyo trabajo de campo se había efectuado principalmente antes de 1936⁹. No sin ingenuidad su autor dirigía el libro a médicos y estudiantes de medicina. Su aportación contrasta con dos intentos de intervención aplicada a los problemas que planteaba la diversidad cultural española, como fueron las actividades de las «divulgadoras sanitario-rurales» de la Sección Femeni-

8 Ver, en particular, la colección del suplemento *Profesión médica*, de *Gaceta Médica Española*, publicado desde 1944. Fue portavoz de los médicos titulares y contiene numerosas aportaciones sobre el pluralismo asistencial, consideradas bajo la etiqueta de «intrusismo».

9 Lo mismo puede atribuirse a obras muy significativas para el folklore médico como la sección de medicina popular en el *Folklore de Catalunya*, de Joan Amades, que fue publicada en 1969 como un libro póstumo y cuyos materiales fueron recogidos antes de la Guerra Civil. Algo similar ocurre con la obra de Lis Quibén, publicada en 1949.

na de Falange Española Tradicionalista y de las JONS¹⁰, un trasunto de los *barefoot doctors*, pero sin su base teórica (Perdiguero-Gil y Comelles, 2016), y las propuestas «arbitristas» del pedagogo Adolfo Maíllo (Terrón, Comelles y Perdiguero-Gil, 2017), que planteó un ambicioso programa de educación influido por las experiencias italianas desarrolladas por el *Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria* de Perugia, para desplegar en la España subdesarrollada programas de alfabetización y educación sanitaria escolar (Comelles, Riccò, Terrón *et alii*, 2017). Maíllo, que conocía tanto la antropología aplicada italiana como la culturalista norteamericana y los programas de educación intercultural del México cardenista, vindicó la necesidad de la formación universitaria en antropología cultural como herramienta para efectuar los estudios de campo pertinentes antes de implantar programas de reforma educativa o sanitaria (Maíllo, 1961).

El acceso de Maíllo a las fuentes de la antropología profesional no era una singularidad. En bibliotecas privadas de médicos y psiquiatras estaban presentes las traducciones del culturalismo norteamericano publicadas en América Latina o novedades de la época, especialmente en lengua francesa, y más adelante en inglés, que denotan cómo determinados sectores de la medicina del país conocían literatura internacional, aunque su manejo no llegase a traducirse, a diferencia de Maíllo, en propuestas de intervención (Terrón, Comelles y Perdiguero-Gil, 2017)¹¹.

El conocimiento de esas lecturas, no siempre adecuadamente sistematizado por la falta de presencia de la antropología (Maíllo, 1961) y la sociología en la universidad y de la medicina social en las facultades de Medicina (De la Quintana, 1953a, 1953b, 1966), impidió que se sustanciase la influencia de las ciencias sociales en la gestión de la salud y la enfermedad (Perdiguero-Gil, Comelles y Terrón, 2017). Sin embargo, en la prensa profesional de los años cincuenta y sesenta, al ocuparse de la problemática de la «medicina rural», omnipresente en congresos, escritos y debates, es posible observar atinadas observaciones etnográficas. En estos escritos se

10 La actividad sanitaria de las divulgadoras rurales de la Sección Femenina —su denominación fue cambiando a lo largo de los años— solo se ha comenzado a estudiar con detalle en los últimos años (Pérez Moreno, 2011-2012; Maceiras-Chans, Galiana-Sánchez y Bernabéu-Mestre, 2017, 2018).

11 Véanse, por ejemplo De la Quintana (1975) y Serigó Segarra (1969); también Alegre Agis y Comelles (2016). En el semanario profesional *Tribuna Médica* (1964-1996), publicado por la empresa farmacéutica Antibióticos S. A., aparecen numerosos textos relativos a las relaciones entre ciencias sociales y salud.

evidencian los problemas profesionales y prácticos que los médicos van teniendo en su adaptación a contextos muy diversos, a menudo muy aislados, y donde la falta de recursos implica el mantenimiento y/o la negociación con las opciones del pluralismo asistencial¹². En esa documentación se observa una ausencia total de bases teóricas con las que comprender la realidad de las instancias asistenciales locales, más allá de las demarcaciones propias del folklore médico o de la intuición de algunos profesionales.

Hasta la reglamentación de la Seguridad Social (1963-1967), que, finalmente, extendió la cobertura del antiguo Seguro Obligatorio de Enfermedad a la mayoría de los trabajadores de los sectores agropecuario y pesquero, las autoridades sanitarias, conscientes de la existencia de un pluralismo asistencial que, consideraban, debían combatir, no trataron de comprender su lógica. Alguna de las monografías de la serie *Al servicio de España y del niño español* (Salazar, Martínez y Bernabéu-Mestre, 2007), con interés educativo, y los *Folleto de Divulgación*, que se distribuían entre médicos, practicantes y, hasta cierto punto, la población —ambas colecciones editadas por la Dirección General de Sanidad— ignoraron completamente la presencia de concepciones culturales o diferencias lingüísticas y se limitaron a luchar contra la mortalidad infantil y las enfermedades infecciosas, sin tomar en consideración las perspectivas poblacionales (Perdiguero-Gil y Comelles, 2016).

El pluralismo asistencial en la fundación de la antropología profesional en España (1965-1982)

La institucionalización de la antropología y de la antropología médica en España no se produjo, como veremos, hasta 1969 y 1982 (*Primeres Jornades d'Antropologia de la Medicina*, 1982), respectivamente. La institucionalización de la antropología se dilató una década (Comelles, 1991; Prat, 1992, 1999; Prat, Martínez, Contreras *et alii*, 1991), a partir del papel que jugó Claudi Esteva Fabregat (1918-2017) en Barcelona desde 1969, y, algo más tarde, Carmelo Lisón Tolosana (1929-) en Madrid. Ambos forman parte de una «primera generación» de antropólogos profesionales, naci-

12 La preocupación por la medicina rural era un tema recurrente en la prensa profesional desde los años cuarenta hasta la Transición, especialmente en el suplemento *Profesión médica* (desde 1944) y en *Tribuna médica* (desde 1964). La problemática profesional de este colectivo expresada en forma de informes, cartas, etc., es particularmente rica.

dos antes de 1940¹³. Su proyecto institucional pretendía la implantación y el desarrollo de la antropología cultural y social internacional. En este contexto los temas de salud no fueron una prioridad. La cobertura sanitaria en 1975 alcanzaba al 81% de la población y la problemática local derivada del pluralismo asistencial fue totalmente ignorada por la antropología profesional. En el caso de Lisón, formado en Oxford, aunque en su trabajo de campo realizado en Galicia entre 1964 y finales de los años setenta observó numerosos ejemplos de pluralismo asistencial y saberes populares en torno a la brujería y la enfermedad, sus intereses intelectuales iban por otra vía. Su proyecto, un vasto estudio regional, se ha ido publicando durante cuatro décadas (Lisón, 1979a, 1979b, 1981, 1990).

Su discípula, María Cátedra, realizó el trabajo de campo de su tesis doctoral en Asturias. Su libro sobre los *vaqueiros* de Alzada (Cátedra, 1988)¹⁴ es una obra sobre la muerte, el suicidio y la enfermedad desde el punto de vista de los actores que se inscribe en las coordenadas analíticas del estructural funcionalismo anglosajón. Para Cátedra o Lisón, la salud y la enfermedad son un objeto de estudio «accidental» para responder a las cuestiones de antropología general que les interesan. Ninguno de los dos autores consideró la *folkmedicina*, presente en sus etnografías, como objeto de estudio específico, sino, como ya apuntara Black (1883), un campo colateral que exigía cierta hermenéutica, pero subsumida en la teoría general, un rasgo presente en la historia de la antropología profesional (Martínez-Hernández, 2008). Sin embargo, las obras de ambos abrieron las puertas a una posible reformulación del folklore médico basado en etnografías neohipocráticas y positivistas, en nuevas propuestas interpretativas derivadas de las teorías culturales del siglo xx, especialmente, en una primera etapa del estructural funcionalismo anglosajón, del culturalismo norteamericano y del estructuralismo francés.

Esta fue también la postura que adoptaron los jóvenes miembros de la «segunda generación» de la antropología española en algunas de sus obras primerizas, todas ellas con un cierto carácter de ejercicios académicos. Los casos más significativos son el estudio de Prat (1972), sobre el rol de los exvotos en Cataluña en relación con los enfermos terminales desahuciados por la medicina y que abría las puertas a un análisis de

13 Sobre el modelo generacional en la antropología española véanse Comelles (1992b) y Comelles y Prat (1992).

14 Véase, también, Cátedra (1976).

las relaciones entre medicina y religión, influido por el estructuralismo y el psicoanálisis; el de Comes (1972), una etnografía de los itinerarios terapéuticos de la enfermedad y la muerte en la Cataluña rural, y el de Comelles (1972), que reinterpretaba, mediante una matriz de análisis estructural-funcionalista, el folklore médico gallego.¹⁵ Algo parecido sucede con el prólogo de Joan Frigolé (1978) a un libro de divulgación sobre medicina popular que incluye una interesante reflexión sobre las relaciones entre el mundo popular y la medicina, para introducir una compilación de materiales procedentes de los clásicos del folklore médico, destinada a familiarizar al público de los años de la Transición democrática con un campo ya en gran medida olvidado.

Todos querían huir del folklore médico positivista, pero no se enfrentaron con la dualidad entre medicina científico-experimental y saberes populares dominante en el panorama de la antropología profesional anterior a 1970. No había demasiadas alternativas. En 1970 apenas se esbozaba el debate sobre el concepto de medicalización (Busfield, 2017), y la alternativa de una antropología filosófica de la enfermedad, representada en España por Laín Entralgo (1968), no permitía aún un encaje fácil con una ciencia social empírica que el propio Laín valoró explícitamente más tarde (Laín, 1985)¹⁶. La posibilidad de una etnomedicina de grupos marginales como la de Cátedra era ya inviable por un proceso de medicalización arrollador alentado por la extensión de la cobertura sanitaria que supuso la Seguridad Social a finales de los setenta (en 1979 alcanzó al 82% de la población).

La influencia en España de la obra antropológica del etnólogo e historiador de la medicina Erwin H. Ackerknecht, en especial, a través de una colección de artículos (Ackerknecht, 1971) —traducida al castellano por Luis García Ballester (Ackerknecht, 1985)—, fue muy importante. Una síntesis de sus ideas apareció en el capítulo sobre *Folkmedicina* publicado en la *Historia universal de la medicina* (Lisón, 1975)¹⁷. La obra de Ackerknecht era perfectamente conocida por los historiadores de la medicina, en

15 Véase, también, Comelles (1973).

16 Ya había glosado el discurso de ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina de Primitivo de la Quintana (1966), en el que este autor mostró su familiaridad con las ciencias sociosanitarias. A este autor le encargó Laín el capítulo sobre sociología de la medicina publicado en la *Historia universal de la medicina* (, 1975).

17 Véase, también, LISÓN (1975b).

especial, por José María López Piñero y Luis García Ballester¹⁸. Este último incorporó el estudio del pluralismo asistencial en varias de sus obras (García Ballester, 1976, 1984), incluidas las póstumas sobre el Medioevo (García Ballester, 2001a), y un recopilatorio publicado en el que hay múltiples escritos de interés sobre el tema (García Ballester, 2001b). López Piñero (1971a, 1971b) alentó la presencia de los estudios de *folkmedicina* en la formación médica.

García Ballester, a diferencia de Lisón, sí consideraba el pluralismo asistencial como un rasgo esencial para comprender las relaciones entre sistemas médicos durante la Edad Media y los inicios de la Edad Moderna. En el caso de su obra sobre la medicina morisca (García Ballester, 1984), la confrontó con la galénica para mostrar cómo, a pesar de su filiación común, la primera sufrió un proceso de marginación y decadencia por causa de las políticas de cristianización de los moriscos del Reino de Granada, hasta su expulsión en 1610. La medicina morisca aparece como una medicina subalterna. Su propuesta enlaza, de algún modo, con los enfoques de Ernesto de Martino sobre la Italia meridional (1958, 1961) y con los de Eduardo Menéndez (1980), aunque sin la perspectiva del marxismo gramsciano en torno a la subalternidad que utilizan estos autores. En su estilo narrativo, García Ballester juega con «el punto de vista del actor», en un tiempo en que este recurso no estaba de moda en la antropología española¹⁹. Tanto el magisterio de García Ballester como el de López Piñero abrieron las puertas a la antropología médica en la educación médica, aunque, inicialmente, circunscrita a una visión clásica de la *folkmedicina*, como parte esencial del pluralismo asistencial. Ni Ackercknetch, ni las investigaciones de García Ballester, ni los planteamientos docentes de López Piñero influyeron en la «segunda generación» de antropólogos, tampoco la tesis de licenciatura, inédita, del antropólogo Jesús Contreras (1971) sobre las relaciones entre saberes médicos y populares en el siglo XVIII.

La posibilidad de una antropología médica aplicada fue una quimera en la nueva antropología española hasta finales de los setenta del pasado

18 Un trabajo histórico-médico, publicado a inicio de la década de los setenta, de gran interés para el estudio del pluralismo asistencial fue el de Albarracín (1972). Sobre la contribución de este autor véase Perdiguero (2004b).

19 Mantuvo fielmente su identidad «histórico-médica», aunque en un escenario de diálogo con la teoría antropológica. Sobre su tarea como antropólogo o etnohistoriador véase Comelles (2002a).

siglo. Por sus intereses específicos, muy alejados de los temas de salud y sociedad, los antropólogos en curso de profesionalización de la «segunda» generación no podían estar atentos a los enormes efectos culturales que la extensión de la cobertura sanitaria estaba produciendo en el proceso de medicalización. En ese proceso que, sobre todo en las dos primeras décadas tras la Guerra Civil, todavía buscaba combatir las enfermedades infecciosas y la mortalidad infantil, las variables culturales eran muy secundarias, salvo algunas aportaciones muy concretas (Comelles y Bernal, 2007; Serigó Segarra, 1969).

En la medida en que el franquismo no reconocía la diversidad cultural y lingüística del país, más allá de un costumbrismo folklórico, en los debates sobre la reforma sanitaria, la preeminencia de los enfoques sobre salud o enfermedad, desde las ciencias sociales, se hicieron desde aproximaciones sociológicas²⁰. Los escasos estudios sobre el pluralismo asistencial correspondieron al folklore médico (Erkoreka, 1985), especialmente en el caso del País Vasco, por el peso de los grupos Etniker y de los estudiosos locales²¹.

El pluralismo asistencial y la institucionalización de la antropología médica (1982-2017)

El libro *La antropología médica en España* (1980), compilado por el antropólogo Michael Kenny y el sociólogo Jesús M. de Miguel, dio visibilidad a la disciplina en España. Un par de años más tarde, este campo adquiriría carta de naturaleza en las *Primeres Jornades d'Antropologia de la Medicina* (Tarragona, 1982). Tanto en el libro como en las actas el peso

20 De ahí la influencia de la obra del sociólogo médico Jesús M. de Miguel, centrado estrictamente en los problemas institucionales de la implantación del dispositivo sanitario y de su reforma vinculada a variables políticas, demográficas y estadísticas (De Miguel, 1975, 1976, 1977, 1978a, 1978b, 1979a, 1979b, 1980, 1982, 1983). Véase, también, De Miguel, 1976.

21 Vale la pena resaltar, en el caso del País Vasco, la obra, ya posterior, *Medicina popular en Vasconia* (2004). Sobre el conjunto de la bibliografía publicada en España tras 1960 véase Perdiguero-Gil, Comelles y Erkoreka (2000). Por razones de espacio nos remitimos a ella. Con posterioridad al cierre de aquella bibliografía, se han publicado estudios sobre otras muchas regiones, por ejemplo, García Ramos (2010). En ese contexto, el ejemplo quizá más evidente de antropología aplicada a la clínica relacionado con el pluralismo asistencial fue el análisis de un brote psicótico de tema demoníaco desencadenado en una paciente gitana durante un culto pentecostalista en Barcelona (Comelles, Casas y Udina, 1975).

de la *folkmedicina* y del pluralismo asistencial en los términos clásicos era, todavía, muy importante, aunque en manos de jóvenes investigadores se trataba, en general, de ir más allá de la descripción positivista y avanzar en marcos interpretativos más complejos, especialmente procedentes del estructural-funcionalismo anglosajón y del estructuralismo francés. Sin embargo, contenía aportaciones que se incardinaban, de modo muy sistemático, en una etnografía del pluralismo asistencial en el seno de una sociedad medicalizada, en la que la presencia del dispositivo sanitario no era prescindible. Asimismo, algunas aportaciones de historiadores ponían de relieve la presencia de este en etapas anteriores.

La combinación de historiadores de la medicina como Pedro Marset y de antropólogos médicos en las actas publicadas en 1982 supuso un punto de inflexión en relación con los compartimentos estancos de la historiografía médica y la antropología profesional clásicas, excepción hecha de la influencia de Ackerknecht. Sin que se desarrollase teóricamente, en bastantes de los textos indicados, resulta obvia la conciencia del peso de la medicina científico-experimental en la producción cultural de una «nueva» *folkmedicina*. En 1982 aún era imposible afirmar que la antropología médica —o la historia de la medicina— era un producto necesario para los intereses de los actores involucrados en el proceso de medicalización, pero si existía la intuición de que debían abordarse las relaciones entre este y los objetos de estudio clásico, como la *folkmedicina* de áreas culturales.

Una primera aproximación al problema podemos relacionarla con dos de los capítulos de *La antropología médica en España* (Prat, Pujadas y Comelles, 1980; Pujadas, Comelles y Prat, 1980). En el primero de ellos se criticaba la demarcación entre medicina popular y medicina profesional y abría la posibilidad de una concepción de la *folkmedicina* que incorporase la medicina científico-experimental. En el mismo sentido fueron las aportaciones sobre curanderismo urbano de Xavier Granero (1982, 1987), que permitieron profundizar en la articulación entre nuevos tipos de sanadores y el propio proceso de medicalización, representado por la demanda de curación del cáncer. Finalmente, hay que considerar la propuesta de Marta Allué (1982), que analizó la evolución de la gestión de la enfermedad terminal desde el ámbito doméstico, descrito por los folkloristas, al hospital de su tiempo antes del despliegue de los cuidados paliativos. En todos estos casos se renuncia a explorar la demarcación en-

tre medicina popular y medicina científica-occidental, presente en Lisón y Cátedra.

El producto más evidente de ese nuevo debate es el artículo metodológico y programático de Comelles, Andreu, Ferrús *et alii* (1981). Se elaboró durante el primer curso de Antropología Médica que se impartió en España²². Los autores abordaron el pluralismo asistencial a partir de la noción de «proceso asistencial» cuyas raíces podían encontrarse en los escritos sobre rituales del antropólogo Víctor Turner, así como en las obras de autores como Freidson y Goffman. El proyecto partía de una concepción de la salud y la enfermedad basada en prácticas derivadas de saberes colectivos y se alejaba de una concepción rígida de áreas culturales. Para superar el dualismo medicina popular/medicina científico-experimental, los autores propusieron analizar los itinerarios terapéuticos²³ y el pluralismo asistencial a partir de la noción de «asistibilidad», entendida como un producto cultural de raíces históricas. Posteriormente, sus autores reflexionaron sobre las ventajas que había tenido el desconocimiento de un modelo parecido ya elaborado por Chrisman (1977) y de la obra de Kleinman (1980), lo que permitió ajustar la propuesta a los datos de observación procedentes de la casuística local, plenamente insertada en un ámbito con una asistencia sanitaria, vía Seguridad Social, diferente a la norteamericana y a la de los contextos asiáticos. Las ideas propuestas se divulgaron posteriormente en distintos sentidos y permitieron, entre otras cosas, abordar el problema de la hegemonía de la automedicación mediante medicamentos industriales y la subalternización de los remedios caseros y de las prácticas higiénico-dietéticas (Comelles, 1992a).

Aunque esta línea de trabajo tuvo su traducción a lo largo de las décadas siguientes, la producción sobre pluralismo asistencial y *folkmedicina* «clásica» siguió desarrollándose en la década de los ochenta y con menor impulso en la de los noventa. Dos razones la avalaban. La primera, la necesidad de salvaguardar un patrimonio cultural en curso rapidísimo de

22 Se trataba de dos asignaturas optativas de tipo C (3 créditos) dentro de la Licenciatura de Historia General y Geografía de la División del Campus de Tarragona de la Universitat de Barcelona.

23 El concepto de «itinerario terapéutico» fue utilizado a inicios de los años ochenta del siglo pasado por los antropólogos franceses que realizaban trabajo de campo en África (Sindzinger, 1983). Véase la discusión al respecto en Perdiguero-Gil (2006: 41-42). Hoy día sigue siendo utilizado en los estudios africanistas y, de manera muy frecuente, en Latinoamérica. Para su uso en el ámbito histórico-médico, véase Schmitz (2016).

desaparición. La segunda deviene de la falta de formaciones regladas en antropología médica, que limitaba el acceso a los debates internacionales, que ya durante esa década se orientaban hacia otra agenda de investigación (Comelles y Martínez-Hernández, 1993; Martínez-Hernández, Perdiguero-Gil y Comelles, 2015; Perdiguero-Gil, Comelles y Erkoreka, 2000)²⁴.

Resulta crucial resaltar aquí la influencia que para el estudio de la *folkmedicina* y de numerosos campos de la antropología médica tuvo el contacto con dos figuras de gran calado teórico, cuya influencia no ha sido mayor en otros contextos, por la barrera lingüística que supone la posición dominante del inglés en la comunicación académica en todos los campos: Eduardo L. Menéndez y Tullio Seppilli. Los primeros trabajos que se conocieron de Menéndez fueron su capítulo «El modelo médico y la salud de los trabajadores» (Menéndez, 1978), publicado en un libro en el que también participó, entre otros, Franco Basaglia, y *Poder, estratificación y salud* (Menéndez, 1981), en los que comenzaba a dar forma a sus propuestas sobre la estructura, funciones, y desarrollo del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1984, 1988). Seppilli había publicado «La evolución de la relación médico-enfermo» (Seppilli, 1972), en un libro en el que participaban varios autores italianos, entre ellos, Giovanni Berlinguer, que pasó desapercibido. Años más tarde comenzaron a conocerse sus trabajos en torno a la medicina popular en Italia (Seppilli, 1983, 1989). Desde mediados de los años ochenta los planteamientos marxistas y gramscianos de ambos antropólogos nutrieron el modo de aproximarse a la medicina popular de los antropólogos de la medicina profesionales²⁵.

El abordaje de la *folkmedicina* en los últimos veinte años del siglo xx responde a diversos puntos de interés en los que se involucraron antropólogos e historiadores. Entre ellos, el que tenía mayor tradición, incardinado en la continuidad de los estudios de folklore médico, fue desarrollado, principalmente, por historiadores de la medicina pertenecientes a la «escuela valenciana», formada en torno a José María López Piñero. Se

24 Como ya se ha señalado, en Perdiguero-Gil, Comelles y Erkoreka (2000) hay una relación exhaustiva de esta producción hasta 1999. En Martínez-Hernández, Perdiguero-Gil y Comelles (2015) se establecen las tendencias de investigación en antropología médica en España, incluidas las relativas al pluralismo asistencial.

25 Los intercambios han sido muy numerosos a lo largo de los años, como es el caso de las *I Jornadas de Antropología de la Salud en la Europa Meridional*, celebradas en Tarragona los días 11 y 12 de febrero de 1992.

dedicaron estudios al papel de lo que, de manera un tanto equívoca, se llamaron «factores culturales» en el estudio histórico de la enfermedad y la muerte²⁶, a los *culture-bound syndroms* (Bernabéu-Mestre y Perdiguero-Gil, 1994; Erköreka, 1995; Perdiguero-Gil, 1986), las prácticas populares (Fresquet, Tronchoni, Ferrer *et alii*, 1994; Fresquet, 1995)²⁷ y al curanderismo (López Terrada, 1994; Perdiguero-Gil, 1992a, 1995, 1996a, 1996b, 1997). Fue en este ámbito de la *folkmedicina* «clásica» en el que se produjo una segunda confluencia entre los historiadores y los antropólogos médicos profesionales, tras lo acaecido en las *Primeres Jornades d'Antropologia de la Medicina*, a través de un número monográfico sobre «La medicina profana» de la revista *Canelobre* (Balaguer, 1987)²⁸. Con la perspectiva que da el tiempo, a pesar de que el título ya indica los presupuestos sobre los que se basaba buena parte de los artículos, esta publicación resultó clave para establecer de manera estable líneas de trabajo conjuntas (Perdiguero-Gil, 1993b).

Un artículo programático (Balaguer, Ballester, Bernabéu-Mestre *et alii*, 1990), los estudios sobre la medicina doméstica en la Ilustración española de Perdiguero-Gil (1991, 1992b), los primeros trabajos de Mari Luz López Terrada (1994), así como el artículo de Cabré y Salmon (1999), fueron algunas de las obras publicadas en los años noventa del pasado siglo que dieron paso a la atención creciente al pluralismo asistencial por parte de los historiadores de la medicina en lo que va de siglo XXI. De especial interés fueron los trabajos publicados en el monográfico de la revista *Dynamis* dedicado a *El Tribunal del Real Protomedicato en la Monarquía hispánica (1593-1808)* (López Terrada y Martínez Vidal, 1996), en el que, siguiendo la estela abierta por el estudio sobre el control de la práctica médica en la Valencia del siglo XIV (García Ballester, McVaugh y Vela,

26 Véanse Bernabéu-Mestre (1995), Perdiguero-Gil (1993a), Perdiguero-Gil y Bernabéu-Mestre (1995), Robles, Bernabéu-Mestre y Perdiguero-Gil (2000).

27 José Luis Fresquet ha continuado ocupándose del tema de los *culture-bound syndroms*, en el caso de *lenfit* (Pellicer, Devesa, Ferrando *et alii*, 2005; Fresquet, Devesa, Pellicer *et alii*, 2006) y de la *folkmedicina* en general en la puesta al día que supone su manual *Salut, Malaltia, Cultura* (Fresquet y Aguirre, 2006: 133-187).

28 Sobre la contribución de Emili Balaguer i Perigiüll a la introducción de las ciencias sociosanitarias, en especial la antropología de la medicina, en la educación médica, véase Perdiguero (2015). Suyo es el capítulo publicado sobre medicina popular en la *Historia de la medicina valenciana* (Balaguer, 1992).

1989), se exploró con detalle la cuestión de la vigilancia de las titulaciones, a pesar de la escasez de fondos documentales.

En la última década del siglo xx la *folkmedicina* «clásica» también ocupó a los antropólogos, tal y como atestiguan los trabajos sobre curanderos, entre otros, de Reviriego (1995), Gómez (1997) o Gandía (1999). Dos compilaciones básicas sobre esta temática son la de González Alcantud y Rodríguez Becerra²⁹ (1996) y la de González Reboredo (1997), en las que se mezclan textos estrictamente de antropología médica con otros que trataban de mantener viva la llama del folklore.

La aportación más importante al pluralismo asistencial hasta principios del siglo xxi por parte de los antropólogos es, sin duda alguna, fruto de la colaboración entre el antropólogo Marcial Gondar y el psiquiatra y antropólogo Emilio González, que permitió desarrollar el campo de la psiquiatría cultural en España combinando la investigación sistemática y la aplicada. A partir de los estudios sobre el duelo, ambos autores abordaron una revisión del muy rico folklore médico gallego y de la obra de Lisón, desde una perspectiva fuertemente crítica (Gondar y González, 1992), que culminaría en la excepcional tesis de doctorado de González (2000) sobre el papel de mediador de los psiquiatras en el medio rural. Se trata, con toda seguridad, de la mejor aportación crítica y con una perspectiva aplicada al tema que se haya producido en el país.

El pluralismo asistencial en la antropología y la historiografía médicas actuales

La producción sobre pluralismo asistencial en el siglo xxi no se mueve ya bajo los parámetros que hemos descrito anteriormente. En primer lugar, porque, a escala global, nos encontramos en una fase distinta del proceso de medicalización. El eje ya no es la respuesta a la enfermedad que caracterizaba la fase anterior y la necesidad de clasificar rigurosamente las «enfermedades» —incluidas las «étnicas»—, sino una cultura global acerca de la salud, con todos los matices posibles en los *ethnoscapes* locales. El anterior modelo remitía a un dualismo entre lo científico y lo «étnico» que

²⁹ Salvador Rodríguez Becerra, en sus escritos sobre religiosidad popular, ha estudiado temas concomitantes con el que aquí nos ocupa. Lo mismo podemos decir de los especialistas en antropología de la religión Joan Prat y Manuela Cantón. Citar los numerosos trabajos de estos autores no resulta posible aquí por razones de espacio.

justificaba el estudio de la *folkmedicina* o medicina popular en el sentido habitual del término. Sin embargo, la conceptualización del pluralismo asistencial que deriva del desarrollo de la antropología médica desde los años setenta y la asunción de la medicina científico-experimental como un caso más en una oferta plural de recursos de salud conduce necesariamente a la revisión de la extensión del concepto de *folkmedicina*, no en términos de dualismo, sino en términos de entender los procesos de salud, enfermedad y atención actuales como una realidad compleja, que puede quedar perfectamente bien descrita por esa etiqueta. Y eso tiene consecuencias significativas. Tras el cierre de la bibliografía preparada en 1999 sobre antropología médica en España en la que prevalecía la vieja noción de *folkmedicina* (Perdiguero-Gil, Comelles y Erkoreka, 2000), sus autores fueron conscientes de que la evolución de los estudios sobre pluralismo asistencial no posibilitaba la continuidad del proyecto bibliográfico, puesto que la antropología médica había ampliado sus límites mucho más allá de la vieja agenda de la medicina «étnica».

Quede claro que el pluralismo asistencial no es hoy ya un tema medular en antropología médica, aunque sigan apareciendo obras reseñables, como algunas de las publicadas en las obras colectivas sobre Europa meridional (Uribe y Perdiguero-Gil, 2013) y Cataluña (Perdiguero-Gil y Comelles, 2015). No solo ocurre en España, también en Europa. Únicamente en el caso de los, eufemísticamente, llamados países en vías de desarrollo las aportaciones al tema son aún muy importantes, precisamente porque la implantación de programas que persiguen la medicalización sigue topando, obviamente, con resistencias y obstáculos culturales y sociales.

Desde el punto de vista histórico, sin embargo, el estudio del pluralismo médico o asistencial goza de muy buena salud, en parte porque la historiografía de la ciencia y de la medicina, y sus sucesivos «giros» han permitido acercarse a cuestiones, como la popularización de la ciencia (Papanelopoulou, Nieto-Galán y Perdiguero-Gil, 2009) y el ámbito de lo popular, que hace tres décadas se consideraban marginales, a pesar de la relevancia de la que ya gozaba la historia cultural. La utilización de puntos de vista antropológicos ha permitido, con el necesario refinamiento historiográfico, acercarse a una comprensión mucho más compleja de la gestión de la salud, la enfermedad y la muerte en el pasado, en la que el autocuidado y las variadas instancias asistenciales disponibles desempeñaban un papel de gran importancia. Las contribuciones al monográfico

La realidad de la práctica médica: el pluralismo asistencial en la monarquía hispánica (siglos XVI- XVIII) (Ballester, López Terrada y Martínez Vidal, 2002), publicado por la revista *Dynamis*, son buen ejemplo. Una de las editoras de este monográfico ha publicado numerosos trabajos sobre el tema (López Terrada, 2000, 2002, 2005, 2007a, 2007b, 2009, 2010, 2012, 2014; Schmitz y López Terrada, 2015; Slater y López Terrada, 2011; Slater, López Terrada y Pardo Tomás, 2014). Además, ha dirigido la tesis doctoral de Caroline Schmitz (2016), sin duda, la que, a nivel internacional, ha logrado un mejor ensamblaje entre las metodologías y conceptos de la historia y la antropología a la hora de estudiar el pluralismo asistencial. Vale la pena resaltar, por el fecundo uso de la correspondencia como fuente para el estudio del tema que nos ocupa, los trabajos de Zarzoso (2001, 2004). Sin afán de exhaustividad, es posible citar otros autores que también se han ocupado del tema desde diferentes puntos de vista, como Cabré (2000, 2005, 2008)³⁰, que ha prestado especial atención al autocuidado, Ferragud (2005, 2007, 2009), Perdiguero-Gil (2004b, 2005) o Tausiet (2000, 2007, 2009, 2014)³¹.

En la actualidad, en Europa, también en Norteamérica, si bien la *folk-medicina* «clásica» es marginal, no ha desaparecido del todo, y sigue siendo posible documentarla en ciertas zonas de la Península Ibérica, como demuestra otro capítulo de este libro³². En cambio, desde finales de los años noventa se consolida en España, con cierto retraso por la tardía reforma del dispositivo asistencial y del papel de la salud pública, la necesidad de estudiar la relación de una medicina científico-experimental muy centrada en la enfermedad, tecnificada, fragmentada y enormemente

30 Montserrat Cabré, junto con Teresa Ortiz, ha participado en obras colectivas que contienen capítulos de la historia de las mujeres de interés en el ámbito que nos ocupa: por ejemplo, Cabré y Ortiz (2001) o Serrano (2008).

31 María Tausiet Carlés es autora de numerosos artículos sobre brujería que tienen interés para el estudio del pluralismo asistencial. No hacemos referencia a ellos por razones de espacio.

32 También pueden citarse, como ejemplo, aportaciones como las de De las Heras (2014, 2015), Subirós (2012) o Salvador (2015). Mención aparte merecen los trabajos que desde el campo de la etnobotánica y la etnofarmacología, muchas veces con perspectiva histórica, están realizando, entre otros, autores como Manuel Pardo de Santayana y José Ramón Vallejo. Parten de presupuestos diferentes a los aquí considerados, aunque con fuertes lazos con el folklore médico. Son muy abundantes, por lo que no podemos dar cuenta aquí de ellos por razones de espacio.

costosa, con el cambio cultural global que conduce a la diseminación de una nueva cultura de la salud centrada en el individuo³³ y basada en un discurso sobre la «mejora» de la salud, cuya hegemonía está en manos del mundo de la comunicación, tanto en el ámbito de las relaciones interpersonales como en los omnipresentes entornos virtuales³⁴. Parte de la toma de conciencia de los individuos y de las colectividades locales como agentes determinantes en el desarrollo de una nueva cultura de la salud (Comelles, 2000: 539-542; Comelles, Riccò y Perdiguero-Gil, 2014). La idea de la autonomía personal en relación con la salud enraíza en líneas de pensamiento presentes en movimientos de terapias alternativas (Pardo, 1996, 1998), pero también con algunas vertientes de la automedicación, poco estudiada en nuestro medio desde una perspectiva antropológica e histórica (Comelles, 1992a; Perdiguero-Gil, 1994a, 1994b; Perdiguero-Gil, Sendra, Jiménez *et alii*, 1986). A pesar de la dimensión global de esa nueva cultura de la salud, presenta infinitos matices locales que complejizan su descripción y análisis, tales como la concatenación de procesos sociales, tecnológicos y culturales estructurados en torno a *ethnoscapes* locales, dinámicos y flexibles (Appadurai, 1996), que engendran, en el ámbito de los procesos de salud, enfermedad y atención, una «nueva» *folkmedicina*. Se producen, por tanto, culturas *folk* locales, alternativas a la cultura experta³⁵, donde desempeñan un papel muy significativo tanto medios de comunicación clásicos (sobre todo en sus formatos digitales) como los *social media*, que están cambiando el modo mediante el que se había construido,

33 Se puede denominar «tercera fase» de la medicalización y corresponde a la economía posfordiana, en la que la producción, fundamentalmente de bienes de equipo, deja paso, en Occidente, a una gran variedad de bienes de consumo individual, entre ellos los relacionados primordialmente con el cuerpo. En este contexto, la medicalización se centra en relatos, básicamente, culturales. En esta fase la investigación biomédica dura se encerraría en espacios opacos que hacen referencia al desarrollo de tecnologías sofisticadas de diagnóstico, cuidado y terapéutica.

34 Esta fase partió de la coordinación internacional en torno a la educación sanitaria que en Europa comenzó, de manera organizada, la *Union Internationale pour l'Education Sanitaire de la Population*, creada en 1951. Esta asociación, entre otras, colaboró con la OMS y otros organismos de Naciones Unidas (Terrón, Comelles y Perdiguero-Gil, 2017). El proceso culminaría con la declaración de Almá-Atá de 1978 y los planteamientos, ya posteriores sobre educación para la salud y promoción de la salud.

35 Hablamos de cultura *folk* como alternativa a la terminología cultura de «legos» o «profanos» y para reforzar su naturaleza de adaptaciones en *ethnoscapes* locales de la cultura popular global.

anteriormente, la experiencia individual y de los grupos primarios en relación con la salud, la enfermedad y la muerte (Comelles y Brigidi, 2014). Actualmente, cientos de millones de personas buscan, a diario, información sobre salud en los millones de sitios web dedicados específicamente a este tema, dejando atrás formas de popularización médica más tradicionales (Perdiguero-Gil, 2017). Internet se ha convertido en la principal fuente de información en salud e incluso está reemplazando a los médicos en esta función (Gabarrón y Fernández-Luque, 2012).

Las enfermedades clásicas, científicas o *folk*, ya solo justifican una parte de la demanda asistencial (Comelles y Perdiguero-Gil, 2014). Incluso los conceptos de «enfermedad» y «síndrome» pasan a adoptar la etiqueta de «malestares» o «preocupaciones» (*medical concerns*), y, cada vez más, las respuestas a esas inquietudes se canalizan a través de medios de comunicación y los *social media* (White y Horvitz, 2009; Llamero, 2015, 2017)³⁶. Las preocupaciones responden a formas de percepción del riesgo y pueden derivar en prácticas de prevención, demanda sanitaria y nuevas formas de comprender y conceptuar el cuerpo (ESTEBAN, 2004), a veces favoreciendo el desarrollo de la autonomía personal (Allué, 2013). Frente al modelo clásico de credibilidad de una *auctoritas* médica, indiscutida e indiscutible, que implicaba una relación jerárquica entre maestro-médico y discípulo-ciudadano, las nuevas tecnologías de la comunicación plantean un escenario mucho más complejo. Todo ello se inscribe en el desarrollo de un inmenso mercado de recursos, prácticas o productos entre los cuales podemos apuntar, por ejemplo, los que remiten a la nutrición en forma de «alimentos funcionales» y que se sitúan en un escenario no necesariamente intermediado por profesionales, aunque el marchamo de lo «científico» siga presente (Egbe, Alegre Agis y Comelles, 2017).

Otro escenario actual que precisa ser investigado desde la antropología médica es el del papel de las medicinas alternativas y complementarias. La propuesta programática de Xavier Granero en 1982, en torno al curanderismo urbano, se ha convertido en un rasgo muy característico de la sociedad actual, en el marco de una nueva fase del proceso de medicali-

36. El concepto de preocupación aparece en el siglo xvii (Browne, 1658) descrito como *commonly presumed truths*, un concepto vinculado al de errores médicos, *préjugés* (traducido por preocupaciones) y supersticiones. Una primera aproximación a esta problemática desde una perspectiva histórica, en Comelles (2015). Para una perspectiva antropológica, véase Van der Geest (2015).

zación. El pluralismo asistencial se ha enriquecido merced al desarrollo de un amplio mercado de instancias asistenciales que incluyen sistemas médicos clásicos, como la medicina ayurvédica o la tradicional china, el naturismo —en sus diversas versiones—, la homeopatía, terapias manipulativas, como la osteopatía y la quiropráctica, y otras muchas opciones, como el reiki, las flores de Bach u otras instancias espirituales, en la órbita de la *New Age*. Por supuesto, estas opciones son alternativas o complementarias en el Estado español, pero no, obviamente, en los países de los que son originarias algunas de ellas, ni en EE. UU. o en otros países europeos³⁷. Hasta ahora estas realidades han sido poco estudiadas. Se han publicado algunos estudios programáticos y primeras aproximaciones (Granero, 2003; Perdiguero-Gil, 2004c, 2009a, 2009b, 2010a, 2010b; Perdiguero-Gil y Tosal, 2007), así como algunos estudios de campo (Pardo, 1996, 1997). Solo recientemente contamos con acercamientos más interpretativos³⁸, especialmente en el caso de la *New Age* (Blázquez y Cornejo, 2014; Cornejo y Blázquez, 2013, 2016; Prat, 2011, 2012a, 2012b, 2017 —en un contexto más amplio—; Reche, 2013). Isabella Riccò ha considerado diversas instancias asistenciales (2013, 2014, 2015, 2016, 2017a). En su tesis doctoral (Riccò, 2017b), tras realizar un análisis exhaustivo de lo que queda de la *folkmedicina* «clásica» y lo que supone la «nueva», ha comparado la situación catalana y la de algunas regiones de Italia, poniendo de manifiesto la necesidad de prestar atención a todo un nuevo mundo de formas de enfrentar la enfermedad y gestionar la salud.

El pluralismo asistencial, por tanto, bajos nuevos parámetros, ante nuevas realidades, con nuevos aportes teóricos, sigue siendo un ámbito de estudio en el que la historia y las ciencias sociales dedicadas a la investigación de la medicina, la salud y la enfermedad encontrarán un objeto que puede ofrecer perspectivas críticas sobre las complejas sociedades contemporáneas, en el contexto de unas nuevas culturas de la salud, que pivotan entre lo global y lo local.

37 Los informes publicados en el marco de la red europea de investigación CAMBRELLA <<https://cambrella.eu>>, ponen de manifiesto la enorme variabilidad de las regulaciones sobre las diversas medicinas alternativas y complementarias en los diversos países europeos [consulta: 25 de enero de 2018].

38 Véanse las contribuciones al simposio «El reencuentro de salud y espiritualidad: agencias, saberes y prácticas periféricas» (Blázquez, Cornejo y Flores, 2014), que se celebró en el marco del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español (Tarragona, 2-5 de septiembre de 2014).

Bibliografía

- ACKERKNECHT, Erwin H. (1971). *Medicine and ethnology: selected essays*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- ACKERKNECHT, Erwin H. (1985). *Medicina y antropología social*. Madrid: Akal.
- AGUIRRE-BELTRÁN, Gonzalo (1947). «La medicina indígena». *América Indígena*, 7(2), 109-125.
- ALBARRACÍN TEULÓN, Agustín (1972). «Intrusos, charlatanes, secretistas y curanderos. Aproximación sociológica al estudio de la asistencia médica extracientífica en la España del siglo XIX». *Asclepio*, 24, 323-366.
- ALEGRE AGIS, Elisa y COMELLES, Josep M. (2016). «Las genealogías intelectuales de la desinstitucionalización en la España del tardofranquismo (1965-1977)». En: ESTEBAN, HERNÁNDEZ, Silvia; MARKEZ ALONSO, Iñaki y MARTÍNEZ AZUMENDI, Oscar *et alii* (eds.). *Historias de la salud mental para un nuevo tiempo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 219-233.
- ALLUÉ, Marta. (1982) «La gestión del morir. Para una antropología del enfermo terminal en la sociedad occidental». En: *I Jornades d'Antropologia de la Medicina. II Col·loqui de l'ICA. Comunicacions. Vol. 2.1*. Tarragona: Arxiu d'Etnografia de Catalunya, 4-32.
- ALLUÉ, Marta. (2013) *El paciente inquieto. Los servicios de atención médica y la ciudadanía*. Barcelona: Bellaterra.
- AMADES, Joan (1969). *Folklore de Catalunya Vol. III. Costums i creences*. Barcelona: Selecta.
- APPADURAI, Arjun (1996). *Modernity at large: cultural dimensions of globalization*. Minneapolis; London: University of Minnesota Press.
- BALAGUER PERIGÜELL, Emilio (coord.) (1987). «La medicina profana». *Canelobre*, 11.
- BALAGUER PERIGÜELL, Emilio (1992). «La medicina popular». En: LÓPEZ PIÑERO, José M. (ed.) *Historia de la medicina valenciana*. València: Vicent García, vol. 3, 197-209.
- BALAGUER, Emilio; BALLESTER, Rosa; BERNABÉU-MESTRE, Josep y PERDIGUERO-GIL, Enrique (1990). «La utilización de fuentes antropológicas en la historiografía médica española contemporánea». *Dynamis*, 10, 193-208.
- BALLESTER, Rosa; LÓPEZ TERRADA, María Luz y MARTÍNEZ VIDAL, Àlvar (2002). «La realidad de la práctica médica: el pluralismo asistencial

- en la monarquía Hispánica (ss. XVI-XVIII). Introducción». *Dynamis*, 22, 21-28.
- BARRETT, Frank A. (2002). «The role of French-language contributors to the development of medical geography (1782-1933)». *Social Science & Medicine*, 55(1), 155-165.
- BERNABÉU-MESTRE, Josep (1995). «Malalattia, cultura i població: factors cultural en l'anàlisi demogràfica y epidemiològica». En: BARONA, Josep Lluís (ed.). *Malatia i cultura*. València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència. Universitat de València, 153-163.
- BERNABÉU-MESTRE, Josep; BUJOSA, Francesc y VIDAL, Josep Miquel (comps.) (1999). *Clima, microbis i desigualtat social: de les topografies mèdiques als diagnòstics de salut*. Maó, Menorca: Institut Menorquí d'Estudis.
- BERNABÉU-MESTRE, Josep y PERDIGUERO-GIL, Enrique (1994). «Epidemia y pluralidad asistencial: a propósito del "andancio" de fiebre amarilla en Santa Cruz de la Palma (Islas Canarias)». En: CARRILLO, Juan Luis y OLAGÜE DE ROS, Guillermo (eds.). *Actas del XXXIII Congreso Internacional de Historia de la Medicina*. Sevilla: Sociedad Española de Historia de la Medicina, 89-100.
- Black, William G. (1883). *Folk-Medicine. A Chapter in the History of Culture*. London: Eliot Stock for the Folk-lore Society.
- BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, Maribel; CORNEJO VALLE, Mónica y FLORES MARTOS, Juan Antonio (coords.) (2014). «El reencuentro de salud y espiritualidad: agencias, saberes y prácticas periféricas». En: *Periferias, fronteras, diálogos. Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 4484-4802.
- BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, Maribel y CORNEJO VALLE, Mónica (2014). «¿Nuevas perspectivas con respecto al riesgo? La promoción de la salud y el bienestar desde la salud holística». En: *Periferias, fronteras, diálogos. Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 4218-4238.
- BONACINI SEPELLI, Luciana; CALISI, Romano; CANTALAMESSA CARBONI, Guido *et alii* (1958). «L'antropologia culturale nel quadro delle scienze del uomo. Appunti per un memorandum». En: *Atti del 1° Congresso Nazionale delle Scienze Sociali (Milano, 1958)*. Bologna: Il Mulino, 1-8.

- BROWNE, Thomas (1658). *Pseudodoxia epidemica: or enquiries into very many received tenents, and commonly presumed truths* (3.^a ed.). London: Printed by R.W. for Nath. Ekins.
- BUSFIELD, Joan (2017). «The concept of medicalisation reassessed». *Sociology of Health and Illness*, 39(5), 759-774.
- CABRÉ, Montserrat (2000). «From a master to a laywoman: a feminine manual of self-help». *Dynamis*, 20, 371-393.
- CABRÉ, Montserrat (2005). «“Como una madre, como una hija”: las mujeres y los cuidados de salud en la Baja Edad Media». En: MORANT DEUSA, Isabel (coord.). *Historia de las mujeres en España y América Latina*. LAVRIN, ASUNCIÓ y QUEROL FERNÁNDEZ, María Ángeles (eds.). Vol. 1. *De la Prehistoria a la Edad Media*. Madrid: Cátedra, 637-658.
- CABRÉ, Montserrat (2008). «Women or Healers? Household Practices and the Categories of Health Care in Late Medieval Iberia». *Bulletin of the History of Medicine*, 82, 18-51.
- CABRÉ, Monserrat y ORTIZ, Teresa (eds.) (2001). *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX*. Barcelona: Icaria.
- CABRÉ, Montserrat y SALMÓN, Fernando (1999). «Poder académico versus autoridad femenina: la Facultad de Medicina de París contra Jacoba Félicíe (1322)». *Dynamis*, 19, 55-78
- CASTILLO DE LUCAS, Antonio (1958). *Folkmedicina*. Madrid: Dossat.
- CÁTEDRA TOMÁS, María (1976). «Notas sobre la “envidia”: los “ojos malos” entre los “Vaqueiros de Alzada”» En: LISÓN TOLOSANA, Carmelo (ed.). *Temas de antropología española*. Madrid: Akal, 9-48.
- CÁTEDRA TOMÁS, María (1988). *La muerte y otros mundos*. Madrid: Júcar.
- CAUDILL, William (1953). «Applied anthropology in medicine». En: Kroeber, Alfred (ed.) *Anthropology today*. Chicago: Chicago University Press, 771-806.
- CHARUTY, Giordana (1997). «L'invention de la médecine populaire». *Gradhiva*, 22, 45-57.
- CHRISMAN, Noel (1977). «The health seeking process; an approach to the natural history of illness». *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 351-377.
- COMELLES, Josep M. (1972). «Terapéutica y sociedad: un caso gallego». *Ethnica. Revista de Antropología*, 4, 47-86.
- COMELLES, Josep M. (1973). *Magia y curanderismo en la medicina popular*. Barcelona: A. Redondo.

- COMELLES, Josep M. (1991). «La psiquiatría y la antropología social en el desarrollo del Estado providencia en España». En: *Malestar cultural y conflicto en la sociedad madrileña, II Jornadas de Antropología de Madrid* (1988). Madrid: Asociación Madrileña de Antropología. Comunidad de Madrid, 479-503.
- COMELLES, Josep M. (1992a). «El proceso de automedicación y la prevención de las drogodependencias». En COMAS, Domingo; ESPÍN MARTÍN, Montserrat y RAMÍREZ GOICOECHA, Eugenia (eds.) *Fundamentos teóricos en prevención*. Madrid: G.I.D.- Fundamentos, 139-178.
- COMELLES, Josep M. (1992b). «Lejos de los árboles. A modo de respuesta». *Antropología. Revista de Pensamiento Antropológico y Estudios Etnográficos*, 3, 143-155.
- COMELLES, Josep M. (1996). «Da superstizione a medicina popolare. La transizione da un concetto religioso a un concetto medico». *AM Rivista della Società Italiana di Antropologia Médica*, 1-2, 57-87.
- COMELLES, Josep M. (2000). «The role of local knowledge in medical practice: a trans-historical perspective». *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24(1), 41-75.
- COMELLES, Josep M. (2002a). «Luis García Ballester, antropólogo». *Dynamis*, 22, 487-492.
- COMELLES, Josep M. (2002b). «Writing at the margin of the margin: medical anthropology in Southern Europe». *Anthropology & Medicine*, 9(1), 7-23.
- COMELLES, Josep M. (2003). «Cultura y salud. De la negación al regreso de la cultura en medicina». *Quaderns de l'ICA*, 19, 111-131.
- COMELLES, Josep M. (2015). «Preocupaciones, enfermedades folk y educación en la Cataluña franquista (1939-1959)». En PERDIGUERO-GIL, Enrique y COMELLES, Josep M. (eds.). *Medicina y etnografía en Cataluña*. Madrid: CSIC, 171-202
- COMELLES, Josep M. (2016). «From superstition to folk medicine: The transition from a religious to a medical concept». *Medicine Anthropology Theory*, 3(2): 269-305.
- COMELLES, Josep M. (2017). «De los errores del pasado a las preocupaciones del ahora. Clínica, etnografía y educación sanitaria». En: COMELLES, Josep M y PERDIGUERO-GIL, Enrique (eds.). *Educación, comunicación y salud. Perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*. Tarragona: Publicacions URV, 19-58.

- COMELLES, Josep M.; ALLUÉ, Xavier; BERNAL, Mariola *et alii* (2010). *Migraciones y Salud*. Tarragona: Publicacions URV.
- COMELLES, Josep. M.; ANDREU, Agustí; FERRUS, Jordi y PARIS, Serra (1981). «Aproximación a un modelo sobre la antropología de la asistencia en Catalunya». *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 1, 14-29.
- COMELLES, Josep M. y BERNAL, Mariola (2007). El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema sanitario en España. *Humanitas: Humanidades Médicas*, 1-17.
- COMELLES, Josep. M. y BRIGIDI, Serena (2014). «Fictional encounters and real engagements: the representation of medical practice and institutions in Medical TV shows». *Actes d'Història de la Ciència i de la Tècnica*, 7, 17-34.
- COMELLES Josep M., CASAS, Miquel y UDINA, Claudi (1975). «Oposición estructural en el medio urbano: asociaciones informales de parentesco y trastorno psiquiátrico en una enferma gitana». *Étnica. Revista de Antropología*, 10: 29-46.
- COMELLES, Josep M. y MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad: un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid: EUDEMA.
- COMELLES, Josep M. y PERDIGUERO-GIL, Enrique (2014). «El folclore médico en la nueva agenda de la antropología médica y de la historia de la medicina». En: URIBE OYARBIDE, José M. y PERDIGUERO-GIL, Enrique (eds.). *Antropología médica en la Europa meridional, 30 años de debate sobre pluralismo asistencial*. Tarragona: Publicacions URV, 11-51.
- COMELLES, Josep. M. y PERDIGUERO-GIL, Enrique. (2015). «*Begin the Beguine*. Medicina y etnografía en Cataluña». En PERDIGUERO-GIL, Enrique y COMELLES, Josep M. (eds.). *Medicina y etnografía en Cataluña*. Madrid: CSIC, 15-34.
- COMELLES, Josep M. y PRAT, Joan (1992). «El Estado de las antropologías. Antropologías, folclores y nacionalismos en el Estado español». *Antropología. Revista de pensamiento antropológico y estudios etnográficos*, 3, 35-61.
- COMELLES, Josep M.; RICCÒ, Isabella y PERDIGUERO-GIL, Enrique (2014). «Tullio Seppilli, l'éducation pour la santé et la fondation de l'anthropologie médicale italienne». *Curare Zeitschrift für Medizinethnologie*, 37(2), 85-99

- COMELLES, Josep M.; RICCÒ, Isabella; TERRÓN BAÑUELOS, Aida y PERDIGUERO-GIL, Enrique (2017). «Educación sanitaria y antropología médica en Europa: los casos de Italia y España». *Salud Colectiva*, 13(2): 171-198.
- COMES, Pau (1972). «Enfermedad y muerte en el familismo rural (I)». *Ethnica. Revista de Antropología*, 3, 27-49.
- CONTRERAS, Jesús (1971). *Empirismo y superstición en la medicina popular y académica en el siglo XVIII*. Barcelona: Universitat de Barcelona. Tesis de licenciatura.
- CORNEJO VALLE, Mónica y BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, Maribel (2013). «La convergencia de salud y espiritualidad en la sociedad postsecular. Las terapias alternativas y la constitución del ambiente holístico». *Revista de Antropología Experimental*, 13, 11-30.
- CORNEJO VALLE, Mónica y BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, Maribel (2016). «De la mortificación a la New Age: genealogía y política de las espiritualidades terapéuticas contemporáneas». *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 49, 219-233.
- DANIEL-ROPS, M; BERNARD MAÎTRE, H.; RÉTIF, A. *et alii* (1956). *Histoire universelle des missions Catholiques: Vol 1. Les Missions des origines au XVIIe siècle*. Paris: Librairie Grund-Editions de l'Acanthe.
- DE LA QUINTANA, Primitivo (1966). *Sociedad, cambio social y problemas de salud. Discurso de recepción para el Académico electo...* Madrid: Real Academia Nacional de Medicina.
- DE LA QUINTANA, Primitivo (1953a). «La medicina social como problema docente». *Revista de Educación*, 12, 1-11.
- DE LA QUINTANA, Primitivo (1953b). «La medicina social como problema docente. Evolución conceptual y desarrollo». *Revista de Educación*, 13, 110-123.
- DE LA QUINTANA, Primitivo (1975). «Medicina social, sociología médica y sociología de la salud». En: LAÍN ENTRALGO, Pedro (dir.). *Historia universal de la medicina*. Barcelona: Salvat, vol. VII, 414-425.
- DE LAS HERAS SALORD, Jaime (2014). «Formas de curanderismo en la Manchuela albacetense. Identidades y paradigmas». *Revista de Diálectología y Tradiciones Populares*, 69(1), 209-228.
- DE LAS HERAS SALORD, Jaime (2015). «Espiritualidad, salud y circularidad en Casas de Juan Núñez». *Gazeta de Antropología*, 31, 1.
- DE LERA, Ángel M. (1966). *Por los caminos de la medicina rural*. Salamanca: Graficesa.

- DE MARTINO, Ernesto (1958). *Morte e pianto rituale nel mondo antico: dal lamento pagano al pianto di Maria*. Torino: Einaudi.
- DE MARTINO, Ernesto (1961). *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*. Milano: Il Saggiatore.
- DE MIGUEL RODRÍGUEZ, Amando (1976). «La profesión médica en España». *Papers. Revista de Sociología*, 5, 147-182.
- DE MIGUEL RODRÍGUEZ, Jesús M. (1975). «The Spanish health planning experience: 1964-1975». *Social Science & Medicine*, 9, 451-459.
- DE MIGUEL RODRÍGUEZ, Jesús M. (1976). *La reforma sanitaria en España (El capital humano en el sector sanitario)*. Madrid: Cambio 16.
- DE MIGUEL RODRÍGUEZ, Jesús M. (1977). «Policies and politics on the health reforms in Southern European countries: a sociological critique». *Social Science & Medicine*, 11, 379-393.
- DE MIGUEL RODRÍGUEZ, Jesús M. (comp.) (1978a). *Planificación y reforma sanitaria*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- DE MIGUEL RODRÍGUEZ, Jesús M. (1978b). *Sociología de la medicina. Una introducción crítica*. Barcelona: Vicens-Vives.
- DE MIGUEL RODRÍGUEZ, Jesús M. (1979a). «Análisis sociológico del sector farmacéutico en España». *REIS. Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 5, 55-79.
- DE MIGUEL RODRÍGUEZ, Jesús M. (1979b). *La sociedad enferma: las bases sociales de la política sanitaria española*. Madrid: Akal.
- DE MIGUEL RODRÍGUEZ, Jesús M. (1980). «Siete tesis erróneas sobre la política sanitaria española y una alternativa sociológica crítica». *REIS. Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 9, 53-80.
- DE MIGUEL RODRÍGUEZ, Jesús M. (1982). «Para un análisis sociológico de la profesión médica». *REIS. Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 20, 101-120.
- DE MIGUEL RODRÍGUEZ, Jesús M. (1983). *Estructura del sector sanitario*. Madrid: Tecnos.
- DEVEREUX, George (1973). *Ensayos de etnopsiquiatría general*. Barcelona: Barral.
- DEVESA JORDÀ, Francesc; PELLICER BATALLER, Joan; FERRANDO GINESTAR, Josefa *et alii* (2005). «Persistencia de una práctica de medicina mágico-religiosa para la cura del empacho entre los enfermos que acuden a consultas externas de digestivo». *Gastroenterología y Hepatología*, 28, 267-274.

- DIASIO, Nicoletta (1999). *La science impure: anthropologie et médecine en France, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas*. Paris: Presses Universitaires de France.
- DOROLLE, Pierre (1953). «Ethnologie et problèmes sanitaires». *Revue Internationale de la Croix-Rouge et Bulletin international des Sociétés de la Croix-Rouge*, 35(412), 301-316.
- EGBE, Manfred; ALEGRE AGIS, Elisa y COMELLES, Josep M. (2017). «El efecto Danacol. Publicidad, alimentos funcionales y la construcción de la medicina folk». En Mariano Juárez, Lorenzo; Medina, F. Xavier y López García, Julián (eds.). *Comida y mundo virtual. Internet, redes sociales y representaciones visuales*. Barcelona: UOC, 247-283.
- ERKOREKA, Antón (1985). *Análisis de la medicina popular vasca*. Bilbao: Instituto Labayru-Etniker.
- ERKOREKA, Antón (1995). *Begizkoa. El mal de ojo entre los vascos*. Bilbao: Ekain.
- ESTEBAN, Mari Luz (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.) (2004). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito; Cuenca: Abya Yala; Universidad de Castilla-La Mancha.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito; Cuenca: Abya-Yala; Universidad de Castilla-La Mancha, 2006.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo; GONZÁLEZ GONZÁLEZ, Irene y GARCÍA ORTIZ, Puerto (coords.) (2008). *La diversidad frente al espejo: salud, interculturalidad y contexto migratorio*. Quito: Abya-Yala.
- FERRAGUD DOMINGO, Carmel (2005). *Medicina i promoció social a la Baixa Edat Mitjana (Corona d'Aragó, 1350-1410)*. Madrid: CSIC.
- FERRAGUD DOMINGO, Carmel (2007). «La atención médica practicada por mujeres en la Valencia bajomedieval». *Dynamis*, 27, 133-155.
- FERRAGUD DOMINGO, Carmel (2009). *La cura dels animals. Menescalia i menescals a la València medieval*. València: Afers.
- FINKE, Ludwig L. (1795). *Versuch einer allgemeinen medicinisch-praktischen Geographie, worin der historische Theil der einheimischen Völker und Staaten Arzeneykunde vorgetragen wird, 3 vols*. Leipzig: Weidmannschen Buchhandlung.
- FINKE, Leonhard Ludwig (1946). «Leonhard Ludwig Finke, on the different kinds of geographies, but chiefly on medical topographies, and how

- to compose them. Translated from the German with an introduction by George Rosen». *Bulletin of the History of Medicine*, 20(1), 527-538.
- FRESQUET FEBRER, José Luis (ed.) (1995). *Salud, enfermedad y terapéutica popular en la Ribera Alta*. Valencia: IEDHC. Universitat de Valencia, CSIC.
- FRESQUET FEBRER, José Luis y AGUIRRE MARCO, Carla P. (2006). *Salut, malaltia i cultura*. València: Publicacions de la Universitat de València
- FRESQUET FEBRER, José Luis; DEVESA I JORDÁ, Francesc; PELLICER I BATTALLER, Joan y CAMPOS NAVARRO, Roberto (2006). *Lenfit: una malaltia de la medicina popular*. Gandia, València: CEIC Alfons El Vell.
- FRESQUET, José Luis; TRONCHONI, J. A.; FERRER, F. y BORDALLO, A. (1994). *Salut, malatia i terpèutica popular. Els municipis riberencs de l'Albufera*. Catarroja: Ajuntament de Catarroja.
- FRIGOLÉ, Joan (1978). «Introducció». En: PUIGDENGOLAS, Montserrat y MIRANDA, Regina. *La Medicina Popular*. Barcelona: Dopesa, 5-17.
- GABARRÓN, Elia y FERNÁNDEZ-LUQUE, Luis (2012). «eSalud y vídeos online para la promoción de la salud». *Gaceta Sanitaria*, 26(3), 197-120.
- GANDÍA HERNÁNDEZ, Eleuterio (1999). *Sistema de creencias y prácticas ligadas a la salud en la ciudad de Villena (Alicante)*. Alicante: Universidad de Alicante. Tesis doctoral.
- GARCÍA BALLESTER, Luis (1976). *Historia social de la medicina en la España de los siglos XIII al XVI*. Madrid: Akal.
- GARCÍA BALLESTER, Luis (1984). *Los moriscos y la medicina: un capítulo de la medicina y la ciencia marginadas en la España del siglo XVI*. Barcelona: Labor.
- GARCÍA BALLESTER, Luis (1995). «Artifex factivus sanitatis: health and medical care in medieval Latin Galenism». En: BATES, Don (ed.) *Knowledge and the scholarly medical traditions*. Cambridge: Cambridge University Press, 127-150.
- GARCÍA BALLESTER, Luis (2001a). *La búsqueda de la salud. Sanadores y enfermos en la España medieval*. Barcelona: Península.
- GARCÍA BALLESTER, Luis (2001b). *Medicine in a multicultural society. Christian, Jewish and Muslism practitioners in the Spanish kingdoms, 1222-1610*. Aldershot, United Kingdom: Ashgate.
- GARCÍA BALLESTER, Luis; McVAUGH, Michael R. y RUBIO VELA, A (1989). *Medical licensing and learning in Fourteenth-Century Valencia*. (Tran-

- sactions of the American Philosophical Society, 79, 6). Philadelphia: American Philosophical Society.
- GARCÍA RAMOS, José A. (2010). *La medicina popular en Almería. Ensayo de antropología cultural*. Almería.
- GÓMEZ GARCÍA, Pedro (ed.) (1997). *El curanderismo entre nosotros*. Granada: Universidad de Granada.
- GONDAR PORTSANY, Marcial y GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, Emilio (eds.) (1992). *Espiritados. Ensaïos de Etnopsiquiatria Galega*. Santiago de Compostela: Laidovento.
- GONZÁLEZ ALCANTUD, José Antonio y RODRÍGUEZ BECERRA, Salvador (eds.) (1996). *Crear y curar: la medicina popular*. Granada: Diputación Provincial de Granada.
- GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, Emilio (2000). *A unidade de Saúde Mental como broker cultural*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela. Tesis doctoral.
- GONZÁLEZ REBOREDO, Xosé M. (coord.) (1997). *Medicina popular e antropoloxía da saúde. Actas do Simposio Internacional en homenaxe rendida a D. Antonio Fraguas*. Santiago de Compostela: Consello da Cultura Galega.
- GRANERO XIBERTA, Xavier (1982). «La ideología dominante en los estudios de curanderismo urbano». En: *I Jornades d'Antropologia de la Medicina. II Col·loqui de l'ICA. Comunicacions. Vol 2.1: Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 71-89.
- GRANERO XIBERTA, Xavier (1987). «Curanderismo urbano: un fenómeno en expansión». *Canelobre*, 11, 19-26.
- GRANERO XIBERTA, Xavier (2003). «Diferencias en los conceptos de salud y enfermedad en la medicina oficial y en las no convencionales». *Humanita: Humanidades Médicas*, 1(2), 21-30.
- HIPÓCRATES (1983). *Tratados Hipocráticos, Volumen 1*. Madrid: Gredos.
- KENNY, Michael y De MIGUEL, Jesús M. (1980). *La antropología médica en España*. Barcelona: Anagrama.
- KLEINMAN, Arthur (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- KUCZYNSKI-GODARD, Maxime (1944). *La vida en la Amazonía peruana. Observaciones de un médico*. Lima: Librería Internacional del Perú.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro (1968). *El estado de enfermedad*. Madrid: Sociedad de Estudios y Publicaciones.

- LAÍN ENTRALGO, Pedro (1985). «Hacia el verdadero humanismo médico». *Revista de Occidente*, 47, 65-81.
- LARREA, Cristina (1997). *La cultura de los olores. Una aproximación a la cultura de los sentidos*. Quito: Abya Yala.
- LIS QUIBÉN, Víctor (1949). *La medicina popular en Galicia*. Pontevedra: Gráficas Torres.
- LISÓN TOLOSANA, Carmelo (1975a). «Folkmedicina». En: LAÍN ENTRALGO, Pedro (dir.). *Historia universal de la medicina*. Barcelona: Salvat, vol. VII, 439-441.
- LISÓN TOLOSANA, Carmelo (1975b). «Notas sobre folkmedicina». *Revista de la Universidad Complutense*, 24, 79-94.
- LISÓN TOLOSANA, Carmelo (1979a). *Antropología cultural de Galicia*. Madrid: Akal.
- LISÓN TOLOSANA, Carmelo (1979b). *Brujería, estructura social y simbolismo en España* (2.^a ed.). Madrid: Akal.
- LISÓN TOLOSANA, Carmelo (1981). *Perfiles simbólico-morales de la cultura gallega*. Madrid: Akal.
- LISÓN TOLOSANA, Carmelo (1990). *Endemoniados en Galicia hoy. La España mental II*. Madrid: Akal.
- LLAMERO, Lluïsa (2015). *La credibilitat connectada. Pràctiques i representacions discursives de les audiències d'Internet en els camps de la salut, l'economia i el turisme*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Tesis doctoral.
- LLAMERO, Lluïsa (2017). «Del paternalismo a la apomediación: la nueva relación entre médicos y pacientes». En: COMELLES, Josep M. y PERDIGUERO-GIL, Enrique (coords.). *Educación, comunicación salud. Perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*. Tarragona: Publicacions URV, 263-281.
- LÓPEZ PIÑERO, José M. (1971a). «Hacia una ciencia sociomédica. Las ciencias sociales en la enseñanza médica». *Medicina Española*, 65, 13-22.
- LÓPEZ PIÑERO, José M. (1971b). «Historia social, antropología cultural y sociología de la medicina en la enseñanza médica». *Medicina e Historia*, 2(3), I-XVI.
- LÓPEZ TERRADA, María Luz (1994). «El pluralismo médico en la Valencia foral. Un ejemplo de curanderismo». *Estudis*, 20, 167-181.
- LÓPEZ TERRADA, María Luz (2000). «Medical Pluralism in a Renaissance city: The case of Valencia». *Ludica. Annali di storia e civiltà del gioco*, 5-6, 216-232.

- LÓPEZ TERRADA, María Luz (2002). «Las prácticas médicas extraacadémicas en la ciudad de Valencia durante los siglos XVI y XVII». *Dynamis*, 22, 85-120.
- LÓPEZ TERRADA, María Luz (2005). «Llorens Coçar: la vida y el ejercicio de la medicina de un paracelsista en la Valencia del siglo XVI». *Cronos*, 8, 31-66.
- LÓPEZ TERRADA, María Luz (2007a). «El control de las prácticas médicas en la monarquía hispánica durante los siglos XVI y XVII: el caso de la Valencia foral». *Cuadernos de Historia de España*, 81, 91-112.
- LÓPEZ TERRADA, María Luz (2007b). «The control of medical practice under the Spanish monarchy during the Sixteenth and Seventeenth centuries». En: NAVARRO BROTONS, Víctor y EAMON, William (eds.). *Más allá de la leyenda negra. España y la revolución científica. Beyond the Black Legend: Spain and the Scientific Revolution*. Valencia: Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero. Universidad de Valencia, CSIC, 281-294.
- LÓPEZ TERRADA, María Luz (2009). «Medical pluralism in the Iberian kingdoms: the control of extra-academic practitioners in Valencia». En: HUGUET-TERMES, Teresa; ARRIZABALAGA, Jon y COOK, Harold J. (eds.). *Health and medicine in Hapsburg Spain: agents, practices, representations* (Medical History, supplement No. 29). London: The Wellcome Trust Centre for the History of Medicine at UCL, 7-25.
- LÓPEZ TERRADA, María Luz (2010). «The making of chemical medicines in Valencia during the 16th Century: Llorenç Coçar». En: LÓPEZ-PÉREZ, Miguel y KAHN, Didier (eds.). *Chymia: science and nature in early modern science (1450-1750)*. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing, 262-278.
- LÓPEZ TERRADA, María Luz (2012) «“Como saludador por barras de fuego entrando”: la representación de las prácticas médicas extraacadémicas en el teatro del Siglo de Oro». *Estudis*, 38, 33-53.
- LÓPEZ TERRADA, María Luz (2014). «Curanderos, empíricos y remedios mágicos en el teatro del Siglo de Oro». En: PARDO-TOMÁS, José y SÁNCHEZ MENCHERO, Mauricio. *Geografías médicas. Orillas y fronteras culturales de la medicina (siglos XVI y XVII)*. México: CEIICH-UNAM, 100-123.
- LÓPEZ TERRADA, María Luz y MARTÍNEZ VIDAL, Àlvar (1996). «El Tribunal del Real Protomedicato en la monarquía hispánica (1593-1808). Presentación». *Dynamis*, 16, 17-19.

- MACEIRAS-CHANS, José M.; GALIANA-SÁNCHEZ, María Eugenia y BERNABÉU-MESTRE, Josep (2017). «La Sección Femenina en las campañas de vacunación del primer franquismo: el caso de la provincia de Valencia (1941-1958)». *RECIEN. Revista Científica de Enfermería*, 13, 5-23.
- MACEIRAS CHANS, José M.; GALIANA SÁNCHEZ, María Eugenia y BERNABÉU-MESTRE, Josep (2018). «Enfermería y control social: las actividades socio-sanitarias de la Sección Femenina de Falange en la ciudad de Valencia (1940-1977)». *Enfermería Global*, 17(1), 270-282.
- MAÍLLO, Adolfo (1961). «Antropología de las comarcas subdesarrolladas y educación fundamental». En: *La educación en la sociedad de nuestro tiempo*. Madrid: CEDODEP, 247-264.
- MALLART GUIMERÀ, Lluís (2008). *El sistema mèdic d'una societat africana: els evuzok del Camerún*. Barcelona: Institut d'Estudis Catalans, 2 vols.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel y Comelles, Josep M. (1994). «La medicina popular ¿Los límites culturales del modelo médico?». *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 49(2), 109-136.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel; Perdiguero-Gil, Enrique y COMELLES, Josep M. (2015). «Genealogía de la antropología médica en España». *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 70, 205-233.
- MCVAUGH, Michael R. (1993). *Medicine before the plague. Practitioners and their patients in the Crown of Aragon, 1285-1345*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1978). «El modelo médico y la salud de los trabajadores». En BASAGLIA, Franco *et alii La salud de los trabajadores*. México: Nueva Imagen, 11-53.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1980). *Clases subalternas y el problema de la medicina denominada «tradicional»*. México: Centro de Investigaciones Superiores del INAH.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1981). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: CIESAS.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1984). «El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud». *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 3, 83-119.

- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1988). «Modelo médico hegemónico y atención primaria». En: *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 30 de abril al 7 de mayo de 1988. Buenos Aires: CONAMER, 451-464.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2005). «El modelo médico y la salud de los trabajadores». *Salud Colectiva*, 1(1), 9-32.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2016). «Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos». *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 109-118.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2002-2005*. Ginebra: OMS
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2014-2023*. Ginebra: OMS.
- PAPANELOPOULOU, Faidra; NIETO-GALÁN, Agustín y PERDIGUERO-GIL, Enrique (eds.) (2009). *Popularizing science and technology in the European periphery, 1800-2000*. Farnham, England, Burlington, VT (USA): Ashgate.
- PARDO JÁVEGA, Eduard (1996). *Medicinas alternativas en Catalunya: desarrollo y articulación de los modelos médicos subalternos*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Tesis doctoral.
- PARDO JÁVEGA, Eduard (1997). «Escenaris assistencials del model medic homeopatic a Catalunya». *Revista d'Etnologia de Catalunya*, 11, 112-117.
- PARDO JÁVEGA, Eduard (1998). «Medicina oficial y modelo alternativo». *Natura Medicatrix*, 51, 26-27.
- PAUL, Benjamin D. (1955). *Health, culture and community. Case studies of public reactions to health programs*. New York: Russell Sage Foundation.
- PÉREZ MORENO, Heliodoro M. (2011-2012). «La asistencia sanitaria como función circumformativa de la Cátedra Ambulante de Huelva (1956-1977)». *Cuestiones Pedagógicas: Revista de Ciencias de la Educación*, 21, 197-228.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique (1986). «El mal de ojo: de la literatura antisupersticiosa a la antropología médica». *Asclepio*, 28, 47-71
- PERDIGUERO-GIL, Enrique (1989). «Las topografías médicas en la España del siglo XIX. Los “Estudios sobre la Topografía Médica de Alicante” (1883) de E. Manero Mollá». En: VALERA, Manuel; EGEA, M.ª Amparo y BLÁZQUEZ, M.ª Dolores (eds.). *Libro de Actas del VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina*. Murcia: Departamento de Historia de la Medicina, vol. I, 263-279.

- PERDIGUERO-GIL, ENRIQUE (1991). *Los tratados de medicina doméstica en la España de la Ilustración*. Alicante: Ediciones microfotográficas de la Universidad de Alicante.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique (1992a). «A propósito de “El Baldaet”: curanderismo y asistencia ante la enfermedad». *Dynamis*, 12, 307-321.
- PERDIGUERO, Enrique (1992b). «Popularizing medicine during the Spanish Enlightenment». En: PORTER, Roy (ed.). *The popularization of medicine, 1650-1850*. London; New York: Routledge, 160-193.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique (1993a). «Causas de muerte y relación entre conocimiento científico y conocimiento popular». *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XI-3, 65-88.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique (1993b). «Historia de la medicina y antropología de la medicina». En: ROMANÍ I ALFONSO, Oriol y COMELLES, Josep M. (eds.). *Antropología de la medicina y de la salud*. Santa Cruz de Tenerife: Asociación Canaria de Antropología; Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español, 35-55.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique (1994a). «La oferta de medicación a la población en la España de la Restauración a través de la prensa periódica: el caso de Alicante (1875-1879)». En: CARRILLO, Juan Luis y OLAGÜE DE ROS, Guillermo (eds.). *Actas del XXXIII Congreso Internacional de Historia de la Medicina*. Sevilla: Sociedad Española de Historia de la Medicina, 729-775.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique (1994b). «Las alternativas sanitarias extra-académicas en la ciudad de Alicante a través de la prensa periódica (1880-1889)». En: CAPEL SÁEZ, Horacio; LÓPEZ PIÑERO, José M. y PARDO TOMÁS, José (eds.). *Ciencia e ideología en la ciudad*. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria d'Obres Públiques, vol. II, 211-227.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique (1995). «La “Fraternidad Médico-Farmacéutica. Revista Quincenal de Medicina, Cirugía y Farmacia” (Alacant, 1886-1888): la lluita per l'hegemonia en la gestió de la salut y la malaltia». En: *Llibre d'Actes. Catorzè Congrès de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Palma: Universitat de les Illes Balears, vol. II, 630-636.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique (1996a). «El curanderismo en la comarca de l'Alacantí: similitudes entre 1890 y 1990». En: GONZÁLEZ ALCANTUD, José Antonio y RODRÍGUEZ BECERRA, Salvador (eds.). *Crear y curar: la medicina popular*. Granada: Diputación Provincial de Granada, 63-94.

- PERDIGUERO-GIL, Enrique (1996b). «Protomedicato y curanderismo». *Dynamis*, 16, 91-108.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique (1997). «Healing alternatives in Alicante, Spain, in the late nineteenth and late twentieth centuries». En: GIJSWIJT-HÖFSTRAT, Marijke; MARLAND, Hillary y DE WAARDT, Hans (eds.). *Illness and Healing Alternatives in Western Europe*. London: Routledge, 205-223.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique (2004a). «Agustín Albarraçín y el estudio de las profesiones sanitarias y el pluralismo asistencial en el siglo XIX». *Asclepio*, 56(1), 273-275.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique (2004b). «Magical healing in Spain (1875-1936): medical pluralism and the search for hegemony». En: DE BLÉ-COURT, Willem y DAVIES, Owen (eds.). *Witchcraft continued. Popular magic in modern Europe*. Manchester: Manchester University Press, 133-150.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique (2004c). «El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar». *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl 1), 140-145.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique (2005). «Aproximación al pluralismo médico en la España de finales del siglo XIX y principios del siglo XX: el uso de elementos mágicos». *Medicina & Historia*, 4.^a época, IV.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique (2009a). «Sobre el pluralismo asistencial». En: BERNAL, Mariola; COMELLES, Josep M. y MARTORELL, María Antonia (eds.). *Enfermería y antropología. Padeceres, cuidadores y cuidados*. Barcelona: Icaria, 113-137.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique (2009b). «Pluralismo asistencial: de la etnobotánica a las medicinas alternativas o complementarias». En: GUILLEM-LLOBAT, Ximo y GARCÍA I FRASQUET, Gabriel (eds.). *Salut, alimentació i cultura popular al País Valencià*. Gàndia, CEIC Alfons el Vell, 39-75.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique (2010). «A propósito de las medicinas alternativas y complementarias: sobre el pluralismo asistencial». En: MARTORELL, María Antonia; COMELLES, Josep M. y BERNAL, Mariola (eds.). *Antropología y enfermería. Campos de encuentro, II*. Tarragona: Publicacions URV, 278-300.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique (2015). «Emili Balaguer i Perigüell y las ciencias socio-sanitarias en la enseñanza de la Medicina». *Dynamis*, 35(2), 491-494.

- PERDIGUERO-GIL, Enrique (2017). «La popularización médica durante el franquismo: un primer acercamiento». En: COMELLES, Josep M. y PERDIGUERO-GIL, Enrique (coords.). *Educación, comunicación salud. Perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*. Tarragona, Publicacions URV, 105-138.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique y BERNABÉU-MESTRE, Josep (1995). «Morir de dentición, ¿una creencia popular?». En: ARQUIOLA, Elvira y MARTÍNEZ PÉREZ, José (eds.). *Ciencia en expansión: estudios sobre la difusión de las ideas científicas y médicas en España (siglos XVIII-XX)*. Madrid: Editorial Complutense (Cuadernos Complutenses de Historia de la Medicina y de la Ciencia, 3), 469-487.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique y Comelles, Josep M. (2014a). «Folklore médico y educación sanitaria en las dos primeras décadas del Franquismo». En: CAMPOS MARÍN, Ricardo; GONZÁLEZ DE PABLO, Ángel; PORRAS GALLO, M.^a Isabel y MONTIEL, Luis (eds.). *Medicina y poder político*. Madrid: Sociedad Española de Historia de la Medicina, 289-293.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique y COMELLES, Josep M. (2014b). «The fight against superstition as health education Folkmedicine in Spain (1885-1985)». *10th European Social Science History Conference*, Vienna, Austria, 23-26 de abril de 2014.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique y COMELLES, Josep M. (eds.) (2015). *Medicina y etnografía en Cataluña*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique y COMELLES, Josep M. (2016). «The weakness of health education in the Francoist health system». *11th European Social Science History Conference*, Valencia, Spain, 30 de marzo-2 de abril de 2016.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique; COMELLES, Josep M. y ERKOREKA, Antón (2000). «Cuarenta años de antropología de la medicina en España (1960-2000)». En PERDIGUERO-GIL, Enrique y COMELLES, Josep M. (eds.). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, 353-445.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique; COMELLES, Josep M. y TERRÓN BAÑUELOS, Aida (2017). «La introducción de las ciencias sociomédicas en el ámbito de la educación sanitaria y la educación médica durante el franquismo». En: ZARZOSO, Alfons y ARRIZABALAGA, Jon (eds). *Al servicio de la Salud Humana. La historia de la Medicina ante los retos*

- del siglo XXI*. Sant Feliu de Guíxols: Sociedad Española de Historia de la Medicina, 123-128.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique; SENDRA, María Pilar; JIMÉNEZ, Lucas *et alii* (1986) «Antropología del medicamento. En: *Libro de Ponencias de las VII Jornadas de Medicina Familiar y Comunitaria*. Alicante: Excmo. Ayuntamiento de Alicante, 81-88.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique y TOSAL, Beatriz (2007). «Las medicinas alternativas y complementarias como recurso en los itinerarios terapéuticos de las mujeres», *Feminismo/s*, 10, 145-162.
- PETER, Jean-Pierre (1967). «Une enquête de la Société Royale de Médecine. Malades et maladies à la fin du XVIII siècle». *Anales ESC*, 22(4), 711-751.
- PITRÈ, Giuseppe (1896). *Medicina popolare siciliana*. Torino: C. Clausen.
- POLGAR, Steven (1962). «Health and human behavior: areas of interest common to the social and medical sciences». *Current Anthropology*, 3(2), 159-205.
- PRAT, Joan (1972). «El ex-voto: un modelo de religiosidad popular en una comarca de Cataluña». *Ethnica. Revista de Antropología*, 4, 135-168.
- PRAT, Joan (dir./coord.) (1992). *Antropología y etnología*. En: ROMÁN, Reyes (ed.). *Las ciencias sociales en España. Historia inmediata, crítica y perspectivas*. Madrid: Editorial Complutense.
- PRAT, Joan (coord.) (1999). *Investigadores e investigados: literatura antropológica en España desde 1954*. Tarragona: Arxiu d'Etnografia de Catalunya; Institut Tarraconés d'Antropologia; Federació de Associacions de Antropologia del Estado Español.
- PRAT, Joan (2011). «Noves espiritualitats, teràpies holístiques i sabers esotèrics: el cas de Tarragona i Reus». *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 11, 293-294.
- PRAT, Joan (coord.) (2012a). *Els nous imaginaris culturals: espiritualitats orientals, teràpies naturals i sabers esotèrics*. Tarragona: Publicacions URV.
- PRAT, Joan (2012b). «Hacia una arqueología de los nuevos imaginarios culturales. Autores, temas e ideas». *Gaceta de Antropología*, 28(3), artículo 05.
- PRAT, Joan (2017). *La nostalgia de los orígenes. Chamanes, gnósticos, monjes y místicos*. Barcelona: Kairós.
- PRAT, Joan; MARTÍNEZ, Ubaldo; CONTRERAS, Jesús y MORENO, Isidoro (eds.) (1991). *Antropología de los pueblos de España*. Madrid: Taurus.

- PRAT, Joan; PUJADAS, Juan J. y COMELLES, Josep M.; (1980). «Sobre el contexto social del enfermar». En: KENNY, Michael y DE MIGUEL, Jesús M. (comps.) (1980). *La antropología médica en España*. Barcelona: Anagrama, 43-68.
- PRATS, Llorenç (1996). *La Catalunya rànica. Les condicions de vida materials de las classes populars a la Catalunya de la Restauració segons les topografies mediques*. Barcelona: Altafulla.
- Primeres Jornades d'Antropologia de la Medicina. II Col.loqui de l'ICA (1982). Tarragona, 16-18 de diciembre de 1982. Tarragona: Arxiu d'Etnografia de Catalunya, 3 vols.
- PUIGDENGOLAS, Montserrat y MIRANDA, Regina (1978). *La medicina popular*. Barcelona: Dopesa.
- PUJADAS, Juan J.; COMELLES, Josep M. y PRAT, Joan (1980). «Una bibliografía comentada sobre antropología médica». En: KENNY, Michael y DE MIGUEL, Jesús M. (comps.) (1980). *La antropología médica en España*. Barcelona: Anagrama, 323-353.
- RAMÍREZ HITA, Susana (2013). «Problemas metodológicos en las investigaciones sobre VIH/SIDA en Bolivia». *Ciència & Saúde Colectiva*, 18(5), 1321-1329.
- RAMÍREZ HITA, Susana (2014). «Salud, globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica». *Ciència & Saúde Colectiva*, 19(10), 4061-4069.
- RECHE NAVARRO, José (2013). «Los nuevos imaginarios culturales en la ciudad de Tarragona. Un análisis de la distribución de sus locales». *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 13, 63-89.
- REVIRIEGO ALMOHALLA, Concepción (1995). *Medicina popular y espiritismo (un estudio el Valle del Vinalopó)*. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil Albert.
- REY GONZÁLEZ, Antonio M. (1990). *Estudios médico-sociales sobre marginados en la España del siglo XIX*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones.
- RICCÒ, Isabella (2013). «Guaritori tradizionali nel territorio parmense: un'indagine etnográfica». *AM. Rivista Della Società Italiana Di Antropologia Medica*, 35-36, 395-430.
- RICCÒ, Isabella (2014). «Medicina popular o prácticas New Age un estudio de caso sobre el curanderismo en la Cataluña de hoy». En: *Periferias, fronteras, diálogos. Actas del XIII Congreso de Antropología de la Fede-*

- ración de Asociaciones de Antropología del Estado Español*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 4768-4781.
- RICCÒ, Isabella (2015). «La folk medicina en la Cataluña actual: una comparación entre viejas y nuevas prácticas de curandería». En: PERDIGUERO-GIL, Enrique y COMELLES, Josep M. (eds.). *Medicina y etnografía en Cataluña*. Madrid: CSIC, 81-100.
- RICCÒ, Isabella (2016). «“Soy como un aspirador”. Medicina popular, espiritualidad y New Age en las terapias de un curandero catalán». *Perifèria*, 21(1), 34-55.
- RICCÒ, Isabella (2017a). «¿Energía o espíritus? Un acercamiento al fenómeno de la posesión dentro de las medicinas alternativas y de las terapias New Age». En: VICENTE RABANAQUE, Teresa; GARCÍA HERNÁNDORENA, María José y VIZCAÍNO ESTEVAN, Tono (eds.). *Antropologías en transformación: sentidos, compromisos y utopías*. València: PUV [Documento Preprint], 1138-1147.
- RICCÒ, Isabella (2017b). *En busca de un «nuevo mundo mágico». De la medicina popular a las terapias New Age en un Occidente desencantado*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Tesis doctoral.
- ROBLES, Elena; PERDIGUERO-GIL, Enrique y BERNABÉU-MESTRE, Josep (2000). «De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales desde la demografía y epidemiología históricas». En: PERDIGUERO-GIL, Enrique y COMELLES, Josep M. (eds.). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, 45-53.
- RUBEL, Arthur J. (1960). «Concepts of disease in Mexican-American culture». *American Anthropologist*, 62(5), 795-814.
- SALAZAR AGULLÓ, Modesta; MARTÍNEZ MARCO, Emilio A. y BERNABÉU-MESTRE, Josep (2007). «La salud materno-infantil durante el franquismo: notas bibliométricas sobre el programa “Al servicio de España y del niño español”». *Asclepio*, 59(1), 285-314.
- SALVADOR HERNÁNDEZ, Pedro Pablo (2015). *El mal de ojo en Toledo*. Toledo: Universidad de Castilla-La Mancha. Tesis doctoral.
- SCHMITZ, Caroline (2016). *Los enfermos en la España barroca (1600-1740) y el pluralismo médico: espacios, estrategias y actitudes*. Valencia: Universidad de Valencia. Tesis doctoral.
- SCHMITZ, Caroline y LÓPEZ TERRADA, María Luz (2015). «Josep Rodríguez, herbolari valencià, i els seus pacients de la ribera del Tajo. Les cultures mèdiques en el món rural barroc». *Afers: fulls de recerca i pensament*, 30(82), 523-550.

- SCOTCH, Norman A. (1963). «Medical Anthropology». *Biennial Review of Anthropology*, 3, 30-68.
- SEPPILLI, Tullio (1955). «Contributo alla formazione dei rapporti tra prassi igienico-sanitaria ed etnologia». En: *Atti della XVI Riunione della Società Italiana per il Progresso delle Scienze. Napoli 16-20 ottobre 1954*. Napoli: Instituto di Antropologia della Università di Roma. Tipografia Editrice Italia, 3-20.
- SEPPILLI, Tullio (1959). «Il contributo della Antropologia culturale alla educazione sanitaria». *L'Educazione sanitaria*, IV(3-4), 325-340.
- SEPPILLI, Tullio (1963). «L'approccio antropologico-culturale nella individuazione della incidenza dei processi migratori sulla patologia mentale». En: *Convengo internazionale di studio su Immigrazione, lavoro e patologia mentale. Milano, 23-24 marzo 1963*. Milano, 51-54.
- SEPPILLI, Tullio (1972). «La evolución de la relación médico-enfermo». En: VV. AA. *Medicina y sociedad*. Barcelona: Fontanella, 325-343.
- SEPPILLI, Tullio (a cura di) (1983). «La medicina popolare in Italia». *La Ricerca Folklorica*, 8.
- SEPPILLI, Tullio (a cura di) (1989). *Medicine e magie*. Milano: Electa.
- SERIGÓ SEGARRA, Adolfo (1969). *Bases sociales de la asistencia a los enfermos mentales*. Madrid: Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica.
- SERRANO LARRÁYOZ, Fernando (2008). *Juan Vallés, regalo de la vida humana*. Pamplona: Gobierno de Navarra, vol. 2.
- SINDZINGRE, Nicole A. (1983). «L'interprétation de l'infortune: un itinéraire Senufo (Côte d'Ivoire)». *Sciences Sociales et Santé*, 1(3-4), 7-36.
- SLATER, John y LÓPEZ TERRADA, María Luz (2011). «Scenes of mediation: staging medicine in the Spanish interludes». *Social History of Medicine*, 24(2), 226-243.
- SLATER, John; LÓPEZ TERRADA, María Luz y PARDO TOMÁS, José (eds.) (2014). *Medical cultures of the Early Modern Spanish Empire*. Farnham, England: Ashgate.
- SOLÍS, Carlos (2001). «Las topografías médicas: revisión y cronología». *Asclepio*, 53(1), 213-244.
- SUBIRÓS TEIXIDOR, Rosa (2012). *Remeis tradicionals de la Costa Brava (cultura popular)*. Sant Vicenç de Castellet, Barcelona: Farell.
- TAUSIET, María (2000). *Ponzoña en los ojos. Superstición y brujería en Aragón en el siglo XVI*. Zaragoza: Institución Fernando el Católico.
- TAUSIET, María (2007). *Abracadabra Omnipotens. Magia urbana en la Zaragoza de la Edad Moderna*. Madrid: Siglo XXI.

- TAUSIET, María (2009). «Healing virtue: “Saludadores” versus wiches in Early Modern Spain». En: HUGUET-TERMES, Teresa; ARRIZABALAGA, Jon y COOK, Harold J. (eds.). *Health and medicine in Hapsburg Spain: agents, practices, representations* (Medical History, supplement No. 29). London: The Wellcome Trust Centre for the History of Medicine at UCL, 40-63.
- TAUSIET, María (2014). *Urban magic in Early Modern Spain: abracadabra omnipotens*. London: Palgrave. Macmillan.
- TERRÓN, Aida; COMELLES, Josep M. y PERDIGUERO-GIL, Enrique (2017). «Schools and health education in Spain during the dictatorship of General Franco (1939-1975)». *History of Education Review*, 46(2), 208-223.
- URIBE OYARBIDE, José M. y PERDIGUERO-GIL, Enrique (eds.) (2014). *Antropología médica en la Europa meridional. 30 años de debate sobre el pluralismo asistencial*. Tarragona: Publicacions URV.
- URTEAGA, Luis (1980). «Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente durante el siglo XIX». *Geo Crítica*, 29, 5-50.
- URTEAGA, Luis (1985-1986). «Higienismo y ambientalismo en la medicina decimonónica». *Dynamis*, 5-6, pp. 417-425.
- URTEAGA, Luis (1993). «La teoría de los climas y el origen del ambientalismo». *Geo Crítica*, 99, 1-30.
- VAN DER GEEST, Saajk (2015). «Hygiene and sanitation: medical, social and psychological concerns». *CMAJ*, 187(17), 1313-1314.
- VV. AA. (2004). *Medicina popular en Vasconia*. Bilbao: Instituto Labayru.
- WHITE, Rien W. y HORVITZ, Eric (2009). «Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search». *ACM Transactions on Information Systems*, 27(4), article 23.
- ZARZOSO, Alfons (2001). «El pluralismo médico a través de la correspondencia privada en la Cataluña del siglo XVIII». *Dynamis*, 21, 409-433.
- ZARZOSO, Alfons (2004). «Mediating medicine through private letters: the Eighteenth-century Catalan medical world». En: DE BLÉCOURT, Willem y USBORNE, Cornelie (eds.). *Cultural apprachaes to the history of medicine. Mediating medicine in Early Modern and Modern Europe*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave, 108-126.

LAS ENFERMEDADES COMO PROBLEMATIZADORAS
DE LA REALIDAD. MOVIMIENTOS ÉTNICOS, PLURALISMO
ASISTENCIAL, INTELECTUALES Y EL «BUEN VIVIR»

Eduardo L. Menéndez
Ciesas, México

Resumen: G. Berlinguer propuso que a través de los procesos de salud/enfermedad pueden detectarse con mayor transparencia problemas que operan en otros campos de la realidad, y que evidencian las contradicciones y conflictos que se desarrollan en diferentes tipos de sociedades. A partir de esta propuesta, tratamos de observar si la expansión de la biomedicina y la creación de organizaciones de curadores tradicionales por instituciones oficiales evidencian y explican algunas características de los movimientos étnicos mexicanos. Se presentan ocho conclusiones basadas en los procesos de salud/enfermedad que explicarían aspectos de la trayectoria y repliegue actual de dichos movimientos.

Palabras clave: biomedicina, medicina tradicional, movimientos étnicos, ideología.

**Diseases as a problem of reality. Ethnic movements,
welfare pluralism, intellectuals and “good living”**

Abstract: G. Berlinguer states that the process of health/disease can help reveal with greater transparency problems existing in other fields of reality and can highlight the contradictions and conflicts in different societies. On the basis of this proposal, we try to determine if the expansion of biomedicine and the creation of organizations of traditional healers demonstrate and explain certain characteristics of Mexican ethnic movements. Here we present eight conclusions based on the “health/disease/care process” that explain aspects of these movements and their current decline.

Keywords: biomedicine, traditional medicine, ethnic movement, ideology.

Considero que a través de los procesos de salud, enfermedad y atención-prevenición (en adelante, procesos de SEAP), pueden ser observados y analizados los problemas y procesos económico-políticos e ideológico-culturales, frecuentemente con mayor transparencia y menores sesgos que si los estudiáramos en términos específicos. Inclusive podemos llegar a detectar conflictos y hasta contradicciones, así como a formular nuevos interrogantes, generando lecturas diferentes o por lo menos complementarias de las desarrolladas por los especialistas en movimientos sociales, identidades étnicas o relaciones de género.

A finales de la década de los sesenta, Giovanni Berlinguer (1983, 2006)¹ propuso que los procesos de salud-enfermedad constituyen algunos de los principales «espías» de las contradicciones de un sistema; es decir, que, a través de estos, se expresan conflictos y contradicciones más allá de las interpretaciones, ocultamientos o racionalizaciones que los Gobiernos, los medios de comunicación y los intelectuales orgánicos y no orgánicos suelen generar. Pero estos conflictos y contradicciones no solo refieren a los países capitalistas centrales, sino que a través de los procesos de SEAP también podemos observarlos en los países capitalistas periféricos, en los socialistas «reales» y «de mercado», así como en las sociedades precapitalistas, incluidas sus continuidades actuales. De tal manera que no solo pueden evidenciar contradicciones y conflictos, sino contribuir a problematizar la realidad.

Es decir, necesitamos acercarnos a la realidad no solo desde lo manifiesto, evidente y explicitado, sino desde los aspectos marginados, secundarios e inclusive *irrelevantes*; tan irrelevantes que no se «ven», como, por ejemplo, ocurre con los racismos que caracterizan a las sociedades latinoamericanas. Racismos que si bien son reconocidos y denunciados por los organismos de derechos humanos, e inclusive por los Gobiernos latinoamericanos, sin embargo, persisten en las prácticas oficiales y privadas a través de formas de racismo, que suelen ser relegadas por los estudios académicos, pese a que son parte de nuestra vida cotidiana, y

1 La propuesta de Berlinguer desde la medicina social se articula con las propuestas de la antipsiquiatría, de la teoría crítica de la desviación, de las reformulaciones de la teoría de la anomia, de las orientaciones interaccionistas simbólicas generadas por Goffman y otros autores, de la teoría del etiquetamiento, así como con las aproximaciones del tipo de las de Deleuze y Guattari respecto de la relación entre capitalismo y esquizofrenia, que junto con otras corrientes trataron, entre mediados de los cincuenta y principios de los setenta, de buscar en las enfermedades y su atención y prevención claves para interpretar el orden social dominante.

difundidas permanentemente por los medios de comunicación masiva, aunque no como comportamiento racista, sino como hecho social «normalizado». Así, por ejemplo, ocurre con los mensajes publicitarios que se transmiten en México por televisión o se publican en revistas de moda, donde todas —y subrayo todas— las personas que aparecen son de piel blanca y cabello preferentemente rubio, en un país donde por lo menos el 90% de la población es de piel morena y cabello negro (Menéndez, 1982, 2009c, 2017).

Por eso, necesitamos observar las contradicciones, conflictos, «ocultamientos» y aparentes incongruencias a través de lo obvio, de lo que miramos, pero no vemos, y frecuentemente no reflexionamos. Y justamente, los procesos de SEAP suelen ser tan obvios que la mayoría de la producción en antropología médica en América Latina no incluyó hasta fechas muy recientes en sus etnografías datos y análisis sobre mortalidad infantil, mortalidad materna, sobre las muertes denominadas «evitables», pese a que los grupos étnicos se caracterizaron y se siguen caracterizando por tener las más altas tasas de mortalidad y las más bajas esperanzas de vida comparados con cualquier otro grupo o sector social (Langdon y Cardoso, 2015; Zolla y Sánchez, 2010).

Más aún, las interpretaciones de los procesos de SEAP pueden evidenciar los sesgos, contradicciones e imaginarios de los analistas, así como parte de sus presupuestos empíricos y teóricos, como lo hemos observado a través de los talleres que venimos realizando sobre el suicidio desde la década de los sesenta (Menéndez 2006). Estos talleres también los he aplicado con menor frecuencia a violencias, alcoholismo, relación médico/paciente o participación social, con similares resultados, lo cual implica —como sostienen Bourdieu *et al.* (1985), y algunos de sus colaboradores (Champagne, 1993; Lenoir, 1993), así como H. Becker (2010)— que los presupuestos no solo evidencian nuestros sesgos ideológico, culturales y/o políticos, sino que estos pueden imponerse estructurada y no conscientemente a nuestros objetivos, a nuestras interpretaciones «reflexivas» e inclusive a nuestras prácticas, dado que están expresando tanto nuestras orientaciones no conscientes como también algunas de nuestras motivaciones inconscientes, y, por lo tanto, menos manejables en términos intencionales (Devereux, 1977).

*La enfermedad y su atención como espías de conflictos,
contradicciones y negaciones*

Por eso, en este texto aplicaré la propuesta de Berlinguer articulada con algunas de las insistencias metodológicas de Bourdieu a toda una variedad de casos correspondientes a diferentes situaciones y momentos históricos, para luego concentrarme en el análisis de las relaciones entre movimientos étnicos y procesos de SEAP, especialmente en términos de interculturalidad. Durante la década de los sesenta se «descubrió» que Estados Unidos tenía la tasa de mortalidad infantil más alta entre los países capitalistas desarrollados, e inclusive más alta que países «subdesarrollados» como Cuba. Conduciendo a reconocer la existencia de amplios sectores de pobreza, así como su relación no solo con la mortalidad infantil, sino con la desnutrición, con graves problemas de salud mental, así como con el racismo, en el país que lideraba el desarrollo capitalista a nivel mundial. Dando lugar, junto con otros procesos, al desarrollo de la lucha contra la pobreza y por los derechos civiles en dicho país (Harrington, 1962; Kolko, 1962; Riesman *et al.*, 1964).

En las décadas siguientes, los datos epidemiológicos referidos a mortalidad general e infantil y a desnutrición evidenciaron que estaba ocurriendo un fuerte deterioro económico y de salud en las zonas musulmanas del sur de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), vaticinando la emergencia de fuertes conflictos políticos y étnicos, que ulteriormente se dieron. Pero, además, el descenso de la tasa de natalidad y el incremento de la tasa de mortalidad que afectaron a la URSS desde finales de los setenta hasta la Rusia actual se transformaron durante la década de los ochenta en un derrumbe demográfico que implicó que la esperanza de vida disminuyera en alrededor de once años en dicha sociedad, y que este proceso continuara hasta nuestros días. Ahora bien, el gran incremento de las tasas de mortalidad se dio básicamente en varones, quienes actualmente tienen diez años menos de esperanza de vida que las mujeres; y todo indica que las diferencias seguirán incrementándose, lo cual también evidenciaría reacciones de género diferenciales, por lo menos, ante ciertas situaciones catastróficas.

Este colapso, que no tiene parangón con ningún proceso similar ocurrido en el mundo contemporáneo, y que se dio en la que había sido la segunda potencia mundial en términos políticos y militares, ha sido escasamente asumido por los que estudiamos los procesos de SEAP, así

como también sobre lo que significó, en términos de identidad nacional e ideológica en los sujetos, sobre todo varones, que en pocos años redujeron fuertemente sus esperanzas de vida. Dicho proceso evidenció que las fracturas de las «cosmovisiones» no solo pueden afectar profundamente a los sujetos y grupos étnicos, sino que las fracturas de las ideologías afectan también profundamente a los sujetos y grupos de las sociedades denominadas «complejas». Si bien el alcoholismo aparece como el principal factor de este derrumbe, los analistas consideran que, ante la nueva incertidumbre generada por comenzar a vivir en una economía de mercado, la cada vez menor autoestima de los varones rusos, el deterioro de las relaciones de solidaridad y un sentimiento colectivo de falta de poder tanto a nivel de sujeto como de país son los factores decisivos de este colapso demográfico (Hertzman y Siddqi, 2000; Leon *et al.*, 1997)². Correlativamente, las altas tasas de suicidio, y su incremento constante, especialmente en jóvenes, en Hungría desde principios de los cincuenta y en Cuba, desde finales de esa década, evidenciaron que algo estaba pasando con el «nuevo hombre» y, en general, con los desarrollos sociales e ideológicos de los «socialismos reales» (Guibert, 2000; Hagedus, 1978; Menéndez, 1979; Pérez Jr., 2005).

A su vez, la emergencia y expansión del VIH-sida desde principios de los ochenta puso de manifiesto el notable bisexualismo del varón en muchas sociedades, en particular en las latinoamericanas, y que se expresa a través del incremento de su incidencia en mujeres transmitido por su pareja masculina. Pero además, esta incidencia está fuertemente relacionada con la mortalidad materna; y así un estudio reciente estimó que durante 2010 hubo alrededor de 254.500 muertes maternas a nivel mundial, de las cuales unas 56.100 estuvieron relacionadas con el VIH-sida durante el embarazo. El 95% de estas muertes maternas se dieron en países periféricos, o, si se prefiere, «en vías de desarrollo», y, en algunos casos, «emergentes» (Lozano *et al.*, 2011; Lozano *et al.*, 2012).

Toda una serie de datos epidemiológicos evidencia la situación de inferioridad social y económica en que han vivido y viven las mujeres en la casi totalidad de las sociedades, y que se pone de manifiesto no solamente por las tasas de mortalidad materna, y los tipos de suicidio a que fueron y

2 Una de las expresiones más notorias del colapso de la URSS tiene que ver con el suicidio, ya que a finales de la década de los noventa siete de los diez países con mayores tasas de suicidio habían formado parte del bloque soviético. En orden decreciente eran Lituania, Federación Rusa, Bielorusia, Kazajistán, Estonia, Hungría y Ucrania (De Leo *et al.*, 2003).

son inducidas cultural y socialmente en países como India y China, sino por la menor esperanza de vida que han tenido, sobre todo en sociedades campesinas, hasta fechas demasiado recientes. En la casi totalidad de las sociedades, incluidas las capitalistas, el estatus de la mujer no solo fue siempre inferior al del varón, sino que con ellas se podía hacer casi cualquier cosa, inclusive lapidarlas, incinerarlas en vida o violarlas, lo cual estaba y sigue estando legalizado por usos y costumbres en numerosas sociedades actuales. Será en las sociedades capitalistas desarrolladas donde la mujer, sobre todo en el último tercio del siglo xx, no solo tendrá una esperanza de vida mayor que el varón, sino que alcanzará en algunas de ellas las mayores esperanzas de vida conocidas hasta la actualidad en cualquier sociedad. Será en esas sociedades donde la mujer acceda al mayor empoderamiento comparado con cualquier otro sistema social, y contrastando con la situación de inferioridad de las mujeres en la mayoría de las sociedades de las cuales tenemos información.

Si algo expresa la mercantilización de casi todo por el capitalismo es el desarrollo actual de la biomedicina, sobre todo en países como Estados Unidos, que en forma directa e indirecta han convertido en mercancía todo producto y acción biomédicos, inventando padecimientos, o impulsando el uso de medicamentos casi sin control o con controles permisivos. Más aún, mercantilizando la vida desde el nacimiento mediante el notable incremento de los partos por cesárea en países como Brasil y México, hasta una muerte que trata de prolongarse hasta que el sujeto y/o su seguro médico aguanten (Fort, Mercer y Gish, 2006; La Rosa, 2009; Moynihan y Cassels, 2006).

Desde hace años sabemos que la denominada «guerra contra las drogas» no solo ha fracasado, pues siguen incrementándose los consumos de las sustancias consideradas «adictivas», así como el narcotráfico, sino que los expertos y funcionarios policiales y del sector salud no pueden explicar en términos biomédicos ni legales por qué varias de las principales sustancias «adictivas» caracterizadas por generar las más altas tasas de mortalidad son legales, como ocurre en los casos de las bebidas alcohólicas y el tabaco; mientras otras de muchas menores consecuencias como la marihuana son tratadas como «ilegales». No solo los criterios de legalidad e ilegalidad, sino los de «adicción» o «dependencia», no resisten la menor indagación y reflexión, tanto en términos técnicos como de sentido común. Lo evidente desde hace varios años es que la «guerra contra las drogas» ha tenido y sigue teniendo funciones de control social, político e

ideológico, y tiene que ver muy poco con la salud no solo de los ciudadanos en general, sino de los considerados «adictos» en particular (Astorga, 2003; Menéndez, 1990a, 2012; Romaní, 1999; Valdés, 2013).

Una parte de los críticos del capitalismo parece añorar cada vez más a las sociedades pre- o no capitalistas por varias razones que no vamos a analizar. Más allá de que esta actitud corresponda o no con la realidad de un pasado siempre incierto, necesitamos recordar que, tanto en las sociedades precapitalistas como en las capitalistas, hasta, por lo menos, principios del siglo xx, la esperanza de vida era muy baja, aproximadamente de treinta años (Laslet, 1977), debido a varios factores, siendo algunos de los más determinantes la mortalidad por enfermedades infectocontagiosas y por violencias. Las tasas de mortalidad general, infantil, en menores de cinco años pero también en jóvenes y adultos, llegaron en esas sociedades a niveles que actualmente no podemos ni pensar (McKeown, 1976, 1990).

Ahora bien, subrayo que los procesos de SEAP evidencian los problemas señalados tanto a nivel de los países capitalistas centrales como de los periféricos en forma constante, y de allí la posibilidad de seguir registrándolos en la medida que queramos no solo analizarlos en términos epidemiológicos, sino observar sus significados sociales. Y así, desde mediados de la década de los noventa encontramos que se incrementa constantemente en Londres (Reino Unido) el número de niños con raquitismo; un padecimiento que fue endémico en niños de clase baja urbana durante gran parte del período victoriano y que, en su momento, sintetizó las denuncias contra el tipo de sociedad capitalista que estaba impulsando el que era el país dominante a nivel mundial. Entre 1995 y 2011 el número de niños hospitalizados por raquitismo se cuadruplicó en Inglaterra «coincidiendo» con el incremento de las desigualdades socioeconómicas generadas por el neoliberalismo. Lo cual debe relacionarse también con el notable incremento de las tasas de tuberculosis broncopulmonar en un tercio de los municipios de Londres, donde desde 2013 se presentan tasas de más de 40 casos por 100.000 habitantes, y en uno de ellos, de 107 casos por 100.000 habitantes. En gran parte de Londres se están dando tasas similares, y en algunos casos mayores, a las dominantes en países periféricos caracterizados por la alta incidencia de tuberculosis.

La epidemia de ébola, surgida y expandida en 2014 en tres de los países más pobres de África (Guinea, Sierra Leona y Liberia), evidenció múltiples procesos, pero especialmente dos. Por una parte, las consecuencias de la aplicación de las políticas económicas del Fondo Monetario Interna-

cional (FMI), sobre todo en Guinea y Sierra Leona, ya que implicaron una fuerte reducción de gastos del sector público que afectó, en particular, al sector de la salud. Dichos países se vieron obligados a derivar sus ingresos fiscales al pago de las deudas contraídas con las fuentes de financiamiento, en lugar de dedicarlos a programas de salud. Esto acentuó las consecuencias negativas generadas por la descentralización de los servicios de salud, impuesta también por el FMI. Más aún, estas políticas implicaron el despido masivo de trabajadores del sector de la salud en dichos países, de tal manera que, en Sierra Leona, el personal de salud pasó de una relación de 0,11 por cada 1.000 habitantes en 2004 a 0,02 en 2008. Lo cual debe asociarse con la expansión de las empresas mineras, con el impacto negativo de las guerras civiles en la situación económico/política de dichos países, y con el enriquecimiento de los sectores gobernantes, mediante la corrupción normalizada (Kentikelenis *et al.*, 2014).

En segundo lugar, la epidemia de ébola evidenció la escasa, tardía y lenta reacción de la ayuda internacional respecto de una enfermedad que estaba generando miles de muertos (unos 11.000 en abril de 2015), y que pudo haber sido tempranamente controlada con el uso de los recursos técnicos que poseen sobre todo los países desarrollados. Según el presidente de Médicos Sin Fronteras (MSF) de España: «Si el mundo hubiera respondido con contundencia desde el principio, hubiéramos frenado el brote hace ya meses»³. Pero la ayuda fue tardía, ya que, una vez detectados los primeros casos en mayo de 2014, sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) solo la consideró urgencia mundial a principios de agosto. La respuesta también fue mínima por parte de los países con mayor capacidad tecnológica y financiera, tal vez porque no había antecedentes de la letalidad que podía generar esta enfermedad, pero también porque tras pocas semanas se comprobó que la epidemia no se expandía a nivel mundial, y mucho menos afectaba a los países centrales. Si bien el FMI negó estas acusaciones, aduciendo que entregó a dichos países financiamientos extraordinarios para enfrentar la epidemia, dicho financiamiento no solo fue tardío, sino que no compensó las consecuencias negativas generadas por la aplicación de las políticas neoliberales impuestas por el FMI.

Podríamos seguir enumerando muy diversos procesos que evidencian lo que estamos señalando; como, por ejemplo, el notable incremento actual de los cuadros depresivos y del consumo de fármacos antidepresivos en

3 *Reporte Epidemiológico de Córdoba*, (2015) 1, 511, 12/01: 8.

España, que se triplicó en los últimos diez años, así como especialmente el hecho de que el suicidio en dicho país sea la primera causa de «muerte externa». O que, por primera vez, desde que contamos con estadísticas de salud más o menos confiables, las tasas de mortalidad en jóvenes y adolescentes hayan superado las tasas de mortalidad infantil a nivel mundial. Más aún, en la mayoría de los países dependientes las tres primeras causas de muerte en adolescentes tienen que ver con violencias. O podemos referirnos también al brutal incremento de las muertes por sobredosis de opiáceos en los EE. UU., o a que, pese al incremento del feminicidio, el 92% de los homicidios en América Latina son de varones contra varones.

Necesitamos analizar en términos económico-políticos e ideológico-culturales lo que están expresando en términos de sujeto y de sociedad tanto el incremento de las depresiones y suicidios en países como España, como el tipo de muertes dominantes en los adolescentes a nivel mundial, como el incremento de muertes por sobredosis de productos que en su mayoría han sido recetados por médicos en EE. UU., así como las persistentes altas tasas de asesinatos intergenéricos y sobre todo intragenéricos en América Latina y el Caribe.

Por lo tanto, y en función de lo señalado, considero que los procesos de SEAP posibilitan detectar, describir, analizar y problematizar a partir de estos no solamente las contradicciones o aparentes contradicciones, los conflictos y/o incongruencias que emergen a nivel de la sociedad en general, sino también en el interior de los grupos y movimientos sociales, así como también resignificar varios de los mitos e imaginarios colectivos, incluidos los académicos, referidos a determinados procesos y actores sociales. Por lo que voy a tratar de observar si a través de lo ocurrido durante las décadas de los ochenta, noventa y primeros años dos mil, con varios proyectos, y especialmente con los proyectos de interculturalidad organizados en torno a la denominada medicina tradicional, o con los usos del concepto de «buen vivir», pueden explicarse o entenderse, por lo menos, algunos aspectos relevantes del repliegue y estancamiento actual de las propuestas, objetivos y acciones proindígenas, incluidos los movimientos étnicos a nivel de América Latina, y especialmente de México⁴. Así como

4 Este texto se centra en el caso mexicano, aunque incluyendo referencias, a veces sustantivas, de otros países latinoamericanos con fuerte presencia indígena. Aclaro esto porque las trayectorias, sobre todo en términos políticos, de los movimientos étnicos durante ese lapso son notoriamente diferentes en Bolivia y Ecuador.

analizar las incongruencias, contradicciones y hasta «traiciones» que han detectado algunos intelectuales y líderes indianistas en las «políticas» de salud aplicadas por algunos movimientos étnicos que gobiernan determinados territorios o países para encontrar explicaciones que vayan más allá de las críticas ideológicas.

Algunas aclaraciones necesarias

Existen procesos que han sido tratados y debatidos, especialmente desde la década de los setenta; y me refiero a las propuestas que secundarizan la expansión y uso de la biomedicina y sus productos en los grupos étnicos latinoamericanos, o que, si bien la reconocen, consideran que esa expansión y su uso no modifican la identidad y «cosmovisiones»⁵ de dichos grupos. Lo que tiene que ver en términos directos e indirectos con el papel que los procesos de SEAP han tenido en las propuestas desarrolladas por líderes indianistas, por intelectuales pro-indígenas y por movimientos étnicos latinoamericanos en sus objetivos de rehabilitación cultural, empoderamiento político y logro de autonomía, no solo cultural sino territorial. Asumiendo que dichas propuestas constituyeron posibles alternativas a las concepciones dominantes, a partir de las formas de vida y de las cosmovisiones desarrolladas y usadas por dichos grupos en términos del denominado «buen vivir».

Si bien lo que señalo refiere a muy diversas dimensiones de la realidad, las analizaré a través de ciertos procesos de SEAP, por dos razones básicas. Primero por el papel problematizador y metodológico que tienen estos procesos. Y, segundo, porque a través de estos no solo se expresan, sino que «se conservan» más, los aspectos centrales de las cosmovisiones y procesos identitarios de los pueblos originarios comparados con cualquier otro tipo de procesos, incluidos los religiosos; aun cuando frecuentemente es difícil diferenciarlos de estos últimos.

5 «Cosmovisión» (o concepción del mundo) es un concepto utilizado con frecuencia por los que describen y analizan los saberes indígenas. Por eso lo uso, subrayando que lo cuestiono porque tiende a generar una noción sumamente estructurada, monolítica, congruente, exenta de contradicciones y conflictos. Expresa, a menudo, una visión esencialista de los grupos, sociedades y culturas a los que se aplica. Este concepto suele conducir a pensar los saberes de los grupos como si fueran tipos ideales, no como instrumentos metodológicos sino como realidades.

Desde finales de la década de los setenta se desarrollaron diferentes concepciones sobre las características y objetivos de los movimientos indígenas que se estaban organizando y que tuvieron una fuerte presencia en ciertos países de América Latina durante las décadas de los ochenta, noventa y principios de los años dos mil. Lo cual no niega la existencia previa de organizaciones y movilizaciones indígenas, sino que asume que durante las décadas señaladas, fueron mucho más numerosas, desarrollaron nuevos objetivos, así como recuperaron y resignificaron la dimensión étnica de sus identidades en términos ideológicos (Baud *et al.*, 1996).

El surgimiento y el desarrollo de estos movimientos se generó durante la hegemonía del neoliberalismo y como una respuesta al empeoramiento de las condiciones de vida y al incremento de la pobreza y desigualdad socioeconómica, que llevaría a la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) a considerar las décadas de los ochenta y los noventa como las dos décadas «perdidas». Es un período en el cual las empresas capitalistas, sobre todo las extractivistas, se expanden en los territorios indígenas; la movilidad social se estanca, y se incrementa constantemente la migración hacia las ciudades. Aunque su gestación responde a causas económico-políticas, esos movimientos apelarán a la identidad y pertenencia «originaria», como estrategia para legitimar sus acciones y demandas a través de la dimensión cultural. Subrayando que dicha identidad cultural será reconocida, inclusive a nivel constitucional, por la mayoría de los Gobiernos de América Latina, por las Naciones Unidas (ONU), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y las organizaciones de derechos humanos, dado que el neoliberalismo y sus instituciones no han tenido problemas en reconocer las diferencias y las demandas de tipo cultural y humanístico, sobre todo mientras no afectasen a sus objetivos políticos y económicos.

Algunos de los procesos que más se discutieron durante este lapso fueron los que tenían y tienen que ver con las identidades, cosmovisiones y pertenencias étnicas, dando lugar al surgimiento de varias orientaciones teórico-ideológicas y políticas. Para la mayoría de esas tendencias, Occidente aparece como el principal sometedor de los pueblos originarios y como destructor de sus cosmovisiones, pero también como el expropiador de las tierras nativas. Frente a lo cual los movimientos y grupos étnicos propondrán que ellos son los poseedores «originarios» de la tierra, reivindicando su carácter sagrado.

Actitud que en el caso de los procesos de SEAP supuso una crítica cultural a la biomedicina, así como la defensa «sagrada» de la medicina tradicional, dado que en todos los grupos étnicos los sanadores incluyen la dimensión mágico/religiosa. La biomedicina será cuestionada por su constante expansión, que implica la penetración de los saberes étnicos y la medicalización de los comportamientos en forma directa e indirecta. Y cuando digo expansión biomédica no solo me refiero a la existencia de servicios biomédicos a nivel clínico y a la aplicación de programas preventivos, sino también al uso de productos, prácticas y concepciones biomédicas en la vida cotidiana de los grupos étnicos, más allá de que existan o no servicios biomédicos. Y subrayo este aspecto porque no solo en las perspectivas biomédicas, sino también en los científicos sociales, domina la idea de que hay que registrar y analizar la influencia de la biomedicina solo cuando existen servicios médicos oficiales o privados, ignorando no solo el papel de los medicamentos de patente que se venden en farmacias y en tiendas de todo tipo, sino el de las organizaciones no gubernamentales (ONG) que han formado en México miles de promotores de salud, y han incidido en los saberes de los grupos étnicos respecto de determinados procesos de SEAP.

Pero en esta expansión también necesitamos incluir las tareas de las Iglesias católicas, protestantes y de otras «denominaciones», que no solo han satanizado a ciertos curadores y padecimientos tradicionales, sino que han formado promotores de salud y abierto consultorios biomédicos. Por lo que necesitamos observar la presencia biomédica inclusive a través del trabajo cada vez más medicalizado de la mayoría de los curadores tradicionales, por lo menos en algunos contextos étnicos. Como he sostenido en varios trabajos, necesitamos asumir que, desde por lo menos finales del siglo XIX, la biomedicina es uno de los principales productores de ideología, de consenso y de hegemonía, y que su influencia se ejerce en la vida cotidiana de los sujetos y grupos, y no solo a través de servicios biomédicos. Por lo cual, pensar la biomedicina solo donde existen servicios de salud evidencia, entre otros, el notable efecto ideológico de esta (Menéndez, 1979, 1981, 1990a, 2002, 2009b).

De las cosmovisiones a los hechos

Pese a las críticas a la biomedicina, en la que participan de forma protagonista antropólogos, observamos su constante expansión sobre los grupos étnicos de América Latina, dado que estos utilizan cada vez más fármacos, solicitando la instalación de centros de salud e inclusive de hospitales en sus comunidades. Son poblaciones que reconocen, cada vez más, que sus hijos se mueren de gastroenteritis y no de mal de ojo, o por lo menos de ambos padecimientos; y en las tiendas, inclusive de pequeñas comunidades, pueden comprar analgésicos, antidiarreicos o vitaminas. Una parte de las mujeres indígenas de varios de estos grupos, cuando pueden, utilizan toallitas higiénicas durante sus períodos menstruales, y pañales desechables para sus hijos pequeños. Los grupos étnicos utilizan no solo prácticas, sino concepciones biomédicas, articulándolas con sus propios saberes especialmente a través del proceso de autoatención que los caracteriza.

Lo que indica que los saberes biomédicos se van articulando, de alguna manera, con los saberes tradicionales en gran parte de los grupos étnicos, por lo que me he preguntado si lo que actualmente saben, piensan, dicen y hacen los chamanes, por lo menos en México, corresponde o no a lo que la población indígena, según género, edad, nivel educativo, experiencia migratoria, participación política, pertenencia religiosa y otras «variables», sabe, piensa, dice y, sobre todo, hace. Y me lo he preguntado respecto de poblaciones donde observamos cada vez más bilingüismo; o de vastas zonas indígenas, por ejemplo, en Yucatán, donde los niños y gran parte de los jóvenes ya no hablan maya. Considero que una parte de los curadores tradicionales, y sobre todo los de tipo chamánico, expresan saberes y valores tradicionales en términos de pautas culturales *ideales* —especialmente para sus analistas—, pero que estas ya no corresponden, por lo menos parcialmente, a lo que viven e interesa sobre todo a los niños y adolescentes⁶.

6 Al respecto, es importante recordar que gran parte de los estudios sobre síndromes culturalmente delimitados, y en particular los que tratan sobre cosmovisión y sobre atención de los padecimientos, solo suelen obtener información de los curadores tradicionales sin incluir los saberes de la población, lo que venimos señalando desde nuestro estudio sobre Yucatán (Menéndez, [1981] 2018). Lo señalado no niega los aportes y calidad de muchos de esos trabajos, como Bartolomé y Barabas (2013); Campos (1990); Gallardo (2002); Luengas (1994); Page (2005); Ramos (2002) y el monográfico de *Alteridades* (1996: 12) dedicado a la sanación, sino que cuestiona reducir las etnografías de los procesos de SEAP a los curadores tradicionales, sean estos chamanes, parteras empíricas o hueseros.

Uno de los investigadores que mejor conoce la medicina tradicional de los Altos de Chiapas, y que ha sido desde su creación asesor de la Organización de Médicos Indígenas de dicho estado (OMIECH), Rafael Alarcón⁷, nos recuerda que los *j'iloles* (chamanes) se caracterizan por interpretar los sueños, pero que su contenido está experimentando notables cambios principalmente en niños y jóvenes indígenas, ya que en los sueños han comenzado a aparecer temas sobre violencias referidas al narcotráfico, artes marciales, así como materiales pornográficos o personajes como Rambo, que ven en televisión o en vídeos, al igual que son producto de sus experiencias migratorias en Cancún, en varios estados del norte de México, así como en los EE. UU. Si bien los *j'iloles* siguen interpretando sueños, lo hacen a partir de ciertas concepciones y contextos que ya no se corresponden con los que ahora sueñan los niños y jóvenes.

Según lo comunicado por Alarcón, los propios curadores indígenas señalan que una parte de sus hijos e hijas ya no sueñan, pero en muchas ocasiones no es que los jóvenes no sueñen, sino que «[...] no quieren contar sus sueños a sus mayores, debido a que esto implica un compromiso con su comunidad. Si narran sus sueños, ya no podrán abandonarla, pues el sueño indica que tienen un “mandato de los dioses” para permanecer en la comunidad y servirla». Y actualmente la mayoría de los jóvenes tiende a salir de sus comunidades, básicamente por razones económicas. Concluyendo que son estos procesos los que «están conduciendo a que los *j'iloles* desaparezcan lentamente», y por eso: «[...] el último vídeo que elaboró el compañero Agripino del área de comunicación de la OMIECH lo titulamos *Los últimos j'iloles mayas*»⁸.

Respecto de los procesos de SEAP, una parte de los analistas busca en los curadores tradicionales y en la población casi exclusivamente las formas «tradicionales» de pensar y actuar sobre ellos, como si no se modificaran; manejando nociones implícitas de control sociocultural, ajenas a las dinámicas actuales de las mayorías de los grupos étnicos (Menéndez, [1981] 2018, 1990b). Más aún, siguen pensando en términos de «la» comunidad, ignorando que cada vez hay más formas diferentes de ser indígena en su propia comunidad, y que una parte creciente de la población indígena vive en medianas y grandes ciudades de sus propios países o de

7 Alarcón, comunicación personal, 25-8-2011; véase también Page (2005).

8 Alarcón, *ibid.*

los países hacia donde migraron. Como concluye Yves Le Bot (2013: 245), «la reproducción de una identidad comunitaria-étnica impuesta, deja progresivamente lugar a la producción de identidades múltiples y fluctuantes, y a la elección individual».

Es en lo que dicen, y sobre todo en lo que hacen los distintos sujetos y grupos étnicos, donde necesitamos observar los usos, desusos, resistencias, aculturaciones, autonomías y creatividades que desarrollan, más allá de los discursos académicos y/o de los líderes que validan positiva y unilateralmente la impugnación y negación de lo occidental, así como los de otros intelectuales y funcionarios que validan positiva y unilateralmente las aculturaciones. Los usos y costumbres, y especialmente los procesos de lucha, resistencia, apropiación o hegemonía en los procesos de SEAP, y en particular la expansión biomédica, debemos registrarlos en los quehaceres cotidianos de personas y grupos. Y si bien no cabe duda de que ha habido rechazos a la biomedicina por parte de grupos étnicos, incluidos los curadores tradicionales, como ocurrió con el programa de planificación familiar; no cabe duda de que el estudio de los grupos indica un consumo cada vez mayor de productos biomédicos, y de otros productos «occidentales» fuertemente relacionados con una parte de sus padecimientos.

México se ha convertido en el principal consumidor mundial de refrescos y en uno de los más importantes consumidores de alimentos chatarra (o basura), inclusive en sus zonas indígenas; y por esto, y otros factores, la diabetes mellitus 2 constituye a nivel nacional, y entre los grupos étnicos en particular, una de las principales causas de mortalidad y morbilidad que, por lo menos a nivel de discurso, aparece monopolizada por la biomedicina. En los grupos indígenas no solo han penetrado bebidas y alimentos «occidentales»⁹, así como las enfermedades generadas por su consumo, sino especialmente la atención biomédica, lo que es reconocido por dirigentes indígenas. Según un líder zapoteco de Oaxaca:

9 Arana y Cabada (2012: 47) señalan: «[...] precisamente en estas regiones indígenas es donde se observan las prácticas de mercadeo más agresivas y no reglamentadas para promocionar el consumo de bebidas azucaradas, incluyendo una reducción generalizada del 35% del precio de las mismas, abundante publicidad en español y en lenguas indígenas, anuncios gigantes que asocian el consumo de refrescos con símbolos tradicionales de prestigio, así como numerosos puestos de venta dentro y en los alrededores de las escuelas. Según sus datos, en la región indígena de Tenejapa (Altos de Chiapas) existen 165 puntos de venta de refrescos en una distancia de 42,5 kilómetros, es decir que hay un punto de venta cada 257,5 metros». Véase también Page (2012).

«[...] la práctica de la medicina tradicional y el trabajo de los médicos tradicionales se han abandonado desde que se instaló una clínica rural en la comunidad. Desde 1989 existen tiendas que funcionan como farmacias donde se pueden conseguir medicinas de patente» (Martínez, 1993: 66). Y pese a que considera que los servicios biomédicos no son adecuados a las costumbres y necesidades de la comunidad, reconoce, no obstante, que están reemplazando a los curadores tradicionales¹⁰.

Además, si bien el consumo de refrescos tiene que ver con el impacto de los medios de comunicación masiva, con los procesos de urbanización y migración, con el turismo nacional e internacional; también tiene que ver con las políticas de mercadeo local y con las necesidades y deseos de los sujetos y grupos locales, incluidos los del personal de salud. Ya que en comunidades de Yucatán encontré que el personal del centro de salud y médicos privados impulsaron, por lo menos desde la década de los sesenta, el consumo de refrescos en la atención y prevención de ciertas enfermedades infectocontagiosas, puesto que era la única bebida potable que podía ser consumida por la población, ya que todas las fuentes de agua estaban contaminadas. Y recordemos que estas enfermedades eran endémicas, y constituían parte de las primeras causas de mortalidad en las zonas indígenas (Menéndez, [1981] 2018).

Las enfermedades, más allá de su alta o baja incidencia a nivel nacional o internacional, son registradas, padecidas y enfrentadas por los sujetos y grupos étnicos en el lugar donde viven, y son tratadas con los recursos locales existentes, que incluyen productos y saberes biomédicos. Por eso, actualmente, todo proceso de SEAP debe ser pensado articulando lo global y lo local, dado que la biomedicina y también las medicinas alternativas y complementarias (MAC) operan en ambos niveles.

Necesitamos asumir que la expansión de los saberes médicos «occidentales» sobre los grupos étnicos de América Latina no es reciente ni se da a través de aspectos triviales, sino que tiene varios siglos y tiene que ver con los procesos de enfermar, morir y sufrir, que operan a nivel local. Dicha expansión viene desarrollándose desde finales del siglo xv y no solo a

10 Es importante señalar que especialistas como M. Arana consideran que la penetración biomédica evidencia eficacia respecto de las enfermedades infectocontagiosas, pero tiene mucho menor impacto respecto de las enfermedades crónico-degenerativas, y las crónicas, entre los grupos étnicos de los Altos de Chiapas (México), lo cual reduciría sus posibilidades de expansión (comunicación personal, marzo 2015).

través de aspectos exclusivamente «médicos». Y así, por ejemplo, los vinos y aguardientes son productos occidentales apropiados a nivel local por los grupos étnicos hasta convertirse en imprescindibles en el desarrollo de los principales rituales, incluidos los de sanación (Menéndez, 1991). Pero, además, este proceso cambia y al mismo tiempo continúa, ya que desde hace pocos años, en algunos contextos étnicos, los aguardientes han sido a su vez reemplazados en los rituales por refrescos, y, especialmente, los de cola.

La mayoría de las enfermedades infectocontagiosas que padecieron y padecen los grupos étnicos fueron importadas de Europa desde 1492; diezmando a la población nativa y generando una de las catástrofes demográficas más profundas de que tengamos información; frente a la cual los saberes indígenas y la medicina de los colonizadores evidenciaron una total impotencia. Pero con una diferencia radical, la población europea migrada a América moría mucho menos por estas enfermedades debido a las resistencias biosociales que había generado, de las que carecía la población nativa. La catástrofe solo se dio en la población originaria, lo cual algo debió de incidir en las relaciones de hegemonía/subalternidad generadas entre colonizadores y colonizados.

La expansión de los saberes y productos «occidentales», desde el alcohol a las enfermedades infectocontagiosas y las resistencias diferenciales a estas, así como la terrible y prolongada mortalidad ocurrida en los primeros siglos de la conquista, ¿modificaron o no la cosmovisión y los «usos y costumbres» de dichos grupos étnicos? Los datos disponibles indican que ciertos usos fueron modificados, como los relativos a los usos del alcohol y sus posibles consecuencias, pero la modificación de las cosmovisiones queda en el campo de las interpretaciones más o menos imaginarias, aun cuando podemos suponer que algunos procesos las impactaron profundamente. Si bien existen estudios (Guiteras, 1965; Page, 2005; Pitarch, 2000) que señalan cambios y desusos de las cosmovisiones ancestrales, la mayoría de los estudios etnográficos sobre procesos de SEAP que aluden a ellas en los pueblos originarios mexicanos hacen explícita o implícitamente referencia a la cosmovisión mesoamericana como una entidad que se mantiene, por lo menos como referencia ideológica. Y ello pese a las modificaciones estructurales y no estructurales que se han generado, y que en los últimos cincuenta años han implicado la expansión continua de la educación, el incremento de la migración rural/urbana y la ruptura casi total del aislamiento de las comunidades originarias, especialmente por el arribo directo e indirecto de los nuevos medios de comunicación.

A partir de varios de los aspectos señalados y de otros que iremos presentando, considero que se han dado y se siguen dando modificaciones en las denominadas cosmovisiones, o por lo menos en los comportamientos de los grupos étnicos respecto de los procesos de SEAP por varias razones. En primer lugar, porque las cosmovisiones y los comportamientos cambian, es decir, no permanecen idénticos a sí mismos, y además porque estos cambios pueden ser profundos. Segundo, porque a nivel teórico, las enfermedades que generan mayor cantidad de muertes, así como los procesos de embarazo/parto/puerperio, y las acciones de sanación, son parte básica de esas cosmovisiones, identidades y comportamientos; y justamente es sobre ellas que están actuando los saberes y productos biomédicos. Y tercero, porque ahora contamos con mayor y mejor información respecto de la influencia de la expansión biomédica sobre aspectos centrales de la vida cotidiana de los pueblos indígenas. Pero aclarando que personalmente no me preocupa tanto el origen y persistencia de las cosmovisiones en sí, sino los saberes que operan en la actualidad y en los cuales pueden o no estar presentes las diferentes cosmovisiones, y no solo las ancestrales.

Y así, por ejemplo, sabemos que en México cada vez más niños indígenas nacen en clínicas y hospitales, y se espera que esto ocurrirá, en pocos años, con la totalidad de los futuros niños, generándose desde el nacimiento una impronta (*imprinting*) biomédica, e implicando cada vez más la exclusión de las parteras empíricas. Este proceso es impulsado por los Gobiernos, en particular por el sector de la salud, con el objetivo de reducir las muertes maternas, las neonatales y el embarazo infante/juvenil, y sobre todo para reducir la tasa de natalidad a nivel nacional y de los pueblos originarios en particular, dado que son quienes tienen actualmente las más altas tasas de natalidad.

Según Lina Berrio, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2009) indica que el 90% de las mujeres mexicanas habría parido en instituciones de salud, y el 97% habría tenido controles prenatales. En su estudio de dos comunidades indígenas del estado de Guerrero, el 90% de las mujeres entrevistadas dijeron haber asistido a control durante su último embarazo, y el 60% lo hizo desde el primer trimestre. Más aún, encontró que el 80% de las mujeres de entre 15 y 24 años tuvieron a sus hijos en hospitales de primer y segundo nivel, mientras que entre las mujeres de entre 25 y 49 años solo el 36% los tuvo en hospitales. Inclusive encontró que entre las jóvenes indígenas no solo aparecen normalizados el uso de

análisis de laboratorio y ecografías, sino que manejan los conceptos de riesgo obstétrico y factores de riesgo. Y esto en el estado mexicano con mayor mortalidad materna (Berrio, 2014, 2015).

Si bien el parto medicalizado es todavía menor en mujeres indígenas que en el resto de la población mexicana, ello es debido no tanto al «rechazo» de la población nativa a la biomedicina, sino a la falta de cobertura de los servicios de salud, ya que una parte de la población indígena vive en localidades pequeñas y dispersas, como ocurre, sobre todo, en Chiapas, donde el 80% de la población reside en comunidades de menos de 2.500 habitantes. Pero también es debido al *rechazo* del personal de la salud, y sobre todo de los médicos, a radicarse en medios rurales, incluidas pequeñas ciudades. Lo cual no niega que en una parte, y en algunos contextos, la mayoría de las familias indígenas rechacen la atención biomédica del parto no solo por la preferencia cultural por la partera tradicional o por la autoatención, sino por las formas negativas del trato médico, y por el tipo de actividades de planificación familiar que les imponen, que puede incluir la aplicación inducida o no de dispositivos intrauterinos, de esterilizaciones y/o de cesáreas. Esto lo sabemos a través de estudios que se han hecho en los últimos años en zonas indígenas de México (Luna *et al.*, 2010); lo que no tenemos son análisis sobre si estos procesos modifican, y cómo, las identidades y cosmovisiones nativas.

A partir de este tipo de procesos que se ha dado a nivel de los grupos étnicos latinoamericanos, y no solo de México; me pregunto cómo estas acciones biomédicas respecto del embarazo/parto, afectan —o no— la cosmovisión y la identidad indígena, dado que inciden en aspectos nucleares de estas, como, por ejemplo, Platt (2006: 147) lo reconoce respecto de los macha bolivianos. Aunque este autor también señala la existencia de altas tasas de mortalidad materna relacionadas con el proceso de embarazo y parto en población indígena boliviana; tasas que el sector de la salud trata de reducir a través de acciones específicas, concluyendo Platt que las políticas de salud «están transformando prácticas específicas sin disolver, hasta ahora, ciertas premisas básicas machas del parto». Considerando que

[...] hoy los indios comunitarios luchan por encontrar nuevas formas de adaptación a las últimas manifestaciones biomédicas de la «modernización» que amenaza con eliminar una de las expresiones más íntimas de los derechos colectivos indígenas a la tierra, considerando que el proceso de embarazo y parto expresa y fundamenta la relación de la comunidad macha con su tierra,

dado que [...] reproduce una experiencia traumática que sigue considerándose como fundadora de una determinada identidad social», y se pregunta «si esta consustanciación puede eliminarse, sin poner en tela de juicio, la persistencia de la propia comunidad indígena (Platt, 2006: 164-165).

Sosteniendo que no solamente las políticas de salud están modificando los usos y las cosmovisiones respecto del embarazo y parto en este grupo, sino que

[...] 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 de- sean mantener las madres, no solo en los Andes, sino también en otras partes del mundo (Platt, 2006: 165).

En México casi no hubo debate respecto de lo que propone Platt, ni siquiera cuando se desarrolló con mayor intensidad el programa de planificación familiar, que no solo medicalizó cada vez más el parto, sino que utilizó como una de sus principales técnicas de planificación la esterilización de mujeres con y sin consentimiento informado (Menéndez, 2009a). No hubo debate en términos políticos ni tampoco en términos teóricos, pese a la existencia de notables etnografías respecto del proceso de embarazo, parto y puerperio realizadas en diversas áreas étnicas. Y especialmente en Yucatán, donde contamos con materiales etnográficos desde, por lo menos, la década de los treinta. Materiales que, entre otros aspectos, describieron y analizaron el papel protagonista que cumple el varón en el proceso de parto de su mujer, pero que, como documenta y analiza Judith Ortega (1999), está en proceso de desaparición en amplias zonas de Yucatán, debido a la aplicación de determinadas reglas sanitarias.

El parto tradicional está en vías de desaparición¹¹ en casi todo México, y si bien ha habido una reivindicación y defensa del parto tradicional, no se hizo en los términos planteados por Platt sino en términos de su «humanización» con fuertes orientaciones feministas y *New Age* (Vega, 2018),

11 Existe un parto tradicional que se habría incrementado en algunos países de América Latina; y me refiero a la autoatención del parto realizada directamente por la parturienta con ayuda familiar, pero sin la presencia de parteras empíricas o de personal biomédico. Si bien este tipo de parto ya existía en varias zonas indígenas, se habría incrementado para evitar ciertas intervenciones (cesáreas, dispositivos intrauterinos) y presiones en términos de planificación familiar por parte del personal de salud, y de las comadronas profesionales.

o desde perspectivas interculturales, al sostener las ventajas del parto en cuclillas y/o en posición vertical. En la mayoría de los trabajos antropológicos la defensa se hizo subrayando el papel central de la partera para la identidad étnica de los grupos, y rescatando sus habilidades técnicas y el apoyo cultural, psicológico y de ayuda doméstica que da a la parturienta y a su familia.

Señalando que en todas estas tendencias se generó una fuerte crítica a la medicalización del parto; pero que, pese a los cuestionamientos de ONG, antropólogos y grupos feministas respecto a las formas agresivas de la medicalización del parto en América Latina, esta continúa, debido sobre todo al mantenimiento de programas médicos específicos, así como a otros factores en cierta medida correlativos, como es la constante disminución del número de curadores tradicionales —incluidas las parteras empíricas— en todos los grupos étnicos de los que tenemos información específica.

Lo cual, además, tiene un notorio impacto en el contenido y papel de las cosmovisiones, ya que, como señalé previamente, en México han ido desapareciendo los chamanes, que serían los actores sociales que concentrarían y utilizarían algunos de los contenidos más idiosincráticos de las cosmovisiones nativas (Ortega, 1999; Page, 2002; Quispe, 2005)¹². Más aún, contamos con datos que indican pérdidas casi totales de los saberes que tienen que ver con las cosmovisiones indígenas; y así Jaime Page, a partir de talleres realizados con población originaria de los Altos de Chiapas, incluidos curadores tradicionales, concluye:

Existe claridad en cuanto a que sus saberes ancestrales están casi totalmente perdidos, que de la religión maya queda muy poco; también que en las últimas tres décadas la costumbre se ha perdido a tal grado que ya hasta usan los vestidos mestizos, lo que tiene como consecuencia que ahora ya no se reconozcan de donde viene cada quien, a que pueblo pertenecen (Page, 2002: 83).

Y si bien este autor informa de que los sistemas de salud indígena son los que más han resistido dichas pérdidas, tanto su información como la de la mayoría de los analistas concluyen no solo que el número de curadores

¹² Para Félix Durán Quispe (2006), el médico tradicional no solo es el hombre llamado a curar los síntomas de las enfermedades, sino a establecer la armonía primordial del cosmos con su realidad comunitaria. Para él, la medicina tradicional utiliza métodos bajo el principio de humanidad (Aiepi/OPS 2008: 35). Para observar una concepción similar de los chamanes mexicanos, véase Bartolomé y Barabas (2013).

tradicionales se reduce constantemente, sino que los jóvenes indígenas ya no quieren ser yerbateros ni hueseros, y que varios curadores tradicionales en diversos grupos étnicos reconocen que cuando ellos mueran ya nadie ejercerá la medicina tradicional en sus comunidades¹³. Por lo cual, la persistencia o transformación de las cosmovisiones necesitamos observarlas no solo en lo que se mantiene sino también en lo que desaparece, sobre todo si lo que desaparece corresponde a algunos de los actores sociales «encargados» de manejar parte de los saberes indígenas más idiosincráticos.

Pero reconocer los procesos de penetración biomédica, y lo subrayo, no significa que los grupos étnicos reproduzcan mecánicamente los saberes «occidentales», y menos aún que pierdan su identidad, sino que expresa lo que ocurre con todo grupo, sea «originario» u «occidental»: cambian. Los procesos de pertenencia e identidad de los grupos subalternos, y no solo de los grupos étnicos latinoamericanos, tienen que ser pensados y analizados a partir de asumir que la mayoría de ellos necesitan desarrollar diferentes estrategias para sobrevivir, dados los bajos niveles de vida y la alta marginación a que han sido sometidos; a que han tenido y siguen teniendo los indicadores más negativos económicos, educativos y de salud, y a que son los grupos más «racializados» en forma abierta o tácita. Por lo que han de valerse de todo aquello que esté a su alcance y les sirva para «aguantar» las situaciones a que han sido y siguen siendo sometidos. Actualmente la mayoría de los sujetos y grupos indígenas migran, trabajan en lo que pueden, se organizan en movimientos locales para oponerse a la instalación de minas o de parques eólicos por razones ambientales y no ambientales, así como para negociar con las empresas para poder obtener algunos beneficios en términos de dinero y/o trabajo. Y es por las mismas razones de supervivencia y de identidad étnica que también usan todo tipo de atención a su alcance, incluida la biomédica, para poder enfrentar sus enfermedades.

Por lo que, si bien estos sujetos se siguen identificando como indígenas, también se caracterizan por cambios, que en gran parte se deben a

13 Entre 2000 y 2014 antropólogos sociales que trabajaron en áreas indígenas de Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Oaxaca, Sonora y Yucatán me informaron no solo de la disminución del número de curadores tradicionales en dichos estados, sino de que los jóvenes ya no querían trabajar como tales, aunque sí como promotores de salud. En una comunidad de Oaxaca y en otra de Guerrero, curadores tradicionales les preguntaron a sendos antropólogos qué podían hacer para que los jóvenes se interesaran por actuar como curadores tradicionales.

que las formas de vida tradicionales ya no son eficaces para vivir. La expansión neoliberal les obliga constantemente a reaccionar más allá de que quieran hacerlo o no, y es en función del proceso migratorio, del proceso educativo o del acceso a medios de comunicación masiva que se ha ido desarrollando un nuevo tipo de indígena, que, junto con las estrategias históricas de «aguante» y de autoexplotación, ha desarrollado un notable trabajo de rehabilitación de la imagen del «indio», un cuestionamiento de la idea de «raza vencida», una labor de legitimación del orgullo y empoderamiento étnico, logrando establecerse como un importante factor de poder político en países como Bolivia y Ecuador, apelando en muchos casos a las cosmovisiones andinas en términos ideológicos.

Los nuevos discursos identitarios étnicos remiten a las cosmovisiones para legitimar su diferencia y pertenencia, operando como estrategias de reacomodación respecto a los grupos de poder, de tal manera que estos discursos no solo proponen una rehabilitación de la imagen del «indio», sino una crítica a sus opresores; y este discurso puede expresarse a través de varias orientaciones, incluidas orientaciones esencialistas. En todos los casos estos discursos conviven con lo que la población piensa y hace en su vida cotidiana, de tal manera que en el discurso de algunos intelectuales indianistas observamos no solo críticas a la biomedicina, sino la negación de su uso por los grupos étnicos, mientras que en la vida cotidiana de dichos grupos seguimos observando la persistencia e incremento de los usos biomédicos articulados con los usos sanadores tradicionales.

Aunque sea obvio, necesitamos asumir que la mayoría de los sujetos y grupos étnicos no usan la medicina tradicional ni realizan rituales de sanación porque están pensando que a través de estos defienden su identidad cultural, y cuestionan la medicina de los actores sociales «occidentales» que los colonizaron, explotaron y racializaron en los últimos cinco siglos. Los sujetos y microgrupos usan la medicina tradicional articulada con la biomedicina, con prácticas espiritistas o con rituales cristianos de diferente orientación para tratar de solucionar sus problemas de salud en la forma más inmediata, eficaz y económica posible.

Lo cual no niega que sus rituales de sanación son parte sustantiva de sus cosmovisiones, su identidad y su cohesión sociocultural. Pero reconociendo que los sujetos y microgrupos actúan dichos rituales al mismo tiempo que se inyectan antibióticos o ingieren vitaminas o analgésicos. Es decir, no niego que haya diferencias e inclusive contradicciones entre las medicinas tradicionales nativas y los saberes biomédicos, pero ello no

impide que los pueblos originarios utilicen ambas, inclusive simultáneamente. Más aún, especialmente a través de los procesos de autoatención, los sujetos y grupos impulsan funcional y pragmáticamente el uso de las diferentes formas de atención

Creo que en el uso, incluido el de los estudios académicos, de las cosmovisiones operan varios sesgos metodológicos e ideológicos, o tal vez equívocos que necesitan ser reflexionados. En la mayoría de los estudios académicos y de los discursos indianistas pareciera que solo los grupos étnicos, y sobre todo sus ancestros, son pensados en términos de cosmovisión, mientras los «mestizos», incluido el personal de salud, no. Pero más allá de esta acotación, considero que las cosmovisiones han sido procesadas a nivel académico como si fueran tipos ideales, que gran parte de los etnógrafos que buscan cosmovisiones aplican excluyendo todo criterio de historicidad. De tal manera que, al buscar casi exclusivamente la cosmovisión mesoamericana o andina, excluyen todas las otras posibles «cosmovisiones» que se han ido constituyendo y operando durante estos cinco siglos.

Pero, además, al tratarla intencionalmente o no, como tipo ideal, no solo se ignora la historicidad sino que se asume reflexivamente, o no, que estas cosmovisiones son la matriz de la cual derivan las formas de pensar y vivir la realidad de los sujetos que participan de ellas. Es decir, opera, como ocurrió en antropología con los conceptos de personalidad básica y carácter nacional en los cuarenta y cincuenta⁷, como si las características socioculturales de los sujetos ya estuvieran prefiguradas, inclusive en términos de personalidad. En el fondo, o no tan en el fondo, esta manera de pensar antropológicamente es de tipo ahistórico y, sobre todo, ignora el papel de los sujetos y microgrupos en la realización de su propia cultura, ya que no asume que a partir de lo dado —se llame cosmovisión o cultura— son los sujetos y grupos en sus acciones quienes «hacen» la realidad y no las cosmovisiones o la cultura. Aunque, por supuesto, los sujetos y grupos hacen la realidad en función no solo de sus subjetividades sino de las condiciones económico/políticas e ideológico/culturales dominantes.

Por eso, la trayectoria actual de los movimientos étnicos nos posibilita tener otra lectura del papel de las cosmovisiones y de los sujetos, ya que todo indica que por lo menos una parte de los actuales movimientos étnicos —algunos analistas concluyen que todos— utiliza las cosmovisiones y/o los usos y costumbres propios para legitimar su «diferencia» y derechos indígenas con el objetivo de gestionar sus demandas en tanto nuevo

sujeto que puede utilizar sus cosmovisiones y no que las cosmovisiones lo utilicen a él. Y ello más allá de que las practique o no en su vida cotidiana; lo que supone un uso estratégico de la cosmovisión, de su cultura o de su identidad étnica, que justamente remite a utilizarla no en sí, sino en función de los objetivos del grupo étnico, o por lo menos de sus líderes e intelectuales.

No obstante, si nos interesan la mortalidad, los padecimientos y las formas de atenderlos y prevenirlos por los grupos étnicos actuales, considero que toda cosmovisión debe ser descrita y analizada a través de los saberes locales y no ser reducida exclusivamente a las «narrativas» construidas por los expertos en cosmovisiones. Las cosmovisiones las tenemos que observar, además, no solo en las representaciones sociales, «narrativas» o discursos, sino sobre todo en las prácticas de los sujetos y grupos sociales, dado que es a través de ellas que podemos establecer las representaciones sociales o discursos que realmente utilizan por lo menos respecto de los procesos de SEAP. Por eso es en la «carrera del enfermo», o, si se prefiere, en la trayectoria de los padeceres, donde podemos observar cómo los sujetos y grupos, incluidos los grupos étnicos, utilizan actualmente las diferentes formas de atención que tienen a su alcance, y a través de las cuales se expresan las cosmovisiones dentro de las cuales se ha constituido y vivido como sujeto, más allá que estas correspondan a cosmovisiones no solo diferentes sino antagónicas. Y esto, en México, necesitamos observarlo inclusive en las zonas indígenas más marginadas¹⁴.

Desde esta perspectiva metodológica, los procesos de autoatención pueden operar como un control epistemológico de las propuestas que proponen como incompatibles las cosmovisiones nativas y las «occidentales», ya que posibilitan observar los tipos de autoatención que operan en los grupos étnicos y no étnicos de América Latina. Y las etnografías demuestran, cada vez más consistentemente, que los sujetos utilizan saberes y productos considerados incompatibles por una parte de los expertos en

14 Cuadrillero y Megchún (2013) describen la trayectoria de una mujer tzeltal residente en las Cañadas de la selva lacandona (Chiapas, México) que padecía un fuerte dolor de espalda y que acudió a promotores de salud locales, a la clínica regional, al hospital de la cabecera municipal, al huesero de dicha cabecera, a una curandera de fuera de la comunidad. Esta trayectoria supone varios tipos de curadores biomédicos y «tradicionales», y procesos similares podemos observar en muy diferentes contextos rurales y urbanos, originarios y mestizos (véanse Cortez, 2015; Mendoza, 1994; Menéndez, 1990b; Osorio, 1994; Ortega, 1999; Peña, 2006; Press, 1975).

cosmovisiones, ya que pueden utilizar simultáneamente técnicas adivinatorias, hierbas medicinales, «trabajos» (hechicerías), aspirinas o antibióticos. Productos y formas de atención que pueden conseguirse directamente de sus tierras o de un curador; o pueden comprarse en mercados populares, en supermercados, en tiendas «naturistas» o en farmacias, y por supuesto, también adquirirse en los viejos «huertos medicinales» y en los nuevos «jardines» herbolarios. Es en los procesos de autoatención que podemos observar las cosmovisiones «realmente existentes», así como los cambios, apropiaciones y emergencia de nuevas «cosmovisiones».

Por lo menos desde los años cuarenta, algunos de los líderes académicos del llamado indigenismo integracionista señalaron reiteradamente la tendencia de los grupos étnicos mexicanos a solicitar la instalación de escuelas, caminos, agua potable y centros de salud en sus comunidades, diferenciando con claridad que dichas demandas iban junto con denuncias del maltrato a que eran sometidos no solo por los *mestizos* que los explotaban económicamente y discriminaban racialmente, sino también por el personal de salud. Aguirre Beltrán ([1955] 1994: 169) señalaba tempranamente el «prestigio inconmensurable que tiene la medicina científica entre la generalidad de la población, pero particularmente entre los grupos étnicos subordinados», así como que, pese a los maltratos y prejuicios del personal de salud hacia los indios, la biomedicina «iba siendo aceptada lenta, pero firmemente entre los grupos étnicos menos aculturados». Lo que corresponde a lo que reiteradamente señalan diferentes analistas en la actualidad (Cortez, 2015, Mendoza, 1994; Meneses, 2005; Ortega, 1999; Page, 2002).

En nuestros estudios confirmamos a finales de los setenta y durante los ochenta lo que autores como Charles Erasmus (1963) habían señalado para los grupos de Sonora (México), es decir, no solo la penetración biomédica en la población nativa, por lo menos desde la década de los treinta, sino que dicha población atribuía a los médicos y a los antibióticos la reducción de la mortalidad, especialmente en sus hijos pequeños. Informaba, además, de que una parte de la población indígena entre 1940 y 1950 fue capacitada como «inyeccionista», es decir, preparada para aplicar antibióticos. Y este tipo de datos han sido confirmados en las diferentes zonas indígenas, respecto del aprendizaje para tratar aspectos de la oncocercosis o para detectar casos de paludismo, emergiendo como una constante no solo la expansión biomédica, sino el papel de los propios indígenas en dicha expansión.

Y si bien reconocemos que, pese a lo señalado, la población critica el maltrato a que es sometida por el personal de salud, necesitamos asumir que gran parte de las quejas son debidas a que son atendidos por pasantes de medicina, y no por médicos titulados y con experiencia, señalando la frecuente rotación del personal de salud, así como las constantes inasistencias y llegadas tarde a la consulta. Estableciendo, además, una valoración diferencial entre el médico del centro de salud y el médico del hospital, y entre el médico «privado» y el de los servicios públicos de salud, e inclusive entre los medicamentos que les daba la Secretaría de Salud, y los que adquirirían en las farmacias. Y esto operaba en los años setenta, por lo menos en algunos grupos étnicos, y sigue vigente en la actualidad.

Más aún, que yo sepa, los grupos étnicos no demandan a los Gobiernos la instalación de servicios de salud tradicionales, sino más y mejores servicios biomédicos de salud, especialmente hospitales. Lo que rechazan de los servicios de salud, frecuentemente en forma callada, es el darse cuenta de que a la mayoría de médicos, incluidos los pasantes de medicina, no les gusta vivir en sus comunidades. Es decir, sentirse tratados como ciudadanos y pacientes «de segunda».

Dado que es tan notoria la penetración biomédica en los grupos étnicos de América Latina, así como que estos no solo no la rechazan por cuestiones culturales sino que la demandan sin por ello abandonar sus propias formas de sanación, necesitamos hallar explicaciones de por qué, hasta fechas relativamente recientes, los antropólogos latinoamericanos no daban cuenta de estos procesos y, por el contrario, describían la vida de los sujetos y grupos étnicos como si solo utilizaran medicinas y curadores tradicionales. Así como necesitamos asumir que hasta hace pocos años no observábamos críticas etnicistas a la expansión biomédica, sino que lo que se denunciaba era que el sector de la salud de los países latinoamericanos no invertía en servicios de salud en los territorios indígenas, pese a ser las zonas con mayores carencias y problemas de salud, constituyendo así una de las más fuertes evidencias de la marginalización a que eran sometidos los pueblos originarios.

Entre el «buen vivir» y otros mundos posibles

Respecto de los movimientos étnicos, me interesa comentar ciertos aspectos que tienen que ver con los procesos de SEAP, ya que observamos que,

si bien una parte de los intelectuales indianistas critica la biomedicina y reivindica la importancia de la medicina tradicional, ello no forma parte de la centralidad de sus demandas ni de sus objetivos, y cuando aparece lo hacen en forma sumamente abstracta. Más aún, los procesos de SEAP aparecen como secundarios comparados con procesos económicos y políticos e inclusive educacionales y, sobre todo, como secundarios en sus acciones.

Inclusive dichos intelectuales suelen excluir una serie de procesos, como la creciente mercantilización de una parte de los curadores tradicionales (Menéndez, 2006). O, cuando lo analizan, lo ven como parte de las influencias *New Age* y/o de las políticas estatales relacionadas con la industria del turismo, pero no como parte de la propia trayectoria de los curadores, por lo que desaparece una vez más el indígena como sujeto/grupo agente, dado que reconocer la mercantilización cuestionaría las expectativas colocadas en el desarrollo de «otro mundo posible» construidas, por lo menos parcialmente, a partir de las formas de vida de los pueblos originarios, caracterizadas —entre otros aspectos— por la no mercantilización¹⁵.

Sin embargo, la mercantilización fue resultado de varios procesos, incluidos los que impulsaron objetivos etnicistas e interculturalistas, pero que llevaron a consecuencias aparentemente paradójales, como lo ha demostrado, entre otros, Gallardo (2002) en su análisis de la influencia del INI en la medicina tradicional de Cherán (Michoacán, México):

A inicios de los ochenta, la medicina tradicional de Cherán sufrió un cambio que a futuro transformaría su desarrollo. A través del INI los especialistas [curadores] fueron organizados y su práctica se sujetó a una serie de normas nuevas o diferentes. Estas incidieron en las relaciones entre los especialistas y restringieron la utilización de la magia, de la hechicería y de la «brujería» como alternativa terapéutica. Así como también modificaron las formas de transmisión del conocimiento médico tradicional. Antes de los ochenta este saber se transfería principalmente de un familiar a otro; de un adulto con experiencia hacia un joven aprendiz. Ahora, personas adultas pidieron ser «iniciadas» cambiando el significado cultural de la práctica médica y de las concepciones tradicionales de salud y enfermedad. La medicina tradicional se transformó en un oficio remunerativo (Gallardo, 2002: 157).

15 No conozco, por lo menos para México, análisis de la mercantilización de los curadores y de la medicina tradicionales planteados en términos de etnicidad, como el desarrollado por John y Jean Comaroff (2011) para una variedad de productos étnicos.

Agregando que todo este proceso «se ha traducido en una especie de “profesionalización” del médico tradicional [lo que] ha significado que los especialistas hayan convertido a la medicina tradicional en una forma de empleo» (Gallardo, 2002: 164).

Este proceso implicó el reconocimiento institucional de los curadores por parte del INI, y de otras instituciones del sector de la salud, mediante la realización de talleres, reuniones y congresos organizados y financiados por estas instituciones, así como en la entrega de diplomas que los acreditaban como curadores. La capacitación de las parteras, así como la construcción de hospitales mixtos y de clínicas y farmacias interculturales, legitimó inicialmente a los curadores tradicionales, pero también contribuyó a la medicalización, institucionalización y subordinación de una parte de ellos, así como a su mercantilización frecuentemente turística. Justamente muchos de los conflictos que se van a suscitar dentro de las organizaciones de curadores tradicionales tendrán que ver con cuestiones económicas y con procesos de medicalización basados en la utilización de fármacos, pero estos no fueron tomados en cuenta por los actores sociales que impulsaron la interculturalidad y la etnicidad.

Pero lo que sí impulsaron estos actores sociales fue el reconocimiento de las «diferencias», pese a que sobre ciertas diferencias referidas a los infanticidios, venganzas de sangre o la eficacia real de las terapias tradicionales para reducir la mortalidad¹⁶ sabemos muy poco. Por lo que si bien se excluyeron desde el principio determinadas diferencias, no obstante, la «diferencia» cultural y étnica fue subrayada, pues es a partir de estas que se pueden pensar e impulsar otras formas de vida diferentes

16 En México y otros países latinoamericanos se han desarrollado investigaciones que han demostrado, en términos científicos, que determinadas plantas que utilizan los grupos étnicos tienen sustancias activas que pueden ser eficaces para actuar sobre ciertas enfermedades, pero no conozco estudios para México que demuestren que su uso por los sujetos y microgrupos haya reducido las tasas de mortalidad por las enfermedades dominantes, se llamen mal de ojo o gastroenteritis. Lo cual no ignora que existen numerosos padecimientos que refieren a condiciones y causas físicas, biológicas y ambientales (heridas, contusiones, enfermedades respiratorias, empacho, cólicos menstruales, mal de orines, etc.) que son tratadas eficazmente a través de técnicas propias por curadores especializados que atienden fracturas óseas (hueseros), mordeduras de víboras o picaduras de alacranes (culebreros), dolores o acideces (herbolarios) y, en particular, el cuidado del embarazo/parto/puerperio (parteras empíricas). Pero sin que dichas intervenciones reduzcan las altas tasas de mortalidad en los grupos en que operan.

a las «occidentales», incluidas formas distintas de pensar y atender los padecimientos¹⁷.

Y no cabe duda de que los grupos étnicos tienen «diferencias» no solo respecto de la sociedad no indígena, sino entre ellos mismos, pero ¿en qué consisten esas diferencias en términos de cosmovisión, identidad, subjetividad, comportamientos; cómo para a partir de estas impulsar otros mundos posibles, incluidas otras formas de reducir o inclusive erradicar los padecimientos que más inciden en sus altas tasas de mortalidad y/o de sufrimiento? Y es respecto de este aspecto nuclear que, desde los procesos de SEAP, observo que la mayoría de las propuestas basadas en la diferencia son, hasta ahora, básicamente ideológicas, y salvo excepciones de muy escasa precisión técnica, caracterizándose por basarse en etnografías débiles o por falta de etnografías, o porque estas carecen de referencias prácticas. O cuando existen, dichas propuestas tienden a languidecer hasta desaparecer, como ha ocurrido con la mayoría las organizaciones de curadores tradicionales y de los centros de salud interculturales.

Es inquietante que no solo los líderes indianistas sino también los intelectuales más o menos «orgánicos» que nos hablan de «otros mundos posibles», y especialmente del «buen vivir», presenten información tan escasa y esquemática sobre estos aspectos, sin aclarar en qué consiste dicho «buen vivir» y cómo se logran esos objetivos, sobre todo en relación con los procesos de SEAP. Y es decisivo aclararlo, ya que, por ejemplo, cuando los grupos étnicos tenían mayor autonomía cultural y mayor aislamiento observamos que su esperanza de vida estaba entre veinte y treinta años de edad, siendo necesario recordar que, para tener un «buen vivir», primero hay que vivir.

Subrayo que no solo no niego, sino que asumo la necesidad de construir otros «mundos posibles» y formas de «buen vivir» alternativas a las dominantes actualmente, y que en el caso de los pueblos originarios de América Latina remite a palabras usadas en algunas de las lenguas nativas americanas, como *sumak kawsay*, *suma yumaña* o *suma qamaña* y *kume mongen*. Pero ocurre que los líderes indianistas y los analistas desde los poscoloniales a los decoloniales, pasando por los postoccidentales, presentan propuestas básicamente ideológicas del «buen vivir», pero, además,

17 Subrayo que no solo «Oriente» o la «Civilización india» sino que también «Occidente» son conceptos cuyo uso ha sido y sigue siendo básicamente ideológico (Menéndez, 2002).

sin hacer la menor referencia a lo que proponían los dirigentes políticos y los intelectuales africanos entre 1930 y 1960. Y no solo respecto de «otro mundo posible» y del «buen vivir» —utilizando conceptos similares—, sino de propuestas políticas e ideológicas específicas como alternativas a las formas de vida «occidentales».

Dichos grupos africanos utilizaron palabras de sus propias lenguas, como *ujamaa* para referirse al «buen vivir», que significa aproximadamente «hermandad», y sintetiza aspectos nucleares de las culturas africanas referidos a la ayuda mutua, a la reciprocidad y a la solidaridad comunitaria, que también reivindicaban los intelectuales indianistas, al igual que coinciden con las propuestas africanas que critican y se oponen al racismo, al colonialismo, y a la explotación. Las características socioculturales del «buen vivir» que propusieron los intelectuales africanos son casi las mismas que han enumerado los intelectuales y líderes latinoamericanos en las últimas décadas, ya que cuestionan el individualismo, la competitividad y el materialismo occidentales; promueven una relación hombre/naturaleza en términos de respeto y colaboración y no de explotación, a partir de la consideración «sagrada» de la tierra, proponiendo impulsar sistemas económico/políticos basados en poderes y trabajos colectivos.

Más aún, líderes políticos africanos como Jules Nyerere no solo teorizaron, sino que trataron de poner en práctica las propuestas del «buen vivir», aunque fracasaron. Dichos líderes propusieron lo que décadas más tarde sostendrían líderes etnicistas indoamericanos en nombre del «comunalismo», es decir, que «las comunidades lo que nos explican es nuestra esencia, es nuestra manera de pensar. Será en función de ella que logremos definir nuestro pensamiento o nuestro conocimiento en todas las áreas o temáticas que resulten necesarias desarrollar y difundir» (Martínez Luna, 1993: 163). Más aún, propusieron las diferentes alternativas de acción que se dieron medio siglo después en América Latina, ya que a partir de la identidad comunitaria unos localizaron el peso de la lucha exclusivamente en la comunidad, mientras otros sostenían que era necesario en términos no solo políticos y económicos, sino también culturales, actuar en los planos regional, nacional y hasta internacional. Lo que, entre otros objetivos, dio lugar al panafricanismo como propuesta de unidad y de acción, pero que también fracasó aun cuando todavía se mantiene a través de un débil cordón no umbilical. Propuesta que tam-

bién se desarrolló en los movimientos étnicos americanos, pero con muy escasa trascendencia¹⁸.

Antropólogos de la relevancia de Guillermo Bonfil Batalla conocían y usaron durante los sesenta y setenta algunas de las propuestas generadas por los socialismos africanos y la teoría de la «negritud», así como los conceptos situación colonial y clases subalternas elaborados por autores europeos. Sin embargo, estas referencias desaparecieron durante el lapso de mayor auge de los movimientos étnicos latinoamericanos, y del mayor uso de conceptos como «buen vivir». Y desaparecieron cuando eran más necesaria, y lo sigue siendo, su inclusión para observar qué había ocurrido con las propuestas «comunistas» y de otros «mundos posibles» formuladas en pleno proceso de descolonización africano, y que concluyó en nuevas formas de neocolonialismo económico y político que dieron lugar a enfrentamientos interétnicos, algunos de los cuales terminaron en masacres, que no solo deben ser atribuidas a las consecuencias del colonialismo.

La falta de referencias a determinados conceptos y propuestas teórico/ideológicas y políticas por parte de los indianistas latinoamericanos y por los teóricos decoloniales no solo debemos referirlas a carencias bibliográficas, sino que también constituyen «espías» de sus usos intelectuales. Ya sea por la ahistoricidad teórica y política que evidencian, dada la omisión que hacen de las propuestas teóricas e ideológicas que cuestionaron a Occidente, a la modernidad y al capitalismo, pero que fueron generadas por intelectuales «occidentales», desde mediados del siglo XIX hasta la actualidad. Así como porque dichas críticas fueron y siguen siendo generadas por intelectuales no solo de izquierda, sino, y lo subrayo, también de derecha, e incluso de extrema derecha (Menéndez, 2002)¹⁹.

18 Por supuesto que tenemos antecedentes en América Latina, a los cuales a veces los «neoindígenas» hacen referencia, pero prácticamente ninguna de estas propuestas accedió al poder. En el caso africano casi todas lo hicieron, véanse, entre otros, Andrain (1967); Balandier (1971); Burke (1967); Crozier (1965); Dumont (1966); Friedland (1967, 1976); Jaffe (1976); Ki-Zerbo (1980); Jahn (1971); Legun (1967); Mboya (1963); Nkrumah (1966); Nyerere (1967, 1972); Roberts (1967); Suret-Canale (1964); Woodis (1968), y Ziegler (1969).

19 La mayoría de las propuestas sobre el «buen vivir» que conozco tienen rasgos muy similares a las formuladas por el socialismo utópico, y sobre todo por las corrientes anarquistas y autogestionarias europeas de los siglos XIX y XX, las cuales también buscaban destruir y cambiar al capitalismo, denunciando su explotación, burocratización, alienación y mecanización del hombre, la ruptura de las relaciones primarias de solidaridad, y proponiendo soluciones en términos de ayuda mutua, reciprocidad, autogestión económica y política. Entre 1920 y 1940 se desarrollaron corrientes teóricas y artísticas en Europa, EE. UU. y América Latina

Para evitar malos entendidos, aclaro que el hecho de que los indianistas de varios países latinoamericanos desarrollaran durante el neoliberalismo conceptos, objetivos y acciones similares a los que los dirigentes políticos e intelectuales africanos desarrollaron y aplicaron durante el proceso de descolonización política que se dio durante la segunda posguerra mundial no es cuestionable en sí, dado que expresa que, ante situaciones similares, aunque no iguales, marcadas por la situación colonial, ciertos sectores sociales operan de forma similar, utilizando la etnicidad como un instrumento de cuestionamiento, lucha y cambio, más allá de que gran parte de esa etnicidad sea imaginaria, ya que lo importante es que dicha ideología etnicista sea eficaz para lograr los objetivos establecidos (Burke, 1967).

Lo ininteligible es que los intelectuales y dirigentes indianistas no analizaran lo que pasó con el manejo de las etnicidades y el «buen vivir» como instrumento ideológico y político en otros contextos para no solo observar sus logros, limitaciones e imposibilidades, sino también para tomar en cuenta los riesgos de división interna, de liderazgos unipersonales, de cooptación, de corrupción, que se dieron en las experiencias africanas, y que se darían más tarde en las latinoamericanas. Aclarando que estos procesos pueden ser entendidos como expresión del creciente dominio de una reflexión/acción ahistórica que han cuestionado persistentemente autores como Josep M. Comelles (2004), o como parte de una manera de pensar que plantea la necesidad de que cada grupo o actor «descubra la pólvora» por sí mismo, como paso necesario para un tipo de acción motivada y no solo derivada.

Las propuestas del «buen vivir» y «comunalistas», tanto en África como en Latinoamérica, se hicieron y siguen haciendo tomando como referencia negativa a los países capitalistas occidentales, que son básicamente ciertos países colonialistas europeos y los EE. UU. Pero ocurre que los países latinoamericanos donde se utilizan ambos conceptos se caracterizan por procesos de migración intensa y permanente hacia los países que aparecen como productores y difusores del «mal vivir». Procesos a través de los cuales los sujetos migran no buscando un «buen vivir» en

que cuestionaron el racismo «occidental», y revalidaron no solo la cultura, sino el pensamiento y arte de los pueblos africanos y americanos, colocándolos en un pie de igualdad con los generados en Occidente. Las antropologías relativistas de los EE. UU. y de los países latinoamericanos cumplieron un destacado papel al respecto (Menéndez, 2002).

términos ideológicos, sino tratando de mejorar las condiciones y el nivel de vida que tienen en sus países de origen. La mayoría migra para obtener mejores ingresos, para salir de la pobreza; por la imposibilidad cada vez mayor, como campesinos, de tener acceso a la tierra, así como por los bajísimos salarios que reciben como jornaleros agrícolas o urbanos en sus países de origen. Así como también migran para evitar las consecuencias de las violencias dominantes en sus países²⁰.

Por eso nuevamente nos preguntamos si este concepto realmente expresa las necesidades y objetivos de ecuatorianos, bolivianos, peruanos, guatemaltecos, mexicanos y de otras nacionalidades que migran, o corresponde a las ideologías, o, si se prefiere, las narrativas, de una parte de los intelectuales «orgánicos» y sobre todo no orgánicos y de los líderes indianistas que las utilizan en el primer caso para conmovier/movilizar ideológicamente a la población en términos de etnicidad y, en el de los segundos, para tratar de modificar la situación de los grupos étnicos en sus propios países.

Reitero que lo señalado no cuestiona, sino todo lo contrario, que se generen propuestas sobre el «buen vivir» y sobre «otros mundos posibles», sino que propone que sean referidas a los procesos que están operando en la realidad para tener una mayor posibilidad de eficacia y continuidad, aunque sea ideológica, respecto de la población que supuestamente representan. Porque lo que observamos en la «realidad» es un constante proceso migratorio de diferentes sectores sociales, incluidos indígenas, hacia los países capitalistas centrales, una parte de los cuales mueren en el intento de cumplir su objetivo, como ocurre de forma creciente con las migraciones africanas hacia Europa, y las latinoamericanas hacia EE. UU. Proceso que, en el caso de la migración de centroamericanos hacia EE. UU. durante su paso por México, supone soportar situaciones de violencia, como robos, secuestros y agresiones físicas, que pueden concluir en violaciones o en la muerte, y a veces en masacres²¹.

20 En varias zonas de población indígena de México, el «crimen organizado» y, en especial, el narcotráfico están imponiendo nuevas condiciones de vida en las comunidades indígenas, ya que no solo dan lugar a situaciones de violencia, sino que tratan de reclutar a jóvenes nativos. Si bien zonas indígenas de varios estados mexicanos estuvieron relacionadas históricamente con la producción de marihuana y de amapola, no aparecían involucradas activamente en el narcotráfico.

21 Véanse Casillas (2011); Centro de Derechos Humanos Fray Matías de Córdoba (2013); Comisión Nacional de Derechos Humanos (2011); Fernández de Castro (2014), y Ruiz (2005).

Una de las aparentes paradojas de este proceso migratorio es que tiene fuertes repercusiones en el «mejor vivir» de la sociedad originaria, ya que en México, entre 2013 y 2015, las remesas que envían los migrantes que trabajan en EE. UU. a sus familiares, son la principal fuente de divisas del Gobierno mexicano, superior a la explotación petrolera, la industria turística e inclusive la inversión directa extranjera²².

Parte de la población que emigra es indígena, y lo hace desde muy diferentes grupos étnicos, inclusive desde la zona «dominada» por el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN). Desde principios del año 2000, y en particular desde 2004, se observa que, sobre todo, jóvenes zapatistas migran hacia los EE. UU., lo cual, según Aquino (2014), puede interpretarse como el paso de una etapa, en la que la organización y la lucha representaron un proyecto político y de vida para toda una generación de campesinos que se levantaron en armas, a otra etapa, en la que estas luchas pierden centralidad entre algunos jóvenes, para quienes lo que hoy tiene sentido es la migración. Muchos jóvenes dejaron de creer en que la acción colectiva contestataria fuera el mejor camino para obtener sus reivindicaciones y satisfacer sus necesidades económicas y subjetivas, tal y como lo pensaron sus padres. Dado el contexto económico y político, para ellos la migración internacional es el único proyecto en el horizonte que les permite «mejorar», «salir adelante», «sobrevivir» o «hacer algo» (Aquino, 2014: 553-554). Subrayando que este proceso migratorio de jóvenes indígenas ocurre en un territorio considerado revolucionario y anticapitalista.

Por lo cual, los procesos señalados no cabe duda que son «espías» no solamente de contradicciones sociales, sino de los deseos y necesidades de los sujetos y grupos; que debieran ser reflexionados y no excluidos por los intelectuales y líderes indianistas. Como también debieran ser incluidos y analizados por los que proponen el «buen vivir», ya que estos deberían analizar las enfermedades y muertes «evitables», los sufrimientos, hambres y violencias antifemeninas y antimasculinas, especificando qué ha he-

22 Dichas remesas, según un estudio realizado por analistas de BBVA Bancomer, son enviadas por los migrantes a 1.410.800 hogares, de los cuales el 41,2% vive en el medio rural, un 37,5% en medio urbano, y un 21,4% en zonas mixtas, la mayoría de los cuales corresponden a los sectores más pobres de la sociedad mexicana. Estas remesas han dado lugar a la creación de alrededor de 500.000 micronegocios liderados generalmente por mujeres de alrededor de cincuenta años, la mayoría radicados en zonas rurales (*Reforma*, 11-6-2015; *La Jornada*, 4-6-2015). En 2017 las remesas hacia América Latina y el Caribe llegaron a 75.000 millones de dólares, representando, para Honduras y El Salvador, casi el 20% del PIB.

cho el «buen vivir» para enfrentarlos, ya que dichos procesos son endémicos a nivel de gran parte de los grupos subalternos étnicos y no étnicos. Y junto con ello tendrían que reflexionar sobre por qué la población prefiere migrar a intentar cambiar la situación dominante a nivel local.

Pero los que manejan el concepto de «buen vivir» en términos ideológicos y teóricos no describen ni analizan ese tipo de datos; lo cual difiere una vez más del saber de algunos pueblos originarios, como lo expresan mujeres zinacantecas de Chiapas (México), quienes al ser interrogadas sobre qué consideran «buen vivir» señalaron que una vida buena era no tener enfermedades, no ser golpeadas por sus esposos y no pasar hambre (Santana, 2015).

Por eso considero que una de las principales limitaciones e incongruencias de la antropología latinoamericana ha sido hasta hace poco la de no presentar y analizar información en términos de morbimortalidad que evidencien la grave situación que padecen los grupos indígenas. Si bien esto se ha ido modificando, persiste en los que se dedican al estudio de la medicina tradicional, y en general en los que estudian medicinas alternativas y complementarias (MAC). Lo que en gran medida tiene que ver con el temor o preocupación de que este tipo de información contribuya aún más a incrementar el racismo, la exclusión y la estigmatización de los grupos étnicos, dado que racistas y no racistas atribuirían a los propios grupos la causalidad y existencia de dichas mortalidades en términos de «culpabilización de la víctima». Pero justamente, como se demostró por lo menos desde los años sesenta, lo negativo para las víctimas es ocultar los sufrimientos y la estigmatización que padecen, aun cuando sus usos y costumbres tengan que ver con la causalidad de algunos o muchos de sus problemas. Necesitamos evidenciar los problemas y demostrar que la grave situación de salud que viven dichos grupos se genera, en gran medida, por la situación en la que los ha colocado la sociedad dominante, ya que, por ejemplo, en 2015 la Comisión Nacional de Derechos Humanos consideró que el 87,5% de los municipios indígenas tenían niveles de marginación alta y muy alta. Lo cual hay que reconocerlo, sin excluir el papel de sus propios usos y costumbres, dado que el ocultamiento, desconocimiento, o, si se prefiere, la no presentación y análisis de este tipo de datos, posibilita presentar un «buen vivir» del cual se excluyen *a priori* los elementos negativos.

Lo que nos lleva a preguntarnos nuevamente no solo en qué consiste el «buen vivir» en términos de los procesos de SEAP, sino también cuál es

el sistema de salud que proponen los que manejan este concepto para los grupos étnicos y para la población no indígena. He buscado este tipo de análisis y propuestas para México, y en menor medida para otros países latinoamericanos, y hasta ahora no los he encontrado, dominando una vez más propuestas de tipo ideológico, donde todo el peso está en la «narrativa», pero sin referencias a las prácticas sociales.

Varias de las propuestas de «buen vivir» remiten a graves problemas generados, en gran medida, por las sociedades «occidentales», y respecto de los cuales las formas de vida de los pueblos originarios aparecen como alternativa de solución, dado que, por ejemplo, no destruyen ni contaminan el medio ambiente sino que lo protegen; no colocan a la «naturaleza» fuera de los sujetos, sino que estos la integran, y no basan su forma de vida en la competencia sino en la solidaridad comunal. Lo cual necesitamos asumir, pero no en abstracto, sino relacionándolo con el tipo de medio ambiente donde han habitado los pueblos originarios, ya que si bien pueden evidenciarse cuidados ambientales organizados en torno a la producción, también puede documentarse la imposibilidad que han tenido estos grupos para controlar las constantes epidemias y endemias mortales y/o incapacitantes. Lo que convierte nuevamente a las enfermedades en espías de las limitaciones o imposibilidades de los sistemas sociales y no solo de salud.

Considero que la producción y uso de discursos ideológicos pueden servir como concientizadores y movilizadores de los sujetos y grupos, así como servir para transaccionar con los sectores sociales que los explotan y marginan. Pero si estos no corresponden a lo que la gente vive y desea, así como a las condiciones estructurales dentro de las que viven, y si además de discursos no se manejan otros tipos de recursos, dichos discursos pueden convertirse, a veces, en muy poco tiempo, en todo lo contrario de lo que buscaron generar. Tengo la impresión de que muchos de los que los utilizaron y difundieron «creen» en ellos como si realmente formaran parte de la realidad, sin tratar de observar la relación que existe entre los «imaginarios» que proponen y lo que sujetos y grupos sociales hacen y piensan hacer.

No niego que para actuar más allá de nuestras rutinas sociales y culturales necesitamos incluir la dimensión ideológica como mecanismo nuclear de movilización y convicción, esencializando inclusive aspectos de la cultura. Asumo que la cultura adquiera características ideológicas para actuar más allá de la reproducción cotidiana de nuestros usos y costumbres;

pero si dicha dimensión no se articula con los procesos y acontecimientos económico-políticos y culturales, termina generalmente mal o muy mal, como ocurrió con la mayoría de los países africanos. El problema es que muchos intelectuales orgánicos e inorgánicos son, según Eagleton (2005), tan cristianos que consideran que solo la palabra crea la realidad.

Del análisis de estos y otros procesos, incluidos centralmente los procesos de SEAP, surge que, por lo menos, una parte de las propuestas, actividades y estrategias de los grupos y movimientos étnicos son ideológicas, lo que se expresa en ciertos usos lingüísticos, que explican tanto sus logros como sus limitaciones en el campo económico-político. Por ejemplo, considero que las propuestas de la existencia de «una» civilización originaria, o de que no hay movimientos étnicos, sino «un» movimiento étnico latinoamericano (Escárzaga y Gutiérrez, 2014), que, con diferentes matices, vienen operando desde las propuestas de Bonfil Batalla en los setenta, son formulaciones que pueden tener un efecto de cohesión, de concientización, inclusive de movilización, pero que, si no son referidas a las condiciones sociales, económicas, pero también culturales e ideológicas, que «viven» los grupos étnicos, van a seguir generando «narrativas» pero sin entender ni explicar por qué no se logra la unidad de acción de los grupos étnicos más que en ciertos momentos; por qué las alianzas entre grupos duran un determinado tiempo; por qué hay fracturas, fuertes diferencias y distanciamientos no solo entre diferentes grupos étnicos, sino en el interior de estos. No van a poder explicar por qué se acusan mutuamente algunos grupos y líderes étnicos no solo de traición a los intereses de los grupos étnicos, sino de apoyar las políticas económicas impulsadas por el neoliberalismo o por el neopopulismo; ni por qué las propuestas de panamericanismo indoamericano, como previamente las del panafricanismo, no han funcionado.

A partir de estas interrogantes y de varios procesos, me he preguntado si los que han impulsado trabajar con la realidad casi exclusivamente en términos de discurso desde posiciones subalternas han pensado realmente en cuáles pueden ser sus posibilidades respecto de los que tienen el dominio no solo de las fuerzas políticas y económicas, sino también de los discursos. Las narrativas tienen un peso limitado y circunstancial, si no se basan en fuerzas sociales con poder y capacidad de organización y acción. Lo cual en la era de Internet parece haberse olvidado, aclarando que no excluyo trabajar con discursos, sino que cuestiono reducir la realidad a estos (Menéndez, 2009c).

Por eso considero que las narrativas dominantes sobre el «buen vivir», o cualquier otra propuesta de este tipo, deben referirse a las prácticas de vida de los que se suponen lo encarnan, y lo que este concepto significa para ellos. Porque la serie de procesos a los que hemos hecho alusión indica que sujetos y grupos migran como expresión del «mal vivir» dominante en sus lugares de origen, y que el buen vivir —por lo menos a nivel imaginario— realmente está en los países dominados por el «mal vivir», por su materialismo, por su falta de espiritualidad, por la desaparición o debilidad de los lazos sociales, pero adonde intentan llegar los migrantes, pese a que un alto porcentaje muere en el intento. Más aún, luchan con todo lo que pueden para quedarse en el país al que migraron, pese a ser considerados «ilegales», como ocurre con los centenares de miles de jóvenes «soñadores» centroamericanos y mexicanos amenazados de expulsión por el Gobierno actual de EE. UU. (en 2107), pero que no quieren regresar a sus países de origen. Y lo que necesitan explicar los que utilizan el concepto de buen vivir así como las corrientes denominadas decoloniales es qué es lo que expresa este tipo de «migración».

De autonomías, dependencias y oposiciones antagónicas

En varios momentos, durante el siglo xx, surgieron en México movimientos políticos, inclusive armados, así como organizaciones sociales e instituciones estatales que intentaron modificar la situación de explotación, marginación y subordinación a que estaban sometidos los sectores subalternos, y especialmente los grupos étnicos. Sin embargo, hasta la década de los setenta, dichos movimientos, organizaciones e instituciones no se hicieron en nombre de la etnicidad, lo cual contrasta con la fuerza que adquirieron movimientos y organizaciones étnicas y proétnicas durante las décadas de los ochenta y noventa en América Latina.

Por ejemplo, desde la década de los ochenta se impulsó la creación de organizaciones de curadores tradicionales²³ como parte de objetivos etnicistas e interculturalistas, dado que su trabajo era una de las principales expresiones de la identidad étnica diferencial. Es importante subrayar que

23 «Curadores» se refiere tanto a curadores biomédicos, tradicionales, como a los que practican medicinas alternativas y complementarias, no solo para reconocer las diferentes formas que adquiere esta actividad, sino también para evitar los sesgos despectivos asociados a términos como «curandero» y similares [Nota del editor].

casi todas estas organizaciones de curadores emergieron como paralelas a la medicina, y no como opuestas, aunque en algunas experiencias se acentuaron las críticas y diferendos con esta. Y así, en Chiapas se creó, en 1994, el Consejo de Organizaciones de Médicos y Parteras Indígenas Tradicionales (COMPITCH), constituido sobre todo por parteras, y que, según los documentos de dicha organización, dichas parteras constituyen un reservorio del saber ancestral pero no solo respecto de la salud, sino también de la «naturaleza». Más aún, según una analista, «la esencia indígena y femenina de los conocimientos de las parteras permitió visualizarlos además como saberes integrales que no solo se relacionan con la atención médica, sino que también definen el cuidado del medio ambiente y la alimentación». Su saber «es un don otorgado por Dios» y ejercido «desde dinámicas de solidaridad y de reciprocidad en el entorno social y material, respondiendo así a la voluntad divina» (Araya, 2011: 216). Sosteniendo, además, que «los conocimientos tradicionales de las parteras indígenas del COMPITCH se vuelven la fuente de una resistencia sociocultural que cuestiona, desde lógica y principios propios, la hegemonía del desarrollo neoliberal que conlleva al genocidio de su oficio» (*ibid.*: 6). Por lo cual, esta organización decidió defender sus comunidades de las opresiones médicas y de las agresiones empresariales a su medio ambiente, denunciando la planificación familiar aplicada por las instituciones sanitarias y también la imposición de obligaciones personales impulsadas por los programas sociales federales y estatales contra la pobreza.

Según esta y otros analistas, el sector de la salud mexicano pretende eliminar o, por lo menos, subordinar a las parteras empíricas en el marco de las políticas neoliberales; pero, pese a ello, las parteras habrían sostenido su autonomía y objetivos, por lo cual, junto con otras organizaciones de curadores, como la OMIECH, consiguieron, en el año 2000, la cancelación definitiva del proyecto ICBG-Maya, que buscaba apropiarse del saber tradicional sobre la flora regional y patentarlo mediante acciones de profesionales y empresas norteamericanas asociadas con centros de investigación y organizaciones académicas mexicanas (Alarcón, 2010; Castro Soto, 2000).

La COMPITCH no solo habría enfrentado y revertido «las estrategias de control corporativista del Estado mexicano para abogar por la recuperación, conservación y fortalecimiento de la medicina indígena», sino que se adhirió a las propuestas del Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales A. C. (CONAMIT), que sostiene:

La necesidad de que en el país se reconozca la existencia del sistema real de atención a la salud conformada por la medicina académica, la medicina tradicional y la medicina doméstica; y [...] la necesidad de realizar la programación en salud tomando en consideración la utilización y desarrollo de las tres instancias mencionadas [y señalando] el derecho de los curadores tradicionales a participar en la elaboración de políticas y programas destinados a las comunidades indígenas (Araya, 2011: 105-107).

Estas propuestas críticas venían desarrollándose desde los setenta y en parte se reactivaron²⁴ a partir del surgimiento del EZLN en 1994, que incrementó los cuestionamientos del neoliberalismo en términos políticos y de cosmovisión indígena, inclusive a partir de procesos de SEAP. Es en este contexto que, durante las dos últimas décadas del pasado siglo, se crearon unas sesenta organizaciones de curadores tradicionales en México, que expresarían aspectos centrales de la identidad étnica. Este proceso organizativo se inscribe en el proceso de lucha ideológica impulsado mediante la reivindicación de la eficacia técnica de la medicina tradicional y de su capacidad para posibilitar la continuidad y la validación cultural y social positiva de los grupos étnicos.

Pero este proceso tuvo escasos resultados en los términos alternativos o paralelos propuestos, dado que ni las parteras ni los otros curadores generaron resistencias que posibilitaran la eliminación, detención o, por lo menos, cambios en los programas del sector de la salud, y menos aún respecto de las políticas neoliberales que afectaban negativamente a la población indígena. Más aún, estas organizaciones no participaron en la elaboración de los programas de salud referidos a sus comunidades, pese a que lo habían demandado, y la mayoría de las acciones interculturales en salud tuvieron una relativa corta duración, como han sido los casos de la mayoría de las organizaciones de curadores tradicionales o de la mayor parte de los hospitales y centros de salud «mixtos». Además, las instituciones que impulsaron dichas acciones distorsionaron algunas propuestas interculturales, como la capacitación de los curadores, dado que tanto el sector de la salud mexicano como, en menor medida, el Instituto Nacional Indigenista (INI) impulsaron un proceso de medicalización del trabajo de una parte de los curadores tradicionales, y especialmente de las parteras (Gomez, 1997).

24 Para algunos analistas, contradictoriamente, véase Warman (2003).

Desde mediados de los noventa, el sector de la salud aplicó una serie de medidas a nivel nacional, que se incrementarán en los últimos años, y que irán excluyendo del parto a las parteras al establecer que todo parto debe realizarse en instituciones médicas, y exclusivamente realizado por médicos o por personal sanitario acreditado profesionalmente. De tal manera que el papel de la partera queda reducido cada vez más a ciertos controles durante el embarazo, a la educación respecto de los principales riesgos obstétricos, a la promoción del parto hospitalario y al uso de anti-conceptivos, lo que se tradujo en que en 2013 en México solo el 1,51% de los partos fueran atendidos por parteras tradicionales (Berrio, 2015). Si bien en varios contextos étnicos la mayoría de los partos los realizan todavía las parteras, dicha situación es provisional, dado que la orientación dominante en las políticas de salud subraya permanentemente la necesidad de la calidad en la atención en el parto y los ubica en instituciones médicas como única posibilidad de reducir la mortalidad materna, para lo cual «no solo es necesario garantizar la atención del parto por un profesional de salud, sino que esta la debe proporcionar personal calificado de acuerdo con el nivel de atención» (Lazcano-Ponce *et al.*, 2013).

Estas propuestas y acciones son tal vez el final de un largo trayecto durante el cual el sector de la salud actuó pragmáticamente utilizando a las parteras cuando las necesitó, inclusive incrementando su número a finales del siglo xx (Guemez, 1997), para luego marginarlas cuando ya no le eran eficaces para reducir la mortalidad materna y neonatal, así como las tasas de natalidad. De allí que los programas de salud impulsados durante los setenta por el sector de la salud, como el Programa de Extensión de Cobertura, y más tarde el Programa IMSS/Solidaridad-Oportunidades, al tener como uno de sus objetivos el descenso del número de hijos por mujer, decidieron adiestrar y utilizar a las parteras, dado que ellas y no los médicos del sector salud eran las demandadas por la población indígena para atender sus partos.

Por eso, el pragmatismo médico, asociado con ONG, agencias internacionales y oficinas de cooperación norteamericanas tipo USAID (Agencia de los EE. UU. para el Desarrollo Internacional), utilizó en América Latina ciertos enfoques como el intercultural cuando decidió que podían servirles. Más aún, algunos sectores médicos aceptaron e inclusive el impulsar inicialmente propuestas como la del parto vertical o en cuclillas o el parto en hamacas (Campos, 1997) para ver su utilidad, dejándolos de lado no tanto por ser interculturales sino por falta de eficacia para los

objetivos y formas de trabajo del sector de la salud. O dejaron de usarlos debido simplemente a un cambio de autoridades a nivel hospitalario, pero reconociendo que a nivel formal el sector de la salud mexicano permitió que los interculturalistas desarrollaran sus actividades, en la medida en que no interfirieran sus objetivos, e inclusive a principios del año 2000 creó la Dirección General de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, que se caracterizó por su bajo presupuesto, por las escasas actividades realizadas, y por insistir en promover el parto vertical sin demasiadas consecuencias operativas.

Pero, además, ocurrieron hechos paradójicos, ya que la irrupción del EZLN en zonas indígenas de Chiapas condujo, según Freyermuth (2014: 32-33), a que el Estado, como respuesta al movimiento zapatista, incrementara notablemente el gasto en salud de 206 millones de pesos en 1998 a 6.443 millones en 2012. Expansión biomédica también impulsada por la población a través sobre todo del consumo de fármacos, y por el EZLN, que, si bien apoya la medicina tradicional, todo indica que, sobre todo en ciertos «caracoles», impulsa principalmente acciones biomédicas mediante promotores de salud (Baronet, Mora y Stahler -Sholk, 2012; Cerda, 2011).

En toda esta trayectoria tuvieron un papel decisivo el Instituto Nacional Indigenista y profesionales cercanos a grupos étnicos, que fueron los que pensaron, planificaron e impulsaron los programas de «medicinas paralelas», la reivindicación ideológica y técnica de la medicina tradicional, y favorecieron la creación de organizaciones de curadores populares. De tal manera que ellos fueron los que propusieron los objetivos de dichas organizaciones, y participaron activamente en los procesos de organización, gestión, capacitación y asesoría de estas.

Ahora bien, un hecho relevante para entender qué pasó con las organizaciones de curadores tradicionales es asumir que la mayoría no solo fueron creadas y/o impulsadas por el INI, sino que durante toda su trayectoria permanecieron en una situación de dependencia financiera, organizativa y técnica respecto de este y de otras instituciones. Y si bien observamos intentos de autonomía en varias de ellas, no solo fueron escasos, sino que concluyeron, salvo excepción, en su repliegue o desaparición, por la reducción de los apoyos o la falta de financiamiento. Es decir, estas organizaciones y los procesos de capacitación fueron pensados e impulsados desde «fuera» de ellas, de tal manera que no solo los objetivos, sino las actividades, congresos y talleres fueron propuestos, financiados y coordinados por los asesores, y no por los curadores.

Reiteradamente me he preguntado por qué solo, o por lo menos prioritariamente, se trató de organizar a los curadores, no incluyendo también en forma activa a los sujetos y grupos que se enferman y necesitan tratarse las enfermedades que padecen; es decir, ¿por qué no adiestrar a los sujetos y grupos sociales legos que viven en las diferentes comunidades? Pero, además, este proceso de capacitación ocurría, y una parte de los funcionarios y antropólogos lo sabían, cuando el número y porcentaje de curadores tradicionales estaba disminuyendo, lo que se venía observando desde la década de los sesenta. Por lo que, quien aseguraba comparativamente una mayor continuidad de la medicina tradicional era obviamente la población, y, por lo tanto, mis interrogantes refieren no solo a decidir sobre quién puede o no continuar, con mayores posibilidades, realizando actividades de medicina tradicional, sino, sobre todo, a quiénes quieren empoderar y para qué. Ya que uno de los objetivos de los movimientos indígenas y de los intelectuales indianistas es no solo rehabilitar, revalorizar y legitimar culturalmente a los grupos étnicos, sino empoderarlos. Y todo indica que se decidió empoderar a líderes, y no tanto trabajar con los sujetos y grupos sociales. Lo cual, más allá de las invocaciones al comunismo étnico, remite a reflexionar sobre cuáles fueron las ideas dominantes en términos de organización y objetivos políticos e ideológicos.

Por lo menos una parte de las explicaciones respecto de las orientaciones que dominaron tanto las interpretaciones como las acciones que estamos describiendo y que frecuentemente omiten o sesgan datos que están operando en la realidad tiene que ver con el peso de los objetivos ideológicos en estas decisiones. Y así, por ejemplo, Araya, analizando el papel de las parteras empíricas en los Altos de Chiapas, realiza afirmaciones e interpretaciones correctas, junto con otras que tienen poco que ver con los hechos ocurridos, y con las características de los actores sociales con que trabaja. Según esta autora, la partera tiene el más alto estatus comunitario, cuando los más altos estatus refieren, básicamente, a los chamanes, y, en segundo lugar, a ciertos yerbateros, lo cual ha sido señalado por las diferentes etnografías que han tratado este problema, incluidas las referidas a los Altos de Chiapas (Freyermuth, 1993: 82). Más aún, Araya les otorga un papel decisivo en la resolución de algunos conflictos, y si bien las parteras empíricas participaron en las luchas contra ICBG-Maya, sin embargo, los principales protagonistas fueron la OMIECH, sus asesores y algunas ONG (Alarcón, 2010).

El estatus secundario y subordinado de las parteras evidencia, además, la situación de inferioridad social de la mujer en la mayoría de grupos étnicos. Lo cual no niega los esfuerzos de autoras como Araya (2011) y de ONG especializadas en salud reproductiva por elevar el estatus femenino, y proponer la existencia de una autonomía radical que solo opera en la imaginación de las analistas, dado que las parteras no solo no han podido imponer su autonomía, sino que están cada vez más excluidas de su principal objetivo, la atención del parto. Y si bien es importante cuestionar al sector de la salud por dicha exclusión, sin embargo, el empoderamiento y elevación del estatus de la partera debe ser sobre todo impulsado por los propios indígenas dentro y fuera de sus comunidades, dado que, a nivel de las autoridades políticas, religiosas y sanadoras locales, el poder ha estado siempre en manos masculinas. Reconociendo que algunas ONG feministas están impulsando este empoderamiento, apelando a los derechos humanos y a las relaciones de género.

Y estos aspectos me llevan a analizar un proceso que he señalado reiteradamente, y me refiero al papel de los líderes e intelectuales indianistas, incluidos antropólogos, respecto de los procesos de SEAP, que, más allá del esencialismo que caracteriza a algunas de sus propuestas, me pregunto si a través de dichos líderes habla el conjunto de la población indígena, si expresan las demandas y necesidades de la población, o si hablan a partir de sus propios objetivos políticos, ideológicos y también personales, que pueden expresar, o tal vez no, los objetivos de los conjuntos sociales. Para ello, sería importante estudiar el distanciamiento, la convergencia o la similitud que existe entre los discursos y las acciones de los líderes etnicistas y no etnicistas, y las representaciones y prácticas de los sujetos y grupos étnicos que aquellos representan o dicen representar.

Como sabemos, desde la década de los setenta, comenzó a incrementarse el número de profesionales de origen indígena, y se desarrollaron una dirigencia y una intelectualidad indígenas de origen urbano y/o que viven en ciudades, caracterizada por tener formación universitaria o por lo menos media, y por ser jóvenes y no «ancianos» o «mayores». Y sobre todo porque se convirtieron en parte de los líderes de los nuevos movimientos étnicos, proponiendo no solo la rehabilitación cultural de sus pueblos, sino acceder al poder político, lograr la propiedad de sus territorios y mejorar el nivel de vida de la población indígena. Dando lugar a diferentes tendencias que Zapata (2013) reduce a dos, a las que denomina «esencialista» y «nativista estratégica», y que, más allá de sus notables di-

ferencias, se caracterizan por utilizar la etnicidad, la diferencia cultural, lo ancestral como estrategia de acción política. Aclarando Zapata y otros analistas que la mayoría de los líderes políticos no son esencialistas, aunque todos están de acuerdo en que el proceso de descolonización indígena solo puede ser llevado a cabo por los propios indígenas²⁵.

Considero que, en función de sus propios objetivos y de su formación, una parte de los líderes e intelectuales se distanciaron cada vez más en sus discursos de algunos saberes de la población, en particular de los referidos a los procesos de SEAP. Y esto no lo planteo en términos positivos ni negativos, y más allá de que sus discursos sean básicamente estrategias que consideran eficaces para incidir en los procesos políticos, utilizando contenidos esencialistas en términos de cosmovisiones o de vida cotidiana.

La expansión de la medicina: las críticas equivocadas

La biomedicina constituye el saber sobre los procesos de SEAP que más se expande en forma directa e indirecta a nivel mundial, cuestionando las interpretaciones, frecuentemente esquemáticas, que consideran que los que más se difunden —y especialmente en «Occidente»— son los saberes médicos generados, por ejemplo, por sociedades como la hindú. Pero sin analizar que India, considerada como una de las sociedades que más exportaría en forma directa e indirecta gran parte de las técnicas de sanación no occidentales, es sin embargo el país que tiene el mayor consumo de antibióticos del mundo, dado no solo el gran desarrollo de su propia industria químico-farmacéutica, sino la facilidad con que la población tiene acceso a ellos. Proceso que se debe, al igual que en Occidente, a la tendencia de los médicos hindúes a recetar antibióticos innecesariamente, a los intereses y presiones de la industria químico-farmacéutica, y a la eficacia inmediata de dichos fármacos reconocida por la población. Una de las paradojas de este proceso es que para revertirlo se está impulsando el uso de las medicinas ayurvédicas, siddhi, yumani, yoga homeopatía, aunque sin conseguirlo, por lo menos hasta ahora, o, mejor dicho, generando la convivencia de estas medicinas «tradicionales» con el consumo de antibióticos.

25 Véanse Canessa (2009); Favre (1999); Le Bot (2013); Marimón y Aylwin (2008); Martínez (2009); Zamosc (2005), y Zapata (2013).

El 76% del incremento mundial en el uso de antibióticos entre 2010 y 2013 se ha dado en los países que integran el BRICS²⁶. Por lo cual, si bien para algunos analistas el BRICS puede constituir una alternativa económica para los países periféricos, no cabe duda de que no es alternativa respecto de ciertos procesos de SEAP, ya que la resistencia a los antibióticos se va constituyendo en una de las principales amenazas a la salud colectiva, especialmente en los países periféricos, dada la posible expansión de las viejas y nuevas enfermedades infectocontagiosas. Lo que señalo no ignora que, según la OMS, el 80% de los países en desarrollo utilizan la medicina tradicional para atender los problemas de salud más comunes y frecuentes; y según la OPS, el 80% de la población indígena de las Américas utiliza los curadores tradicionales como principal prestador de asistencia sanitaria (Zolla y Sánchez, 2010: 37). Pero estos datos, como ya señalé, corresponden a la existencia de servicios de salud, sin asumir la expansión de la biomedicina a través de la compra directa de fármacos, en, por ejemplo, los países del BRICS, que, no olvidemos, representan casi el 50% de la población mundial²⁷. La biomedicina y la industria químico-farmacéutica, como partes del sistema capitalista en sus diferentes variantes, tienden a la expansión constante para asegurar su reproducción, por lo cual todavía hay una enorme población que la está «aguardando» a partir de sus propias necesidades y problemas, y de las políticas de sus propios países, incluidas las políticas de salud.

Cuando en la década de los setenta, no solo la OMS (Conferencia de Almá-Atá), sino profesionales latinoamericanos, en su mayoría médicos, preocupados por las orientaciones negativas que se estaban dando dentro de la biomedicina, así como por la participación popular que les interesaba impulsar, proponían como modelo alternativo, o por lo menos complementario, de atención de la enfermedad a los promotores de salud denominados «médicos descalzos» que había impulsado el maoísmo en China, no solían aclarar que estos promotores no iban a las comunidades rurales solo para rescatar las medicinas tradicionales chinas, sino que fueron so-

26 El BRICS está integrado por Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica.

27 Proceso que también podemos observar a través de las luchas contra el VIH-sida y contra el paludismo, así como más recientemente contra la epidemia de ébola, dado que en un país africano como Liberia, donde solo existen 120 médicos alópatas para cuatro millones de personas, ya se están probando a principios de 2015 varias vacunas con las cuales será inmunizada la población de dicho país.

bre todo para impulsar las vacunaciones, la atención del parto, la higiene personal y el saneamiento doméstico. La rehabilitación de la medicina tradicional china durante el maoísmo tuvo, sobre todo, objetivos ideológicos, al proponer que tenía una legitimidad similar a la biomedicina, tal como está ocurriendo actualmente en algunos países latinoamericanos con los usos ideológicos de la medicina tradicional (Knipper, 2006).

Pero lo que me interesa subrayar es que la medicina tradicional china se articuló ideológicamente con la biomedicina a partir de decisiones políticas, dada la eficacia de esta última y la función de identidad cultural de la medicina tradicional. Y así el Gobierno comunista chino impulsó la expansión biomédica, más allá de sus críticas y enfrentamientos con los países capitalistas, dado que la biomedicina, si bien se concretiza dentro de países capitalistas, no se identifica con ningún régimen político ni ideológico, ni siquiera cultural, sino con la ciencia. Más aún, las únicas organizaciones internacionales referidas a los procesos de SEAP, y en las cuales participan oficialmente todos los países, son de tipo biomédico, como ocurre con la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y en cierta medida con Médicos Sin Fronteras (MSF). Mientras que las medicinas tradicionales y las MAC (alternativas y complementarias) solo han dado lugar al desarrollo de redes más o menos minoritarias de usuarios y/o profesionales, frecuentemente asociadas a la biomedicina, y cuya continuidad está permanentemente en duda.

Cuando hacia 1981 emergió el VIH-sida, o recientemente ocurrió con el ébola, los países buscaron la solución en las instituciones y acciones biomédicas, y no en la medicina mandarina o ayurvédica, ni en las medicinas tradicionales africanas o americanas o en las *New Age*. Mejor dicho, muchos las siguen buscando en las medicinas alternativas y complementarias, pero hasta ahora la única que aplica soluciones parciales y más o menos eficaces para el VIH-sida o para el ébola es la biomedicina, y ello más allá de las consecuencias negativas que puede generar. Las acciones biomédicas consiguieron reducir la expansión y la mortalidad generada por el VIH-sida; y han creado en pocos meses una vacuna para contener el ébola. Pero, además, en el caso del ébola, una parte del personal sanitario enfermó y murió tratando de salvar a la población de los países africanos asediados. Se calcula que hasta finales de 2014 fallecieron 336 miembros del personal de salud, algunos de ellos asesinados cuando trataban de realizar tareas preventivas y asistenciales, aunque la mayoría murió por

contagio del virus²⁸. Estos y otros procesos evidencian no solo la eficacia de la biomedicina, sino también acciones que la legitiman en términos técnicos, sociales y culturales, reforzando su hegemonía.

Ahora bien, el proceso de expansión biomédica y de su articulación con la reivindicación de los saberes tradicionales se expresa en América Latina de muy diferentes maneras, que a nivel manifiesto pueden aparecer contradictorias. Por lo que presentaré dos casos que refieren a situaciones diferentes, pero complementarias. Como sabemos, Cuba ha desarrollado una industria de la atención médica que cumple funciones económicas e ideológicas para el Gobierno cubano, y que ha evidenciado gran capacidad técnica y solidaria en toda una serie de acciones realizadas en países periféricos. En función de ello, Cuba ha establecido acuerdos para instalar médicos cubanos trabajando a tiempo completo en las comunidades más pobres y marginadas rurales y urbanas de varios países latinoamericanos, incluidas zonas indígenas. La paradoja radica en que los médicos cubanos, caracterizados por su excelente formación técnica y por el buen trato a los pacientes, tienen una formación médica que excluye toda consideración científica y técnica respecto de las medicinas tradicionales, y de las creencias religiosas implícitas en ellas. Más aún, nos encontramos con que sujetos de origen indígena, tanto por objetivos personales como por decisión de sus comunidades (mapuches chilenos) como de sus países (Bolivia), deciden estudiar medicina en Cuba, pese a que dicha formación cuestionará aspectos centrales de las cosmovisiones indígenas referidas a los procesos de SEAP²⁹.

28 Es posible que también hayan muerto curadores tradicionales, pero una parte murió porque trabajaban para el sector de la salud, ya que habrían sufrido las consecuencias de la oposición de las comunidades a las acciones biomédicas en función de que algunas de dichas acciones afectaban fuertemente a los rituales mortuorios tradicionales, y porque la acción sanitaria la impulsaban Gobiernos caracterizados por corrupción, enriquecimiento y explotación. Esto dio lugar a la difusión de mensajes que evidenciaban la gran desconfianza que la población tiene respecto de las autoridades políticas; y así, por ejemplo, se difundieron rumores de que el ébola fue un problema inventado por los Gobiernos para recaudar fondos. Por lo tanto, el personal de salud era considerado un agente del Gobierno que simultáneamente atentaba contra las costumbres funerarias y contra la economía de las comunidades.

29 Eligen Cuba no solo es por razones de tipo ideológico, sino económicas, dado el bajo costo de los estudios universitarios comparados con los de los países de origen. Pero además es importante subrayar la valoración positiva de las comunidades respecto del trabajo de los médicos cubanos.

El segundo caso se refiere a los hospitales mixtos o interculturales de los que, por lo menos en México, ninguno ha sido propuesto ni solicitado por los grupos étnicos, sino propuestos y organizados por el INI, por asesores de grupos étnicos en varios casos ligados a ONG, o por los Gobiernos de algunos estados³⁰. Inclusive una parte de los curadores tradicionales se han opuesto a estos hospitales ya que en ellos se descontextualiza la práctica médica tradicional, «señalando que no es posible juntar a los doctores con los médicos tradicionales, porque las medicinas son muy diferentes, no tienen nada que ver con las otras» (Page, 2002: 94-95). Otros curadores tradicionales aceptan trabajar en ellos por razones económicas, pues pensaron que tendrían una demanda de atención que no se dio en la mayoría de casos.

En distintos países latinoamericanos, estos hospitales y centros de salud mixtos han evidenciado los mismos problemas, inclusive en Bolivia, que tiene el mayor porcentaje de población originaria, ya que en su casi totalidad se caracterizan por la baja demanda de atención por parte de la población indígena (Fernández Juárez, 2006; Ramírez-Hita, 2011). En el hospital intercultural de San Pedro de Curva, comunidad próxima al lago Titicaca, entre 2003 y 2005 hubo 34 visitas de pacientes al consultorio de medicina tradicional; es decir solo 11 consultas por año, pero, además, 18 de las 34 consultas fueron solicitadas por turistas extranjeros (Callahan, 2006). Estos hospitales mixtos refuerzan las relaciones de hegemonía-subalternidad dominantes, ya que no solo la consulta médica suele ser comparativamente mucho más numerosa que la tradicional, sino que hay aspectos diferenciales entre estas que ponen de relieve que existen mejores condiciones y mayores inversiones en el caso de los consultorios biomédicos. Lo interesante es que las propuestas de estos centros se hicieron pensando que ayudarían a cuestionar las relaciones de hegemonía-subalternidad, e inclusive algunos los consideraban como contrahegemónicos.

Ahora bien, estos y otros casos señalados previamente indican una expansión biomédica basada en sus propias acciones, pero también favorecida por las limitaciones o fracasos de las propuestas alternativas. La expansión biomédica se basa, por lo menos parcialmente, en su contribución a la reducción de la mortalidad y discapacidades, lo cual no solo ha

30 Los hospitales del estado de Puebla han sido construidos como parte de actividades de ecoturismo relacionadas con el denominado Plan Puebla/Panamá (Duarte Gómez *et al.*, 2004: 394).

sido reconocido por la población, sino que esta ha ido adoptando cada vez más los saberes médicos como parte de sus usos y costumbres. Y es en gran medida por esto que, si bien una parte de los intelectuales indianistas o proindianistas critican la biomedicina, en la mayoría de las propuestas de acción que impulsan los líderes indianistas no aparecen desarrollados y frecuentemente no están incluidos los procesos de SEAP; o la referencia está incluida abstractamente en términos de etnicidad. Las propuestas y demandas etnicistas pueden referirse críticamente al cuidado del medio ambiente, al racismo blanco y mestizo, a la explotación que sufren, y en todos estos aspectos pueden estar presentes procesos de SEAP, pero en términos marginales, lo cual no niega que en algunos contextos dichos procesos pueden constituir una forma de resistencia más o menos legitimada, como en los casos de rechazo a determinadas actividades de planificación familiar.

Por supuesto, el énfasis en estas y otras críticas y demandas ha sido diferencial según el peso político y social de los movimientos étnicos de cada país, y según los momentos históricos de su trayectoria, aun cuando lo dominante son las escasas demandas en términos de las medicinas étnicas. Pero, además, y puede ser por desconocimiento mío, no conozco a líderes políticos ni intelectuales de los movimientos étnicos que hayan surgido del campo de la salud y/o que hayan trabajado políticamente a través de dicho campo. Los que han trabajado y liderado el campo de la salud son funcionarios del INI, o profesionales más o menos cercanos a los curadores, y en menor medida a los movimientos étnicos, pero no líderes políticos ni intelectuales nativos. Lo cual no ignora que a nivel comunitario sobre todo promotores de salud se han convertido en líderes locales con o sin pertenencia política específica.

Algunos analistas, especialmente intelectuales proindígenas «esencialistas», han señalado que líderes indianistas, incluidos los que detentan cuotas de poder a nivel de Gobierno, manejan un doble discurso, ya que, por una parte, apelan a la relevancia de la medicina tradicional, pero, por otra, impulsan la biomedicina. Lo cual es correcto, pero no planteado como doble discurso, sino como discursos complementarios en los que articulan biomedicina y medicina tradicional, de tal manera que esta posibilita, junto con otros aspectos, el manejo de una identidad étnica propia, mientras que con la medicalización buscan reducir los principales problemas de salud y obtener legitimación social a nivel popular.

Considero que el caso boliviano evidencia casi paradigmáticamente lo que estoy señalando, dado que el Gobierno de Evo Morales no solo tiene un discurso identitario referido, entre otros aspectos, a la medicina tradicional, sino que ha creado un Subministerio de Medicina Tradicional y Salud Intercultural. Pero, sin embargo, los recursos para la salud del Estado boliviano no van hacia la medicina tradicional, sino que en su totalidad, y subrayo «en su totalidad», van hacia instituciones, personal y acciones biomédicas (Ramírez-Hita, 2011, 2014). Más aún, el Gobierno boliviano plantea desarrollar un sistema de salud universal basado en la biomedicina, aun cuando no se desarrolle en forma inmediata, dado que es una de las principales demandas de la población, debido a varios procesos, incluido el incremento constante de las enfermedades crónico-degenerativas³¹.

Es decir, que la medicina tradicional, como parte sustantiva de la cosmovisión e identidad de los grupos étnicos, es usada, junto con otros saberes tradicionales, a nivel de discurso político-ideológico identitario, mientras se impulsa y financia la biomedicina. Lo cual no supone la negación, y menos aún desprecio y/o subvaloración, de la medicina tradicional por los dirigentes políticos bolivianos, sino reconocer que la eficacia técnica y la legitimación social están colocadas en una biomedicina cada vez más demandada y usada por los pueblos originarios. Los dirigentes bolivianos saben que la población indígena y no indígena, cuando decide consultar a curadores tradicionales, sabe dónde encontrarlos en sus propias comunidades, y no necesita que se creen instituciones e instalaciones para que desarrollen sus actividades, pues eso atenta justamente contra la identidad cultural de los propios curadores, y de la población (Ramírez-Hita, 2011, 2014). Los centros de salud y los hospitales mixtos son propuestas del Estado, de la cooperación internacional, de las ONG y/o de profesionales frecuentemente críticos, y no de la población indígena, en la casi totalidad de Latinoamérica.

31 Bolivia es el país latinoamericano con el mayor porcentaje de población indígena (50%) y donde más se utilizan las parteras y el parto por autoatención, siendo el país que tiene las más altas tasas de mortalidad materna después de Haití (Uribe, 2006). Si bien dicha tasa de mortalidad no solo es debida a los factores señalados, estos son determinantes. En 2015 las mujeres embarazadas y las que iban a parir recibían en Bolivia el Bono Juana Azurduy de Padilla para tener atención médica gratuita en un centro de salud biomédico, no existiendo nada similar para quienes realizan sus partos con parteras.

Las propuestas del Gobierno boliviano actual no plantean ninguna oposición entre biomedicina y medicina tradicional, sino un paralelismo y en ciertos casos una articulación. Considero que, respecto de los procesos de SEAP, el Gobierno de Evo Morales coincide con una parte significativa de las necesidades y demandas de la población indígena, aunque no con una parte de los intelectuales y de los líderes indianistas. Ciertas corrientes esencialistas bolivianas, sobre todo las desarrolladas a partir de las propuestas de Reinaga (1982), plantean una oposición frontal entre ambas formas de atención como parte de dos cosmovisiones no solo radicalmente diferentes, sino opuestas. La biomedicina aparece como parte de un saber «occidental» antagónico a los saberes e intereses indígenas; subrayando que Reinaga y otros dirigentes políticos quechuas bolivianos no lo plantean como estrategia ideológica, sino como objetivo político.

Ahora bien, parte de las críticas a las propuestas y acciones de las corrientes que representa Evo Morales son congruentes, dado que, si bien se propone e impulsa un discurso articulador entre ambas medicinas, lo cierto es que no tanto el discurso sino las acciones e inversiones del Gobierno favorecen el desarrollo de servicios de salud y la hegemonía biomédica, contribuyendo a subalternizar, cada vez más, a la medicina tradicional. Lo que está ocurriendo no solo porque lo impulsa el Gobierno, sino porque es parte de los comportamientos de la población indígena y no indígena boliviana. Y es este último proceso el que tienen que analizar y explicar las corrientes etnicistas preocupadas por la hegemonía de la razón instrumental «occidental».

El caso boliviano puede observarse también en otros contextos latinoamericanos donde el movimiento indígena tiene cuotas de poder, como en el caso del EZLN en México, ya que, más allá de que se exprese en forma explícita o ambigua, observamos que la casi totalidad de los que han tratado la cuestión de la salud en los «caracoles» zapatistas reconocen, aunque con diferencias entre ellos, que lo que más se impulsa es la biomedicina. Si bien en los «caracoles» se recupera y utiliza ideológica y técnicamente la medicina tradicional, y se dan cursos al respecto, el núcleo del sistema de salud está basado en promotores de salud, cuya formación y acción son básicamente biomédicas. Estos no solo reciben cursos de médicos y de otros profesionales, sino que, en algunos casos, cuentan con apoyo de laboratorios clínicos, ecógrafos, consultorios odontológicos y ambulancias.

Cerda ha realizado hasta ahora el análisis más integral del sistema de salud zapatista sosteniendo:

La perspectiva biomédica o alópata de concebir el proceso de SEAP ha logrado tener un fuerte arraigo tanto en los promotores como en los grupos domésticos [de los «caracoles»]. Esta ha sido la visión dominante en las intervenciones en el campo de la salud que han desarrollado tanto las instituciones gubernamentales, como los grupos religiosos u organizaciones de la sociedad civil. Así podemos encontrar en la práctica cotidiana de la salud autónoma, algunos elementos propios del MMH, esto es una concepción biologicista y sanitarista de la enfermedad y de sus alternativas terapéuticas (Cerdea, 2011: 269).

Esta orientación biomédica ha sido cuestionada por varios intelectuales pro indígenas, así como por organizaciones de curadores tradicionales, que critican aún más la concepción y trabajo de tipo biomédico de los promotores de salud zapatista, denunciando, además, que solo utilizan fármacos. De tal manera que, por ejemplo, la OMIECH trató como no indígenas y como no representantes de la medicina maya a promotores de salud zapatistas (Forbis, 2012: 400).

Todo esto lleva a reconocer no solo la existencia de corrientes ideológicas, políticas y étnicas diferentes dentro de los movimientos étnicos, sino a asumir que, a partir de los procesos de SEAP podemos establecer cuáles son los objetivos y orientaciones prioritarios en los diferentes movimientos y grupos, más allá de los discursos identitarios que manejen estos. Y lo podemos observar en la medida en que trabajemos no solo con los discursos, sino, sobre todo, con las prácticas.

Es importante consignar que la mayoría de los análisis realizados por los intelectuales esencialistas respecto de los procesos de SEAP son casi siempre de tipo ideológico, con el objetivo de impugnar la «razón instrumental» expresada en nuestro caso por la biomedicina, y/o legitimar la medicina tradicional como parte central de la identidad indígena. Si bien los usos ideológicos de la etnicidad como estrategia política han sido señalados para países de América Latina y el Caribe (Baud *et al.*, 1996), e inclusive para la trayectoria del EZLN (Baschet, 2005; Pitarch, 2004, 2005), dicha estrategia no solo no es reciente ni exclusiva de los movimientos étnicos de América Latina, sino que no debe ser pensada en términos unilaterales ni homogéneos.

Por lo cual, las posibilidades y orientaciones de los usos estratégicos de la etnicidad deben referirse a las fuerzas sociales, políticas y económicas que se hacen cargo de ellos, y que pueden orientarlos hacia posiciones no solo distintas sino antagónicas. Y, además, deben ser referidos a los

logros, pero también a las consecuencias negativas que pueden generar dichas estrategias, lo que implicaría analizar lo que ocurrió con la teoría de la «negritud» y con el socialismo africano; con los etnicistas que tomaron el poder entre 1930 y 1940 en varios países europeos (Menéndez, 2002), así como con los usos que estamos observando actualmente en varios países centroeuropeos.

En América Latina dominan los mecanismos ideológicos en la confrontación que se hace entre los saberes biomédicos y los saberes de los curadores tradicionales, así como en las críticas a la medicalización y la exclusión de estos últimos, planteados en términos de cosmovisiones e identidades opuestas. Pero estas críticas ignoran, salvo excepciones, algunos de los principales procesos impulsados por los aparatos médico-sanitarios que más podrían estar afectando a las cosmovisiones e identidades indígenas que, supuestamente, defienden estos líderes e intelectuales. Lo cual indica, aunque sea parcialmente, que la casi totalidad de los movimientos étnicos y de los intelectuales etnicistas opera en sus prácticas como si las cosmovisiones, por lo menos las que se expresan a través de los procesos de SEAP, constituyeran procesos secundarios y frecuentemente irrelevantes más allá de los usos ideológicos tácticos y coyunturales que de ellos realicen.

Existe, por lo tanto, una expansión permanente de saberes biomédicos, y una serie de procesos de SEAP a través de los cuales se evidencia la medicalización de aspectos centrales de los usos y costumbres de los grupos étnicos, pero que casi no han generado críticas y reflexiones sobre su impacto en las cosmovisiones indígenas. Más aún, algunas de las más fuertes y constantes agresiones físicas, psicológicas y culturales impulsadas por el sector de la salud hacia los grupos y sujetos subalternos, incluidos los pueblos originarios, han sido muy poco denunciadas por los líderes indianistas, por las ONG o por los académicos. Me refiero a los programas de planificación familiar impulsados desde mediados de los setenta y que han continuado hasta la actualidad. Programas que buscaron reducir radicalmente las tasas de natalidad, y en los cuales la esterilización de mujeres constituyó la principal técnica de planificación familiar (Menéndez, 2009a).

¿Por qué la mayoría de ONG afines y no afines a los grupos étnicos, incluidas las que trabajan sobre salud reproductiva, denunciaron y se opusieron tan poco a las esterilizaciones, o, cuando las denunciaron, lo hicieron durante un pequeño lapso, pese a que la esterilización sistemática

duró más de dos décadas? ¿Por qué la gran mayoría de los movimientos indianistas casi no dijeron nada al respecto, no formando parte de sus críticas ni de sus luchas, pese a que el embarazo y sobre todo el parto constituyen uno de los principales núcleos de las cosmovisiones, en algunos grupos étnicos (Platt, 2006)? Siendo estas ausencias aún más notorias porque el lapso de mayor intensidad de la aplicación de estos programas de planificación familiar y de esterilizaciones coincide con uno de los períodos de mayor frecuencia e intensidad de las demandas y acciones políticas e ideológicas de los movimientos indígenas en América Latina. Pero mientras sobre las ONG tenemos explicaciones provisionales (Menéndez y di Pardo, 2010/2011; Menéndez, 2009a), en el caso de los movimientos étnicos tengo pocas explicaciones más allá de asumir que la mayoría de los líderes se han preocupado escasamente por el papel de los procesos de SEAP en el desarrollo de sus objetivos y movilizaciones políticas, aun cuando pueden llegar a utilizarlos ideológicamente como parte de sus discursos etnicistas.

Pero, además, ¿dónde quedó el «machismo» que caracterizaría a los varones latinoamericanos no sé si en términos de cosmovisión pero sí de usos y costumbres, y que implica como, dice un refrán mexicano, que «la mujer siempre cargada (embarazada) como el fusil y detrás de la puerta»? Y lo señalo porque no conozco en América Latina y el Caribe no digo movilizaciones u otro tipo de actos organizados y realizados por varones, sino análisis y críticas realizados desde perspectivas etnicistas y/o de género, no solamente contra las esterilizaciones o la planificación familiar, sino sobre el papel del varón en el caso de las esterilizaciones de sus mujeres.

Necesitamos asumir que para los líderes de los movimientos neoétnicos la cosmovisión y/o los usos y costumbres son necesarios como mecanismo de cohesión, legitimación, identidad, pertenencia y a veces de movilización que posibilite el logro de los objetivos básicos, que son, como sostienen gran parte de los analistas, de tipo político y económico, y no culturales. Esto se articula con las necesidades de una población indígena que lo que quiere es salir de la pobreza, no pasar hambre y conseguir trabajo que le permita no solo subsistir sino mejorar su situación actual.

Lo señalado es observable en los movimientos étnicos en general, y boliviano y ecuatoriano en particular, y no supone que no hubiera demandas de tipo étnico, sino que fueron secundarias en función de sus objetivos prioritarios. Conclusión a la que llega Zamosc respecto del movimiento indígena ecuatoriano, cuando concluye que «las reivindicaciones especí-

ficamente indígenas no figuraban para nada en la lista de demandas explícitas» (2005: 213). Por lo que la ausencia y, sobre todo, el tipo de uso de determinados procesos de SEAP pueden expresar no solo los conflictos y contradicciones de los sistemas y grupos sociales, sino, sobre todo, los reales objetivos de los movimientos étnicos. Y dentro de estos objetivos, para los líderes y para los intelectuales indianistas, la enfermedad es una variable dependiente.

*Narrativas, discursos e historias,
o todo el poder a la interpretación*

A través de los materiales analizados, observamos un proceso de organización de los curadores tradicionales; de defensa de la medicina tradicional y de sus operadores en términos de su eficacia simbólica, social y física, que incluyó la demanda de legalización de esta; un cuestionamiento de las concepciones y prácticas biomédicas, y propuestas e intentos de autonomía o, por lo menos, de paralelismo entre la medicina tradicional y la biomedicina. Recordando que estos y otros procesos similares no fueron generados ni organizados por los grupos étnicos, y que si bien se lograron ciertos reconocimientos y la realización momentánea de algunos objetivos, sin embargo, los resultados en términos de los procesos de SEAP son muy escasos, tanto desde las perspectivas etnicistas como desde las interculturalistas.

La biomedicina sigue penetrando en las zonas indígenas; la mayoría de los diferentes tipos de curadores tradicionales reducen su número, desaparecen y/o se subordinan a instituciones biomédicas; las organizaciones de médicos tradicionales han desaparecido, reducido su número o limitado sus acciones, y las expresiones autonómicas en términos de objetivos y organización, si bien siempre fueron escasas, actualmente casi han desaparecido. Más aún, la orientación hacia una práctica de los curadores basada en la herbolaria y la exclusión de los aspectos «mágicos» impulsada por el INI mexicano y otras instituciones indica también la falta y/o reducción de su autonomía técnica. Lo cual no ignora el surgimiento de nuevos tipos de curadores, que utilizan tratamientos tradicionales, pero la mayoría corresponde a formas de atención *New Age*.

Lo señalado no niega que organizaciones de curadores tradicionales como la OMIECH sigan vigentes, pero constituyen excepciones, ya que

los intentos más recientes (2014) de reimpulsar la medicina tradicional se han dado a partir de instituciones del sector de la salud en el estado de Veracruz o de institutos de investigación en Yucatán, y no promovidas por los propios curadores tradicionales. Siguen dominando las propuestas e intervenciones generadas e impulsadas desde «fuera» de los grupos étnicos³², aun cuando puede señalarse que, si bien no se logró gran parte de los objetivos, sin embargo, se desarrollaron procesos de aprendizaje político y organizativo que, más adelante, sobre todo cuando surjan coyunturas favorables, pueden ser retomados por los sectores sociales subalternos.

Ahora bien, lo descrito y analizado hasta ahora se refiere a procesos específicos de SEAP, que tratamos de relacionar con ciertos procesos generados por los movimientos y organizaciones étnicas en términos políticos e ideológicos, dentro de contextos en los que, si bien siguen existiendo organizaciones, así como luchas étnicas, observamos, sin embargo, un fuerte repliegue de estas, pese a la constante expansión en los territorios indígenas de las empresas privadas —especialmente las extractivas— y del narcotráfico, así como una profundización de la pobreza en dichas zonas que genera un constante proceso migratorio de población indígena cada vez más joven hacia medios urbanos y/o rurales nacionales y de los EE. UU.

La revisión de parte de la bibliografía sobre movimientos étnicos durante los últimos diez años indica que, tal vez con la excepción de la «nación» mapuche en Chile, el repliegue se da en todos los países latinoamericanos, y, sobre todo, en los dos países —Bolivia y Ecuador— donde se habían gestado los movimientos más masivos y con mayor capacidad política. Para una parte de los analistas, la situación actual contrasta con los procesos desarrollados entre los ochenta y principios del siglo XXI, cuando las movilizaciones étnicas y de otros sectores sociales generaron condiciones de ingobernabilidad, tanto en esos países como en Perú, que condujeron a recambios en los sectores de poder y donde los líderes gubernamentales asumieron en los tres casos los objetivos y también el discurso del movimiento indígena, que era de corte antineoliberal, pero sin que los Gobiernos modificaran estructuralmente sus políticas económicas.

32 A principios de 2015 observamos que el programa de salud intercultural propuesto por el sector de la salud del estado de Veracruz (México) ha sido reducido a un mínimo y que el proyecto yucateco de impulso a la herbolaria, que hasta ahora es una propuesta, aparece muy ligado a las actividades turísticas.

Según analistas como Escárzaga, los nuevos Gobiernos surgidos en la primera década del nuevo siglo,

[...] a partir de la destitución de los gobiernos neoliberales, y a pesar de que las nuevas constituciones postulan la construcción de Estados plurinacionales, están fortaleciendo el Estado-nación, cuestionado por los movimientos indígenas [...], al mismo tiempo que continúan y profundizan las políticas neoextractivistas sin desmontar el modelo neoliberal (Escárzaga, 2014: 453).

Más aún, para esta autora:

Las experiencias y lecciones de unidad que dieron fortaleza a los movimientos indígenas en los momentos de auge de sus luchas, están siendo sepultados por la aplicación de la estrategia gubernamental de enfrentamientos de indios contra indios, y pueblos contra pueblos en Bolivia, Ecuador y Perú, que en la práctica es utilizada para legitimar la continuidad y la profundización de la política extractivista en los países andinos (*ibid.*: 470).

Junto con otros analistas, subraya la apropiación por parte de Gobiernos, tanto neopopulistas como neoliberales en los casos de Colombia y México, del discurso de la plurinacionalidad, así como sus énfasis en la interculturalidad, junto con un incremento constante de la criminalización de las protestas indígenas, en la medida en que afectan a intereses económico-políticos. Estos y otros procesos han generado pesimismo, dudas y/o abandono de la vía indígena como alternativa al neoliberalismo, a partir de sus formas ancestrales de producción económica y de organización social. Y si bien una parte de los analistas reconoce que varios de los Gobiernos neopopulistas han desarrollado programas que generaron cambios positivos en los niveles de vida de los sectores más desfavorecidos, concluyen que estos no modificaron las políticas macroeconómicas ni dieron autonomía territorial a los indígenas³³.

El pesimismo actual que invade a analistas e intelectuales contrasta fuertemente con el optimismo que desplegaban en los noventa y en los primeros años del siglo XXI, cuando, si bien planteaban ciertas dudas, dominaban expectativas favorables respecto de las posibilidades y logros de los movimientos étnicos, incluidos los reconocimientos constitucionales

33 Véanse Escárzaga (2014); Escárzaga y Gutiérrez (2014); García Linera (2008); Gómez (2014); Fontana (2014); Lima y Martínez (2014); Lluco (2005); Mamani (2014); Nehe (2014); Pajuelo (2014); Patzi (2005); Quispe (2005); Santi (2014), y Tapia (2014).

de las «diferencias étnicas» que legitimaban las demandas territoriales³⁴. Tanto los especialistas en movimientos étnicos como los estudiosos de los movimientos sociales en general (Zibecchi, 2007, 2010) reconocían una consolidación de los primeros, y consideraban que «los movimientos indígenas se han convertido en fuerzas sociales fundamentales de las luchas de los pueblos y naciones latinoamericanos resistiendo contra el sistema neoliberal que amenaza nuestras culturas y nuestros pueblos» (Escárzaga y Gutiérrez, 2005: 42). Subrayaban los fuertes logros obtenidos en la rehabilitación de la identidad étnica, en generar una «diferencia» igualitaria con la sociedad blanca/mestiza, en el cuestionamiento de la imagen dominante de «raza vencida», en evidenciar capacidad de organización y acción para el reconocimiento legal de la plurinacionalidad, así como en la construcción de un discurso alternativo basado en la etnicidad y la autonomía. Ya que, según Barbano:

El discurso de la diferencia étnica tiene la enorme importancia de politizar la cultura como campo de dominación simbólica en el sentido que Bourdieu da al fenómeno. La cultura aparece como el terreno donde se construyen las representaciones de la sociedad, donde se despliega una lucha en torno a las capacidades expresivas de los actores. No hay duda que la dominación de los indígenas ha sido el resultado de una derrota constante en el campo de las representaciones sociales... [pero] sus luchas recientes han puesto en duda el monopolio de las élites blancas para imponer las representaciones de la sociedad (2005: 263).

Lo cual contrasta con las ulteriores críticas a los Gobiernos de Morales en Bolivia, de Correa en Ecuador, y de los Gobiernos claramente neoliberales como Colombia o Perú, de que se han apropiado del discurso de los movimientos indígenas, lo han reorientado en términos de interculturalidad expresada en las nuevas constituciones, excluyendo los objetivos de autonomía y territorialidad, y generando una confrontación con el movimiento indígena en el caso ecuatoriano, y una fragmentación en el boliviano. Lo que es en gran medida producto de los procesos de movilidad social y de la creación de una pequeña burguesía indígena en los países andinos, de la segmentación de la sociedad, incluida la segmentación en el interior de los grupos étnicos, pero también de la aplicación de los programas contra la pobreza, de las consecuencias económico/salariales

34 Compárense, por ejemplo, la publicación coordinada por Escárzaga y Gutiérrez (2005) con la de Escárzaga (2014).

de la instalación de empresas mineras, así como del papel de las organizaciones no gubernamentales (Bretón, 2014), que contribuyeron no solo a que se instalara un nuevo discurso interculturalista, sino a que se afirmara el poder del Estado, y se ignoraran las demandas territoriales étnicas. Su-brayando, con Zamora:

Esto ocurrió en algunos de los contextos más combativos, como el ecuatoria-no debido, a que las luchas no apuntan a cuestionar la estructura agraria o la economía capitalista. Ni siquiera plantea demandas por mejores servicios so-ciales o una mayor tajada del reparto social. En esencia son luchas puramente defensivas, focalizadas en impedir el empoderamiento de la situación de los sectores más empobrecidos, cuyo sentido es capturado perfectamente por el término «resistencia» (Zamora, 2005: 210).

Lo que también es sostenido por Martínez (2009), no solo para Ecu-a-dor, sino también para México, ya que los sujetos y grupos analizados, aun invocando la «diferencia», buscan la integración y la movilidad social en términos de vida cotidiana, más que la imposición de sus cosmovisio-nes y la transformación del sistema social dominante. Lo cual no niega la persistencia de luchas y resistencias por parte de los grupos étnicos para defender sus bosques, sus aguas y sus subsuelos, y que ha dado lugar al constante asesinato de líderes indígenas en México y en otros países lati-noamericanos. Según Global Witness, en 2016 y 2017 fueron asesinados 57 activistas en Brasil, 24 en Colombia y 15 en México, 13 de los cuales eran indígenas.

Al menos una parte de las «consecuencias» políticas enumeradas habían sido planteadas como posibilidad desde sus inicios y durante el desarrollo de los movimientos étnicos, pero la mayoría de ellos no asu-mieron y hasta se negaron a aceptar las consideraciones que se hacían respecto a lo que había pasado previamente con el movimiento campe-sino y con el obrero, ya que establecieron un eje diferencial en una etni-cidad que aparecía casi inmune a lo que les podía ocurrir, pero que de hecho ocurrió. Y no solo me refiero a la aplicación de violencias contra líderes locales o al papel del narcotráfico en la desmovilización social, sino a las posibilidades de burocratización, corrupción³⁵, cooptación y

35 En México asistimos recientemente a la degradación pública de la premio Nobel de origen maya Rigoberta Menchú, que vino a México invitada por dos ONG y por el Instituto Nacio-nal Electoral para la promoción del voto en las próximas elecciones políticas, dada la fuerte oposición a votar que se había desarrollado en ciertas zonas del país, varias de las cuales son

divisiones internas generadas no solo desde el poder, sino por objetivos económicos particulares, así como los intentos de continuidad indefinida en el poder que habían caracterizado a los líderes de diferentes movimientos sociales previos.

Una parte de estas negaciones y olvidos no solo caracterizó a líderes indianistas, sino a sus asesores internos y externos, que, en función de la búsqueda de un nuevo sujeto social del cambio radical, subrayaron ciertas diferencias étnicas casi como impolutas y reactivas en sí a la contaminación «occidental», y, por lo tanto, no incluyeron los procesos señalados como parte normalizada de la vida cotidiana de los conjuntos sociales, incluida la población indígena. Tendencias que se expresaron en diferentes formas, desde las transacciones que se hicieron con los Gobiernos para su reconocimiento constitucional, pasando por las disputas legales desarrolladas con empresas mineras, hasta el desarrollo de políticas y acciones de aislamiento y encapsulamiento como técnicas de autoprotección, como ha sido el caso del EZLN en México.

Algunos de estos procesos ya podían ser observados en México, no solo en términos económico-políticos, sino a través de los procesos de SEAP, desde las décadas de los ochenta, permitiendo problematizar lo que estaba ocurriendo en términos políticos con los movimientos indígenas y con las interpretaciones de los analistas, ya que tanto los procesos de SEAP como los específicamente políticos presentan aspectos similares que sintetizo en ocho aspectos básicos³⁶:

- a) El repliegue cada vez mayor de las organizaciones étnicas, pese al mantenimiento de acciones sobre todo de resistencia frente a

las que tienen mayor población indígena (Chiapas, Guerrero, Michoacán y Oaxaca). Los patrocinadores de esta participación entregaron a la Fundación Rigoberta Menchú 40.000.000 \$ para una estadía de cinco días, y la invitada participó en un acto realizado en Acapulco a finales de mayo de 2015, en el cual se recordaba a los 43 desaparecidos de Ayotzinapa. En su alocución, Rigoberta Menchú promovió la votación y solicitó un minuto de silencio por los jóvenes desaparecidos. Pero una mujer, con varios familiares y amigos desaparecidos, le señaló que los familiares y el movimiento por los 43 se oponían al voto, dadas las condiciones económico-políticas, de inseguridad y de corrupción dominantes en México. Afirmando, además, que, en ese momento, no se necesitaba el silencio, sino realizar todo tipo de actividades para que aparecieran con vida los estudiantes desaparecidos. El público abucheó largamente a Rigoberta Menchú.

36 Reitero que, dadas las notables diferencias que existen entre los países latinoamericanos, las conclusiones solo remiten a México.

- la expansión de la sociedad dominante, pero que son resistencias orientadas a sobrevivir, más que para transformar la realidad.
- b) La pérdida de iniciativa política de los actores subalternos, que se ven obligados constantemente a reaccionar, responder o «resistir» a las persistentes penetraciones económico-políticas de las empresas privadas nacionales e internacionales sobre sus tierras, aguas y subsuelos.
 - c) El papel central de instituciones del Estado y de la sociedad civil (ONG) en las propuestas, organización y orientaciones de las organizaciones nativas, generando un efecto de dependencia tanto en términos de organización y de financiamiento como de objetivos.
 - d) El aprovechamiento parcial por los grupos étnicos de las contradicciones y de las propuestas de las políticas neoliberales y también de las neopopulistas que aceptaron e inclusive reconocieron las «diferencias» socioculturales de los grupos étnicos a nivel legal y constitucional en la mayoría de los países latinoamericanos.
 - e) El uso por los grupos indígenas de mecanismos legales y constitucionales que establecieron expectativas que se cumplieron solo parcialmente, contribuyendo frecuentemente a reducir solo a lo legal las posibilidades de solución de los conflictos. Y ello pese al constante desconocimiento de lo legal e incluso de lo constitucional por parte de los sectores sociales dominantes, así como de su apelación directa e indirecta a la violencia.
 - f) El dominio de una lectura y propuestas básicamente culturales que excluyeron o secundarizaron no solo la dimensión económico-política, sino que subrayaron la *diferencia* cultural respecto de las desigualdades socioeconómicas, y frecuentemente redujeron la realidad a narrativas.
 - g) Haber centrado gran parte de las luchas en la dimensión ideológica manejada en términos autónomos, sin asumir que lo ideológico, sobre en todo en el mediano y largo plazo, necesita basarse en fuerzas sociales, económicas y políticas para mantener su eficacia, o simplemente para mantenerse.

- h) Las consecuencias negativas de una parte sustantiva de los análisis académicos sustentados en consideraciones profesionales e ideológicas que subrayaron sobre todo desde los noventa y primeros años del siglo XXI la «inevitable caída», o por lo menos transformación, del capitalismo, ignorando no solo la reconversión capitalista de la casi totalidad de los llamados socialismos de Estado, sino su papel en la reproducción del capitalismo expresado en su penetración económica en vastas zonas del mundo periférico, incluidos los mundos indígenas.

Todos estos procesos se expresan en la trayectoria política y social de los movimientos étnicos, y en los procesos de SEAP que se dieron en las áreas indígenas, así como en las interpretaciones de sus analistas, que en el caso de los profesionales y funcionarios que impulsaron la medicina tradicional y la denominada salud intercultural no solo operaron y pensaron en términos ahistóricos, sino que, si bien hicieron referencias o incluyeron la dimensión económico-política, la mantuvieron como contexto, pero sin relacionarla con los procesos «interculturales» en salud que estaban impulsando. Siguieron insistiendo en el peso de las diferencias, excluyendo o solo mencionando el incremento constante de las desigualdades socioeconómicas y de la extrema concentración de la riqueza.

Como tampoco tomaron en cuenta procesos que se venían documentando etnográficamente desde la década de los treinta, respecto de la penetración médica en los saberes de los grupos étnicos, como pudimos observarlo entre 1977 y 1981 en comunidades yucatecas, en las cuales la mayoría de la población hablaba maya, incluidos médicos de instituciones oficiales y privadas, enfermeras y el resto del personal que trabajaba en los centros de salud³⁷. En dichas comunidades la población no solo utilizaba la biomedicina para la mayoría de los padecimientos que consideraba graves, sino que estimaba que la medicina, sobre todo la privada, era más eficaz que la medicina tradicional para solucionar sus problemas más difíciles. Esta última aun era sumamente usada para el tratamiento de ciertos padecimientos considerados —salvo los «hechizos»— de más sencilla curación. Una parte de los informantes, varios de los cuales eran pobres, consideraba que el centro de salud era para los pobres, y que la

37 Según la encuesta aplicada en la comunidad de Ticul, el 84% de la población era bilingüe, el 7% solo hablaba y entendía maya, el 5% solo hablaba y entendía español, y el 4% hablaba maya y entendía español (Menéndez y Miceli, 1977).

medicina que más curaba era la realizada por médicos privados, lo que surgió no solo en entrevistas cualitativas, sino en una encuesta aleatoria (Menéndez, [1981] 2018; Menéndez y Miceli, 1977; Menéndez y Ramírez, 1980; Ramírez, 1980).

Por lo tanto, el proceso de medicalización y la aceptación y articulación de la biomedicina por los diferentes grupos étnicos ha sido reiteradamente documentado a nivel etnográfico desde la década de los treinta, pero gran parte de los antropólogos sostenían —y siguen sosteniendo— que en dichos grupos domina el rechazo hacia la biomedicina, lo que expresa, por ejemplo, Rubel a partir de su experiencia en una comunidad de Oaxaca (México) de unos mil habitantes, donde se instalaron temporalmente un médico y un estudiante de medicina que dieron consulta gratis, y donde se produjo «una avalancha de gente demandando consulta». Concluyendo este antropólogo: «[...] yo había pensado siempre que gentes procedentes de una cultura distinta no aceptarían la medicina occidental» (Rubel, 1978: 217). Idea que ha dominado hasta la actualidad la perspectiva de muchos analistas, debido a presupuestos que condujeron *a priori* a excluir la biomedicina de la vida de los grupos étnicos.

Los datos que se vienen documentando desde los cincuenta a partir de las publicaciones iniciales de Gonzalo Aguirre Beltrán indican que el rechazo de los sujetos de los grupos étnicos no es hacia la biomedicina, sino hacia el maltrato que reciben por parte del personal de salud; maltrato que incluye aspectos racistas y clasistas, y que pese a ello no impide que los sujetos y grupos étnicos demanden atención biomédica³⁸. Esto se evidencia a través de las experiencias de varios antropólogos que en sus trabajos de campo observan que el cambio de médico en un centro de salud puede incrementar o hacer decrecer la demanda de atención, según el tipo de relación positiva o negativa que el nuevo médico establezca con la población. Más aún, las violencias contra personal de salud, y especialmente contra pasantes de medicina, y que han comenzado a ser denunciadas cada vez más, las habíamos documentado en algunos de nuestros trabajos, cuando miembros de una comunidad quemaron el centro de sa-

38 El racismo observado en los servicios de salud expresa el racismo que opera en las relaciones mestizo/indígena a nivel nacional, y de ciertas áreas en particular. J. L. Sariago (2002) cita varios textos escritos en la década de los sesenta que describen el racismo de los mestizos que matan, violan, roban sus tierras a los raramuri de Chihuahua (México), generando un rechazo en este grupo a todo contacto con la población no indígena.

lud por razones que nada tienen que ver con el rechazo a la biomedicina (Menéndez, 1984).

Necesitamos reconocer que en forma directa e indirecta la biomedicina ha penetrado en los usos y costumbres de los grupos étnicos, lo que aparece claramente en los trabajos de epidemiología sociocultural que viene realizando desde finales de la década de los ochenta el equipo liderado por A. Kroeger. En la evaluación de un proyecto de investigación/acción aplicado en una zona palúdica ecuatoriana de población básicamente indígena, los investigadores compararon el autodiagnóstico de paludismo realizado por los indígenas con el diagnóstico realizado sobre ellos por los profesionales. Encontrando que coincidían en un 80% de los casos, concluyendo que el autodiagnóstico tiene un valor predictivo, e impulsando el autodiagnóstico y el autotratamiento de la malaria con fármacos y con plantas medicinales tradicionales (Kroeger *et al.*, 1991). Asumiendo, por lo tanto, que la biomedicina es ya parte no sé si de la cosmovisión pero sí de los usos y costumbres de los diferentes grupos étnicos.

La expansión biomédica a nivel nacional y de los grupos étnicos en particular se basa en un hecho obvio, que miramos pero no vemos; me refiero a que los servicios de salud biomédicos constituyen en términos comparativos, y más allá de las formas negativas que pueden adquirir en la práctica, una de las pocas instituciones positivas que los sectores subalternos han «recibido» de los sectores dominantes. En términos comparativos es posiblemente la principal institución que generó consecuencias positivas respecto de graves problemas sociales vividos por los grupos étnicos³⁹ y otros grupos subalternos. Lo que, junto con otros procesos, explica, además, la potencialidad de la biomedicina de generar hegemonía, y no solo respecto de los grupos étnicos.

Algunos comentarios finales

Mi punto de partida fue considerar los procesos de SEAP como «espías» de las contradicciones y conflictos que surgen en los diferentes sistemas

39 Si bien he señalado la expansión biomédica y las limitaciones de la medicina tradicional, subrayo que lo hago a partir de asumir los aspectos no solo positivos sino negativos de la biomedicina, tal como lo vengo analizando desde finales de la década de los sesenta a través de mis trabajos sobre el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1979, 1981, 1983, 1990a, 1990b, 2005a, 2005b, 2009a, 2009b).

sociales e inclusive en sus analistas, porque a través de ellos podemos evidenciar con mayor transparencia y crueldad que en otros procesos los principales y más graves problemas de tipo económico-político y también cultural que sufren los actores sociales, que más los padecen. Como lo indicamos, los grupos étnicos latinoamericanos son los que tienen las más altas tasas de mortalidad en todos los grupos etarios y las menores esperanzas de vida, siendo los sectores sociales con mayores niveles de desnutrición, pero también los más explotados, marginados y racializados, lo que aparece como un hecho normalizado social y culturalmente en el conjunto de la sociedad, incluidos los propios grupos étnicos.

Los encargados de estudiar a estos grupos, hasta fechas relativamente recientes, no estudiaban las enfermedades en términos de mortalidad y de solución de los problemas de salud más letales, sino que solo las analizaban en términos culturales, convalidando la visión dominante que normaliza la mortalidad de estos grupos como parte de su cultura⁴⁰. Es decir, trataban la mortalidad como parte de una cosmovisión que la justificaría, proponiendo, además, que es esa cosmovisión la que genera el rechazo y la incompatibilidad de los grupos étnicos y de la medicina tradicional con la biomedicina, «normalizando» culturalmente estos procesos. Interpretaciones que fueron cuestionadas a través de los estudios que no solo buscaban los usos de la medicina tradicional, sino todos los usos desarrollados por los grupos étnicos. Lo que condujo a que los buscadores de cosmovisiones reconocieran esos nuevos usos, pero proponiendo que estos no modificaban lo esencial de las cosmovisiones, lo cual puede o no ser correcto, pero indica cuáles son los reales objetivos de muchos estudios antropológicos, que no cuestionamos pero que no posibilitan comprender los procesos de SEAP que operan actualmente en los grupos étnicos.

Un segundo aspecto que surge de nuestro análisis es que los funcionarios e intelectuales preocupados por la interculturalidad trabajaron con las organizaciones de curadores tradicionales o directamente con los curadores tradicionales, pero mucho menos con la población, de tal manera que

40 A veces tengo la impresión de que a varios intelectuales, incluidos antropólogos, les interesa más la muerte que la vida, dado que la primera posibilita el desarrollo de una serie de rituales funerarios de cohesión/integración/identidad/reproducción comunitaria, que pueden describir y analizar como parte de la identidad étnica. Considero que la disminución, y, en algunos grupos, la desaparición del «velorio del angelito», es una evidencia fuerte de la reducción de la mortalidad infantil en dichos grupos, que nos podría conducir a observar si se han desarrollado o no nuevos «rituales de la vida».

cuando se generan ciertas posibilidades de empoderamiento lo aplican a los líderes sanadores y no a los sujetos y grupos sociales legos. Más aún, como ya vimos, las asociaciones de curadores tradicionales fueron pensadas e impulsadas por funcionarios, intelectuales e instituciones, es decir, operaron como lo hacen los sectores sociales dominantes, planificando e imponiendo programas y actividades sin la participación decisoria de los grupos subalternos, fomentando la dependencia, aunque en sus discursos hablen de autonomía.

Las propuestas interculturales en salud, incluidas las derivadas de la Conferencia de Almá-Atá (1978), y que impulsaron el trabajo de los curadores tradicionales en el sector de la salud, no asumieron la relación que este ha tenido históricamente con este tipo de curadores, a los que utiliza, reubica, margina o desecha según sus propios objetivos e intereses, imponiéndoles su «legalidad». Expresando el fenomenal pragmatismo del sector de la salud y del capitalismo, que, por lo menos en los países dependientes, hace lo mismo en términos económico-políticos con los sectores sociales subalternos y especialmente con la población originaria. Dichas propuestas y acciones interculturales en salud expresan también lo que los Gobiernos de América Latina hacen con el reconocimiento de las «diferencias», de los usos y costumbres, de los derechos culturales de los pueblos originarios, dado que no tienen problemas en reconocerlos y legitimarlos en la medida en que no afecten a los objetivos económico-políticos de los sectores sociales dominantes.

En varias partes de este texto he señalado la permanente expansión de la biomedicina a nivel general y de los grupos étnicos en particular pese a las constantes críticas, y a sus propias formas negativas de actuar, subrayando el papel activo de los grupos subalternos en dicho proceso de expansión, especialmente a través de los procesos de autoatención. Una parte de las críticas a la biomedicina, en la mayoría de los casos aquí estudiados realizada por intelectuales proindígenas, incluidos sectores académicos, implica la recuperación de la medicina tradicional no solo en sí, sino como mecanismo de crítica a «Occidente», al neocolonialismo, a las epistemologías «del norte», de lo cual sería una expresión paradigmática la biomedicina. Pero dicha recuperación de la medicina tradicional y de la crítica a la biomedicina se hace por parte de los movimientos étnicos en gran medida como estrategia ideológica y política, ya que en todos los casos en que estos grupos han logrado una cuota de poder, y sobre todo el poder, no solo en América Latina, sino en los países africanos, o en Chi-

na durante el maoísmo, lo que realmente se impulsa, en la práctica, es la biomedicina, aunque manteniendo a nivel de discurso la significación de la medicina tradicional.

Por lo cual, los procesos analizados en este texto indican que no solo necesitamos relacionar permanentemente las representaciones, discursos, narrativas, o como se les quiera llamar, con las prácticas sociales para entender el real significado de las representaciones, sino que por lo menos determinados procesos de SEAP pueden evidenciar simultáneamente las contradicciones, conflictos y/o verdaderos objetivos de los sistemas sociales y de sus sectores dominantes, así como de los movimientos étnicos, de género y/o políticos, y también de sus analistas.

Fuentes hemerográficas

La Jornada (México) (2008-2014).

Reforma (México) (2008 -2014).

Revista Alteridades (1996), 12: Monográfico: «Antropología de la curación».

REC (*Reporte epidemiológico de Córdoba*) (2010-2018).

Bibliografía citada

Aiepi/Organización Panamericana de la Salud (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Washington DC., Organización Panamericana de la Salud (OPS).

AGUIRRE BELTRÁN, G. ([1955] 1994). *Programa de salud en la situación intercultural*. México: Fondo de Cultura Económica.

ALARCÓN, R. (2010). «La biopiratería de los recursos de la medicina tradicional en el estado de Chiapas, México. El caso ICBG-Maya». *Revista Pueblos y Fronteras* (digital), 6(10), diciembre/mayo. Disponible en: <www.pueblosyfronteras.unam.mx>.

ANDRAIN, Charles (1967). «Guinea y Senegal: tipos contrastantes de socialismo africano». En FRIEDLAND y ROSBERG Jr. (comps.). *África socialista*. México: Fondo de Cultura Económica, 244-265.

AQUINO, A. (2014). «Los retos del movimiento zapatista ante la migración de sus jóvenes a Estados Unidos». En ESCÁRZAGA *et al.* (coords.). *Mo-*

- vimientos indígenas en América Latina: Resistencia y transformación social*. México: UAM, 553-564.
- ARANA, M. y CABADA, X. (2012). «La amarga, realidad del azúcar: mayores riesgos y amenaza para los pueblos indígenas de México». *Observatorio del derecho a la alimentación y a la nutrición*, 2012, 46-48.
- ARAYA, M. J. (2011). *Parteras indígenas. Los conocimientos tradicionales frente al genocidio neoliberal*. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- ASTORGA, L. (2003). *Drogas sin frontera. Los expedientes de una guerra permanente*. México: Grijalbo.
- BALANDIER, Georges (1971). *Sens et puissance*. Paris: Presses Universitaires de France.
- BARBANO, F. (2005). «La producción de lo étnico y la descomposición de la nación. El caso del Ecuador». En ESCÁRZAGA y GUTIÉRREZ (coords.). *Movimiento indígena en América Latina: Resistencia y proyecto alternativo*. México: Gobierno del Distrito Federal, II, 237-265.
- BARONET, B.; MORA, M. y R. STAHLER-SHOLK (coords.) (2012). *Luchas «muy otras». Zapatismo y autonomía en las comunidades indígenas de Chiapas*. México: UAM-Xochimilco.
- BARTOLOMÉ, M. A. y BARABAS, A. M. (comps.). *Los sueños y los días. Chamanismo y nahualismo en el México actual*. México: INAH, 5 volúmenes.
- BASCHET, J. (2005). «Los zapatistas. ¿“Ventriloquía india” o interacciones creativas?». *Istor*, 22, 110-128.
- BAUD, M. (ed.) (1996). *Etnicidad como estrategia en América Latina y el Caribe*. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- BECKER, H. (2010). *Trucos del oficio. Como conducir su investigación en ciencias sociales*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- BERLINGUER, Giovanni (1983). *La reforma sanitaria en Italia*. México: Universidad Autónoma de Sinaloa.
- BERLINGUER, Giovanni (2006). *Medicina y política*. México: Quinto Sol.
- BERRIO, L. (2014). «Trayectorias reproductivas y prácticas de atención a la salud materna entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero». En SÁNCHEZ BRINGAS (coord.). *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 211-243.
- BERRIO, L. (2015). «¿Cuidar la salud o modificar realidades? El papel de la biomedicina en las prácticas de atención durante el embarazo y parto

- en la Costa Chica de Guerrero». Ponencia presentada en el *Seminario Permanente de Antropología Médica*. México: CIESAS-DF.
- BOURDIEU, Pierre (ed.) (1985). *El oficio de sociólogo*. México: Siglo XXI.
- BRETÓN, Víctor (2014). «Desarrollo, etnicidad y etnofagia en los Andes septentrionales (Ecuador 1960 -2010)». En ESCÁRZAGA (coord.). *Movimientos indígenas en América Latina: Resistencia y transformación social*. México: UAM, III, 481-515.
- BURKE, F. (1967). «Tangaña: en busca de Ujamaa». En FRIEDLAND y ROSBERG Jr. (comps.). *África socialista*. México: Fondo de Cultura Económica, 295-334.
- CALLAHAN, M. (2006). «El hospital Kallawayá Shoquema Husi. Un experimento en Salud Intercultural». En FERNÁNDEZ JUÁREZ (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural*. España: Universidad Castilla la Mancha, 289-303.
- CAMPOS, Roberto (1990). *Nosotros los curanderos*. México: Nueva Imagen.
- CAMPOS, Roberto (1997). «La hamaca: historia, etnografía y usos médicos de un mueble mexicano». *Revista Médica del IMSS*, 35(4), 287-294.
- CAMPOS, Roberto (2004). «Experiencias sobre salud intercultural en América Latina». En FERNÁNDEZ JUÁREZ (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala, 129-151.
- CANESSA, A. (2009). «Celebrando lo indígena en Bolivia. Una reflexión sobre el año Nuevo Aymara». En MARTÍNEZ (comp.). *Repensando los movimientos indígenas*. Quito: Abya-Yala, 39-48.
- CASILLAS, R. (2011). «The Dark Side of Globalized Migration: The Rise and Peak of Criminal Networks-The Case of Central Americans in México». *Globalizations*, 8(3), 295-310.
- CASTRO Soto, J. (2000). *Pukuj. Biopiratería en Chiapas*. San Cristóbal de las Casas: RMALC, CIEPAC, COMPITCH.
- Centro de Derechos Humanos Fray Matías de Córdoba (2013). *Segundo Informe sobre derechos humanos y condiciones de vida de las personas migrantes en el centro de detención de la Ciudad de Tapachula*. Chiapas: Tapachula.
- CERDA, A. (2011). *Imaginando zapatismo. Multiculturalidad y autonomía indígena en Chiapas desde un municipio autónomo*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- COMAROFF, John y COMAROFF, Jean (2011). *Etnicidad S.A.* México: Katz Editores.

- COMELLES, Josep M. (2004). «El regreso de las culturas. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI». En FERNÁNDEZ JUÁREZ (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala, 17-30.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (2011). *Informe especial sobre secuestro de migrantes*. México: CNDH.
- CORTEZ, R. (2015). *Muertes de niños menores de cinco años. Desigualdad étnica, económica y de género como condicionante de la auto atención en familias zoques*. México: CIESAS. Tesis doctoral en Antropología.
- CUADRILLERO, H. y R. MEGCHÚN (2013). «El desplazamiento de curadores y brujos entre los tzeltales de las Cañadas de la Selva Lacandona». En BARTOLOMÉ y BARABAS (comps.). *Los sueños y los días. Chamanismo y nahualismo en el México actual*. México: INAH, vol. II, 213-228.
- CHAMPAGNE, P. y I. VERICAT NÚÑEZ (1993). *Iniciación a la práctica sociológica*. México: Siglo XXI.
- CHAMPAGNE, P. (1993). «La ruptura con las representaciones sociales ocultas». En CHAMPAGNE y VERICAT NÚÑEZ (1993). *Iniciación a la práctica sociológica*. México: Siglo XXI, 164-229.
- CROZIER, B. (1965). *Neocolonialismo*. Buenos Aires: Editorial Marymar.
- DE LEO, D. et al. (2003). «La violencia autoinfligida». En KRUG, DAHLBERG, Mercy et al. *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 199-231.
- DEVEREUX, Georges (1977). *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México: Siglo XXI.
- DUMONT, Rene (1966). *El África negra ha partido mal*. Barcelona: Seix Barral.
- EAGLETON, T. (2005). *Después de la teoría*. Barcelona: Debate.
- ERASMUS, Charles (1963). *El hombre asume el control*. Buenos Aires: OMEBA.
- ESCÁRZAGA, F. (2014). «Enfrentar indios contra indios, pueblos contra pueblos y pobres contra pobres, una peligrosa estrategia en los pueblos andinos». En ESCÁRZAGA (coord.). *Movimientos indígenas en América Latina: Resistencia y transformación social*. México: UAM, III, 451-479.
- ESCÁRZAGA, F. y GUTIÉRREZ, R. (coords.) (2005). *Movimientos indígenas en América Latina: Resistencia y proyecto alternativo*. México: Gobierno del Distrito Federal, I y II.

- ESCÁRZAGA, F. (2014). «Introducción». En ESCÁRZAGA (coord.). *Movimientos indígenas en América Latina: resistencia y transformación social*. México: UAM, III, 13-38.
- FAVRE, H. (1999). *El indigenismo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- FERNÁNDEZ DE CASTRO, R. (2014). *Migración centroamericana en tránsito por México hacia Estados Unidos: Diagnóstico y recomendaciones*. México: Instituto Tecnológico Autónomo de México.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (2006). «Al hospital van los que mueren. Desencuentros en salud intercultural en los Andes bolivianos». En FERNÁNDEZ JUÁREZ (coord.) (2006). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 317-336.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.) (2006). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- FONTANA, L. (2014). «Sindicatos campesinos contra indígenas originarios. Movimientos sociales y luchas por la tierra en Bolivia». En ESCÁRZAGA (coord.). *Movimientos indígenas en América Latina: Resistencia y transformación social*. México: UAM, III, 191-211.
- FORBIS, M. (2012). «Autonomía y un puñado de hierbas. La disputa por las identidades de género y étnicas por medio del sanar». En BARONET, Mora y Stalher-Sholk (coords.). *Luchas «muy otras». Zapatismo y autonomía en las comunidades indígenas de Chiapas*. México: UAM-Xochimilco, 371-403.
- FORT, M.; MERCER, M. A. y GISH, O. (comps.) (2006). *El negocio de la salud. Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público*. Barcelona: Paidós.
- FREYERMUTH, Graciela (1993). *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*. Tuxtla Gutiérrez: Gobierno Estado de Chiapas/CIESAS.
- FREYERMUTH, Graciela (2014). «La mortalidad materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud en Chiapas. Un análisis desde la interculturalidad». *Liminar*, 12(2), 30-45.
- FRIEDLAND, W. (1967). «Tendencias sociales fundamentales». En FRIEDLAND y ROSBERG Jr. (comps.). *África socialista*. México: Fondo de Cultura Económica, 33-62.
- FRIEDLAND, W. y ROSBERG Jr. (comps.) (1967). *África socialista*. México: Fondo de Cultura Económica.

- GALLARDO, J. (2002). *Medicina tradicional p^ourhépecha*. Zamora: El Colegio de Michoacán.
- GARCÍA LINERA, A. (2008). *La potencia plebeya. Acción colectiva e identidades indígenas, obreras y populares en Bolivia*. Buenos Aires: CLACSO/Prometeo.
- GÓMEZ, M. (2014). «Los derechos permitidos a una década de la contrarreforma indígena: problemario». En ESCÁRZAGA, F. (coord.). *Movimientos indígenas en América Latina: Resistencia y transformación social*. México, UAM, III, 637-666.
- GUÉMEZ, M. (1997). «De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar. Proceso de incorporación de las parteras empíricas yucatecas al sistema institucional de salud». En KROTZ (coord.). *Cambio cultural y resocialización en Yucatán*. Mérida: Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán, 117-147.
- GUIBERT, W. (2002). «Epidemiología de la conducta suicida». *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18, 1-7.
- HAGEDUS, A. (1978). *Socialismo y burocracia*. Barcelona: Ediciones Península.
- HARRINGTON, Thomas (1962). *The other America. Poverty in the United States*. New York: The Macmillan Company.
- HERTZMAN, C. y A. Siddqi (2000). «Health and rapid economic change in the late Twentieth Century». *Social Science & Medicine*, 35(11), 1369-1378.
- HUFF, T. (1993). *The rise of early modern science. Islam, China and the West*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- JAFFE, H. (1976). *Del tribalismo al socialismo*. México: Siglo XXI.
- JAHN, J. (1971). *Las literaturas neoafricanas*. Madrid: Ediciones Guadarrama.
- KENTIKELÉNIS, A. et al. (2014). «The International Monetary Fund and the ebola outbreak». *The Lancet Global Health*, 21-XII-2014.
- KI-ZERBO, J. (1980). *Historia del África negra*. Madrid: Alianza Editorial, 2 vols.
- KNIPPER, Michael (2006). «El reto de la medicina intercultural y la historia de la medicina tradicional indígena contemporánea». En FERNÁNDEZ JUÁREZ (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 413-432.

- KOLKO, G. (1962). *Wealth and power in the United States*. New York: Frederick Praeger.
- KROEGER, A. (1991). *Malaria y leishmaniasis cutánea en Ecuador. Un estudio interdisciplinario*. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- LANGDON, Esther y CARDOSO, Marina D. (2015). «Introdução». En LANGDON y CARDOSO (orgs.). *Saude indígena. Políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora UFSC, 11-30.
- LA ROSA, E. (2009). *La fabricación de patologías*. Lima: Fondo de Cultura Económica.
- LASLETT, P. (1977). *Family life and illicit love in earlier Generation*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- LE BOT, Y. (2013). *La gran revuelta indígena*. México: Océano.
- LEGUN, C. (1967). «El socialismo en Ghana: Una interpretación política». En FRIEDLAND y ROSBERG Jr. (comps.). *África socialista*. México: Fondo de Cultura Económica, 201-243.
- LENOIR, R. (1993). «Objeto sociológico y problema social». En CHAMPAGNE y VERICAT NÚÑEZ (eds.). *Iniciación a la práctica sociológica*. México: Siglo XXI, 57-102.
- LEON, D. A.; CHENET, L.; SHKOLNIKOV, V. *et al.* (1997). «Huge variations in Russian mortality rates 1984/1994: artefact, alcohol or what?». *The Lancet*, 350(9075), 383-388.
- LEZCANO-PONCE, E.; SCHIAVON, R.; URIBE-ZUÑIGA, P. *et al.* (2013). «Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna». *Salud Pública de México*, 55, S214-S224.
- LIMA, M. y MARTÍNEZ, J. (2014). «Organizaciones sociales de la Amazonia antes y después de Evo». En ESCÁRZAGA (coord.). *Movimientos indígenas en América Latina: Resistencia y proyecto alternativo*. México: Gobierno del Distrito Federal, III, 103-121.
- LOZANO, R.; WANG, H.; FOREMAN, K. J. *et al.* (2011). «Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis». *The Lancet*, 378(9797), 1139-1165.
- LOZANO, R.; NAGHAVI, M.; FOREMAN, K. J. *et al.* (2012). «Global and regional mortality from 225 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010». *The Lancet*, 380(9859), 2095-2128.

- LUENGAS, M. (1994). *El saber y el quehacer de las parteras en el medio rural mexicano*. México: UNAM. Tesis de Maestría en Sociología.
- LUNA, M. et al. (2010). «La muerte materna tiene rostro». *Indicadores, México, Observatorio de Mortalidad Materna*. México DF: OMM.
- LLUCO, M. (2005). «Acerca del movimiento de unidad plurinacional Pachakutik-Nuevo país». En ESCÁRZAGA y GUTIÉRREZ (coords). *Movimientos indígenas en América Latina: Resistencia y proyecto alternativo*. México: Gobierno del Distrito Federal, II, 119-132.
- MAMANI, P. (2014). «Bolivia: nuevas luchas y nuevas contradicciones. Un país en ebullición». En ESCÁRZAGA (coord.). *Movimientos indígenas en América Latina: Resistencia y transformación social*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, III, 81-1102.
- MARIMÁN, P. y AYLWIN, J. (2008). «Las identidades territoriales mapuches y el estado chileno: conflictos interétnicos en el contexto de globalización». En LEYVA, BURGUETE y SPEED (coords.). *Gobernar (en) la diversidad: experiencias indígenas desde América Latina. Hacia la investigación de co-labor*. México: Publicaciones de la Casa Chata, 111-150.
- MARTÍNEZ, C. (2009). «La crisis del proyecto cultural del movimiento indígena». En MARTÍNEZ (comp.) *Repensando los movimientos indígenas*. Quito: FLACSO, 173-196.
- MARTÍNEZ, C. (comp.) (2009). *Repensando los movimientos indígenas*. Quito: FLACSO.
- MARTÍNEZ, E. (1993). «Quiatoni: una experiencia organizativa para el autodesarrollo». En WARMAN y ARGUETA (coords.). *Movimientos indígenas contemporáneos en México*. México: UNAM/Porrúa, 63-80.
- MARTÍNEZ LUNA, J. (1993). «¿Es la comunidad, nuestra identidad?». En WARMAN y RAGUETA (coords.). *Movimientos indígenas contemporáneos en México*. México: UNAM/Porrúa, 157-170.
- MBOYA, T. (1963). *Libertad y futuro*. Barcelona: Ariel.
- MCKEOWN, Thomas (1976). *The modern rise of population*. London: Academic Press.
- MCKEOWN, Thomas (1990). *Los orígenes de las enfermedades*. Barcelona: Crítica.
- MENDOZA, Z. (1994). *De lo biomédico a lo popular. El proceso de salud/enfermedad/atención en San Juan Copala, México*. México: ENAH. Tesis de Maestría en Antropología Social.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1979). *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México: Nueva Imagen.

- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1981). *Poder, estratificación social y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata. (Nueva edición corregida y aumentada. Tarragona: Publicacions URV, 2018).
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1984). *Mortalidad infantil en una comunidad de Guanajuato: articulación de formas de atención*. Manuscrito.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1990a). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana/FONCA.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1990b). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1994). «La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?». *Alteridades*, 7, 71-83.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismos*. Barcelona: Edicions Bellaterra (2.ª edición corregida y aumentada: Prohistoria, Rosario, 2010).
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2005a). «Políticas del sector salud mexicano (1980-2004): ajuste estructural y pragmatismo de las propuestas neoliberales». *Salud Colectiva*, 1(2), 195-224.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2005b). «Poblaciones abiertas, seguras y privadas: cambios, reorientaciones y permanencias en el sector salud mexicano». En ASIS y ALONSO (coords.). *El estado mexicano: herencia y cambios*. México: Porrúa/CIESAS, II, 151-192.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2006). «Reflexión teórica e intervención aplicada o, de la necesidad de trabajar con nuestros presupuestos participativos». En MENÉNDEZ y SPINELLI (coords.). *Participación social ¿para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial, 181-199.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2009a). «De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y de la epidemiología mexicanas». *Salud Colectiva*, 5(2), 155-179.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2009b). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2009c). *Miedos, riesgos e inseguridades. Los medios, los profesionales y los intelectuales en la construcción social de la salud como catástrofe*. México, Publicaciones de la Casa Chata.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2012). «¿Qué drogas matan más? Algunos comentarios sobre las políticas prohibicionistas aplicadas a las sustancias consideradas adictivas». *Ichan Tecolotl*, 266, 3-6.

- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2018). *De saberes médicos tradicionales, populares y científicos. Relaciones y dinámicas racistas en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2018). *Poder, estratificación social y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Tarragona: Publicacions URV (2.^a edición revisada y ampliada).
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (ed.) (1991). *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política (1930 -1979)*. México: Libros de la Casa Chata.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. y DI PARDO, Renée (2010/2011). «Sector Salud y organizaciones no gubernamentales: convergencias y articulaciones en torno a la salud reproductiva». *AM. Rivista delle Società Italiana di Antropologia Medica*, 29/32, 215-252.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. y MICELI, N. A. (1977). *Diagnóstico de salud del municipio de Ticul, Yucatán*. México: Escuela de Salud Pública de México.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. y RAMÍREZ, M. (1980). *Ideología y práctica de los sistemas de salud en una comunidad yucateca*. Manuscrito.
- MENESES, S. (2005). *Semiótica de la otredad, la diferencia como diagnóstico. Etnografía de los encuentros médicos interétnicos en los Altos de Chiapas*. México: CIESAS. Tesis de maestría en Antropología Social.
- MOYNIHAN, R. y CASSELS, A. (2006). *Medicamentos que enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes*. Buenos Aires: Editorial Atlántida.
- NEHE, B. (2014). «Espacios del Estado/Espacios de la autonomía». En ESCÁRZAGA (coord.). *Movimientos indígenas en América Latina: Resistencia y transformación social*. México: UAM, III, 293-318.
- NKRUMAH, N. (1966). *Neocolonialismo, última etapa del imperialismo*. Madrid: Siglo XXI.
- NYERERE, Julius (1967). «Ujamaa: base del socialismo africano». En FRIEDLAND y ROSBERG Jr. (comps.). *África socialista*. México: Fondo de Cultura Económica, 359-372.
- NYERERE, Julius (1972). *Socialismo, democracia y unidad*. Bilbao: Edit. Zero.
- OSORIO, Rosa M. (1994). *La cultura médica materna y la salud infantil*. México: ENAH. Tesis de Maestría en Antropología Social.

- ORTEGA, J. (1999). *Proceso reproductivo femenino: saberes, género y generaciones en una comunidad maya de Yucatán*. Zamora: El Colegio de Michoacán. Tesis de Doctorado en Antropología Social.
- PAGE, J. (2002). *Políticas sanitarias dirigidas a los pueblos indígenas de México y Chiapas 1857-1995*. México: UNAM/UNACH.
- PAGE, J. (2005). *El mandato de los dioses. Etnomedicina entre los tzotziles de Chamula y Chenalhó, Chiapas*. San Cristóbal de las Casas: UNAM.
- PAGE, J. (2012). «Refresqueras y diabetes entre los mayas de Tenejapa, San Cristóbal y Chamula, Chiapas». *Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos*, 11(1), 154-167.
- PAJUELO, R. (2014). «El despertar del movimiento indígena en Perú». En ESCÁRZAGA (coord.). *Movimientos indígenas en América Latina: Resistencia y transformación social*. México: UAM, 213-221.
- PATZI, F. (2005). «Las tend to die Cuba. Suicide and society encias en el movimiento indígena en Bolivia». En ESCÁRZAGA y GUTIÉRREZ (coords.). *Movimientos indígenas en América Latina: Resistencia y proyecto alternativo*. México: Gobierno del Distrito Federal, I y II, 63-70.
- PEÑA, Patricia (2006). *Mortalidad infantil y brujería. El caso de la etnia mazahua, México*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Tesis doctoral.
- PEREZ Jr., L. A. (2005). *To die in Cuba: Suicide and Society*. Chapel Hill; London: The Univ. of North Carolina Press.
- PLATT, F. (2006). «El feto agresivo. Partos, formación de la persona y mito-historia en los Andes». En FERNÁNDEZ JUÁREZ (coord.). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y Crítica Intercultural*. Quito: Abya-Yala, 145-172.
- QUISPE, F. (2005). «La lucha de los ayllus kataristas hoy». En ESCÁRZAGA y GUTIÉRREZ (coords.). *Movimientos indígenas en América Latina: Resistencia y proyecto alternativo*. México: Gobierno del Distrito Federal, I y II, 71-75.
- PITARCH, P. (2004). «Los zapatistas y el arte de la ventriloquía». *Istor*, 17, 95-132.
- PITARCH, P. ((2005). «Ventriloquía confusa». *Istor*, 22, 129-144.
- PRESS, I. (1975). *Tradition and adaptation. Life in a modern Yucatan Maya village*. Greenwood Press.
- QUINTAL, F.; BRICEÑO, F. y CABRERA, A. (2013). «Los que hablan con los vientos: los jmeeno”ob”». En BARTOLOMÉ y BARABAS (comps.). *Los*

- sueños y los días. *Chamanismo y nahualismo en el México actual*. México: INAH, vol. II, 145-198.
- RAMÍREZ, M. (1980). *Dinámica y conceptos sobre la salud/enfermedad en Ticul, Yucatán*. México: ENAH. Tesis de Licenciatura en Antropología Social.
- RAMÍREZ-HITA, Susana (2011). *Salud intercultural. Crítica y problematización del contexto boliviano*. La Paz: SEAT.
- RAMÍREZ-HITA, Susana (2014). «Aspectos interculturales de la reforma del sistema de salud en Bolivia». *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(4), 762-768.
- RAMOS, I. (2002). *Hueseros-sobadores en la ciudad de México. Un estudio de caso*. México: ENAH. Tesis de maestría en Antropología Social.
- REINAGA, F. (1982). *La podredumbre criminal del pensamiento europeo*. La Paz: Ediciones Comunidad Amaútica Mundial.
- RIESMAN, F. et al. (1964). *Mental Health of the Poor*. New York; Toronto: Free Press.
- ROBERTS, M. (1967). «Una visión socialista del socialismo africano». En FRIEDLAND y ROSBERG Jr. (comps.). *África socialista*. México: Fondo de Cultura Económica, 130-153.
- ROMANÍ, Oriol (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- RUBEL, Arthur (1978). «Dificultades para expresar al médico los trastornos actuales que aquejan al paciente: la enfermedad del susto como ejemplo». En VELIMIROVIC (ed.). *La medicina moderna y la antropología en la población fronteriza mexicano/estadounidense*. Washington DC: OPS, 166-174.
- RUIZ, O. (2005). «La inmigración indocumentada como metáfora de riesgo en la globalización». *Estudios Sociológicos*, 22(68), 611-636.
- SANTANA, M. E. (2015). «El buen vivir, mirada desde dentro». *Revista Pueblos y Fronteras* (digital), 10(19), 17-198.
- SANTI, M. (2014). «Aún seguimos siendo esperanza». En ESCÁRZAGA (coord.). *Movimientos indígenas en América Latina: Resistencia y transformación social*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, III, 123-128.
- SARIEGO, José L. (2002). *El indigenismo en la Tarahumara*. México: INI/ INAH.
- SURET-CANALE, J. (1964). *Afrique Noire Occidentale. L'Ere coloniale, 1900-1945*. Paris: Editions Sociales.

- TAPIA, L. (2014). «La relación entre gobierno y movimiento indígena en el ciclo de cambio político en Bolivia». En ESCÁRZAGA *et al.* (coords.). *Movimientos indígenas en América Latina: Resistencia y transformación social*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, III, 629-636.
- URIBE, G. (2006). «Mortalidad materna en Bolivia. ¿Qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres?». En FERNÁNDEZ JUÁREZ (coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 173-186.
- VALDÉZ, G. (2013). *Historia del narcotráfico en México*. México: Editorial Aguilar.
- VEGA, R. (2018). *No Alternative. Childbirth, citizenship and indigenous culture in Mexico*. Austin: University Texas Press.
- WARMAN, A. y ARGUETA, A. (comps.) (1993). *Movimientos indígenas contemporáneos en México*. México: UNAM/Porrúa.
- WOODIS, J. (1968). *África. Los orígenes de la revolución*. Madrid: Editorial Ciencia Nueva.
- ZAMOS, L. (2005). «El movimiento indígena ecuatoriano: de la política de la influencia a la política de poder». En POSTERO y ZAMOS (eds.). *La lucha por los derechos indígenas en América Latina*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 193-228.
- ZAPATA, C. (2013). *Intelectuales indígenas en Ecuador, Bolivia y Chile. Diferencias, colonialismo y anticolonialismo*. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- ZIBECHI, R. (2007). *Dispersar el poder. Los movimientos como poderes anti estatales*. Guadalajara: Taller de la casa del Mago.
- ZIBECHI, R. (2010). «Políticas sociales, gobiernos progresistas y movimientos anti sistémicos». *Revista Internacional de Filosofía Política*, 35, 5-20.
- ZIEGLER, J. (1969). *La contrarrevolución en África*. Barcelona: Lumen.
- ZOLLA, C. y C. SÁNCHEZ (2010). *Pueblos indígenas e indicadores de salud*. México: UNAM.

DE SANTAS Y SABIAS A ALCAHUETAS Y HECHICERAS

Coral Cuadrada

*Medical Anthropology Research Center
Universitat Rovira i Virgili (Tarragona)*

Resumen: Mi intención es presentar una reflexión de recorrido largo en el tiempo, capaz de relacionar mujeres y herbolaria, desde el siglo XII al XVI. Escojo como principales protagonistas a Hildegarda de Bingen, para el inicio, y para acabar, a Celestina; el entreacto es amenizado por los cuentos de Canterbury. La metodología seguida se basa, en una primera fase, en el método tradicional de interpretación de datos y textos medievales; en la segunda, toma como ideas a implementar las derivadas del giro lingüístico —White— y el análisis crítico del discurso —Van Eijk—. Me baso en sus consideraciones y sugerencias para el análisis de *Los cuentos de Canterbury* y de *La Celestina*. Las narrativas de Chaucer y Rojas son ficciones, sin embargo, ofrecen mayor precisión y representación de la cultura medieval que los registros históricos de la época. Las historiadoras ganamos de esta manera una perspectiva más amplia, atreviéndonos a la incorporación de la fantasía histórica en nuestras investigaciones, especialmente cuando hay tan poca documentación imparcial disponible, como es el caso de las curanderas sabias medievales.

Palabras clave: herbolaria, terapéutica, Hildegarda de Bingen, *Cuentos de Canterbury*, Celestina, brujas.

From holy and wise women to gossipers & sorcerers

Abstract: My intention is to give a chronological and historical account of the relationship between women and herbalism from the 12th to the 16th centuries. I focus first on Hildegarda de Bingen, then *The Canterbury Tales* and conclude with *La Celestina*. The methodology consists of an initial phase that examines the traditional interpretations of Medieval data and texts; and a secondary phase which implements White's

linguistic ideas, considerations and suggestions and Van Ejik's strategies of discourse comprehension for the analysis of *The Canterbury Tales* and *La Celestina*. Although both narratives by Chaucer and Rojas are fiction, they offer a more precise representation of medieval culture than most historical records from that period. Women historians can gain a broader perspective by incorporating historical fiction into our research, especially when the availability of impartial documentation is limited, as is the case of medieval wise women healers.

Keywords: herbalism, therapeutic, Hildegard of Bingen, Canterbury Tales, La Celestina, witches.

*Introducció*¹

Matinet de Sant Joan,
les herbes tenen virtut;
ai, amic, l'amor fa sang
i la lluna ja s'esmuny,
matinet de Sant Joan.

Matinet de Sant Joan,
les herbes duen metgia;
ai, amic, l'amor fa sang,
cremen verbena florida,
matinet de Sant Joan.

Maria-Mercè Marçal.

Ir a por hierbas, desde lo más antiguo —las recolectoras paleolíticas—, ha sido cosa muy de ámbito femenino. Acogidas en sacos, ampollas, pucherros, potes, arcas, costales, garrafas, botes, hatillos, cazuelas, cofres, talegos, árganas, damajuanas, tarros, ollas, esteras, bolsas, escudillas, botellas, vasi-

1GRAMP (2014SGRI252), Universidad de Barcelona; MARC (Medical Anthropology Research Center), Universitatd Rovira i Virgili <<http://www.marc.urv.cat/>> ; AMSMB (Archivo de los Marqueses de Santa Maria de Barberá (Vilassar de Dalt); <<https://urv.academia.edu/CoralCuadrada>>. Este artículo se emmarca en los proyectos HAR2015-65285-R (AEI/FEDER, UE) y RecerCaixa 2017: "FÈNIX. La formació d'un Entorn Internacional en Xarxa: els negocis d'un mercader català en el trànsit a la Modernitat.

jas, cajas, marmitas, frascos, cordeles, alambiques, cazos, cestas, peroles y retuertas. A fuego lento elaboradas en cocina, para perfumería y medicina —que viene a ser lo mismo.

Aquí mi intención es presentar una reflexión de recorrido largo en el tiempo, capaz de relacionar mujeres y herbolaria, desde el siglo XII al XVI. Escojo como principales protagonistas a Hildegarda de Bingen, para el inicio, y, para el final, a Celestina; mientras el entreacto es amenizado por los cuentos de Canterbury.

Jardines medicinales

f 70. Volumus quod in horto omnes herbas habeant, id est: liliū, rosas, fenigrecum, costum, salviam, rutam, abrotanum, cucumeres, pepones, curcubitas, fasiolum, ciminum, rosmarinum, careium, cicerum italicum, squillam, gladiolum, dragantea, anesum, coloquentidas, solsequiam, ameum, silum, lactucas, git, eruca alba, nasturtium, parduna, puledium, olisatum, petresilinum, opium, leusticum, savinam, anetum, feniculum, intubas, diptamnum, sinape, satureiam, sisimbrium, mentam, mentastrum, tanazitam, neptam, febre fugiam, papaver, betas, vulgigina, mismalvas, [ibischa, id est alteas] malvas, caruitas, pastenacas, adripias, blidas, ravacaulos, caulos, uniones, britlas, porros, radices, ascalonicas, cepas, alia, warentiam, cardones, fabas majores, pisos mauriscos, coriandrum, cerfolium, lacteridas, sclareiam. Et ille hortulanus habeat super domum suam Jovis barbam.

De arboribus volumus quod habeant pomarios diversi generis; pirarios diversi generis; prunarios diversi generis; sorbarios, mespilarios, castanearios, persicarios diversi generis, cotonarios, avellanarios, amandalarios, morarios, lauros, pinos, ficus, nucarios, cerearios diversi generis. Malorum nomina: gozmaringa, geroldinga, crevedella, spirauca, dulcia, acriores, omnia servatoria; et súbito comessura; primitiva. Peraciis servatoria trium et quartum genus, dulciores, et cocciore, et serotina².

El texto en latín corresponde al capítulo 70 del *Capitulare de villis et de curtibus imperialibus*, acta legislativa en forma de capitular —formada por capítulos— de autor y fecha incierta —finales del siglo VIII o principios del IX (Bloch, 1923: 40-56), como frecuentemente ocurre con la documenta-

² El nombre de las plantas y árboles en español en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Capitulare_de_villis_vel_curtis_imperii> [consulta: 18-11-15].

ción carolingia. Aunque esta acta legislativa no tuviera ambición de innovar, sino recordar las buenas reglas de conducta, su valor es indiscutible porque de forma asaz precisa nos permite penetrar en las particularidades de la administración de las propiedades del territorio franco. En el Capitular, Carlomagno indica la manera como quiere que sean gestionadas sus propiedades, con la intención de que todas las personas que habitan en sus dominios no carezcan de nada. Quería, en principio, asegurarse de la ejecución de sus ordenanzas, e instaba a sus intendentes a enviarle, anualmente, en Navidad, los registros relativos a las ganancias del dominio, con mención expresa de «la cuenta de las legumbres, de los frutos de los árboles, nueces, avellanas, de los árboles injertados de diversas especies, y de los jardines» (Guérard, 1853: 75).

En el cuerpo del Capitular se citan cereales, viña, plantas textiles — lino, cáñamo—, tintóreas —rubia, pastel—, cardo para alisar la lana y las telas. Pero en el último capítulo (el que encabeza este apartado) se listan 73 hierbas y 16 árboles, los cuales cree el *dominus* que se han de cultivar en sus territorios. Entre ellas, hortalizas y verduras, condimentos, plantas medicinales, todas reconocidas por poseer virtudes terapéuticas y dietéticas, siendo más de la mitad especies comunes, espontáneas o cuasi espontáneas. Es obvio que el escriba que redactó el capítulo 70 tenía a su disposición una documentación importante sobre las hierbas allí relacionadas, así como sobre sus propiedades, tanto medicinales como alimentarias. Se trata, en suma, de una compilación de plantas y frutos que habían de ser más o menos utilizados para dichos fines. En el espíritu del redactor la voluntad era la de promover el cultivo de ciertas hierbas que tenían características organolépticas primordiales: calor, frío, sequedad, humedad, conforme a la doctrina hipocrática. Las obras de Plinio, Dioscórides y Galeno, transmitidas por Marcelo —*Marcellus Empiricus* o *Marcellus Burdigallensis*— e Isidoro, fueron seguramente las principales referencias. Ahora bien, si esto era la previsión teórica, la práctica no era la misma. A nivel terapéutico, en el campo se realizaban sola y exclusivamente recetas simples con ingredientes locales. Marcelo (siglos IV-V) había ya listado más de 2.500 en *De medicamentis liber*, donde dio a conocer los recursos de la farmacopea gala. Es entonces refutable la tendencia a englobar estas recetas bajo la apelación, más o menos peyorativa, de «medicinas populares», sin apreciar que en realidad son el resultado de una suma de tradiciones y de experimentaciones desconocidas, transferidas de generación en generación. Las colecciones de remedios de los siglos VIII, IX y X

dan fe de ello. Estudios (Barbaud, 1988) basados en textos —antidotarios, recetarios— de estas centurias lo demuestran: se han recogido 1.616 fórmulas —875 en antidotarios, 741 en recetarios—, en las que se citan 310 plantas, 56 de las cuales se mencionan en el Capitular. ¿Se cultivan estas en los huertos carolingios?

Para responder la incógnita, me desplazo a los monasterios. Tenemos primero el conjunto de Saint-Gall, dibujado en 820. Veamos, en primer lugar, el plano completo del monasterio (figura 1), del cual resalto la zona hospitalaria con salas para pacientes graves —*cubiculum valde infirmorum*—, para el médico jefe —*mansio medici ipsius*— y para los otros médicos —*domus medicorum*—. Cerca está la farmacia —*armarium pigmentorium*—, y, detrás de las habitaciones de los médicos, el jardín para las hierbas con dieciséis parcelas para las diversas plantas (Fischer, 1955, I: 49). Fijémonos en la distribución espacial del plano, reflejo de una sistemática completamente racional de las necesidades, síntesis simbólica de la concepción conjunta de la cocina y farmacia, vida y muerte, cuidado y espíritu, juventud y vejez, enfermedad y transmisión científica.

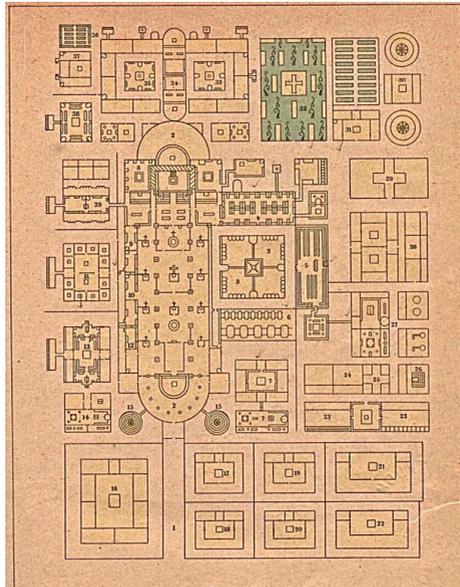


Figura 1. Saint-Gall. © <<http://maps.nationmaster.com/country/sz/1>>.

Del plano general distingo el detalle de la parte superior (figura 2). En el extremo izquierdo se encuentra el huerto donde se siembran camino, acelgas, repollos, nabos, zanahorias, rábanos, lechuga, eneldo, perifollo, cilantro, perejil, apio, cebollas, puerros, ajo y cebolleta. En la esquina inferior derecha aparece el jardín medicinal, con hinojo, fenogreco, ajedrea, costo, poleo, romero, apio de monte, iris, judías, comino, ruda, menta, berros, salvia, rosas y lirios. Vistas las dimensiones reducidas de los macizos destinados a cada especie, se puede suponer que las plantas cosechadas no podían permitir los cuidados y la subsistencia de toda la comunidad, por tanto, sugiero que los nombres indicados son presentados únicamente a título indicativo y que, si en las abadías carolingias existieron huertos, no tenían por qué seguir necesariamente las indicaciones contenidas en la planta de Saint-Gall (Lenoir, 1856: 421).

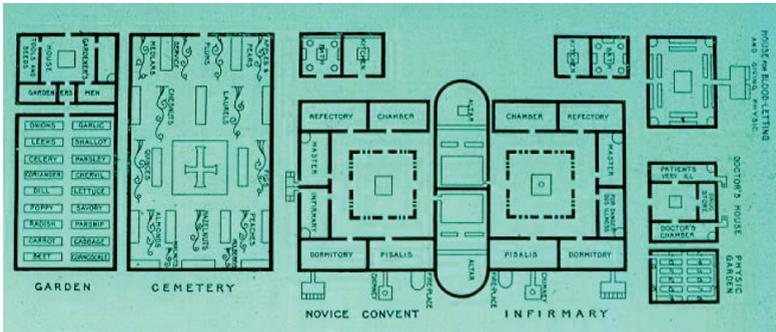


Figura 2. Saint-Gall (detalle).

© <<http://pages.uoregon.edu/helphand/medievalpgsone/medievalpg2.html>>.

Luego tenemos los inventarios de los dominios reales de Annapes y de Tréola, el primero de ellos contiene 20 especies, el segundo, 27, de las cuales hay en el Capitular 19 y 25, respectivamente. Otros tres textos —manuscrito de la abadía de Corbie (s. IX)³; *De universo*, de Raban Maur, abat de Fulda (ca. 830)⁴, y la pequeña composición en verso *Hortulus*, de Walafrid Strabus (840)⁵—, nos indican *herbarius* con 60 especies, de las

3 Bibliothèque Nationale (Paris), Ms. lat. 13955.

4 *Rabanus Maurus*, edición Jacques Paul Migne, *Patrologiae cursus completus, series latina* (PL), T. CXI, col. 511-533.

5 *Walafridus Strabus*, PL, T. CXIV, col. 1119-1130.

cuales 19 están en el Capitular; 100 sobre 29 en los capítulos «De herbis aromaticis sive communibus» y «De oleribus», y 23 sobre 18. Estos resultados nos indican de forma fehaciente que muchas más plantas de las que se anotan en el capítulo 70 son conocidas y editadas con anterioridad. De las 56 plantas del Capitular usadas en terapéutica, 35 de ellas se cultivan en los jardines y 40, en huertos. Más de la mitad son a la vez medicinales, culinarias y/o condimentos; muchas alternan entre los *hortulus* y los *herbolarius*, encontrándose allá y acá, y, en cambio, las hay que nunca aparecen: alcaravea, estragón, eneldo, enjalme, jengibre, orache... Algunas plantas utilizadas como medicinales por los médicos grecolatinos y citadas en el Capitular no se hallan en los formularios coetáneos —la bardana y el tanaceto muy poco, como el orégano. Por el contrario, hierbas consideradas como panaceas y recetadas en todos los tiempos no se nombran —betónica, agrimonia, marrubio, aristolochia, camedrio, zaragatona—. Sin duda, el redactor del capítulo 70 conocía bien las hierbas que crecían en su entorno natural, y no juzgó necesario prescribir su cultivo. Otro aspecto que deriva del estudio de este texto es que plantas de etimología griega, tales como el beleño, la hierba de san Juan o el hisopo, usadas por los bizantinos —Oribasio, Alejandro de Tralles—, conocieron una cierta moda en Europa Occidental a partir de los siglos VIII y IX; su utilización se comprueba en los formularios carolingios, pero no se aluden en el Capitular, seguramente porque no se hallaban en los textos a disposición del escriba.

En conclusión, el Capitular *De villis* se presenta como una enumeración más o menos teórica, un compendio más o menos sabio de plantas empleadas en la época, tanto en el campo alimentario como en el terapéutico, citadas en las obras consideradas entonces clásicas. 56 plantas entran en la composición de unas 1.600 fórmulas en ocho colecciones de recetas de los siglos VIII al X, la mayoría de ellas son hierbas comunes que crecen espontáneamente en los montes y campos cercanos, nombradas con profusión desde el s. V por Marcelo. Si algunas de ellas eran cultivadas en los jardines medicinales o mencionadas en los huertos monacales, era ciertamente porque eran mejor conocidas por los autores y más utilizadas, teniendo en cuenta, por una parte, los recursos locales que obviamente dependían del clima, y, por otra, los hábitos alimenticios y curativos del lugar en sí, sin contar con las posibles fantasías del monje jardinero.

Las plantas de Hildegarda

La abadesa alemana Hildegarda de Bingen (1098-1179) compuso una enciclopedia natural conocida como *Physica*, en la que los vegetales encuentran un universo importante: el mundo de las plantas aparece de hecho como lo que Hildegarda mejor conocía, hasta el punto de que algunos críticos se preguntan si la *Physica* no era inicialmente un herbario, al que llegaron más tarde otros libros de contenido zoológico o mineral (Flanagan, 1989: 82). Es un cuerpo de 230 capítulos consagrados a otro tanto de plantas, el *liber de plantis*⁶, primera sección de la *Physica*. La condición de monja, después abadesa, de su autora, encuentra allí el origen de su sabiduría: el monasterio benedictino no estuvo exento de su jardín, los trabajos de Benedictus Crispus o Walafrid Strabo⁷ muestran que el claustro fue desde el siglo IX un lugar privilegiado para adquirir conocimientos acerca de las virtudes de las plantas. Pero Hildegarda manifiesta en todo momento un saber fármaco-botánico que sobrepasa el espacio demasiado estrecho del jardín monacal; en todo cuanto dice pone de evidencia sus lecturas, las cuales escondía con cuidado para conferir un tratamiento original de sus fuentes. Algunos de sus conocimientos científicos o médicos se han de atribuir a sus predecesores, aunque ello no excluye que haya tenido un gran acceso a la observación personal. Es decir, une el estudio intelectual al empírico; se ha escrito que la abadesa *élargissait l'univers botanique européen lui-même*, por la investigación de nuevas plantas indígenas (Ribémont y Sodigné-Costes, 1991: 161), y, en verdad, estas plantas salvajes locales dominan ampliamente el *liber primus* —describe 8 cereales, 26 plantas medicinales exóticas, 38 especies curativas cultivadas en jardines, 46 legumbres, y 68 plantas salvajes locales— (Baumer, 1991: 134).

Además de ser muy seguro que leyó y se inspiró en fuentes clásicas —la Biblia, Ovidio, Plinio, Virgilio, Isidoro, Vindiciano, Constantino el Africano—, conocía a sus predecesores alemanes en materia botánica. En varios lugares de la *Physica* se encuentran correspondencias con el *Hortulus* de Walafrid Strabus, quien cantaba, como se ha expuesto más arriba, las ala-

6 Cfr. *S. Hildegardis abbatissae subtilitatum diversarum naturarum creaturarum libri novem*, edición Charles Daremberg y Friedrich A. Reuss, en *S. Hildegardis abbatissae opera omnia*, PL, vol. 197, Paris 1855, col. 1117-1352; citaré en adelante con el título corriente de *Physica*.

7 Cfr. *S. Benedicti Crispi Poematium medicum*, PL 89, col. 369-376; y *Walafridi Hortulus*, PL 114, col. 1119-1130.

banzas de las virtudes terapéuticas de 23 plantas recomendadas en el *Capitular De villis*. Como él, Hildegarda alardea de las bondades de la rosa⁸, recomienda el empleo del marrubio para luchar contra la tos, el dolor de garganta y las entrañas enfermas⁹, y preconiza una medicina con base de ruda «si alguno ha comido alguna cosa que le hace sufrir»¹⁰; estima, asimismo, que el hinojo es soberano en las dolencias oculares¹¹, tiene al melón por una planta fría¹², y aconseja el perifollo contra los males del bazo, allí donde Walafrid loaba su eficacia contra el dolor de barriga¹³; como el, aún, distingue múltiples variedades de menta¹⁴, entre las que diferencia netamente el poleo, como todos los autores medievales. El poleo es considerado una auténtica panacea, la abadesa cree que esta planta contiene en sí las virtudes de quince otras «hierbas»¹⁵ y ambos la recomiendan para purgar el estómago. En fin, coincide todavía con el sabio benedictino cuando aconseja la absenta en caso de dolor de cabeza¹⁶, las raíces de iris impregnadas en vino contra los cálculos¹⁷ o la salvia para los dolores de estómago¹⁸.

Resultaría fastidioso continuar con tal enumeración, y sería vano sobre todo buscar por la fuerza en la obra de Hildegarda la prefiguración que la sola evolución posterior de la ciencia y de las técnicas ha podido conseguir. La postura que consistiera en alabar a Hildegarda, por así decirlo, de haber adivinado, o, a la inversa, menospreciarla por no haber supuesto virtudes medicinales que reconocemos hoy en una u otra planta, estaría condenada al fracaso. No solo una mirada de estas características sobre una obra del Medievo se vería abocada al análisis de simples constataciones, sino que reflejaría una concepción positivista, anacrónica y triunfalista-

8 *Physica*, I, 22, *De Rosa*, PL 1139 C.

9 *Physica*, I, 33, *De Andorn*, PL 1143 A.

10 *Physica*, I, 64, *De Rutha*, PL 1155 B.

11 *Physica*, I, 66, *De Feniculo*, PL 1157 AB.

12 *Physica*, I, 87b, *De peponibus*, PL 1164 D.

13 *Physica*, I, 70, *De Kirbele*, PL 1160 B.

14 *Physica*, I, 75, *De Bachmyntza*; I, 76, *De Myntza Majori*; I, 78, *De Minori Myntza*; I, 78, *De Rossemyntza*.

15 *Physica*, I, 126, *De Poleyta*, PL 1181 A-C.

16 *Physica*, I, 109, *De Wermuda*, PL 1172 C.

17 *Physica*, I, 118, *De Swertula*, PL 1178 B.

18 *Physica*, I, 161, *De Scharleya*, PL 1191 C.

ta del progreso a nivel de conocimiento. Si la abadesa prestaba a las plantas propiedades desconocidas por nosotras, y a la inversa, no hay más que normalidad desde el punto de vista histórico: otros tiempos, otros saberes. O dicho con otras palabras: lo que es naturalmente falso es culturalmente verdadero en una época determinada. La principal dificultad del estudio de la fármaco-botánica de Hildegarda es entonces con probabilidad una cuestión de perspectiva.

Además, de entre sus muchas otras obras filosóficas, musicales, poéticas o lingüísticas, Hildegarda probablemente dictó el *Libro de las causas y remedios de las enfermedades* como parte de un todo único, junto con la *Physica* —*Libro de los remedios naturales*—, pues es probable que el de las causas y remedios fuera dirigido a profesionales de la medicina, mientras que la *Physica* sería un manual doméstico para profanos sobre la utilidad y el valor, para sanos y enfermos, de plantas, animales o minerales. *Causae et Curae* describe la recíproca interrelación e interacción entre el hombre y el cosmos de un modo más amplio todavía que el que supone la sabiduría popular. No es que duelan las articulaciones ante un cambio de tiempo, sino que el tiempo atmosférico, la luna y toda la Creación influyen y afectan al ser humano (figura 3), pues toda la Creación está en el hombre. En una perspectiva incluso más amplia, Hildegarda nos enseña que las acciones del hombre se reflejan hasta en las estrellas, y, además, la mala conduc-

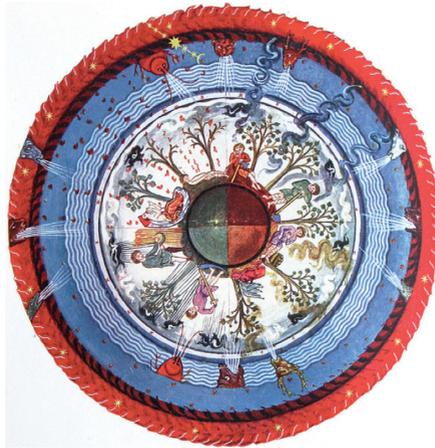


Figura 3. Visión de Hildegarda de Bingen. © Flickr.

ta humana altera el buen funcionamiento de la Creación, con la alteración sustancial de la armonía del universo. Reconoce que Dios es el origen de todo bien, así el hombre ha de descubrir en la naturaleza por Él creada los remedios que permanecen ocultos en su seno (Schiller, 1996).

A continuación, lo que voy a resaltar de esta obra son dos partes: *III. Los remedios* y *IV. Más remedios*. La tercera abarca los epígrafes del 352 al 391, copio los títulos para que de esta manera se tenga una visión general de los temas tratados:

Caída del cabello. Dolor de cabeza por bilis negra. Amencia. Migraña. Dolor de cabeza por vapores de estómago. Dolor de cabeza por flemas. Lo que sigue trata de afecciones de pulmón. Pérdida de visión. Ojos grises. Ojos ígneos. Ojos de varios colores. Ojos turbulentos. Ojos negros. Albugo de los ojos. Lagrimeo de los ojos. Pérdida de oído. Dolor de dientes. Firmeza de la dentadura. Gusanos en los dientes. Úvula. Dolor de corazón. Dolor de pulmón. Dolor de bazo. Dolor de estómago. Indigestión. Rotura del peritoneo. Dolor de riñones. Tripas. Dolor de costado. Inflamación de escroto. Incontinencia urinaria. Esterilidad masculina. Esterilidad femenina. Podagra. Fístula. Úlceras. Insomnio. Especies.

En la cuarta, del 392 al 460, continúan siendo recetas contra gran variedad de dolencias:

Más sobre la retención de la menstruación. Flujo menstrual. Dificultades de parto. Purga de saliva y mocos. Más sobre hemorragia nasal. Coriza. Toma de purgantes. Dieta. «Nada encontré, nada escribí». Incontinencia sexual. Vista nublada. Contra lujuria. Contra fantasías. Pérdida de memoria. Hipo. Contraveneno. Calambres. Retortijones. Ira y tristeza. Ira. Vista nublada por llanto. Risa immoderada. Embriaguez. Vómitos. Disentería. Hemorragias. Hemorragia por el trasero. Hemoptisis. Hemorroides. Más sobre la sangre. Más sobre hemoptisis. Erisipela. Contra el cáncer y para cualquier úlcera y dolor de cabeza. Escabies. Ictericia. Epilepsia. Hidropesía. Cólicos. Lombrices. Arador de la sarna. Contra lombrices. Cálculos. Lepra. Más sobre lepra. Lepra por incontinencia. Gota. Escrófulas. Achaques. Fiebre aguda. Más sobre fiebre aguda. Fiebre cotidiana. Terciana. Más sobre terciana. Cuartana. Contra los gusanos. Acero. Bueyes. Ovejas. Caballo. Asno. Cerdo. Cabra. Más sobre caballo y buey. Oveja. Dolor de lengua. Pecho. Olvidos.

Por razones obvias de economía de espacio, se hace imposible referir todos y cada uno de los remedios, hecho que me obliga a seleccionar algunas muestras en las que se evidencie el uso de hierbas y plantas medicinales. Son interesantes, para el contenido y posterior desarrollo de estas

reflexiones, los relativos a las mujeres. Comento entonces los que hacen referencia a la esterilidad¹⁹, menstruación²⁰ y parto²¹. La mujer estéril no se cura con plantas, sino con matriz de cordera o vaca cocidas con tocino y carnes grasas. Las que retienen el menstuo, en cambio, han de ir a recoger anís, matricaria —*fibrugiam, chrysanthemum parthenium*— y verbasco —*wullenam*—, y darse con las hierbas baños de vapor —*assum balneum*—. Luego han de tomar arándano, milenrama, aristoloquia, ruda y díctamo blanco —*fraxinela*—, machacarlos en un mortero y cocerlos en vino puro en una olla nueva; después, recoger clavo abierto y pimienta blanca, y triturarlo junto con miel y hacerlo hervir en el mejor vino. Se echa en el balde con las hierbas y se prepara un vino especiado —*clareto*—, que se bebe en ayunas y en las comidas. En cambio, la mujer que padece menstruaciones desordenadas ha de añadir betónica —*stachys officialis*— al vino bebido con frecuencia para regular el calor de la sangre. Para la encinta que le cuesta dar a luz se han de cocer en agua, «con temor y toda moderación», unas hierbas suaves, a saber, hinojo y ásaro, y, escurrida el agua, aplicárselas calientes en muslos y espalda, provocando así que todos los miembros se abran. Es de especial relevancia subrayar las consideraciones de Hildegarda respecto a los remedios:

Ahora bien, estos remedios descritos para las mencionadas enfermedades, mostrados por Dios, o libran al hombre o este morirá o Dios no quiere que quede liberado.

Pues las distintas hierbas nobles, polvos y condimentos, comidos sin orden ni concierto no aprovechan al hombre sano, sino que más bien le puede provocar algún daño, como que se les reseque la sangre y adelgacen sus carnes, ya que no van a encontrar en él humores sobre los que las hierbas puedan ejercer sus propiedades. Pues no aumentan las fuerzas del hombre ni hacen crecer sus carnes sino tan solo disminuyen los humores nocivos contra los que se enfrentan.

Si se van consumir, hágase necesariamente con sensatez y juicio, y se han de tomar o con pan o con vino o con algún otro acompañante de los alimentos, y mejor que no sea en ayunas. De otro modo el pecho del que lo toma se ahoga y daña sus pulmones, y al caer en su estómago lo debilitan, por haber sido ingerido sin condimento. Porque igual que el polvo de la tierra que traga el hombre le perjudica, así también esta ingesta desordenada acarrea al hom-

19 *Causae et curae*, PL 1324 D.

20 *Causae et curae*, PL 1174 B., PL 1211 C.

21 *Causae et curae*, PL 1157 D - 1158 A.

bre más perjuicio que salud. Así pues, sobre todo han de ser tomadas durante o después de las comidas porque entonces las sustancias de esos alimentos los atenuan y facilitan al hombre la digestión del alimento tomado, salvo que uno tenga ciertas enfermedades contra las cuales las hierbas nobles y fuertes o su preciado polvo [especies] han de tomarse en ayunas.

A pesar de todo lo expuesto, el suministro de hierbas, aún con fines supuestamente medicinales, fue considerado un delito desde épocas muy lejanas. Así, por ejemplo, en el caso de la península ibérica, durante la etapa visigótica, su penalización se encuentra contemplada en la Ley II del Título II del *Fuero Juzgo* (1815: 105), donde se establecía: «[...] aquellos que dan yerbas deben haber tal pena, que si aquel a quien dieran las yerbas muriese, mandamos deben ser penados los que la dieron y morir de mala muerte». Por ejemplo, en aquellos casos en que fueran suministradas con la finalidad específica de suprimir la vida del feto, al delito originario se le añadía el agravante de intencionalidad abortiva, cuya penalidad estaba contemplada específicamente en la Ley I del Título III (1815: 106). La penalización parece plantear una contradicción en relación con la autoridad concedida a la sabiduría de Hildegarda. Al respecto conviene recordar que quienes técnicamente estaban en condiciones de determinar el carácter malo o bueno de las hierbas eran los hombres de la Iglesia, y más tarde, los médicos profesionales, es decir, los representantes del poder oficial. Podían establecer si su aplicación era perjudicial o no para la salud, además de sus posibles implicaciones demoníacas o mágicas. En síntesis, el uso de hierbas solo estaba permitido con fines terapéuticos debidamente avalados por la autoridad competente —siempre masculina. En cambio, «la Iglesia tenía conocimiento de la estrecha relación existente entre las hierbas y algunas mujeres, a las que llamaba *herbarie*» (Corvino, 1999: 53).

Los cuentos de Canterbury

El manuscrito de Chaucer comienza un día suave y templado de abril de un año incierto de finales del Trecentos. Un grupo de peregrinos viaja de Londres a Canterbury, a visitar la tumba de san Tomás Becket. Para entretenerse mientras dura el viaje, deciden hacer un concurso: ¿quién será capaz de contar la mejor historia? A pesar de que es una colección de relatos —épica narrativa—, Chaucer escribió en el marco único de una peregrinación (figura 4). Relacionó las narraciones de los diversos peregrinos en una reflexión más amplia de la sociedad, del género y de la expresión. Los

cuentos representan a las mujeres medievales de manera positiva —mujeres juiciosas y benevolentes— y negativa —malévolas e indignas de confianza—. Muchas historias carecen de final, para que quien lea extraiga sus propias conclusiones. Los peregrinos nunca llegan a Canterbury, ni regresan a Londres, ni aparece el ganador del concurso. Los cuentos son temáticamente variados y, en opinión de muchos estudiosos, ofrecen una idea bastante fiel de las actitudes bajomedievales hacia las mujeres.



Figura 4. Chaucer peregrino. © Wikimedia Commons.

La peregrinación a Canterbury está impregnada de una inconfundible religiosidad. En cada historia subyace el dogma cristiano, sea de forma obvia o velada; varias fábulas contienen citas y referencias de las Escrituras y de la doctrina de los padres de la Iglesia, aunque en ese período la Iglesia fuera la diana de muchas críticas, tanto por las prácticas crematísticas indecorosas como por el fallo moral de los miembros del clero. Única entre las fuentes literarias existentes, *Los cuentos de Canterbury* es una de las pocas obras en la que encontramos comentarios sobre la desigualdad de las mujeres; aprovechando el formato de cuento, el género permite la inserción de temas escandalosos, culturalmente inaceptables. Por el contrario, incluso las mujeres escritoras, como Christine de Pisan, no pudieron comentar de manera tan directa la discriminación que Chaucer revela con tanta elocuencia. Muestra de ello es la esposa de Bath, quien hace varias declaraciones que ilustran perspectivas precisas de la posición de su propio género dentro de la sociedad tardomedieval. En primer lugar,

se hace eco de las palabras de Pablo en el Nuevo Testamento, de manera explícita, afirmando: «Es mejor casarse que quemarse» (Chaucer, 1951: 260). La Iglesia cristiana consideró cualquier relación sexual, que no fuera para fines de procreación, un pecado grave (Cuadrada, 2015: 130-131). Este miedo, basado en el gobierno y la represión sexual, alcanzó su cénit durante la Baja Edad Media, una forma de represión que derivó en la caza de brujas de finales del período medieval y moderno, el objetivo de la cual fue el control de la agencia de las mujeres. La esposa de Bath discute la culpa inferida al género femenino por los eclesiásticos: *For take my word for it, there is no libel on women that the clergy will not paint, / Except when writing of a woman-saint* (Chaucer, 1951: 276-277).

Uno de los pasajes de *Los cuentos de Canterbury*, por lo que respecta al papel de curación que muchas mujeres llevan a cabo en la Europa medieval, proviene de un animal: Pertelote, que, de hecho, es un pollo que vive cerca de la pequeña casa de campo de una viuda. Cuando Chanticleer, el gallo, se enferma, es la voz de Pertelote, la que revela información importante:

For the love of God do take some laxative / Upon my soul that's the advice to give / For melancholy choler; let me urge / You free yourself from vapours with a purge. / And that you may have no excuse to tarry / By saying this town has no apothecary, / I shall myself instruct you and prescribe / Herbs that will cure all vapours of that tribe, / Herbs from our very farmyard! You will find / Their natural property is to unbind (Chaucer, 1951: 217-218).

Este fragmento ilumina un aspecto muy significativo. Las mujeres dominan el conocimiento antiguo de la herboristería y de sus poderes beneficiosos. Pertelote señala su familiarización con las hierbas; además, queda claro que las tienen disponibles a su alrededor, cosa que nos indica que la sanación era accesible a cualquier persona con conocimientos sobre la flora y la fauna de su entorno, tal como sucedía con Hildegarda. Luego pasa a enumerar las hierbas que le está recetando *Centaury, fumitory, caperspurge / And hellebore will make a splendid purge; / And then there's laurel too and blackthorn berry, / Ground-ivy too that makes our yard so merry* (Chaucer, 1951: 218).

Hay muchos ejemplos de curanderas. En *The Squire's Tale* se habla de una princesa noble llamada Canace, quien sabe de remedios a base de hierbas, en una historia que tiene lugar en la tierra de Tartaria. Como en *The Nun's Priest's Tale*, esta narración gira en torno a un ave enferma. El cuento refiere un halcón malherido cayendo del cielo cuando la princesa

se encuentra paseando en el bosque; ella se ofrece para sanar el pájaro lastimado: *Great God of nature, help me so to do! / I shall find herbs enough and salves for you / To heal your wounds and quickly if you will. / The falcon made a shriek more piteous still* (Chaucer, 1951: 401). La primera línea de este pasaje es reveladora; en vez de invocar a Dios todopoderoso, la princesa pide ayuda al «Gran Dios de la naturaleza». Tradicionalmente se imploraban a la Virgen María los milagros de curación, en cambio, esta apelación al poderoso espíritu ancestral señala el sustrato de ritual pagano superviviente en las prácticas de sanación. Este texto, como el de Pertelote, muestra la capacidad y la práctica de las mujeres en reconocer y cosechar hierbas terapéuticas.

The Squire's Tale proporciona otro reconocimiento al saber herbolario de Canace: *Of every rooted grass that grows on earth / She shall have knowledge too and test its worth / In sickness, or on wounds, however wide* (Chaucer, 1951: 393). En lugar de resaltar lo negativo de las características atribuidas al género femenino, la fábula se complace en poner de relieve el generoso cuidado que proviene de la naturaleza de la mujer; un punto de vista rara vez defendido en ese momento histórico. Se comprueba claramente en el fragmento siguiente:

Canace bore her homeward in her lap; / In softest plasters she began to wrap / The falcon's wounds that her own beak had torn, / And Canace went delving eve and morn / For herbs out of the ground; new salves she made / From precious grasses of the finest shade / To heal her hawk, indeed both day and night / She lavished on her all the care she might (Chaucer, 1951: 406).

Como vemos, las mujeres sabias sanadoras se nutrieron de la observación de los enfermos a su cuidado, de la recolecta de plantas de su alrededor, así como del conocimiento adquirido a través de la transmisión vertical y horizontal entre mujeres. Griselda, una hija de los más pobres entre los pobres, también conocía las plantas, tal como se señala en *The Clerk's Tale*: *When she came homeward she would bring / Roots, herbs and other grasses to the croft* (Chaucer, 1951: 327). Es decir, las mujeres de todos los estratos sociales, de la más alta princesa a la más humilde mendiga, sabían de curación y de los poderes beneficiosos de la herbolaria.

Pero no siempre transmitió Chaucer una imagen buena y/o positiva de las mujeres, cuestión impensable en la época. Así, es fácil dar con frases como la que sigue: *Just look what cunning tricks and subtleties / There are in woman! Busy little bees / They are, deceiving silly men like us!* (Chaucer, 1951: 388). En *The Friar's Tale* se trata de un obispo con una inclinación

tremenda a quemar brujas y otros enemigos de la Iglesia. Chaucer retrata la corrupción sórdida del clero, además de su propensión a atacar a los miembros más débiles de la sociedad, en este caso a una viuda miserable: *For those whose tithes and offerings were small / Were made to sing the saddest song of all* (Chaucer, 1951: 294). El obispo, con la ayuda de una banda de espías, cobra tanto dinero como puede de sus vasallos, por lo general mediante la persecución de *some obscure, uneducated sot*. Ya desde el principio se transparenta su baja ralea: *He knew so much of bribery and blackmail I should be two years telling you the tale* (Chaucer, 1951: 295). Finalmente, la codicia es su perdición. Obliga a la débil viuda a pagarle una cantidad, amenazándola con arrestarla y arrastrarla en un viaje cruel hasta el tribunal arzobispal, para responder por la acusación falsa. La extorsión era, de hecho, una constante. Sin embargo, dado que eran acciones despreciables, clandestinas, rara vez son documentadas abiertamente. *Los cuentos de Canterbury* son capaces de capturar, por tanto, lo que ha quedado fuera de los registros oficiales, así, este pasaje muestra hasta dónde llegaba a ser abusivo el poder en manos de los hombres de la Iglesia. La viuda llora y ruega misericordia, explica que morirá si se le obliga a emprender un camino de tal dureza. Cuando confiesa que no tiene dinero, el ansioso obispo se conforma con robarle su nueva sartén. La anciana niega categóricamente su culpabilidad:

You lie! she said. *'On my salvation! What? / Correction? Whether as a widow or as a wife / I've never had a summons in all my life; / I never cuckolded my poor old man! / And as for you and for your frying-pan / The hairiest, blackest devil out of Hell / Carry you off and take the pan as well* (Chaucer, 1951: 302).

La vieja maldice al eclesiástico conjurándole a que sea desterrado al infierno, y, dado que se niega a arrepentirse, el demonio se lo lleva, sartén en mano, allí *where summoners have a special shelf*. Hay dos puntos de este último pasaje a remarcar. Uno, el poder de la maldición. En muchos casos, los reniegos proferidos por mujeres, especialmente por las pobres y marginadas, como las ancianas viudas sin recursos, fueron susceptibles de acusación de brujería. Dos, cuando el depredador comprende que la vieja no tiene qué darle, le roba su nuevo recipiente de cocción: el epítome de su avaricia.

Celestina y su botica

En 1499 veía la luz, en las prensas burgalesas de Fadrique de Basilea, la *Comedia de Calisto y Melibea*, versión primitiva o corta de la obra que, con el título de *Tragicomedia de Calisto y Melibea* (figura 5), se publicaría en los primeros años del siglo XVI²². Más conocida como *La Celestina*, su autor es Fernando de Rojas, natural de Puebla de Montalbán, Toledo. Como obra maestra que es, de una profundidad y una riqueza significativa excepcionales, ha sido el origen de una bibliografía extensa y enfrentada que cubre los más variados matices. En este caso es de mi intención resaltar algunos aspectos relativos a Celestina, vinculados con el conocimiento farmacológico, herbario y médico.



Figura 5. La Celestina. © Wikimedia Commons.

Empiezo por las varias descripciones de Celestina, de sus oficios y de sus quehaceres, hechas por diferentes personajes de la obra. Ya en la primera mención de la vieja que hace Sempronio (I, 31) lo inmediato que dice para definirla es que es «hechizera, astuta, sagaz en quantas maldades

22 Todas las citas proceden de la edición digital del Instituto Cervantes, anotada y comentada por Julio Cejador.

<http://www.edu.mec.gub.uy/biblioteca_digital/libros/R/Rojas,%20Fernando%20-%20La%20Celestina.pdf> [consulta: 21-11-15].

ay». Más tarde, Lucrecia dirá de ella que «la empicotaron por hechizera» (IV, 55). Pármeno habla de los seis oficios ejercidos por Celestina, «labradora, perfumera, maestra de fazer afeites e de fazer virgos, alcahueta e vn poquito hechizera» (I, 35). Sabemos que es también «física de niños» (I, 36) y «lapidaria» (IV, 55); Lucrecia más adelante afirma que son «treinta officios» (I, 55) los ejercidos por la anciana. Luego tenemos, en el acto I (23-44), la larga descripción, bien conocida, detalladísima, incluso *expressionista* (Samoná, 1972: 230), que le hace Pármeno a Calisto para que sepa quién es la persona a la que va a abrir la puerta de su casa. Es Pármeno quien hace las más importantes referencias al *laboratorio* o *botica* de Celestina, a la cantidad impresionante de ingredientes misteriosos que ella maneja y algunas de las actividades mágicas ejercidas, sobre todo las destinadas a *remediar amores*. Su larga lista termina, como se recuerda, con la frase enigmática «y todo era burla y mentira», que ha dado mucho que discutir a los estudiosos y sobre la cual no voy a detenerme aquí.

En relación con las posibles fuentes utilizadas por Rojas, hemos de tener en cuenta los tratados médicos y farmacológicos de la Antigüedad, sobre todo a Dioscórides y a Plinio, de quienes circulaban en la Edad Media compendios en latín, y ya en época renacentista, las traducciones. Se han encontrado muchas correspondencias minuciosas entre las hierbas descritas en los tratados médicos y las que posee en su botica Celestina. No han faltado los críticos que han apuntado, entre las fuentes, a los tratados de farmacopea árabes. Sea como sea, estudios recientes (Pardo de Santayana, García-Villaraco, Rey Bueno y Morales, 2011: 264) han individuado 53 especies vegetales y 29 animales, además de sus usos. El *laboratorio* de la perfumista se repartía en dos cámaras —una en la planta baja y otra arriba, como ella misma indica al final del acto III, cuando le pide a Elicia que le lleve del «sobrado alto de la solana» el «bote del azeyte serpentino» (III, 52). El mismo texto nos va trazando sectores homogéneos al ir nombrando los ingredientes según función, así, las «aguas de rostro», las «aguas para oler», las «leñas para enrubiar», los «aparejos para baños», los «aceites para el rostro», etc., y hasta nos ofrece indicaciones claras sobre la ubicación física de cada uno de ellos:

Tenía una cámara llena de alambiques...
Tenía en el techo de su casa colgadas...
Tenía en un tabladillo, en una cajuela pintada...
En otro apartado tenía... (I, 36)
...en el sobrado alto de la solana...

en el arca de los lizos...
en la cámara de los ungüentos... (III, 52-53).

La larga enumeración del servidor Pármeno se inscribe en un *topos* medieval, en este sentido, las plantas citadas para la elaboración de productos de baño concuerdan con *Las coplas de las comadres*, de Rodrigo de Reinosa (1997): «No conocéys la emplumada / gran maestra de afeytes / que faze mudas y azeytes» (Reinosa, f. 6v). A pesar de la reiteración del tópico, ello no constituye razón suficiente para concluir que la elección de estos ingredientes carece de pertinencia, menos aún para invalidar el sentido de este discurso, al contrario. La medicina es asumida por Celestina, en la cual se asocian las funciones medicales y mágicas, en una amplia paleta que va desde la cosmética a la *philocaptio* —magia amorosa—, pasando por la obstétrica ilícita, hasta la pediatría. En esta combinación, lejos de ser inédita —siguiendo la comparación con las *Coplas*—, se encuentran igualmente menciones de prácticas abortivas, la cita de una trotaconventos y de todos los remedios y competencias de la proxeneta; o en el *Diálogo entre el amor y un viejo*:

Amor: «Yo hallo las argentadas / yo las mudas y cerillas, / luzentoras unturúlas, / y las aguas estiladas...» (1961: 86, v. 271).

Viejo: «Tú hallas las tristes yerbas / y tú los tristes potajes [...] / tú buscas los hechizeros»²³ (1961: 94, v. 388-389, 397).

Pero el perfil médico de Celestina viene prudentemente enredado en las relaciones mantenidas con Pármeno niño. Evocando sus actividades curativas, el más joven de los dos servidores próximos a Calixto se opone a Sempronio, así la materia medicinal se convierte en una rivalidad dramática, porque en boca de Pármeno este saber de Celestina es el objeto de un discurso de desvelamiento denunciador que vendrá cargado de consecuencias funestas. La exposición de los conocimientos celestinescos se apoya en lo que Pármeno llama su «nueva memoria» (I, 35); cierto, el chico no tiene casi recuerdos, pero en revancha su joven y fresca facultad memorística funciona a la perfección, y ha retenido lo que vio y oyó en casa de Celestina en su tierna infancia. El autor, presentando desde este ángulo la materia medicinal, sobrepasa el *topos* medieval, dado que pone en evidencia las cuestiones de la transmisión oral del saber que, fuera de todo cuadro institucional, permite una autoridad y prácticas más o menos

23 Mi elipsis.

incontrolables. Pinta así un cuadro de experiencias curativas ancestrales, sujetas a deformación, interpretación y olvido, que son ejercidas sin apoyo de la ciencia oficial.

Otra cosa se pone también en evidencia: el acceso a estos conocimientos y a estas prácticas por los miembros de baja extracción social, quienes de allí sacan un verdadero poder, mostrándose dotados de sapiencias tan secretas como indispensables: las *comadres* —Damián Carbón, en el *Libro del arte de las comadres* (1541) sitúa en un todo cultural y moral los discursos médicos que tratan de limitar el poder y la presencia de las mujeres sabias—, los *curanderos* y *barberos*, y, en cierta contigüidad sociocultural, los *lapidarios*, *hechiceras* y *bruja*s (Amasuno Sárraga, 1999: 87-124, 92, 94-95). Estos practicantes, entre los que se encuentra Celestina, llevan a cabo un trabajo de consideración. La práctica médica y los ejercicios de naturaleza más oculta no están delimitados con claridad, ya que tienen en esencia el mismo recurso a las plantas, minerales y sustancias orgánicas —sangre, bilis, hígado, cerebro, pelo, hueso, etc.—, tal como se comprueba de la súplica de Pleberio a su hija —se puede ver en las palabras del padre la alusión al método médico fundado en el diagnóstico: si Melibea explica su mal y lo define no hay duda de que se va a encontrar el remedio adecuado:

Hija, mi bienamada e querida del viejo padre, por Dios, no te ponga desesperación el cruel tormento desta tu enfermedad e pasión, que a los flacos coraçones el dolor los arguye. Si tú me cuentas tu mal, luego será remediado. Que ni te faltarán medicinas ni médicos ni sivientes para buscar tu salud, agora consista en yeruas o en piedras o en palabras o esté secreta en cuerpos de animales. Pues no me fatigues más, no me atormentes, no me hagas salir de mi seso e dime ¿qué sientes? (XXI, 162).

Además, medicina y magia explotan por igual la superstición de los que de ellas esperaban beneficio, una afinidad que no confundía totalmente ambos ámbitos, pero que en la praxis quedan con frecuencia difuminados: ¿no es Celestina física de niños y «un poco hechizera»?

Posee igualmente los instrumentos adecuados para destilar y conservar: su colección de botes de farmacia, ya sea de barro, ya sea de vidrio, consta de numerosos «alambiques, redomillas y barrilejos», entre otros. La destilación, entendida en la época como el modo de extraer la virtud de una sustancia por la fuerza del fuego, es una de las técnicas que más pronta tuvo en la sociedad de la Edad Moderna; efectuada habitualmente por médicos, boticarios, metalúrgicos y alquimistas, investigaciones

bastante recientes apuntan también a las mujeres como practicantes de este complejo arte (Rey Bueno, 2004: 243-268). Resulta bien evidente, por tanto, que disfruta de una amplia sabiduría del universo vegetal, común a muchas otras mujeres, curanderas de profesión o solo cuidadoras de los suyos y de su entorno inmediato. En este sentido, cabe resaltar que algunas actuaciones sospechosas, como la de las dos amigas, Claudina y Celestina, saliendo al anochecer a recoger hierbas en cementerios, basureros y bordes de caminos, se deben más a su profunda cultura empírica que a supuestos rituales diabólicos. En efecto, en suelos con abundancia de sales amoniacales y nitratos, algunas plantas pueden alcanzar el doble de alcaloides (Pardo de Santayana, García-Villaraco, Rey Bueno y Morales, 2011: 255); asimismo, los principios activos llegan al máximo después de la exposición del día entero al sol, siendo al caer la tarde el momento idóneo de recolección de las hierbas terapéuticas (Gómez Fernández, 1999: 15-16).

Una flora medicinal que según la dosis podía llegar a ser altamente peligrosa, un conocimiento compartido y reforzado con el recitado de conjuros; el ejemplo paradigmático se ilustra en la comedia en la gran escena del *Conjuro* a Plutón al final del acto III:

Conjúrote, triste Plutón, señor de la profundidad infernal, emperador de la Corte dañada, capitán soberuio de los condenados ángeles, señor de los sulfúreos fuegos, que los heruientes étnicos montes manan, gouernador e veedor de los tormentos e atormentadores de las pecadoras ánimas, regidor de las tres furias, Tesífone, Megera e Aletto, administrador de todas las cosas negras del reyno de Stigie e Dite, con todas sus lagunas e sombras infernales, e litigioso caos, mantenedor de las volantes harpías, con toda la otra compañía de espantables e paurosas ydras, yo, Celestina, tu más conocida cliéntula, te conjuro por la virtud e fuerça destas bermejas letras, por la sangre de aquella noturna aue con que están esriptas; por la grauedad de aquestos nombres e signos, que en este papel se contienen; por la áspera ponçoña de las bíuoras, de que este azeyte fue hecho, con el qual vnto este hilado: vengas sin tardança a obedescer mi voluntad e en ello te embueluas e con ello estés sin vn momento a te partir, hasta que Melibea con aparejada oportunidad que aya, lo compre e con ello de tal manera quede enredada que, quanto más lo mirare, tanto más su coraçón se ablande a conceder mi petición, e se le abras e lastimes de crudo e fuerte amor de Calisto, tanto que, despedida toda honestidad, se descubra a mí e me galardone mis passos e mensaje. Y esto hecho, pide e demanda de mí a tu voluntad. Si no lo hazes con presto mouimiento, ternásme por capital enemiga; heriré con luz tus cárceles tristes e oscuras; acusaré cruelmente tus continuas mentiras; apremiaré con mis ásperas palabras tu horrible nombre. E otra e

otra vez te conjuro. E así confiando en mi mucho poder, me parto para allá con mi hilado, donde creo te lleuo ya embuelto (III, 53).

A modo de conclusión

En este largo recorrido temporal he resaltado la figura de la mujer religiosa y santa, Hildegarda, atenta a la naturaleza que la circunda, de la cual extrae valiosos conocimientos para la sanación. Asimismo, la de Celestina, maga, perspicaz y malévola, quien emplea su dominio, tanto para curar como para otras funciones consideradas menos lícitas. El camino que lleva del siglo XII al XVI se ha entrelazado con algunos cuentos de Canterbury que nos muestran, en el siglo XIV, la ambivalencia vivida frente a las mujeres, ya prudentes y abnegadas, ya perversas y malintencionadas. No en vano el aumento de la misoginia hizo mella en actitudes y mentalidades. Una misoginia que tiene características propias en el ámbito de la terapéutica curativa, por ello resulta insuficiente achacar el cambio de postura respecto a los saberes femeninos a la sola cuestión de discriminación por razón de sexo, hubo otras potentes causas que es pertinente poner de relieve. Por un lado, como es bien sabido, la creación y consolidación de las universidades apartó a las mujeres de la práctica médica y, por el otro, las restricciones de la Iglesia en cuanto al ejercicio de la magia las demonizaron.

Ambas limitaciones, sin embargo, no erradicaron las atenciones sanadoras de las mujeres, las curanderas y herbolarias siguieron existiendo y ejerciendo (Cuadrada, 2014: 229-253), a pesar de las persecuciones, torturas y asesinatos, tal como se comprueba a través de los juicios del Tribunal de la Inquisición. En el mundo rural medieval no existía cobertura asistencial garantizada (Ferragud Domingo, 2007: 133-155), esta venía atendida mayoritariamente por mujeres que gozaban de un amplio reconocimiento social, a pesar de las prohibiciones —como la del rey Alfonso el Benigno en 1329, que vetaba a las mujeres el suministro de brebajes (Furs, 1999, 8: 137). Rafael Narbona (1998: 99) señaló que los fueros valencianos más antiguos proclamaron que quienes administraran *metzines* en bebida o comida, o como fuera, y por ese motivo muriese la persona tratada, serían ejecutados públicamente, colgados si hombre, quemadas si mujer. La asimilación de las sanadoras al complejo mundo de la delincuencia y marginalidad es cada vez más acusada a lo largo de la baja

medievalidad, ejemplo de ello se encuentra también en Tarragona. El 20 de enero de 1398 el *Consell* manda que se dicten *estatuts e ordinacions los pus forts que puxen sobre lo fet de les alcavotes e matzineres que són en la ciutat* (*Actes*, 8: 50), pocos días más tarde, ordena que sean expulsadas de la ciudad (*Ordinacions*, 51-52).

En un día de noviembre de 1539, en la Pobleta de Bellveí se instruye un juicio por brujería contra Joana Riu, de Erinyà (Pallars Jussà, Catalunya), que se encuentra en orden de captura junto con otras seis mujeres sospechosas de brujería. Interrogada sobre si sabe por qué tiene fama de bruja, en principio dice que desconoce la causa, aunque recuerda que una vez Anthoni Pellicer tenía una pequeña desmejorada y que él y su mujer le pidieron que hiciese algo. Fue a verla, la encontró en extremo enferma,

Y ella depositant la perfumà ab herbes de Sent Joan sobre'l foch de les herbes, la va senyar en nom del Pare y del Fill y del Sant Esperit, y après digué que no y havie perill dita minyonesa morí. Y han tenguda sospita en ella depositant per axò (Castell, 2013, 2: 589).

[...]

Y la dita Joana no digué més, sinó que despuix lo li lavà y rentà ab hunes herbes y serp y altres herbes, mas dit fill de ella testimoni per çò no és guarit y s'istà axí matex (Castell, 2013, 2: 595).

[...]

Li dix a ella depositant que, pus que eren allí, que anassen a cercar unes herbes per a fer metzines, que també los metges hi venien a cercar-les, que bé n'í havia prou (Castell, 2013, 2: 601).

A pesar de todo, inclusive la muerte, ellas continuaron recogiendo hierbas, consiguiendo a veces que el Real Proto-Medicato y los sabios profesores incluyeran algunas de sus hierbas en las «nuevas» farmacopeas, en el siglo XVIII:

[...] se ha multiplicado en Cataluña el cultivo del *Sen Italiano*, *Barcelonés*, ó *Español*, y propagándose hasta el centro de España, donde se cultiva ventajosamente en las riberas del Tajo, y de Manzanares. Al mismo paso se han aumentado las pruebas experimentales de sus virtudes, y de la preferencia que lleva al de *Levante* en purgar con indecible suavidad y eficacia, sin causar torminos: cuya circunstancia, la de ser género ya del País, *la de ocuparse en su recolección niños, mugeres y viejos* en una estación en que ya están enca-

maradas las cosechas de granos... (Quer y Martínez, Quer y Gómez Ortega, 1784, 6: 290)²⁴.

Y no solamente recolectando, sino atendiendo, cuidando, sanando (Cuadrada, Marsal, Lasheras y Royo, 2015). El rol de las mujeres sabias no era para nada despreciable en ninguna comunidad. ¿Su ascendencia entre el vecindario y su empatía se debían a la proximidad?, ¿respondían a un ejercicio generoso y desprendido de la curación, alejado totalmente del ánimo de lucro?, ¿se basaba en la confianza mutua?, ¿se insería en las redes horizontales y/o verticales de transmisión de saberes femeninos?, ¿tenían sus terapias mayores logros o mejores resultados respecto al ejercicio de la medicina «oficial»? Por desgracia no contamos todavía con referencias documentales suficientes, capaces de resolver todas y cada una de estas dudas, en el estado actual de las investigaciones.

Tiempo al tiempo.

Tabla de imágenes

Figura 1. Planta de Saint Gall. Véase en la parte superior 30: Casa del avicultor. 31: Casa del jardinero, con el huerto detrás. 32: Cementerio. 33: Claustro y estancias para los *oblati*, para el maestro y los convalecientes. 34: Iglesia para los novicios y los enfermos. 35: Claustro y estancias para los enfermos de gravedad. 36: Huerto del hospital. 37: Habitaciones de los médicos, farmacia, habitaciones de enfermos. 38: Anexo para curas quirúrgicas. Disponible en: <<http://maps.nationmaster.com/country/sz/1>> [consulta: 22-8-15].

Figura 2. Detalle de la planta de Saint Gall. Disponible en: <<http://pages.uoregon.edu/helphand/medievalpgsone/medievalpg2.html>> [consulta: 22-8-15].

Figura 3. Visión de Hildegarda de Bingen: influencias celestiales en los hombres, animales y plantas. La visión explica la influencia de los astros y de los *elementos superiores* en el poder de la naturaleza expuesta en la superficie de la tierra. Las fuentes se muestran en los anillos exteriores, y los efectos negativos aparecen en los cuerpos de las distintas figuras de la tierra, muchos muestran erupciones cutáneas, y en los árboles, algunos sin hojas. Los efectos más beneficiosos de la lluvia

24 Mi énfasis.

aparecen en la esquina inferior izquierda. Del original MS de la Biblioteca Governativa de Lucca, del '*Liber Divinorum Operum Simplicis Hominis*' fourth vision of Hildegard, 1173. Esta copia es del libro *From Magic to Science: essays on the scientific twilight*, de Charles Singer, 1928 pl. II. Disponible en: <<https://www.flickr.com/photos/7549203@N04/22359757684/in/photolist-A4RAXw-pJtnzX-2JxZES-2TDaLF-qF5qnK-onfKvt-4UizuV-6kBuyW-6kxk8v-6kxkpz-4iG8p-atvskx-8wabDZ-4gC5Qg-aty8wm-8vsZXL-atvqCF-8wacTM-4gG9Qw-qFb-JpL-6nDpkC-g3mQ1n-cyWJ8U-mdutVr-cJXxPJ-bD6DBj-5BHFyr-qG1xuX-qpyF8z-5nED47-brgYwZ-moUQon-o63wJo-pJtncl-48ixz6-aSXBaR-7RX8VP-9147SS-5nxZhk-qoPUKZ-5LZdeB-dako8w-tz-bioY-4qFJQ-8bQQPa-dhJA5f-c59tAq-7hBxEM-vpazHQ-5nECyj>> [consulta: 3-10-15].

Figura 4. Imagen de Chaucer como peregrino de *Ellesmere Manuscript*, en la Huntington Library, San Marino, California. El manuscrito es una temprana edición de los *Canterbury Tales*. De <<http://www.english.upenn.edu/~jhys/scholarship.html>>. Disponible en: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Chaucer_ellesmere.jpg> [consulta: 15-10-15].

Figura 5. *Tragicomedia de Calisto y Melibea*. Edición Ramón de Petras, Toledo, 1526. De <<http://www.spanisharts.com/books/literature/ampliaciones/celto26.htm>>. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/La_Celestina#/media/File:CelestinaTraso.jpg> [consulta: 1-11-15].

Fuentes

- Actes Municipals*, 8 (1397-99, 1399-1400) (1991). Tarragona: Col·lecció de Documents de l'Arxiu Històric Municipal de Tarragona.
- Benedicti Crispi Poematium medicum, Patrologiae cursus completus, series latina*, PL 89, col. 369-376.
- CARBÓN, Damián (1541). *Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños*. Impreso en la ciudad de Mallorca: por Hernando de Cansoles.
- CHAUCER, Geoffrey (1951^{reed} [finales siglo XIV]). *The Canterbury Tales*, transcripción Nevil Coghill. New York: Penguin Books.

- COTA, Rodrigo de (1961^{reed} [1511]). *Diálogo entre el amor y un viejo*, edición bilingüe español-italiano Elisa Aragone. Florencia: Pubblicazioni dell'Università degli Studi di Firenze, Felice Le Monnier.
- Furs de València* (1999^{reed} [1261-1707]), edición crítica de GERMÀ COLÓN y ARCADÍ GARCIA. Barcelona: Barcino, vol. 8: 137.
- Fuero Juzgo o Libro de los Jueces*, cotejado con los más antiguos y preciosos códices (1815), por La Real Academia Española. Madrid: Ibarra, Impresor de la Cámara de S. M.
- GUÉRARD, Benjamin (1853). *Explication du capitulaire de villis*. Paris: Typographie de Firmin Didot Frères.
- Ordinacions i Crides de la ciutat de Tarragona (segles XIV-XVII)* (1982). Tarragona: Col·lecció de Documents de l'Arxiu Històric Municipal de Tarragona.
- QUER Y MARTÍNEZ, José; QUER, Joseph y GÓMEZ ORTEGA, Casimiro (1784). *Flora española ó Historia de las plantas que se crian en España*. Madrid: por D. Joachin Ibarra, Impresor de Cámara de S. M.
- Rabones Maurus, Patrologiae cursus completus, series latina*, PL, T. CXI, col. 511-533.
- REINOSA, Rodrigo de (1997^{reed} [c. 1524]). *Las coplas de las comadres*, edición Adolfo López Vaqué. Reinosa: Excmo. Ayuntamiento de Reinosa.
- S. Hildegardis abbatissae subtilitatum diversarum naturarum creaturarum libri novem*, edición Charles Daremberg y Friedrich A. Reuss (1855). En *S. Hildegardis abbatissae opera omnia*, edición Jacques Paul Migne, *Patrologiae cursus completus, series latina*, vol. 197, Paris.
- Walafriidi Hortulus, Patrologiae cursus completus, series latina*, PL 114, col. 1119-1130.
- Walafriidus Strabus, Patrologiae cursus completus, series latina*, PL, T. CXIV, col. 1119-1130.

Bibliografía

- AMASUNO SÁRRAGA, Marcelino V. (1999). «Hacia un contexto médico para Celestina: Dos modalidades curadoras frente a frente». *Celestinesca*, 23, 87-124.
- BARBAUD, Jean (1988). «Les formulaires médicaux du Moyen-âge : Médecines savantes et médecines populaires». *Revue d'histoire de la pharmacie*, 76(277), 138-153.

- BAUMER, Änne (1991). *Geschichte der Biologie, Frankfurt am Main*, 2 vol., Bd. 1, *Biologie von der Antike bis zur Renaissance*.
- BLOCH, Marc (1923). «L'origine et la date du 'Capitulaire de Villis'». *Revue historique*, 143, 40-56.
- CASTELL GRANADOS, Pau (2013). *Orígens i evolució de la cacera de bruixes a Catalunya (segles xv-xvi)*. Universidad de Barcelona, II. Tesis doctoral. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/131462/02.PCG_2de2.pdf?sequence=2> [consulta: 30-11-15].
- CORVINO, Claudio (1999). «Los venenos de las brujas». *La Aventura de la Historia*, 14, 52-56.
- CUADRADA, Coral (2014). «Cuidado, curación, salud: saberes de mujeres». *História: Questões & Debates* (Curitiba, Brasil), 60, 229-253.
- CUADRADA, Coral (2015). «De las *Feminae* a las *Fembres*: la misoginia medieval en Cataluña y Provenza». *Medievalismo*, 25: 103-134.
- CUADRADA, Coral; MARSAL, Roser; LASHERAS, Ada y ROYO, Carlota (2015). *Oikonomía. Cuidados, reproducción, producción*. Tarragona: Universidad Rovira i Virgili.
- FERRAGUD DOMINGO, Carmel (2007). «La atención médica doméstica practicada por mujeres en la Valencia bajomedieval». *Dynamis*, 27, 133-155.
- FISCHER, Alfons (1955). *Geschichte des deutschen Gesundheitswesens*. Berlin: F. A. Herbig.
- FLANAGAN, Sabina (1989). *Hildegard of Bingen. A Visionary Life*. London; New York: Routledge.
- LENOIR, Albert (1856). *Architecture monastique*. Paris: Impremte Nationale.
- GÓMEZ FERNÁNDEZ, José Ramón (1999). *Las plantas en la brujería medieval (propiedades y creencias)*. Madrid: Celeste Ediciones.
- MORALES, Ramón (1995). «Plantas mágicas y brujería». *Quercus*, 110, 7-8.
- NARBONA, Rafael (1998). «Tras los rastros de la cultura popular. Hechicería, supersticiones y curanderismo en Valencia medieval». *Revista d'història medieval*, 1, 91-110.
- PARDO DE SANTAYANA, Manuel; GARCÍA-VILLARACO, Antonio; REY BUENO, Mar y MORALES, Ramón (2011). «Naturaleza a través de la botánica y zoología en la literatura renacentista española: la Celestina». *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 63(1), 249-292.

- RIBÉMONT, Bernard y SODIGNÉ-COSTES, Geneviève (1991). «Botanique médiévale: tradition, observation, imaginaire. L'exemple de l'encyclopédisme». En: *Le Moyen Age et la science. Approche de quelques disciplines et personnalités scientifiques médiévales*. Paris, 153-172.
- REY BUENO, Mar (2004). «El informe Valles: los desdibujados límites del arte de boticarios a finales del siglo XVI (1589-1594)». *Asclepio*, 56(2), 243-268.
- SAMONÁ, Carmelo (1972). «La nascita del teatro moderno: la città, i pastori, la corte». En: *La letteratura spagnola dal Cid ai Re Cattolici*. Firenze: Sansoni-Accademia, I.
- SCHILLER, Rehinard (1996). *Remedios naturistas de Santa Hildegarda*. Barcelona: Tikal Ediciones.

REPRESENTACIONES DEL PARTO Y DEL NACIMIENTO EN EL MUNDO NÁHUATL, SIGLO XVI

Irina A. Ravelo Rodríguez
Universidad Rovira i Virgili

Resumen: Para comprender el arte de las parteras en la cultura mexicana es necesario analizar su concepción ideológica y social sobre la reproducción humana. Por este motivo, el presente artículo busca explicar los mecanismos de representación simbólica y social de ese proceso fisiológico y del ejercicio de las parteras. Primero, se analiza la representación de la dualidad respecto a la concepción, la gestación, el parto y el nacimiento, y, posteriormente, se estudia el saber de las parteras, así como su representación en los planos cosmogónico, religioso, social y cultural de la vida mexicana.

Palabras clave: arte partería, concepción, gestación, parto, nacimiento, simbología.

Representations of childbirth and birth in the Nahuatl world, 16th century

Abstract: To understand the art of the midwives in the Mexica culture it is necessary to analyze their ideological and social conception of human reproduction. For this reason, the present article seeks to explain the mechanisms of symbolic and social representation of birth and the work of the midwives. First, we study the representation of duality regarding conception, gestation, labour and birth, and then we study midwives' knowledge and the ways they are represented in the cosmogonic, social and cultural aspects of the Mexica life.

Keywords: midwifery art, conception, gestation, childbirth, birth, symbology.

El mito no es una fantasía irracional del pensamiento pre-científico, sino al contrario, una elaboración altamente compleja de la sabiduría arcaica sobre el sentido de la vida y su relación con un orden universal; [...] La mitología universal no es sino la auto-representación simbólica de la cultura del proceso de individuación y humanización colectiva. (Solares, 2007).

Introducción

El presente artículo forma parte de una investigación más amplia relacionada con el oficio de la partería durante el primer siglo novohispano y tiene por objetivo estudiar el arte de las parteras en la cultura náhuatl, tomando en cuenta la concepción ideológica y social sobre la reproducción humana. Por este motivo, se busca explicar los mecanismos de representación simbólica y social de ese proceso fisiológico partiendo del concepto de dualidad respecto a la concepción, la gestación, el parto y el nacimiento, e intercalando el saber de las parteras, así como su representación en los planos cosmogónico, religioso, social y corporal en la cultura mexicana.

Si bien el estudio se concentra en las representaciones simbólicas y sociales, debo decir que no se pierde de vista a los sujetos históricos que las protagonizan, como son las mujeres, las criaturas, y fundamentalmente las parteras náhuas o *temixihuitiani*, quienes poseen un carácter mediador en todos los aspectos de la reproducción humana.

El oficio de la partería en la cultura mexicana era ejercido por mujeres especialistas en partos, quienes eran llamadas *temixihuitiani*, o bien por mujeres médicas, conocidas comúnmente como *ticitl* (UNAM, 2012). Ellas eran portadoras de amplios y complejos conocimientos basados no solo en la «técnica obstétrica» y la botánica médica, sino también en la cosmogonía náhuatl. Por este motivo, gozaron de amplio reconocimiento social y simbólico en la sociedad náhuatl. Dada la complejidad del saber de las *temixihuiliztli*, se requirió un acercamiento desde una perspectiva de género interseccional, para abarcar los ámbitos cosmogónico, cultural, social y corporal. No obstante, también fue necesario partir del pensamiento de la diferencia sexual para otorgar centralidad a la construcción del conocimiento a partir de la experiencia de las mujeres y de las relaciones de autoridad entre ellas y con los varones.

El Ometéotl: la fuerza dual en la cosmovisión mesoamericana

La cosmovisión mesoamericana concebía a la dualidad como un principio creador del universo. *Ometéotl* (véase figura 1), que proviene de *Ome*—dos y *téotl*—, dios, era considerado como un dios originario y estaba constituido por dos fuerzas: el poder femenino, llamado *Ometécihuatl*, de carácter perenne y relacionado con el origen y destino de todos los entes del universo, incluida la humanidad, y el poder masculino, conocido como *Ometecuhtli*, el cual representaba al período transitorio entre el origen y el destino. En el pensamiento nahua estas dos fuerzas no están separadas completamente, ya que existe una relación dinámica entre ellas, en la cual el equilibrio (orden o permanencia) y el desequilibrio (caos y transición) son necesarios para mantener un proceso cíclico del devenir del universo.



Figura 1. *Ometéotl* presidiendo los 13 Cielos, la Tierra y los 9 niveles del Inframundo (Códice Vaticano A 3738: fs. 1r-2v).

El orden, por su parte, representa la separación de las fuerzas femenina y masculina, por lo tanto, es un estado inerte y sin tiempo. Este concepto, según interpreto, mantiene una relación con el principio femenino, es decir, el origen, donde no hay luz porque rige la absoluta oscuridad, donde todo está en calma y tampoco hay aire (porque este pertenece al ámbito de lo masculino), ni sonido. No obstante, el principio femenino también es el

destino de todos los entes existentes en la realidad porque representa a la muerte, que corresponde al Inframundo o región de los muertos.

El desequilibrio, por su parte, representa un espacio de interacción entre las fuerzas femenina y masculina, que al juntarse producen movimiento, el cual es el símbolo de la vida y del tiempo cíclico. Por esta razón, considero que tanto lo masculino como lo femenino tenían una representación simbólica que definía la concepción cronotrópica del mundo, es decir, la relación entre el espacio y el transcurrir del tiempo.

En relación con el espacio, los registros históricos señalan que esta dualidad llamada *Ometéotl* residía en el *Omeyocan* o decimotercer cielo y presidía la existencia de todos los ámbitos del universo, como son los siguientes: los trece Cielos, la Tierra y los nueve niveles del Inframundo. (véase figura 1). De esto se infiere que, en la mentalidad mesoamericana, todas las partes del universo tienen una parte femenina y una masculina; sin embargo, cada una de ellas está regida por un orden masculino o por uno femenino. Por ejemplo, mientras que el Inframundo es de orden femenino; el cielo es de orden masculino y ambos son inertes por sí solos.

A decir del historiador Miguel León Portilla, quien a mediados del siglo xx dedicó una extensa obra al estudio del pensamiento filosófico náhuatl (León-Portilla, [1956] 1997), *Ometéotl* significó un paso hacia la religión monoteísta, ya que este principio creador dual actuaba en la realidad a través de distintas advocaciones y nombres, y se había desdoblado en diversas parejas de dioses, que eran sus hijos e hijas (véase tabla 1).

La dualidad también se representaba mediante la combinación de formas metafóricas, por ejemplo: *Yohualli Ehécatl*, cuyo significado literal es «Noche Aire», significa la mezcla simbólica de «Lo Invisible y lo Intocable». Asimismo, es considerado omnipresente mediante la fórmula de *Toque Nahuaque*. Hasta aquí coincido con León Portilla en advertir que «para el pensamiento náhuatl, donde quiera que hay acción, ésta tiene lugar gracias a la intervención del supremo principio dual». No obstante, difiero con su siguiente idea: «Se necesita siempre un rostro masculino que actúe y uno femenino que conciba. [...] Generación y concepción son los dos momentos aunados en el dios dual, que hacen posible su propia existencia y la de todas las cosas», (León-Portilla, [1956] 1997: 176), porque da a la generación un carácter únicamente masculino y activo, a la vez que asume a la concepción como un acto pasivo.

Tabla 1. Parejas divinas mesoamericanas. Elementos de la dualidad

<i>Parejas divinas</i>	
<i>Ometēhuatl</i> (Señora de la dualidad)	<i>Ometecuhtli</i> (Señor de la dualidad)
<i>Cihuacóatl</i> <i>Quilaztli</i>	<i>Quetzalcóatl</i> - serpiente emplumada
<i>Tlazoltéotl</i> - diosa del parto, patrona de las <i>cihuatetéotl</i> o mujeres muertas en el primer parto. Reside en el oeste, su color es blanco (algodón)	<i>Xipetotec</i> - Señor desollado, representa el nacimiento, patrón de los guerreros muertos. Reside en el este y su color es el rojo
<i>Huitzilopochtli</i> o <i>Tezcatlipoca</i> azul Reside en el sur, región de las espinas	<i>Tezcatlicihuatl</i> / <i>Tezcatlipoca</i> negro <i>Mictlacihuatl</i> / <i>Mictlantecuhtli</i> - Señora y Señor del Inframundo, residen en el Mitlán y gobiernan la región norte o <i>Mictlampa</i> , que es mortuoria
<i>Chalchihuitlicue</i> , diosa del agua terrestre	<i>Tláloc</i> , dios de la lluvia
<i>Citlalicue</i>	<i>Citlactónal</i>
<i>Elementos de la dualidad</i>	
Femenino	Masculino
<i>Cihua</i> (mujer)	<i>Oquichtli</i> (hombre)
<i>Nantli</i> - madre	<i>Tlajtli</i> - padre
<i>Cipactli</i> - cocodrilo o Tierra	<i>Ehécatl</i> - aire
<i>Yohualli</i> - noche oscuridad	<i>Tonalti</i> - día luz
<i>Iztic</i> - frío	<i>Totonic</i> - caliente
<i>Tonalpohualli</i>	<i>Xiupohualli</i>
<i>Mictlán</i> - Inframundo (asociado al número 9)	<i>Ilhuicatl</i> - Cielo (asociado al número 13)
<i>Meztli</i> - Luna y mes	<i>Tonatiu</i> - Sol
<i>Yohualli</i> - (noche) simboliza lo invisible	<i>Ehécatl</i> - (aire) simboliza lo intocable
<i>Chalchihuite</i> (cuenta de jade con forma de dona)	<i>Quetzali</i> (pluma de quetzal)

Átl o Chalchiuitlicue - agua	Tétl - fuego
Cóatl - serpiente	Cuauhtli - águila
Silencio	Sonido
Latencia, calma	Vigor, ímpetu
Ocaso	Amanecer
Atemporal (origen y destino)	Temporal (transición del tiempo entre el origen y el destino o entre el nacimiento y la muerte)

Nieta mía muy amada y preciosa, como piedra preciosa, como chalchihuite y zafiro, noble y generosa; ya es cierto ahora que nuestro señor se ha acordado de vos, el cual está en toda parte y hace mercedes a quien quiere; ya está claro que estáis preñada, y que nuestro señor os quiere dar fruto de generación, y os quiere poner un joyel y daros una pluma rica. [...] Por ventura así lo ha determinado el que reside en el [treceavo] cielo, un hombre y una mujer, que se llaman *Ometecuhtli*, *Omecihuatl* (Sahagún, [1579] 2005, lib. VI, cap. XXV: 162).

En primer lugar, el párrafo anterior evidencia que «la generación», que es la semilla divina y es nombrada como «piedra preciosa de jade y como pluma rica», contiene la unión de una parte femenina (*chachihuite*) y una masculina (*quetzalli*). Es interesante que esta fórmula de joya-pluma rica se repite en los *huehuetlatolli* cada vez que se hace referencia a hijas e hijos. En este sentido, se advierte la intervención de *Ometéotl* en «la generación», mientras que la «implantación» pertenece al orden femenino. Así lo considera León Portilla, y con ello estoy de acuerdo. No obstante, difiero de la idea de que «la concepción» es un evento pasivo receptor, porque existen múltiples evidencias en el pensamiento náhuatl de que esta está lejos de ser pasiva, y, por el contrario, se plantea como el comienzo de un estado de desequilibrio, de movimiento que se da en el interior del cuerpo femenino. Por esta razón, en el mundo nahua se consideraba el embarazo como un estado de revolución del cuerpo femenino, ocasionado por la interacción de ambos elementos (femenino y masculino) en su interior.

Para comprender este aspecto nos es muy útil la figura 2, porque representa un cuerpo femenino en cuyo vientre se contiene el signo de *Ollín*, que significa «movimiento». Los estudiosos Luis Alberto Vargas y Eduardo Matos (1973) lo nombraron como «Cerro preñado» y atribuyeron di-



Figura 2. Cerro gestante (Códice Vindobonensis Mexicanus: lám. 41).

cho *Ollín* a un movimiento telúrico causado por el movimiento fetal. No obstante, difiero de esta interpretación por distintos motivos. El primero es que por experiencia propia sé que los movimientos fetales distan mucho de parecerse a un movimiento telúrico. Además, si se toman en cuenta el avanzado estado de embarazo y la posición del cuerpo femenino (que se prepara para dar a luz), el movimiento telúrico podría asociarse más bien a las contracciones musculares uterinas durante el proceso de dilatación del cérvix que a un movimiento fetal.

En todo caso, es importante recordar que el *Ollín* posee un sentido vital dual, el cual no asumo no solo literalmente como un movimiento, sino como la representación simbólica del «movimiento generador de vida». Por tanto, interpreto que la imagen representa el estado activo del cuerpo femenino durante el proceso de gestación y del parto, y además asocio dicho cuerpo a la Tierra, la cual, según el pensamiento náhuatl, es de orden femenino, y por ello cuenta con la capacidad de gestar en sus entrañas un nuevo ser. Esto se debe a que la Tierra o *Cipactli* (véase Figura 3), que es



Figura 3. *Cipactli* con forma femenina-zoomorfa (Códice Borbonicus: lám. 8).

una zona de interacción entre lo femenino y lo masculino, es el único lugar donde es posible la vida. En términos modernos, podría considerársela como la biosfera, que contiene la troposfera y la parte más superficial de la corteza terrestre.

El proceso de gestación se consideraba un período de incertidumbre, así solían expresarlo los familiares de la embarazada, mediante los *huehuetlahtolli*¹:

¿Por ventura merecerán estos nuestros muchachos, que aquí están, gozar lo que deseamos? ¿Por ventura lo sacará nuestro señor [*Toque Nahuaque*] a luz a este mundo? Aún estamos a oscuras, y hablamos oscuras; esperemos en nuestro señor [*Ometéotl*] qué es lo que tendrá por bien de hacer, pues él es el que rige y ordena todas las cosas que a nosotros conviene. (Sahagún, [1579] 2005, lib. VI, cap. XXV: 168).

La joven embarazada respondía así ante la incertidumbre de su estado:

Por cierto, esto sé, que en mí no hay merecimiento para que venga a luz y nazca en el mundo; duda tengo que nuestro señor le dé luz para que se conozca la merced que me ha hecho. Aquí está presente vuestro siervo y criado: siempre andamos juntos como trabados de las manos no sé si lo verá; no sé si conocerá, no sé si verá la cara de lo que su sangre se ha hecho, que es lo que tengo en el vientre; no sé si verá a su imagen, que es la criatura que está en mí, o si por ventura nuestro señor, que está en todo lugar [*Toque Nahuaque*], se quiere reír de nosotros deshaciéndole como agua, o dándole alguna enfermedad en su ternura, o nacerá sin tiempo y nos dejará con el deseo de generación, porque ni nuestro lloro ni nuestra penitencia merece otra cosa; espere-mos en nuestro señor; por ventura no lo merecemos. (Sahagún, [1579] 2005, lib VI, cap. XXV: 169). (véase figura 4).

El embarazo también se consideraba como un estado de la unión de dos en uno, por ello, todo lo que hacía la preñada repercutía en el feto: «[...] manda la partera a la preñada que no lllore, ni tome tristeza, ni nadie le dé pena porque lo reciba detrimento la criatura que tiene en el vientre». Y por lo que respecta a las relaciones sexuales durante el embarazo, la partera las recomendaba durante los primeros meses: «[...] cuando era recién preñada de un mes, o dos, o tres meses, [la partera le decía que] tuviese cuenta con su marido, templadamente; porque si del todo se abstuviese del

1 Los *huehuetlatolli* o «palabras de los viejos» poseían un carácter ancestral, ya que en ellos se hace referencia a las enseñanzas de sus ancestros que «ya son Muertos, ya son idos a la cueva del agua» (Sahagún, [1579] 2005, lib. VI, cap. XXVII: 167).



Figura 4. La mujer preñada responde a los viejos oradores (Sahagún, [1577], lib. VI: 170a).

acto carnal, la criatura saldría enferma y de pocas fuerzas, cuando naciese». No obstante, cuando el embarazo ya estaba muy avanzado, la misma partera recomendaba «que se abstuviesen del acto carnal, porque si no lo hiciese así, la criatura saldría sucia y cubierta de una viscosidad blanca como si fuera bañada con atolli blanco»², el cual, a decir de la partera, es pegajoso y no deja salir a la criatura libremente (Sahagún, [1579] 2005, lib. VI, cap. XXVII: 175).

En este orden de pensamiento, la gestación se consideraba como un desequilibrio transitorio entre las fuerzas del universo en el interior del ámbito femenino, el cual tiene un carácter primigenio y perenne, pero también guardaba un amplio rango de incertidumbre. Por este motivo, cuando la embarazada estaba en el séptimo u octavo mes, era bañada en temazcal por la partera con el fin encomendarla a ella y a sí misma a las fuerzas de la genealogía femenina, que era representada por las diosas Cihuacóatl, Toci y Yoalticiltl:

Y aunque soy partera y médica, ¿podré yo, por mi ciencia o por mi industria, poner manos a este negocio? ¿Qué es lo secreto del cuerpo de esta mi hija muy amada, la cual está aquí presente, por cuya causa estáis penados y congoados? ¿Por ventura dios no me ayudará, aunque yo haga lo que es de mí, aunque haga mi oficio? Por ventura lo haré con presunción y lo haré al

² El término *atolli blanco* hace referencia a una bebida tradicional hecha de maíz con agua o leche que tiene una consistencia espesa.

revés, poniéndole de lado, o de soslayo, o por ventura romperé la bolsa en que está. ¡Oh, desventurada de mí! ¿Por ventura será esto causa de mi muerte?

Aquí responden la madre y las parientas de la casada a la partera:

Muy amada señora y madre nuestra espiritual, hazed, señora, vuestro oficio, responded a la señora y diosa nuestra que se llama *Quilaztli* y començad a bañar a esta muchacha. Metedla en el baño, que es la floresta de nuestro señor, que le llamamos *temazcalli*, a donde está y donde cura y ayuda la abuela, que es diosa del temazcalli, llamada *Yoalticitl*.

Oído esto, la partera luego ella misma comienza a encender fuego para calentar el baño, y luego metía en el baño a la moça preñada y la palpava con las manos el vientre para enderecar la criatura si por ventura estava mal puesta. Y bolvíala [sic] de una parte a otra. Y si por ventura la partera se hallava [sic] mal dispuesta o era muy vieja, otra por ella encendía el fuego.

De esta cita primero quiero rescatar la figura de Quilaztli-Cihuacóatl, quien, según el mito de la creación humana, es la esposa de Quetzalcóatl, quien bajó al Inframundo y pidió a su Señor, Mictlantecuhtli, que le entregase los huesos que serían utilizados por Cihuacóatl para engendrar a la humanidad. Ella, tras recibirlos, los molió y los depositó en «la olla preciosa» para traerlos nuevamente a la vida. Por eso a esta diosa se la considera la engendradora o primera madre. Por otra parte, también es llamativa la unidad conceptual entre la figura de la abuela y la diosa Yoalticitl, porque la primera hace referencia a la diosa Toci, «nuestra abuela», quien es madre de los dioses, y la segunda, Yoalticitl o «médica nocturna», es la diosa de las medicinas y patrona de las personas que ejercían ese oficio.

Capítulo VIII. Trata de una diosa que se llamaba «La madre de los dioses», corazón de la tierra y nuestra abuela. Esta diosa era la diosa de las medicinas y de las yerbas medicinales; adorábanla los médicos, y los cirujanos y los sangradores, y también las parteras, y las que dan yerbas para abortar; y también los adivinos, que dicen la buenaventura, o mala, que han de tener los niños, según su nacimiento. [...] También la adoraban los que tienen en sus casas baños y llamábanla *Temazcalteci*, que quiere decir la abuela de los baños. (Sahagún, [1579] 2005, lib. I, cap. VIII: 47-48)³ (véase figura 5).

3 Para un estudio profundo del *Códice Tudela* se recomienda Batalla Rosado (1999).



Figura 5. Ticitl o médica encendiendo el temazcalli (Códice Tudela: Lám. 62).

Por tanto, considero que, conjuntadas ambas advocaciones, representan el carácter ancestral y femenino del conocimiento médico, mediante el cual se buscaba la sanación y el fortalecimiento de las personas. La adoración de Toci y Yoalticítl coincidía con el undécimo mes del calendario solar: *Oohpaniztli*, cuyos rituales eran protagonizados por médicas (*ticitl*), parteras (*temixihuitiani*) y consultores de los destinos (*tonalpouhque*), como se verá en el apartado siguiente.

Omecíhuatl y la medición del tiempo femenino

La relación de una hija o un hijo con su madre es más,
mucho más, que una relación social.
Es la relación humana primordial y primera,
la relación propiamente humana cuyo devenir moldea todas las demás,
tanto las relaciones humanas que vendrán después,
como las relaciones sociales.

(María Milagros Rivera, *Mujeres en relación*, p. 20).

En el apartado anterior vimos que en la cultura y en el pensamiento náhuatl estaba regido por el principio de dualidad, en la cual Omecíhuatl, o Señora de la dualidad, representaba la parte femenina del cosmos, la cual poseía un carácter primigenio y perenne ya que su existencia antecede al tiempo. El tiempo, a su vez, se funda en la relación cronotrópica entre el astro solar y la Tierra. De hecho, en la mitología náhuatl se refieren cuatro intentos previos de creaciones solares y el quinto será el definitivo. Esto, de acuerdo con la descripción detallada de Sahagún ([1579] 2005, lib. VII, caps. I y II: 257-252) sobre el mito del nacimiento del Sol y de la Luna en su versión teotihuacana.

Por otra parte, a decir del historiador Alfredo López Austin, quien es uno de los estudiosos más prolíficos sobre el pensamiento nahua, la trasgresión es un principio creador en la cosmovisión mesoamericana ya que a través de este es posible la generación de la vida y del tiempo (López Austin, 1997). Bajo esta lógica, la vida es resultado del movimiento, el cual es representado por *Nahui-Ollín*, que significa «cuatro movimientos» (véanse marcas color naranja en Piedra del Sol, figura 6) y es la fecha calendárica de nacimiento del Quinto Sol, que es el que brilla actualmente y cuyo nombre es *Ollín tonatiuh*, que significa «Sol en movimiento». Esta figura quedó plasmada en la famosa Piedra del Sol, la cual contiene la sistematización del año solar o *Xiupohualli*.



Figura 6. El signo *Nahui-Ollín* (cuatro movimientos) en la Piedra del Sol.

Por este motivo, se dice que el Quinto Sol, tras ser parido por la Tierra, durante el día transita en el cielo hasta su ocaso y durante el año solar o *Xiupohualli* atraviesa por las cinco regiones de la Tierra: el Centro o territorio habitado por la humanidad; el Este, o *Tlacopa*, significa «lugar de la luz», su signo es *Ácatl* o caña, y es presidido por el dios Xipe Tótec. El Sur o *Huitzilampa* es el lugar de las espinas y tiene por signo el *Tochtli* o conejo y le corresponde el color azul, y es gobernado por Huitzilopochtli. Por otra parte, el Oeste o *Cihuatlampa*, que significa «lugar de las mujeres», está asociado al color blanco y su signo es *Calli* o casa. Finalmente, el Norte o *Mictlampa* corresponde a la región de la muerte, está asociado al color negro y al signo *Técpatl* o cuchillo de pedernal y es gobernado por Mictlantecuhtli/Mictlacíhuatl.

El ciclo vital del sol también quedó plasmado en los *tonalamátl* o libros calendáricos (véase figura 7), los cuales representan el nacimiento del Sol por la región *Tlacopa* o Este, su tránsito «vital» por la etapa de infancia y su arribo al cénit, la madurez. Su decaimiento, por la región de Oeste o

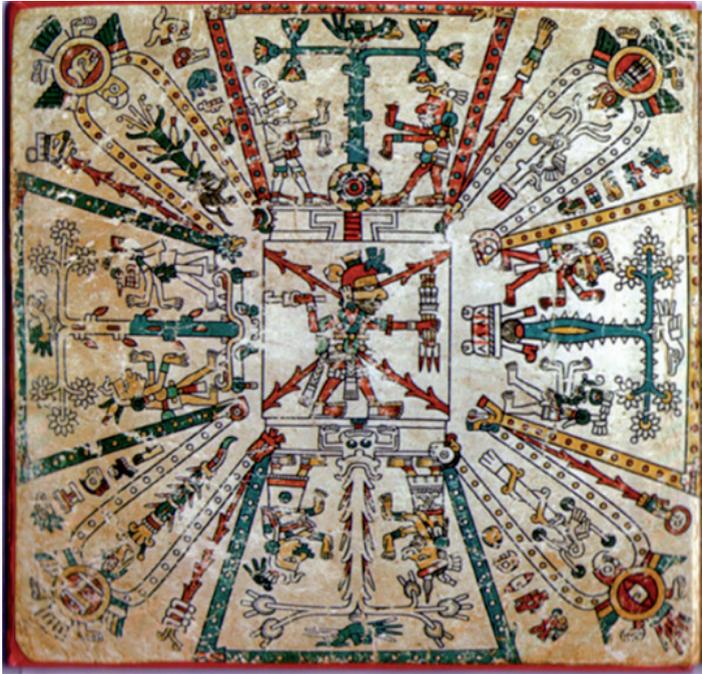


Figura 7. Las cuatro regiones del mundo en el *tonalamatl* (Códice Fejervary: lám. 1).

Cihuatlampa, simboliza la vejez, y la muerte significa ser comido por la Madre Tierra o *Cipactli*, cuyas entrañas constituyen la región del Inframundo, o de los muertos, por la cual el Sol a la vez es digerido y convertido en abono o alimento para iniciar un nuevo ciclo que representa el nacer renovado mediante el alba. Esta región del poniente celeste era gobernada por la diosa Tlazoltéotl y en ella vivían las mujeres difuntas en el parto o *cihuateteo*, las cuáles eran consideradas diosas⁴ (véase figura 8). Sobre ellas Sahagún explica:

Lo que cerca de esto dixeron los antiguos de las mugeres es que las mugeres que murían en la guerra y las mugeres que el primer parto murían, que se llaman mocioaquetzque [que quiere decir «mujer valiente»], que también se

⁴ La parte femenina del cosmos fue analizada por Alfredo López (López Austin, 1998).

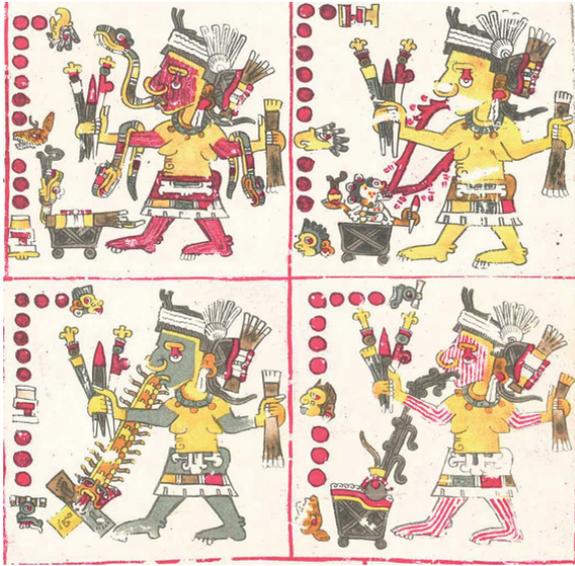


Figura 8. *Cihuatetéotl* (Spranz, 1973).

cuentan con los que mueren en la guerra. Todas ellas van a la casa del sol y residen en la parte occidental del cielo. Y así aquella parte occidental los antiguos la llamaron ciuatlampa, que es donde se pone el sol, porque allí es su habitación de las mugeres [sic] (Sahagún, [1579] 2005, p. lib. VI, cap. XXIX).

El sistema binario se aplicó no solo al territorio, sino también a la cuenta del tiempo, ya que en la configuración del sistema calendárico se tomaron dos factores de referencia básicos. Por una parte, el *Xiupohualli*, o calendario solar, consta de dieciocho meses de veinte días, más cinco días considerados aciagos; en total, tiene 365 días y está vinculado con la producción agrícola. Por otra parte, el *Tonalpohualli*, o calendario ritual o adivinatorio, consta de veinte meses de trece días cada uno, que hacen en total 260 días (véase figura 9). Esta cifra es también la duración promedio del período de gestación humana y se corresponde con el primer día de la semana 38 del embarazo (actualmente se considera la semana 38 como el término del desarrollo fetal).

El sistema calendárico mesoamericano no solo se componía de estos dos calendarios, sino que había una tercera cuenta, llamada Cuenta Larga, que conjugaba el *Xiupohualli* y el *Tonalpohualli* para conformar el «siglo»

de 52 años. Cada año tenía un nombre propio conformado por uno de los cuatro signos terrestres⁵, *Ācatl*, *Técpal*, *Calli* y *Tochtli*, y por un numeral del 1 al 13 (Sahagún, [1579] 2005, p. lib. VII, cap. VIII: 267-268).



Signos terrestres que, conjugados con numerales del 1 al 13, daban nombre a cada uno de los 52 años de la Cuenta Larga.



Figura 9. La cuenta del arte adivinatoria en el *Códice Florentino* de Sahagún (Keller, 2008) (CC BY 3.0).

⁵ Señalo que son terrestres porque corresponden a las cuatro regiones de la Tierra.

Viendo la correlación de ambos sistemas calendáricos, puedo afirmar que los calendarios mesoamericanos representan la conjugación de las fuerzas del universo a través del tiempo, del espacio terrenal (con sus cinco regiones), y de los ámbitos celeste e Inframundo; y, además, vinculan dichas fuerzas con el proceso de gestación, nacimiento y desarrollo de la vida humana y con el proceso agrícola del alimento básico: el maíz.

Habiendo enunciado la complejidad del sistema calendárico, resulta imprescindible centrar el análisis en el uso del *Tonalpohualli*⁶ en relación con el proceso reproductivo humano. Para comenzar, es importante mencionar que este calendario fue censurado por algunos religiosos novohispanos, como fray Bernardino de Sahagún, quien en el «Apéndice del Libro Cuarto, en romance, y es una apología en defensión que en él se contiene» ([1579] 2005), refutó las voces de algunos religiosos que habían avalado el *Tonalpohualli* como calendario, ya que consideró que esa «cuenta del arte adivinatoria» estaba plagada de idolatría porque no tenía relación alguna con el movimiento solar o con el panorama celeste, a diferencia del *Xiupohualli* (de carácter solar-agrícola). En su libro IV, Sahagún describió detalladamente tanto la estructura como la función religiosa y social del *Tonalponualli*, e identificó que este marcaba los períodos de influencia de las deidades mexicanas, y lo comparó con la tradición astrológica europea bajo estos términos:

Estos astrólogos o adivinos [europeos] fundan su adivinanza en la influencia de las constelaciones, planetas, y por esta causa tolérase su adivinanza, y permítase en los repertorios que el vulgo usa, con tal condición que nadie piense que la influencia de la constelación hace más que inclinar a la sensualidad y que ningún poder tiene sobre el libre albedrío. Estos naturales de toda la Nueva España tuvieron y tienen gran solicitud en saber el día y hora del nacimiento de cada persona, para adivinar las condiciones, la vida y la muerte de los que nacían. Los que tenían este oficio se llamaban *tonalpohuque* a los cuales acudían como a profetas, cualquiera que le nacía hijo o hija, para informarse de sus condiciones, vida y muerte. Estos adivinos no se regían por los signos ni planetas del cielo, sino por una instrucción que según ellos dicen se las dejó Quetzalcóatl, la cual contiene veinte caracteres multiplicados trece veces [...]. Esta manera de adivinanza de ninguna manera puede ser lícita, porque ni se funda en la

6 Este término se traduce como «el libro de los destinos» y también es común el uso de las palabras *Tonamatl* y *Tonalámatl*.

influencia de las estrellas, ni en cosa ninguna natural, ni su círculo es conforme al círculo del año, porque no contiene más de doscientos sesenta días, los cuales acabados tornan al principio. Este artificio de contar, o es nigromántica o pacto y fábrica del demonio, lo cual con toda diligencia se debe desarraigar. (Sahagún, [1579] 2005, p. prol., lib. IV).

La censura del fraile franciscano permite, en primer lugar, comprender la importancia del *Tonalpohualli* en la vida social y religiosa náhuatl, ya que era un medio para «adivinar las condiciones y sucesos de la vida que tendrían los que naciesen», así que Sahagún consideró que era «cosa muy perjudicial a nuestra santa fe católica» y, por tanto, lo condenó a ser «destruido y quemado». Además, debe considerarse que marcaba las fechas de las festividades religiosas y en él se consultaba el destino de las criaturas recién nacidas y se les asignaba el nombre⁷. De ahí se comprende que, al cancelar la legitimidad del *Tonalpohualli*, Sahagún también revocaba la autoridad de los *tonalpouhque*, quienes se encargaban de leerla y gozaban de un profundo reconocimiento social (véase figura 10):

Esta cuenta sabíanla solamente los adivinos y los que tenían habilidad para aprenderla, porque contiene muchas dificultades y oscuridades. Y a estos que sabían esta cuenta llamábanlos *tonalpouhque*, y teníanlos en mucho y honrábanlos mucho; teníanlos como profetas y sabidores de las cosas futuras, y así acudían a ellos en muchas cosas.

(Sahagún F. B., [1579] 2005, lib. IV: pról.).

La figura del *tonalpouhque*, evidentemente, resultaba un obstáculo para la colonización religiosa de los «naturales», la cual en un principio se basó en la celebración de bautizos masivos y la lectura del Requerimiento⁸. Otra evidencia de la autoridad social que ellos tenían es que presenciaban la ceremonia de designación de la partera para la atención del parto de las jóvenes nobles, en la cual se enunciaban los *huehuetlahtolli* o «palabras de los viejos»:

7 Para ahondar sobre la importancia del *Tonalpohualli* en la cultura náhuatl y la correspondencia de los signos en diferentes *Tonamatl*, se recomienda la obra de Viesca (1998).

8 El Requerimiento fue la primera figura jurídica utilizada por el rey Fernando el Católico, a partir de 1512, con el fin conquistar y/o esclavizar legalmente a los indios de América. Este documento debía leerse a las comunidades indígenas para conminarles a aceptar «pacíficamente» la soberanía del monarca español, ya que, de acuerdo con la Bula Papal *Inter Caetera* de 1493, todas las tierras americanas le pertenecían. Asimismo, debían aceptar la religión (católica), ya que era «la única verdadera». El documento terminaba con la amenaza de que en caso de rechazar ser sometidos política y religiosamente serían combatidos hasta su aniquilación y/o esclavizados (Martínez Peláez, 1976).



Figura 10. La partera consulta el *tonalli* o signo del recién nacido con el *tonalpouhque* (Sahagún, [1577], lib. VI, cap. XIV: 34r).

También estáis aquí presentes, señores, los que sois padres de la república y nuestros señores, que tenéis las veces [sic] de dios sobre la república por ordenación del mismo dios. Y tenéis las personas y oficio de *Xúmotl*⁹ y de *Cipactli*, teniendo cargo y ciencia de declarar las venturas de los que nacen¹⁰ (Sahagún, [1579] 2005, lib. VI, cap. XXVII: 172).

Esta cita es interesante porque hace referencia a que los *tonalpouhques* ejercían el oficio de la pareja primigenia: Oxomoco y Cipactonal, la cual

⁹ En el texto original en náhuatl aparece como *amoxomocoti*, que se refiere a Oxomoco.

¹⁰ Se refiere a los *tonalpouhque*.



Figura 11. Oxomoco y Cipactónal, deidades de las parteras (Códice Borbonicus: lám. 19).

también presidía el quehacer de las parteras, médicas y adivinas¹¹, y ellas, a su vez, se basaban en el *tonalpohualli* no solo para leer el maíz, asignar el nombre de recién nacidos y pronosticar su destino terrenal y mortuorio (véase figura 11). Es probable que, con base en él, las parteras intervinieran en el control de la natalidad, ya que establece períodos propicios para la abstinencia o para el goce sexual. De este modo, podían establecer puntos de referencia que les permitieran calcular el tiempo de gestación

11 Sahagún refiere que el vínculo entre saber médico mexica tenía un origen Tolteca: «Tenían [...] grandísima experiencia y conocimiento los dichos tultecas, sabían y conocían las calidades y virtudes de las yervas, que sabían las que eran de provecho y las que eran dañosas y mortíferas, y las que eran simples. Y por la gran experiencia que tenían de ellas dexaron [sic] señaladas y conocidas las que en ahora se usan para curar, porque también eran médicos, y especialmente los primeros de esta arte, que se llamaban *Oxomoco*, *Cipactónal*, *Tlaltetecuin*, *Xochicaoca*, los cuales fueron tan hábiles en conocer las yervas que ellos fueron los primeros inventores de medicina, y aun los primeros médicos herbolarios» (Sahagún, [1579] 2005, lib. X, cap. XXIX: 186).

humana con la intención de procurar que el nacimiento se diera en los periodos «benéficos».

Considerando este elemento de cálculo, la idea de que *la semilla de generación* es provista por la deidad Ometéotl, quien preside el decimotercer cielo, no es gratuita. A mi parecer, el decimotercer cielo no se trata de una dimensión puramente espacial o divina, como varios estudios han manifestado basándose en el *Códice Vaticano A* (véase figura 12), sino, más bien, consiste en la interacción cronotrópica entre los calendarios *Xiupohualli* y *Tonalpohualli*, es decir, también interviene la dimensión temporal. De acuerdo con esta lógica, el decimotercer cielo se referiría al lapso de veinte meses de trece días del calendario ritual, cuya cuenta total es de 260 días y equivale al período de gestación humana. De ser así, implicaría que el engranaje de este sistema de referencia lunar con el calendario solar les permitió configurar un vínculo cronotrópico entre los ciclos cósmico y humano.

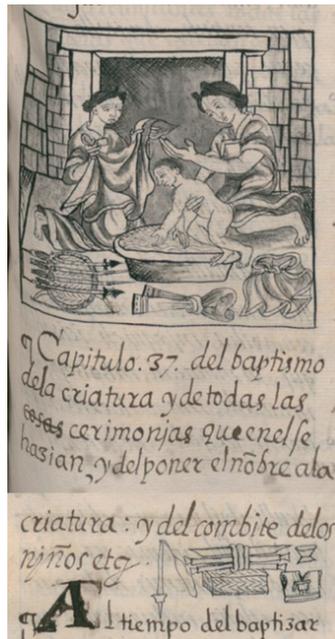


Figura 12. El bautismo y las ceremonias del recién nacido (Sahagún, [1577], lib. VI, cap. XXVII: 170r-171a).

No obstante, todo este conocimiento sobre la interacción cronotrópica fue considerado como «idolátrico» por nuestro fraile novohispano, quien aseguró el *Tonalpohualli* no respondía a una lógica natural. Sin embargo, lo que sí logró intuir es que contravenía el dogma cristiano en sus principios básicos¹². Basándose en esta línea de pensamiento, Sahagún validó los aspectos terapéuticos y herbolarios de las *temixihuitiani* y las *ticitl*, pero rechazó cualquier carga de religiosidad al catalogarla como «superstición». Esta diferenciación se manifiesta a través de su concepción sobre las buenas y las malas médicas:

La médica es buena conocedora de las propiedades de yerbas, y raíces, árboles, y piedras, y en conocerlas tiene mucha experiencia, no ignorando muchos secretos de la medicina. [...] sabe bien curar a los enfermos, y por el beneficio que les hace casi vuélvelos de muerte a vida, haciéndoles mejorar o convalecer con las curas que hace; sabe sangrar, dar la purga, echar medicina y untar el cuerpo, concertar los huesos, sajar y curar bien las llagas y la gota, y el mal de los ojos, y cortar la carnaza de ellos.

La que es mala médica usa de la hechicería supersticiosa en su oficio y tiene pacto con el demonio, y sabe dar bebedizos con que mata a los hombres; y por no saber bien las curas, en lugar de sanar enferma y empeora, y aun pone en peligro de la vida a los enfermos, y al cabo los mata, y así engaña a las gentes con su hechicería, soplando a los enfermos, atando y desatando sutilmente a los cordeles, mirando en el agua, echando los granos gordos de maíz que suele usar en su superstición, diciendo que por ello suele conocer las enfermedades y las entiende; y para usar bien de su superstición da a entender que de los dientes saca gusanos, y de las otras partes del cuerpo papel, pedernal, navaja de la tierra, sacando todo lo cual, dice que sana a los enfermos, siendo ello falsedad y superstición notoria (Sahagún, [1579] 2005, lib. X, cap. XIV: 129).

Hasta ahora hemos visto distintos recursos utilizados por las parteras en su oficio, así como la representación social, religiosa y cosmogónica de ellas y de su oficio. Ahora analizaremos algunos aspectos de la representación del parto y del nacimiento en el pensamiento náhuatl.

12 En el estudio introductorio al Cuarto Libro (Sahagún, [1579] 2005), el cual estaba dedicado a la astrología o arte de adivinar de los mexicanos, Ángel María Garibay escudriña acerca de por qué Sahagún abrevió desproporcionadamente la versión castellana en relación con los escritos que recibió de sus informantes. Una de sus hipótesis se basa en el acecho del cual fue objeto el fraile por realizar sus estudios etnográficos ya que sus escritos estuvieron amenazados con las llamas y finalmente le fueron requisitados y enviados a España.

El parto y el sacrificio en el mundo náhuatl

El amanecer, la gestación, el nacimiento, la transición de la vida y la muerte son fases del proceso vital. Estos, a su vez, se dan en la interacción de los ámbitos femenino y masculino. Por esta razón, el pensamiento náhuatl diferenciaba el nacimiento del parto, de acuerdo con los sujetos de la acción: la criatura efectúa el acto de nacer, y la madre, el acto de parir.

Como vimos en párrafos anteriores, el tiempo se crea a partir de la interacción entre distintas fuerzas. Por esta razón, puedo afirmar que la noción del tiempo en el mundo prehispánico estaba vinculada con el proceso vital, al cual se le consideraba cíclico, es decir, que mantenía una dinámica entre el origen (que corresponde al ámbito materno), el período transitorio (que es la vida) y el destino, que es la muerte. Esta última, a su vez, da pie a un proceso de descomposición que es necesario para reintegrarse a la vida. En términos de la biología moderna, el resultado de dicha descomposición es conocido como «abono». En este sentido, considero que el ciclo alimentario es paralelo al ciclo vital, ya que las imágenes de las deidades que representan a este último mantienen una estrecha asociación entre el nacimiento y la defecación como fases de dos ciclos paralelos. Esto podría estar asociado a la depuración intestinal mediante diarrea que suelen experimentar las mujeres durante el proceso de dilatación¹³. Además, durante el proceso expulsivo es significativo el reflejo de pujo, que es causado por la cabeza del feto al presionar el colon, sin el cual no sería posible expeler el cuerpo fetal.

Con base en esta función fisiológica, interpreto que la diosa Tlazoltéotl, patrona de las parturientas o *mixiuhcacihuatl* y de las parteras o *temixiuhitiani* (véase figura 13), representa gráficamente el paralelismo entre proceso orgánico de la digestión (ingerir > digerir > defecar), cuyo resultado es la creación de abono para la tierra, y el proceso reproductivo. En esa imagen, Tlazoltéotl devora una codorniz como símbolo del acto carnal. El feto que baja por gracia de Ometéotl representa la concepción. Las lunas de su abdomen representan el proceso de gestación; y el parto es muy explícito, ya que muestra a la diosa partida por debajo para dar paso al neonato. Las lunas de abajo, según yo interpreto, representan el periodo

13 Este aspecto, en el mundo prehispánico, pudo estar simbolizado con el «barrimiento», el cual implica una purificación que es representada por la escoba de Tlazoltéotl. Aunque también el barrimiento se asociaba al posparto.



Figura 13. Tlazoltéotl, regidora del signo 1 *Ollín*, del *Tonalpohualli* (*Códice Borbonicus*: lám. 11) (CC BY-SA 4.0).

de purificación o «barrimiento», es decir, el posparto. Cabe resaltar que su tocado es de algodón, símbolo de la virginidad femenina y del primer parto. Por último, es importante mencionar que durante el signo 1 *Ollín*, las *cihuatetéotl* solían bajar a la tierra, causando males a los infantes, por lo que la gente las ofrendaba en sus adoratorios, que se encontraban en los cruces de caminos. Así pues, el paralelismo reproducción-digestión se representa de la siguiente forma:

- Coito (deglución de una codorniz por parte de la diosa).
- Concepción (que es implantación de la semilla de la generación (óvulo fecundado) en el útero).
- Gestación (capacidad nutricia que causa desequilibrio en el cuerpo femenino).

- Parto (proceso de apertura y purificación a través del sacrificio por la mitad de la madre para traer a la luz al nuevo ser, el cual es abono para la continuación del ciclo).

Este paralelismo también lo podemos encontrar en la deidad Tlaltecuhтли (véanse figuras 14 y 15):



Figura 14. Reconstitución cromática del monolito de Tlaltecuhтли o Tlaltéotl por Julio Romero y Luz María Muñoz, 2009. Archivo Proyecto Templo Mayor, Conaculta-INAH (López Luján, 2010).

Boca - vulva dentada
Esófago invertido - vagina
Estómago - útero preñado
Pliegues abdomen - parto
Nacimiento: *máxtlatl*



Figura 15. Monolito de Tlaltecuhтли o Tlaltéotl, Diosa de la Tierra (López Luján, 2010).

Si analizamos el monolito veremos que la diosa está en posición de parto, los pliegues de su abdomen son signo de haber parido. Los símbolos de Tláloc en sus articulaciones son muy comunes entre las deidades femeninas, pues representan la capacidad de apertura y la emanación de agua de las coyunturas. Otro elemento común entre Tlaltecuhтли y Tlaltéotl son los huesos cruzados, que se relacionan con las *cihuateteo* o mujeres muertas en el parto. El *máxtlatl* o taparrabos posee, a mi parecer, símbolos del proceso del parto: el cinturón de estrellas es el origen, es decir, el mundo materno oscuro. Debajo de este se aprecian elementos del agua que fluye y abre paso hacia las plumas, el aire; por ello, considero que simboliza la transición del claustro materno al medio aéreo, es decir, el parto que implica un proceso purificador a través del sacrificio, el cual es representado por las culebras en este caso, o por el *técpatl* o pedernal en la escultura de Tláloc-Tlalcíhuatl (véase figura 16).

Otros registros históricos, relacionados con las fiestas y rituales marcados por el *Tonalpohualli* y el *Xiupohualli*, refieren que, durante el undé-



Figura 16. El monolito de Tláloc-Tlacíhuatl, encontrado junto al Templo Mayor, posee un carácter bisexual. Su posición es de parto, ya que el *maxtlaltl* o taparrabo posee un *técpatl* o pedernal, símbolo de sacrificio por partimiento (López Luján, 2010).

cimo mes solar, Ochpaniztli se dedicaba al proceso de purificación, por lo que era llamado «barrimiento», y estaba presidido por la diosa Tlazolteótl (Sahagún, [1579] 2005, lib. II: 122-123, 190-196). En este mes también tenían cabida las fiestas dedicadas a Toci, que significa «nuestra abuela» y a Yoallitícitl, Diosa de la Medicina. Por tanto, durante este mes solar, tanto parteras como médicas, médicos y «hechiceras» protagonizaban las fiestas y rituales dedicados a estas diosas de esta manera:

[...] cinco días antes que entrara este mes Uchpaniztli cesaban todas las fiestas del pasado y quedaba el tiempo en sosiego y en calma, sin fiesta ni celebración alguna. En entrando el primer, día bailaban en el templo dicho, sin teponaztli ni canto, sino en muy concertado y mudo silencio, siguiendo sus compases al son de la fantasía, que era con la que los formaban; y habiendo bailado ocho días a este tono y silencio, componían a la mujer que representaba la imagen de esta maldita diosa con sus aderezos y ornamentos y acompañabanla grande número de mujeres (en especial de médicas y parteras), y

la primera vista que daban al pueblo era con un juego, a manera del de cañas, que los nuestros acostumbran en sus regocijos cuando usan de alcancias y no de cañas. Hacían para este juego unas pelotas de una yerba llamada *pachtli*¹⁴, otras de espadañas y juncia, y otras con pencas de tunas, y con estas cosas se tiraban las unas a las otras y se ofendían, aunque no de manera que se maltratasen ni lastimasen [...] Todo esto era a fin de que la mujer que representaba a esta diosa, que había de morir en esta fiesta, anduviese alegre, regocijada y risueña [...] Luego que mataban esta mujer, la desollaban en servicio de esta diosa y el pellejo se lo vestía un mancebo robusto [...] (Torquemada, [1615] 2010, lib. X, cap. XXIII: 396).

De esta cita llaman la atención los símbolos utilizados: el número de días, el silencio, la calma y la batalla medicinal. Probablemente, los primeros cinco días en los que cesaban las fiestas simbolizaban el origen y la concepción, cuando hay una aparente calma¹⁵. Los siguientes ocho días en que bailaban en silencio posiblemente representan el período gestante. Y los último cuatro días en que las médicas y parteras acompañaban a la representante de la diosa y organizaban una batalla campal con pelotas de hierbas medicinales podrían simbolizar el proceso de dilatación y parto, ya que el número cuatro está vinculado a este. Estos rituales constituían la primera parte del mes. La segunda estaba dedicada a Tlazoltéotl y al pro-



Figura 17. Tlazoltéotl, patrona de las parturientas, representa también al parto como sacrificio original (Códice Laud: 39).

14 Es interesante el uso de este vocablo porque es un sufijo que significa «hierba medicinal».

15 Debemos recordar que, de acuerdo con el *tonalamátl* del *Códice Borbónico*, los cinco primeros días estaban dedicados a la pareja adivinatoria Oxomoco y Cipactónal.

ceso purificador a través del sacrificio, al cual identifiqué como de alumbramiento y el posparto.

Por otra parte, en el *Códice Laud*, Tlazoltéotl es representada como patrona del proceso del parto, preside el undécimo mes, *Uchpaniztli*, y tiene su influencia en los signos *átl*, *ollín*, *cóatl*, *caña* y *cipactli* (ubicados en el costado derecho de la imagen). En el lado izquierdo se aprecia a una mujer en proceso de parto, con nariguera (falta de aire), y la mayor parte de su cuerpo se encuentra en transición entre un medio acuático y un medio de interacción entre Cipactli (con forma de pejelagarto) y el dios Ehécatl, del aire. Este último señala a la culebra coralillo y las puntas del sacrificio que sostiene Tlazoltéotl con su mano derecha, y con la izquierda sostiene el algodón y el *malacatl* como símbolo del primer parto.

Es importante mencionar que el vocablo *tlazoltéotl* significa literalmente la «limpiadora de inmundicias» y Sahagún nos explica la razón:

Tlazoltéotl se llamaba también Ixcuinan, madre que se adueña del rostro, y también *Tlaelcuani*, devoradora de entrañas así se llamaba porque, dicen que de su propiedad, su atributo y pertenencia eran el polvo y la basura, es decir la vida alegre, sobre ella reina, sobre ella manda...Se llamaba también devoradora de inmundicias, dizque porque ante su rostro [...] se decían, se enderezaban, todas las acciones de la carne, por muy espantosas que fueran, por muy depravadas, nada se escondía por vergüenza. Todo, en su cara se aclaraba, se decía. Se decía que el polvo y la basura, las obras de la carne, Tlazoltéotl las provocaba, las encendía, Tlazoltéotl las fomentaba. Y solamente ella descargaba, Ella purificaba, aliviaba. Ella lavaba, bañaba, en sus manos estaban las aguas, las de color verde, las de color amarillo [...] Ante ella se conocía el corazón, ante su rostro se purificaba la movilidad de la gente. (Sahagún, [1579] 2005, lib. I, cap. XIII: 6v.7r).

El nacimiento en el mundo náhuatl

Como hemos visto en el apartado anterior, la cosmogonía mesoamericana poseía un carácter dual, el cual regía el devenir del tiempo en el universo. Por ello, en la era del Quinto Sol, que es el actual, el origen de la humanidad responde a la necesidad de los dioses de mantener el tiempo, es decir, su función es contribuir al mantenimiento de los ciclos cósmicos y humano. Por lo tanto, en el presente apartado se analizará cómo era concebido el nacimiento en el mundo nahua tomando varios factores de análisis, como son las representaciones cosmogónica, simbólica, social, ritual y corporal.

Para comenzar, es necesario apuntar que en la cultura mexicana el nacimiento fue asociado a lo masculino mediante el mito de Huitzilopochtli, quien nace de Coatlicue, la Tierra, para defenderla ante la amenaza de muerte por parte de Coyolxauhqui (la Luna) y sus *cenzonhuiznahuauc*, que significa «400 hermanos» y se refiere a las estrellas del sur (Sahagún, [1579] 2005, lib. III, cap. I: 271-276). Esta asociación se basa en el hecho de que, al salir de las entrañas de la Tierra por la región del este (*Tlapcopa*), el Sol en movimiento posee un carácter bélico que le permite vencer a las fuerzas nocturnas que le preceden, y gracias al sacrificio humano toma la fuerza para transitar cada día por el cielo, pero muere y es comido por Cipactli, donde transita por el Inframundo y renace nuevamente. A decir de la estudiosa Blanca Solares, este relato, introducido por los mexicas, corresponde con su carácter bélico, propio de una sociedad altamente jerarquizada y patriarcal que enarbola la acción masculina como victoriosa por sobre de la femenina, la cual, además, es representada bajo formas monstruosas (Solares, 2007, p. 308), como son Coatlicue y Cihuacóatl, cuyas características engullidoras aparecen como insaciables.

En honor al renacimiento del sol el segundo mes solar, *Tlacaxipehualiztli*, que es presidido por *Tezcatlipoca* Rojo o *Xipe-Tótec*, «Señor desollado», representa este proceso del nacimiento como una renovación, es decir, el desprendimiento de lo que ya no es útil. De esta forma, se explica que la tierra toma un nuevo revestimiento y los campos de cultivo se transforman de un suelo seco en uno fértil que ha de servir de mantenimiento de la vida. En este contexto, el nacimiento se presenta como una batalla entre la vida y la muerte a través del ritual que fue considerado como «sacrificio gladiatorio» por los cronistas novohispanos, el cual se desarrollaba durante varios días:

Hacían subir al cautivo sobre la piedra redonda. A manera de muela. Y estando sobre la piedra el cautivo, venía uno de los sacerdotes vestido con un cuero de oso, el cual era como padrino de los que allí morían, y tomaba una sogá, la cual salía por el ojo de la muela, y atábale por la cinta con ella.

Luego le daba su espada de palo, la cual en lugar de navajas, tenía plumas de aves pegadas por el corte, y dábale cuatro garrotes de pino con qué defendiese y con qué tirarse a sus contrarios.

[...] Luego los que estaban aparejados para la pelea [que eran dos guerreros águila que representaban el día, y dos guerreros jaguar que representaban la noche y el Inframundo] comenzaban a pelear con el cautivo de uno en uno.

les nos permiten asociar el nacimiento con un combate entre la vida y la muerte. En primer lugar, la imagen muestra que el cautivo era adornado con plumas en el cuerpo y en el palo que le servía de defensa. Dichas plumas, a mi parecer, representaban el inicio de la vida humana fuera del útero, ya que, al transitar de un medio líquido y anaerobio a uno aerobio, la respiración es una función fisiológica primordial para sobrevivir en ese nuevo medio. Por tanto, sería lógico pensar que el aire sea representado con plumas y estas caractericen a su principal arma.

Por otra parte, es muy significativo que el cordón que salía del centro del *temalacatl* o piedra sacrificial, la cual a mi parecer representa a la placenta, sujete al cautivo por la cintura mientras lucha sucesivamente con guerreros jaguar, símbolo de la noche y el Inframundo, y con guerreros águila, del cielo diurno, el aire y el movimiento.

Tomando en cuenta estos elementos, considero que esta batalla «sagrada» simbolizaba el dilema entre la vida y la muerte que implica el nacimiento, porque representa su destino inicial, es decir, si vivía o moría durante ese período de tránsito. En este sentido, es muy representativo el concepto de «estrella» aplicado al destino de los recién nacidos, porque posee dos formas básicas. Las criaturas nacidas vivas (representadas de color rojo) eran consideradas como *Citlaltónac*, que es la estrella brillante que ilumina el mundo durante el día: el Sol; por ello, se consideraba que los guerreros muertos en batalla acompañaban al Sol desde su nacimiento hasta el cénit. Mientras que las estrellas nocturnas o *Citlali* pertenecían a la diosa Citlalinicue, quien poseía la cualidad de cubrir el mundo con su faldellín de estrellas, las cuales representan a aquellos infantes que no habían podido nacer, es decir, los nonatos o los neonatos muertos tras el parto. Estos, a su vez, permanecían alimentados por el árbol nodriza o *Chichihuacuahco*, el cual es identificado como la Vía Láctea.

Ahora bien, en los casos en que la criatura nacía viva, la partera daba cantos de victoria, los cuales fueron asociados por Sahagún a los emitidos por los guerreros al tomar un prisionero en los campos de batalla: «[...] en naciendo la criatura, luego la partera daba unas voces a manera de los que peleaban en guerra, y en esto significaba la partera que la paciente había vencido varonilmente y que había cautivado un niño» ([1579] 2005, lib. VI, cap. XXX: 183). No obstante, después de recorrer por toda la simbología del parto que significaba el tránsito del claustro materno oscuro y silencioso, al ámbito masculino, los sonidos hechos por la partera también podrían simbolizar la llegada del recién nacido al mundo sonoro. Además

del aire, el elemento acuático se mantenía como símbolo de purificación, la partera le recibía con estas ceremonias:

Tlaccatiani [nacido] Estas gentes de esta Nueva España, los cuales, luego que les nacían los hijos, lo primero que hacían era cortarle el ombligo y enterrarlo y luego la partera lababa a la criatura, diciendo estas palabras: recíbate el agua, por ser tu madre la diosa *Chalchihuitlycue*, *Chalchiuhtlatoilac* y póngate el laboratorio para labar y quitar las manchas y suciedades que tienes de parte de tus padres y límpiete su corazón y de buena y perfecta vida. [sic] [...]

Y esto os suplico por razón de estar cometido a vos, de parte de los dioses, el quitar, lavar y limpiar todas las malas fortunas y todas las manchas de los que vienen a la vida mortal. Señora mía, quede esta criatura limpia, pues tenéis virtud y poder para ello. Otra vez tomaba a repetir estas palabras, diciendo: señora diosa del agua, recibida la criatura venida y nacida en este triste mundo. Y tomando el agua en la mano derecha, soplabla y poníasela en la boca, pecho y cabeza y decía: recibe, niño, a tu madre *Chalchihuitlycue*, que es diosa del agua y ella te reciba para sustentarte en el mundo. Hecha esta ceremonia lavábale todo el cuerpo y decía: descienda en el lavatorio en que te lavé, el dios invisible, y límpiete de las malas fortunas que antes que nacieses te dieron los dioses, y quite y aparte de ti los pecados y suciedades que tomaste de tus padres. Hecho esto envolvía la criatura en sus pañales, diciendo: niño, más precioso que todas las cosas, *Ometechtlí* y *Omecihuatl* te criaron en el cielo doceno para venir al mundo y nacer en él; pues sábetes (niño mío) que este mundo donde has venido es triste y doloroso y lleno de trabajos y miserias, y es un valle de lágrimas; y, creciendo en él, has de comer pan con dolor trabajado de tus manos; y remataba estas ceremonias la partera con decirle: Dios te guarde y libre de tantos estropiezos como has de hallar, viviendo. *Esto decía en voz baja* (Torquemada, (1615) 2010, lib. XIII, cap. XVI: 198-199).

Después, la partera enterraba el ombligo o *xictli* del neonato de acuerdo con el rol de género que debía asumir: si era niño, lo enterraban en el campo de batalla, si era niña, lo enterraba en el interior de la casa (Sahagún, [1579] 2005, lib VI, cap. XXXI: 185). También encontramos la representación de la influencia de distintas deidades sobre el destino natal de neonatos a través del cordón umbilical. Esto significa que el *xictli* representaba tanto el ligamen con el origen del neonato como su destino, de acuerdo con la fecha de su nacimiento, y, por ello, dicha fecha le era asignada como nombre. Sobre la concepción nahua del ombligo como centro cósmico, destacan los estudios antropológicos de Gutierre Tibón (1975, 1980, 1980a y 1981b).



Figura 19

Figura 20

Figura 21

Figuras 19, 20 y 21. Deidades patronas de los veinte signos de los recién nacidos realizan tres actividades diferentes (*Códice Borgia*: láms. 15-17).

[En el mundo europeo medieval] las mujeres desempeñan un papel fundamental en la medicina doméstica y no solo como partera, labor tradicionalmente asignada al universo femenino, sino como conocedoras de remedios para resolver los problemas de salud más comunes en el espacio doméstico. Tarea que compaginaba con la de perfumista y cosmetóloga, encargada de la limpieza y ornato del cuerpo a través de la actuación sobre la piel, la higiene bucal y el cabello. Conocimientos diversos cuyas recetas y fórmulas no solo se transmitían de forma oral sino que a veces se compilaban en recetarios que iban pasando de madres a hijas como verdaderos tesoros de saber cotidiano. (Coral Cuadrada).

Conclusiones: saber de las temixihuitiani

De acuerdo con el diccionario náhuatl de Fray Alonso de Molina (Molina, 1571), partera es *temixihuitiani*, que significa «ayudadora a la parturienta en la labor de dar a luz». Aunque también incluye la denominación *tlamatqui* o sacadora, cuyo significado está relacionado con *tlamatataquili*, que es el acto de trabajar mucho y con ingenio para sacar de otro alguna cosa, importunándole mucho para que se la dé.

Si bien, tradicionalmente, se ha reconocido la labor de las parteras como ayudadoras o acompañadoras de las mujeres en el proceso del parto; en el mundo nahua, ellas ejercían una tetrafunción. Por una parte, aconsejaban y bañaban a la embarazada durante el período gestante. Luego, propiciaban la buena ventura del proceso de transición que es el parto a través del acompañamiento de la parturienta, al procurarle cuidados, infundirle

motivación, invocar a las fuerzas vitales y resolver problemas obstétricos. Asimismo, ejercían un trabajo mediador respecto al nacimiento del neonato, al recibirle, cortarle el ombligo y enterrarlo, atenderle y purificarlo. Además de todo eso, se encargaban de consultar al *tonalpouhque* su destino de acuerdo con la fecha y hora de nacimiento, con el fin de tomar medidas para compensar influencias malignas en él, de este modo, ellas intervenían en todo el proceso en que se funda su existencia y su trayectoria terrenal.

Por todo ello, las parteras fueron merecedoras de un profuso reconocimiento social que se expresaba de manera ceremonial. De acuerdo con los *huehuetatolli* recopilados por Sahagún, los familiares de la pareja acordaban la elección de la partera y su nombramiento merecía un acto solemne en el séptimo u octavo mes de embarazo:

Quando ya la preñada estava en días de parir, juntábanse la segunda vez los parientes, viejos y viejas, y aparejaban comida y bebida; después que habían comido y bebido, llamaban a la partera que les parecía ser tal y para este efecto. Primero se hablaban los padres de los casados, y levantábase a orar o hablar un viejo, o de la parte del mozo o de la moza, y decía de esta manera: «Señores padres y madres de estos casados que aquí estáis presentes: ya esta muchacha anda en días de parir y anda fatigada con su preñado, porque ya se llega el tiempo donde se manifestará lo que fuere la voluntad de dios. ¿Qué sabemos si morirá? Conviene, señores, que la ayudéis; conviene que reciba algunos baños, que entre en nuestra madre el horno del baño, que se llama *Yoaltícitl*, que es la diosa de los baños, sabedora de los secretos, en cuyas manos todos nosotros nos criarnos; ya es tiempo, ya conviene que la pongáis en las manos y sobre las espaldas de alguna buena partera, diestra en su oficio, que se llama *tícitl*, y sea rogada y hablada como es costumbre (por) los que sois padres y madres de la moça, oya vuestras palabras, con que como padres y madres la roguéis, para que tome este negocio a su cargo.

Dicho esto, luego salía allí la partera, que para esto estava buscada, y poníanse junto a ella los viejos y viejas. Y luego una de las viejas comenzava a hablar a la partera de esta manera:

—Señora, aquí estáis presente, ha os traído nuestro señor, que está en todo lugar. Persona honrada y digna de veneración [...].

Así os rogamos, señora, que hagáis misericordia con esta muchacha y que hagáis con ella vuestro oficio y facultad, pues que nuestro señor os ha hecho maestra y médica, y por su mandado exercitáis este oficio. Señora, no tengo más que dezir de lo que havéis oído. Déos dios muchos días de vida para que sirváis y ayudéis en este oficio que os ha dado ([1579] 2005, lib. VI, cap. XXVI: 169, 171).

Primero, una de ellas era convocada por los familiares de la embarazada para que le procurase consejos y cuidados óptimos para su desarrollo fetal; después, al invocar fuerzas celestes para propiciar su transición del medio acuático materno al medio aéreo y luminoso; asimismo, para recibirle y darle la bienvenida. Ellas también presiden el acto de hacerle los dos lavatorios de purificación por la diosa del agua terrena Chalchitlicue, cuales fueron considerados como «bautismo» por Sahagún. Y, por último, ellas le llevaban al templo de Tlazoltéotl, donde los *tonalpouhque* o sacerdotes especializados en la lectura del *Tonamatl*¹⁷ consultaban su destino y determinaban la influencia divina de acuerdo con el día y a la hora del natalicio para asignarle un nombre.

Por toda esta labor de mediación divina, las parteras eran asociadas con la diosa llamada Toci, que significa «nuestra abuela», y con la pareja humana primigenia, Cipactónal y Oxomoco, creadora del calendario ritual o *Tonalpohualli*. Se las ve consultando el destino de los seres a través de la lectura del maíz (véase figura 11, Oxomoco y Cipactónal), se puede decir que ellas poseían un carácter mediador entre el origen de la vida y el destino humano. Para concluir este texto, dejo a la vista la siguiente imagen del *Códice Mendocino* que ilustra la labor de las parteras.

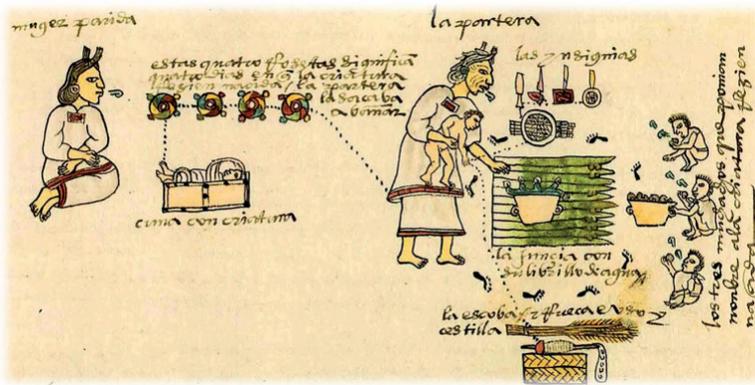


Figura 22. Lavatorio del bebé al cuarto día de nacido, por parte de la partera (*Códice Medocino*: Fs. 57r).

17 El *Tonalamátl* era el libro donde los *tonalpouhques* consultaban el calendario *Tonalpohualli*. Varios de ellos han sobrevivido hasta la actualidad y son considerados «códices», por ejemplo, el *Códice Borgia* y el *Códice Borbónico* contienen el *Tonalpohualli*.

Fuentes documentales

- Códice Borbonicus*. Loubat ([período prehispánico] 1899). Bibliothèque Du Palais Bourbon: *CÓDICES*. Recuperado de Fundación para el Avance de los Estudios Mesoamericanos Inc. (FAMSI): <<http://www.famsi.org/spanish/research/loubat/Borbonicus/thumbs0.html>>.
- Códice Laud*. Graz ([período prehispánico] 1966). Oxford: Bodleian Library: Laud Misc. 678. Recuperado de Fundación para el Avance de los Estudios Mesoamericanos Inc. (FAMSI): <<http://www.famsi.org/spanish/research/graz/laud/index.html>>.
- Códice Medocino* [1540]. México: Antonio de Mendoza. Recuperado de: (<https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Codex_Mendoza_folio_59r.jpg, Recopilador>).
- Códice Tudela o del Museo de América* (1530-1554). Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte: Museo de América. Recuperado de: <[http://ceres.mcu.es/pages/ResultSearch?Museo=MAM&txtSimpleSearch=C%F3dice%20Tudela%20o%20del%20Museo%20de%20Am%E9rica&simpleSearch=0&hipertextSearch=1&search=simple&MuseumsSearch=MAM%7C&MuseumsRolSearch=11&listaMuseos=\[Museo%20de%20Am%E9rica\]>](http://ceres.mcu.es/pages/ResultSearch?Museo=MAM&txtSimpleSearch=C%F3dice%20Tudela%20o%20del%20Museo%20de%20Am%E9rica&simpleSearch=0&hipertextSearch=1&search=simple&MuseumsSearch=MAM%7C&MuseumsRolSearch=11&listaMuseos=[Museo%20de%20Am%E9rica]>)>.
- Códice Vindobonensis Mexicanus* (período prehispánico). Paris: La bibliothèque de l'Assemblée Nationale. Recuperado de: <http://www.famsi.org/spanish/research/graz/vindobonensis/img_page01.html>.
- DURÁN, Fray Diego ([1579] 1995). *Historia de las Indias de Nueva España e islas de la Tierra Firme*. 2 vols. Camelo, Rosa y Romero, José Rubén (estudio preliminar). México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- MOLINA, F. A. (1571). *Vocabulario en lengua castellana y mexicana*. México: Casa de Antonio de Spinosa. Recuperado de: <<https://archive.org/details/vocabularioenlen00moli>>.
- SAHAGÚN, Fray Bernardino ([1579] 2005). *Historia general de las cosas de la Nueva España* (5.ª ed.). Garibay, Á. M. (Ed.). México: Porrúa.
- SAHAGÚN, Fray Bernardino (1577). «Libro VI: retórica y filosofía moral». En *Historia general de las cosas de Nueva España por el fray Bernardino de Sahagún: el Códice Florentino*. Recuperado de: <<https://www.wdl.org/es/item/10617/view/1/1/>>.
- TORQUEMADA, Fray Juan de ([1615] 2010). *Monarquía Indiana*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de:

<<http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/mo-narquia/index.html>>.

Bibliografía

- BATALLA ROSADO, Juan José (1999). *El Códice Tudela o Códice del Museo de América y el grupo Magliábechiáno*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Tesis doctoral. Recuperado de: <<http://biblioteca.ucm.es/tesis/19972000/H/0/H0038201.pdf>>.
- CUADRADA, Coral (2014). «Cuidado, curación, salud: saberes de mujeres». *Historia: Questões & Debates*, (60), 229-253.
- GUTIERRE, Tibón (1975). *Historia del nombre y la fundación de México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- GUTIERRE, Tibón (1980). *El ombligo como centro erótico*. México: Fondo de Cultura Económica.
- GUTIERRE, Tibón (1981a). *El ombligo como centro cósmico*. México: Fondo de Cultura Económica.
- GUTIERRE, Tibón (1981b). *La triade prenatal (cordón, placenta y amnios). Supervivencia de la magia paleolítica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- KELLER, G. F. (2008). *The Florentine Codex- Aztec Calendar. The digital edition of the Florentine Codex artwork created under supervision of Bernardino de Sahagún between 1540 and 1585*. Tempe, Arizona: Bilingual Press.
- LEÓN-PORTILLA, Miguel ([1956] 1997). *Filosofía Náhuatl* (8.ª ed.). México: UNAM-Instituto Investigaciones Históricas.
- LÓPEZ AUSTIN, Alfredo (1997). «Ofrenda y comunicación en la tradición religiosa mesoamericana». En: NOGUEZ, Xavier y LÓPEZ AUSTIN, Alfredo. *De hombres y dioses*. México: Colegio de Michoacán y Colegio Mexiquense.
- LÓPEZ AUSTIN, Alfredo (1998.). «Los opuestos complementarios La parte femenina del cosmos». En: *Arqueología Mexicana. La mujer en el México prehispánico*, 5(29): 6-13.
- LÓPEZ LUJÁN, Leonardo (2010). *Tlaltecuhli*. México: FUND Local, Fundación 2010 Conmemoraciones. Recuperado de: <<http://www.mesoweb.com/about/articles/Tlaltecuhli-2010.pdf>>.

- MARTÍNEZ PELÁEZ, Severo (1976). *La patria del criollo. Ensayo de interpretación de la realidad colonial guatemalteca*. San José, Costa Rica: Editorial Universitaria Centroamericana (EDUCA).
- ROMERO GALVÁN, José Rubén y CAMELO ARREDONDO, Rosa (2011). «Fray Diego Durán». En: ORTEGA Y MEDINA, Juan A. (coord. gral.). *Historiografía Mexicana: historiografía novohispana de tradición indígena*. México: UNAM-Instituto de Investigaciones Históricas.
- SOLARES, Blanca (2007). *Madre terrible. La diosa en la religión del México antiguo*. México: UNAM/ Anthropos.
- SPRANZ, Bodo (1973). *Los dioses en los códices mexicanos del Grupo Borgia: una investigación iconográfica*. México: Fondo de Cultura Económica. Recuperado de: <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/9/91/Cihuateteo_3.jpg>.
- UNAM. (2012). *Gran diccionario náhuatl* [en línea]. México: UNAM. Recuperado de: <<http://www.gdn.unam.mx>>.
- VARGAS, Luis Alberto y MATOS, Eduardo (1973). «El embarazo y el parto en el México prehispánico». *Anales de Antropología*, X, 298-310.
- VIESCA, Carlos (1998). «El cuerpo y los signos calendáricos». *Estudios de Cultura Náhuatl*, 28, 143-158.

Listado de figuras

- Figura 1. Ometéotl presidiendo los trece Cielos, la Tierra y los nueve niveles del Inframundo. *Códice Vaticano A 3738*: fs. 1r y 2a.
- Figura 2. Cerro gestante. (*Códice Vindobonensis Mexicanus*: lám. 41). Reproducción de la autora.
- Figura 3. Cipactli con forma femenina-zoomorfa (*Códice Borbonicus*: lám. 8).
- Figura 4. La mujer preñada responde a los viejos oradores (Sahagún, [1577], lib. VI, cap. XXV: 170a).
- Figura 5. Ticitl o médica encendiendo el *temazcalli*, que es un baño caliente de vapor, como sauna. Nótese en la entrada la figura de *Temazcalteci* o «abuela de los baños» con un tocado de algodón y dos cascabeles en su cara (*Códice Tudela*: lám. 62).
- Figura 6. El signo *Nahui Ollín* (cuatro movimientos) en la Piedra del Sol corresponde a la fecha de nacimiento del Quinto Sol. Resaltado en color de la autora.

Figura 7. Las cuatro regiones del mundo en el tonalamatl (*Códice Fejervary*: lám. 1). La imagen se lee en la dirección de las manecillas del reloj, comenzando por la parte de arriba: Este o *Tlacopa*, lugar por donde nace el Sol. Der: Sur o *Huitztlampa*, el lugar de las espinas. Abajo: Oeste o *Cihuatlampa*, región de las mujeres muertas en el parto (*cihuatetéotl*). Izq.: Norte o *Mictlampa*, región de los muertos. Además de las cuatro regiones, esta imagen era una herramienta para la lectura del calendario adivinatorio o *Tonalpohualli* y para el cálculo de la Cuenta Larga, de 52 años.

Figura 8. *Cihuatetéotl* (Spranz, 1973).

Figura 9. La cuenta del arte adivinatoria en el *Códice Florentino* de Sahagún. En esta imagen se muestran solo diez meses de un total de veinte (Keller, 2008) (CC BY 3.0).

Figura 10. La partera consulta con el *tonalpouhque* el *tonalli* o signo del recién nacido (Sahagún, [1577], lib. VI, cap. XIV: 34r).

Figura 11. La pareja Oxomoco y Cipactónal representan la división sexual de los seres humanos. Son considerados como creadores del calendario ritual o *Tonalpohualli*. Arriba, a la izquierda de la ilustración, se aprecia la leyenda: «diosas de las parteras». Abajo a la izquierda: «un décimo décimo mes» (mes veintiuno), y arriba a la derecha: «en este mes teníanlos estos tres días para hacer omnicosa porque no tenían dios particular porque eran estas diosas de las donas» (*Códice Borbonicus*: lám. 19).

Figura 12. La partera realizaba dos lavatorios al recién nacido: el primero al nacer y el segundo, a los cuatro días de haber nacido. En la imagen se aprecia a la partera bañando a la criatura mientras la madre le pasa una manta para secarla. A los pies de la tina se aprecian unas flechas que representan el vínculo entre sexo y género, pues representan tanto el miembro viril y el semen como el oficio propiamente masculino, que es la guerra. Por otra parte, las mantas de algodón representan tanto el hilado (como la capacidad de reproducción del cuerpo de mujer) como el oficio de tejer, que era propiamente femenino en la sociedad mexicana (Sahagún, [1577], lib. VI, cap. XXVII: 170r-171a).

Figura 13. Tlazoltéotl, regidora del signo 1 *Ollín* del *Tonalpohualli* (*Códice Borbonicus*: lám. 11) (CC BY-SA 4.0). En la imagen Tlazoltéotl devora una codorniz como símbolo del acto carnal. También se identifica el embarazo con el crío que baja por gracia de Ometéotl. Las lunas de su abdomen representan el proceso de gestación; y por debajo se parte

para dar paso al neonato. Las lunas de abajo representan el período de purificación o posparto. Su tocado es de algodón, símbolo de la virginidad femenina y el primer parto. Durante este signo solían bajar las *cihuatetéotl* y causaban males a los infantes, por lo que la gente hacía las ofrendas en sus adoratorios que se encontraban en los cruces de caminos.

Figura 14. Reconstitución cromática del monolito de Tlaltecuhltli o Tlaltéotl por Julio Romero y Luz María Muñoz, 2009. Archivo Proyecto Templo Mayor, Conaculta-INAH (López Luján, 2010).

Figura 15. Monolito de Tlaltecuhltli o Tlaltéotl, «Diosa de la tierra» (López Luján, 2010).

Figura 16. Monolito de Tláloc-Tlacíhuatl, encontrado junto al Templo Mayor; posee un carácter bisexual. Su posición es de parto ya que el *maxtlaltl* o taparrabo posee un *técpatl* o pedernal, símbolo de sacrificio por partimiento (López Luján, 2010).

Figura 17. Tlazoltéotl, patrona de las parturientas, representa también al parto como sacrificio original (*Códice Laud*: 39).

Figura 18. Ritual *tlahuahuanaliztli*, «sacrificio gladiatorio», que representa la concepción del nacimiento como una batalla sagrada en la que el cautivo (real y simbólico) lucha sucesivamente con guerreros jaguar y águila, que representan el dilema del nacimiento que es permanecer en la entraña materna de oscuridad y convertirse en una estrella nocturna o salir a la vida exterior en un medio luminoso y aéreo. Todo ello, mientras se está atado a la placenta a través del cordón sagrado y portando como arma las plumas, símbolo de la respiración (*Códice Tudela*: lám. 11).

Figura 19. Distintas deidades sostienen los cordones umbilicales como símbolo de la determinación de su destino (*Códice Borgia*: lám. 15).

Figura 20. Neonatos son marcados por el símbolo del sacrificio mediante las puntas de hueso (*Códice Borgia*: lám. 16).

Figura 21. Neonatos son amamantados por diferentes diosas (*Códice Borgia*: lám. 17).

Figura 22. Lavatorio del bebé a los cuatro días de nacido, por parte de la partera lavaba. El agua, junto con las palabras rituales que ella dedicaba a la diosa Chalchitlicue, servía para la purificación tanto de las malas influencias de los dioses como de la «suciedad» generada del acto sexual. A los lados de la tina se aprecian insignias relacionadas con la asignación de roles de género: el escudo, las flechas y las insig-

nias del oficio de su padre representan la masculinidad; mientras que la escoba (símbolo de purificación), el algodón (el primer parto y la virginidad femenina) y el *malacatl* (rueca), oficio de mujeres (*Códice Medocino*: Fs. 57r).

LA RECUPERACIÓ DELS SABERS DE LES DONES DEL MONTSIÀ:
ELS SABERS RELACIONATS AMB LA CURA DE LA SALUT¹

Àngels Castellà Castellà
acastella@montsia.cat

Departament de Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya

Resum: Aquest article presenta un resum dels principals resultats d'una recerca que pretén mostrar la recuperació dels sabers tradicionals de les dones del Montsià en relació amb la cura de la salut des d'una doble perspectiva. En primer lloc, la recerca indica l'interès per la pervivència de formes tradicionals i populars de cura de la salut en una societat semirural com el Montsià, per preservar una part del patrimoni cultural i etnogràfic de la comarca per a les generacions futures. En segon lloc, també vol visibilitzar el paper de les dones en el manteniment, pervivència, transmissió, aplicació i sosteniment d'aquests sabers tradicionals, com a principals agents del rol de cura de les persones.

Paraules clau: sabers, dones, cura de la salut, autoritat femenina.

**The recovery of the knowledge of the gifts of the Montsià:
the knowledge related to the cure of health**

Abstract: This essay shows the results of a study into the recovery of traditional health care knowledge from the women of the Montsià region (Catalonia). First of all, it shows an interest in ensuring the survival of traditional and folk methods of providing health care in the context of a semi-rural society in order to preserve this cultural and ethnographic heritage for future generations. Second, it aims to shine a light on the role of women in the maintenance, survival, transmission and application of this knowledge through their role as primary care givers.

Key-words: knowledge; health care, women, feminine authority.

¹Ajut per a la realització de projectes de recerca etnogràfica a les comarques de l'Ebre, Museu de les Terres de l'Ebre, IPEC.

Del perquè de la recerca

La recerca fou un treball final del màster en Estudis de Dones, Gènere i Ciutadania (URV), que vaig començar a preparar l'any 2008. Més tard, i com a coordinadora del Servei d'informació i Atenció a les Dones del Consell Comarcal del Montsià, amb el suport d'aquesta institució, així com de l'IPEC (Inventari del Patrimoni Etnològic de Catalunya) i del llavors Museu del Montsià, avui Museu de Terres de l'Ebre, vaig poder ampliar la investigació i dissenyar una exposició amb el mateix nom, que en mostra els principals resultats de forma gràfica.

Partia de la premissa que hi havia coneixements i sabers propis de les dones, sabers diferenciats i diferencials, propis i característics d'una manera de fer femenina. A més, es parteix també del punt de vista que aquests sabers sovint romanen ocults en tant que els valors de la societat patriarcal han desplaçat, a l'espai simbòlic de la perifèria, tot allò que és genuïnament femení.

Aquest capítol aborda els sabers tradicionals de les dones del Montsià² pel que fa a la cura de la salut. La relació entre les societats de la zona i les plantes ha estat analitzada anteriorment (Royo *et al.*, 2009; Cabrió i Xirau, 2010; Blanch Callau, 2017). En aquest cas, vam partir des d'una perspectiva de gènere, ja que el principal objectiu de la recerca i la exposició era visibilitzar allò que fan i que saben les dones, com ho transmeten i com els ho han transmès. En definitiva, quins han estat els seus sabers relacionats amb la cura de la salut, en el marc d'un sistema concret de relacions basades en la relació maternofilial i en el concepte d'autoritat, que més

² La comarca del Montsià, situada al sud-oest de Catalunya, a la demarcació de les Terres de l'Ebre, és la més meridional del territori i marca frontera amb l'Aragó al nord-oest i amb el País Valencià al sud i l'oest. Al nord i nord-est limita amb el riu Ebre. La comarca té dos parcs naturals: el Parc Natural del Delta de l'Ebre i el Parc Natural dels Ports de Beseit, i l'espai natural de la serra del Montsià, que constitueixen el seu principal atractiu turístic i natural. La capital és Amposta. La comarca se situa en la zona d'influència de Tortosa (capital de la comarca del Baix Ebre), ciutat propera més important. Es tracta d'una zona de trànsit principalment entre Catalunya i el País Valencià, circumstància que es tradueix en aspectes de caire cultural, etnogràfic i lingüístic. Es tracta d'una població que en el passat tenia un caràcter marcadament rural i que actualment té tendències poblacionals urbanes, és a dir, tendeix a concentrar-se en els principals municipis de la comarca. Els principals nuclis són la capital, Amposta, i Sant Carles de la Ràpita. En aquestes localitats hi resideix el 50% de la població de la comarca. Una informació de síntesi sobre les poblacions de la comarca esmentada es pot trobar a Sorribes *et al.* (1984).

endavant explicarem confrontant-lo amb el concepte de poder, propi del patriarcat. Interessa també, des d'aquest punt de vista, esbrinar de quina forma els sabers circulen entre les dones.

El pensament feminista tradicional ha situat en el seu eix la tesi que les dones hem estat eternament excloses de la posició de subjecte, i hem estat ubicades en la posició d'objecte del discurs, hem estat l'objectiu de la mirada, però no hem mirat en primera persona. Un exemple d'aquesta argumentació el trobem en *El segon sexe* de Simone de Beauvoir (1949), en què l'autora afirma que la dona sempre ha estat definida com «l'altre» respecte a l'home.

En els diversos corrents feministes, l'anomenat *pensament de la diferència sexual* ha tingut una gran importància, des dels anys noranta fins a l'actualitat, especialment a Europa. En aquest corrent de pensament, Luce Irigaray (1985) i Hélène Cixous aposten per recuperar i reafirmar els aspectes tradicionalment considerats «femenins». En la construcció de les dones com «les altres», com les perifèriques o secundàries a allò realment masculí —considerat principal i prioritari—, els valors relacionats amb la feminitat han estat tradicionalment valorats inferiors, poc importants, poc rellevants respecte a la racionalitat i la forma de fer dels homes. Per tant, no es tracta d'obviar la diferència per assenyalar allò en què ens assemblen, sinó, ans al contrari, es tracta d'emfatitzar-la per tal de situar-la en el lloc que es mereix.

El orden simbólico de la madre (Muraro, 2002) fou un assaig molt influent en el corrent del pensament de la diferència sexual. Muraro sosté que cal revelar l'existència d'un ordre simbòlic femení, que roman ocult sota la «lei del pare», això és, l'ordre simbòlic del patriarcat. Aquest ordre simbòlic femení, que suposa una alternativa al patriarcat, cal que sigui revelat i que manifesti una forma alternativa d'entendre l'ordre social en la societat i de les institucions, fins i tot de la política. Així, si el patriarcat implica el sosteniment de formes de relació centrades en el poder, la dominació i la jerarquització, aquest ordre simbòlic femení establirà una forma de vincles centrada en la relació com a tal, introduint el concepte «d'autoritat», que s'oposa al concepte de «poder», típicament patriarcal. Per ella, la forma de treure a la llum aquest ordre simbòlic femení és recuperant una «genealogia femenina», és a dir, restituint les «mares simbòliques» que ens han precedit en el temps.

Els objectius i les hipòtesis, de caràcter exploratori, que van guiar la recerca, partien de la constatació que hi havia coneixements tradicionals

relacionats amb la cura de la salut que eren propis de les dones del Montsià, en tant que n'eren les preservadores i administradores. La seva principal forma de transmissió hauria estat la tradició oral intrafamília per línia matrilineal (això és, de mares a filles o d'àvies a netes). Calia explorar, a més, si aquests sabers es trobaven en risc de desaparició degut als canvis socioeconòmics i culturals actuals i si podíem trobar un trencament en aquesta línia de transmissió oral en les generacions actuals. Finalment, volia explorar l'existència d'una tipologia de sabers de caràcter «màgic»³, així com fer una recerca sobre remeis casolans. Vaig inventariar 75 remeis, dels quals 71 incorporaven l'ús de plantes tradicionals de la comarca i elements d'ús culinari, i 4 estaven associats a procediment rituals de caràcter magicoreligiós⁴.

De la forma de transmissió dels sabers i del concepte d'autoritat

Mercedes, dona d'Uldecona nascuda l'any 1947, parlant de com va adquirir els coneixements, comenta:

M: La memòria me se n'ha anat... Ne tenia al cap un munt per, bueno, dos sí que les sé, encara me'n recordo que són de ma iaia quan vivia, pobreta; sempre me les dia, ha, ha!

A: Ta iaia, d'on era?

M: De Jesús i Maria mateix.

A: I estes te les va ensenyar ella?

M: Sí.

A: Estes dos que mos explicaràs.

M: Sí, sí, sí.

3 La metodologia ha estat eminentment qualitativa (entrevista semidirigida individual i entrevista semidirigida de grup). Vaig entrevistar 26 informants distribuïdes en 20 entrevistes, en la majoria de poblacions de la comarca. Per a l'anàlisi de les entrevistes, es va procedir al buidatge i a la transcripció literal. En la transcripció se n'ha conservat la variant dialectal. El dialecte que es parla al Montsià és el tortosí, variant dialectal del català occidental que es pot considerar com un parlar de transició entre el català nord-occidental i el valencià. Per organitzar els continguts, es va utilitzar una «fitxa de remeis», a través de la qual es van inventariar els diferents remeis trobats en el transcurs de la recerca. Els diversos camps que conté aquesta fitxa i les recomanacions per emplenar-la foren proporcionats per l'IPEC amb la col·laboració metodològica de l'antic Museu del Montsià, actualment Museu de les Terres de l'Ebre.

4 Amb aquests resultats es va elaborar un «inventari de remeis», que pot consultar-se al blog del SIAD del Montsià: <<http://siadmontsia.blogspot.com>>.

A: I li ho va ensenyar a ta mare i després a tu?

M: No, no, no, no, no; jo vaig ser la rara de la família que només volia aprendre coses, encara és ara que m'agrada tot lo d'antes. I les coses antigues sempre m'han agradat, i trobo que són les més eficaç pa tot.

A: Molt bé, perquè... era la mare de ta mare?

M: La mare de ma mare.

Explica que els remeis que coneix els va aprendre de la seva iaia materna. Però no és, ni de bon tros, l'únic cas. Trobem dones que han après remeis d'altres dones més grans del seu entorn, dones que s'han interessat per acumular aquests remeis i administrar-los, de forma desinteressada, tant a les persones de la família com a altres persones del seu entorn immediat. Aquest és el cas de l'Emília, resident a Ulldecona però nascuda a Godall l'any 1920.

A: I vostè, Emília, això qui li ho ha ensenyat?

E: Mira, esta dona me va dir això, una altra me va dir una altra cosa... i ho has provat i fas...

Mercedes: Però eren dones més grans, Emília?

E: Dona, clar, més grans...

A: Dones més grans, però, que eren familiars seues o...?

E: Nooo, no, com ara...

L'Emília va aprendre aquests coneixements d'altres dones del poble. Després va administrar-los a la comunitat de referència:

E: Mare, jo en tenia un munt...

Mila: A casa?

E: Oh!... Venia la gent, jo sempre obert: Emília..., què em faria pa n'això? Pren!

Àngels: Emília, perquè vostè, això, ha anat aprenent i, així, vostè ajudava altra gent i donava receptes...

Emília: Mareee meua!

Mercedes: Jo soc la primera que hi havia anat alguna vegada al principi...

Emília: Venien a preguntar...

Mercedes: Tia Emília, què em puc prendre, que em fa mal això i allò...

Emília. I curava brónquios i pneumonies, i pulmonies també.

Àngels: Però això què era? Abans de la guerra? O...

Emília: I després.

El cas de l'Emília és especialment simbòlic perquè a casa seva —segons hem pogut comprovar era un lloc obert a la població— les altres

dones anaven a buscar remeis per a elles mateixes o per a persones de la seva família.

À: *On vivia vostè?*

E: Davant de Don Mario.

À: *Qui vivia enfrente?*

Mercedes: Un metge.

À: *I vostè li feia la competència?... Ha, ha.*

E: Claro..., ha, ha, ha.

Un altre exemple de com s'exercia la solidaritat entre les dones del poble que administraven cures el veurem a l'entrevista amb M. Carme Beltri Queralt, de Sant Jaume d'Enveja, nascuda el 1951.

Maria del Carme explica com portava als seus fills a *fregar* quan eren petits a casa de la veïna. Fregar és una tècnica per curar l'empatx, de caràcter semimàgic. A les dones que saben fregar, com veurem, se'ls ha transmès aquest saber per part d'una altra dona en Divendres Sant.

Per dur a terme aquest ritual, les dones s'acompanyen d'una cinta que dobleguen tres cops mentre reciten una oració especial. La cinta es doblega tres cops en la mateixa mida, per la mateixa part, i es fan els plecs des d'on és la dona fins a la persona que té l'empatx. Si quan s'acaba de fer això, la cinta arriba a l'altura de les espatlles de la persona a qui es cura, vol dir que està molt empatxada. Això s'ha de fer tres cops fins a curar l'empatx:

M. Carme: Sí, sí, i he anat a fregar-los als meus, aquí, a una veïna que hi ha, i jo vaig anar-ho a aprendre i encabat se me'n va anar del cap i au! I per vergonya no vaig tornar a anar a, a..., però sí! I es fa encara això, eh?, se fa als crios, lo fregat.

À: *Com és..., com és portar els crios a fregar?*

M. Carme: Pos mira, això que els fan així, en... en una cinta...

À: *Sí.*

M. Carme: I els medixen, i si està empatxat, pos lo mal li toca aquí, i si no està empatxat, pos és hasta aquí.

À: *I en la mateixa cinta, no? Van fent...*

M. Carme: Van fent així, tres vegades... I si està empatxat, la mà se queda aquí dalt.

À: *Se queda a l'altura de l'hombro.*

M. Carme: Claro, no passa, i si no està empatxat pos la mà li arriba a l'estómac.

À: *I com se suposa que cura això?*

M. Carme: Pos te fan anar tres vegades. Lo cas és que quan estan molt empatxats i el freguen, al moment vomita.

À: *Quan te fan això de la cinta. Però quan tu dius fregues, què vols dir?*

M: Carme: Això, lo de la cinta.

À: *I allavons, al moment que la cinta arriba a l'hombro, vomiten.*

M: Carme: Allavontes te l'emportes cap a casa, «mare pos sí està empatxat», vomita al moment. I al cap d'un rato ja vas a mirar-li: «Veigues que ha vomitat», ja no ho està.

À: *I te fan anar tres vegades, portar-lo tres vegades...*

M: Carme: Sí, sí, sí, sí.

À: *I, allavons, lo crio ha de fer algo?*

M: Carme: No, no, no, no...

À: *I la dona que fa això, a part està resant?*

M: Carme: Sí!

À: *Diu una oració.*

M: Carme: Sí, és això lo que a mi no se me va fer..., i... me se va perdre.

À: *I és una oració que no és ni un parenostre, ni una avemaria...*

M: Carme: No, no, no, no..., és una cosa que es veu que ja va així..., paraules textuals, que no me'n recordo tampoc...

À: *Ahà. I això quan tu vas anar a adependre-ho, era Divendres Sant?*

M: Carme: Sí, has d'anar en Divendres Sant.

M: Carme: I la que te ho ensenya només ho pot ensenyar a tres persones.

À: *Ah! Només ho pot traspasar a tres persones més... I estes tres persones són dones...*

M: Carme: Sí! Claro, dones, o homes si volen anar a adependre suposo, vaiga, jo no he vist mai cap home fer-ho això, però...

À: *A homes no n'has vist mai fer-ho ni adependre-ho.*

M: Carme: No, no, no, no..., a homes no hai vist mai fer-ho, però suposo que, igual ho pot fer un home que una dona, això, trobo...

À: *Però normalment són temes de dones, no, això?*

M: Carme: Dona, pos claro, són les mares les que es queden a casa, pos són dones que ho adaprenen...

En aquest fragment ens explica com les dones que tenen aquest saber només el poden traspasar a tres persones més. A la pregunta que li plantegem sobre si també ho poden aprendre homes, contesta que suposa que sí, encara que no ha vist mai cap home fent o aprenent cap d'aquestes pràctiques. A més a més, afegeix que normalment això ho fan les dones, ja que són elles les que es queden a casa i tenen cura de les criatures. Un cop més, veiem com tots aquests sabers apareixen com a sabers femenins en tant que estan íntimament vinculats a les tasques de cura i reproducció.

En el fragment següent veurem com aquestes dones «autoritzades», que disposen d'aquests sabers, els administren a la seva comunitat de referència en el marc de les relacions de veïnat. Es tracta, doncs, d'un exemple

d'ajuda mútua, de cura de les persones que va més enllà del propi context intrafamiliar, per passar a la comunitat propera:

À: Perquè això són..., estes dones que fan això, no cobren, diguéssim.

M: Carme: Nooooo.

À: *Perquè ho fan, per una ajuda?*

M: Carme: Dona, claro, perquè ets veïna... Allavons, pos tu, encabat, pren això, o el que sigue, però no, no cobren res.

À: *Molt bé, és una cosa de...*

M: Carme: De veïns, de veïns, sí, d'amics, perquè jo tinc una amiga que també ho fa això. És cosa de veïns i d'amics, però no cobren res, no...

À: *I, allavons, esta persona que ho ensenya a tres persones més, han de ser de la seua família?*

M: Carme: No, no.

À: *No cal.*

M: Carme: No, no, no cal perquè jo no tenia res a vore.

À: *Ahà.*

M: Carme: Però jo feia «tantes vegades anant, al final ho aniré a aprendre», però encabat se me va oblidar.

Aquestes dones no només apliquen els sabers com a forma d'ajuda mútua en la comunitat de referència, sinó que també els transmeten a altres dones de la mateixa manera. Per tant, aquí veiem una forma de transmissió i circulació d'aquests sabers, entre veïnes, entre amigues, com a part d'allò que és intrínsec a aquesta relació veïnal. Per això, els sabers de les dones no només han estat tramesos al si de la família, intergeneracionalment i per línia matrilineal, com es formulava en una de les hipòtesis de la recerca, sinó que també es transmeten entre dones que tenen una relació de veïnat o d'amistat, com a part consubstancial a aquesta relació d'amistat.

Tant la tia Emília, com el que explica Maria del Carme, com en altres casos que veurem a continuació, es posa de relleu el concepte d'«autoritat», sense tenir la consciència que es tracta precisament d'una forma de relació concreta.

Aquest concepte apareix en el marc teòric dels treballs de la comunitat filosòfica Diotima i la Llibreria de les Dones de Milà⁵. Aquestes autores consideren que la relació d'«autoritat» no és, a diferència de la de poder, un vincle necessàriament coercitiu, sinó una correspondència que pot es-

5 Disponibles a: <<http://www.libreriadelledonne.it>>.

tracturar i estructura certes relacions de disparitat entre les persones sense que aquesta unió hagi d'implicar el domini d'unes sobre altres.

La matriu simbòlica de l'autoritat està en la relació maternofilial, i aquesta és la correspondència de disparitat originària. Aquesta proposta ens permet aproximar-nos a la connexió entre guaridora i pacient que aquestes dones ens relaten i que és molt diferent a la relació de poder establerta entre metge i malalt, que té una connotació jeràrquica, inexistent en aquests casos. Però, en què consisteix aquesta «autoritat»?

Com hem vist, dones com la tia Emília es consideraven i es consideren autoritzades per aplicar el seus coneixements per a la cura, i les altres dones confien en elles la seva salut i la de les persones de les que tenen cura. La premissa bàsica és la relació de confiança.

Són dones comunes, properes, dones veïnes, amigues, dones *iguals*, amb el mateix nivell d'estudis, el mateix nivell econòmic, que pertanyen a la mateixa societat de referència, a les quals es reconeix autoritat en uns sabers concrets, i l'exerceixen com a part del que s'espera d'elles com a amigues o veïnes; per tant, ho fan com a part de la seva vida quotidiana, sense cobrar per a això, i, en conseqüència, sense considerar-ho ni una professió ni un ofici.

Són dones que, entre les tasques d'ajuda i de cura que fan, pretenen estendre aquesta pràctica a altres persones que els reconeixen autoritat per a l'administració d'aquests sabers. En aquest vincle entre la guaridora i el pacient i la seva xarxa social, la confiança és l'element bàsic en la relació d'intercanvi establerta; no, en canvi, ni en el pagament pel servei ni en el diagnòstic, ni en l'explicació causal de la malaltia, sinó en el reconeixement de l'autoritat.

No obstant això, en un context rural en què els mitjans eren pocs i les malalties moltes, els sabers de les guaridores amb «autoritat» i el dels homes metges amb poder es relacionaven. Fins i tot —com fou el cas de l'Emília a Ulldecona, o el de la mare de Victòria Sales Porres, nascuda el 1937 a Sant Jaume— arribaven a trobar-se.

Victòria: I, per cert, que ma mare curava l'aliacrà, allò que es ficaven grocs de... i feia uns rosaris, en una planta, les rails...

À: *Les rails d'una planta, que no se'n recorda quina és...*

Victòria: No, no me'n recordo..., i no en veig tampoc de plantes d'estes...

À: *Però, què era, que la tenia sa mare a casa, la tenia en un cossi o...?*

Victòria: No, no, sortia al camp.

Victòria: Tallava així les railletes, saps? Sortia així redonetes, unes rails així groguetes i passava l'agulla i feia en... no sé si en tres en tres o en sis en sis, no me'n recordo, feia així com uns rosaris, i allò ho penjaven al coll, i a mesura que s'anava secant allò, se n'anava la..., la grogor del fetge. No te'n recordes tu, d'això? (*dirigint-se a Carmela*). Ma mare curava la gent.

À: *Així, s'ho penjava la gent!*

Victòria: A un metge, a Don Alfonso... Tu vas conèixer Don Alfonso? (*dirigint-se a Carmela*) [...].

À: *I allavons sa mare això ho sabia fer?*

Victòria: Ui! Si en va curar de gent...

À: *Però ella havia de fer algo especial mentre feia això?*

Victòria: Claro, havia de fer una oració.

À: *Anava resant mentre feia el rosari? [...].*

À: *I això a ta mare l'hi havia ensenyat algú?*

Victòria: Sa mare, sa mare... I jo me ho vaig apuntar, i no sé si ho tinc a casa, l'oració esta... [...].

À: *Perquè a ta mare, anava gent de tot lo poble a casa d'ella?*

V: Ui! I de Deltebre... I ja et dic, a un metge, a Don Alfonso. Ell no hi creia, en això, i la dona va vindre: «sobretot fes-m'ho!». I sí, sí, encabat va vindre i li va donar les gràcies... i, bueno, va curar per a un munt de gent... D'Amposta i de tot venien.

À: *I la gent venia perquè ja ho sabien.*

V: S'havia escampat.

Aquest és un cas molt peculiar de com l'autoritat i el poder entren en contacte. El metge és conegut al poble com Don Alfonso. El tractament de Don li infereix, doncs, un tractament de persona poderosa. En el relat de Victòria, Don Alfonso, el metge del poble, no reconeix l'autoritat de la mare de la Victòria, quan diu que ell no hi creia. No obstant això, la muller del metge sí que la reconeix, aquesta autoritat, i recorre a la senyora per ajudar el marit. Finalment Don Alfonso acaba per agrair-ho, de la qual cosa inferim que no es cobrava res per aquest servei, sinó que, com deia anteriorment, era part de la relació d'ajuda d'aquestes dones sanadores, a qui, com en el cas de la mare de Victòria, es reconeixia autoritat fins i tot fora del mateix poble.

Això no és estrany. En aquests pobles els serveis sanitaris eren modestos, i la pràctica femenina quotidiana d'atenció a la salut i a la malaltia era molt reconeguda, encara que poc visible. Es duia a terme, i es fa encara, des d'una vessant no formalitzada. Per això, era bastant comú que les persones alternessin els recursos institucionalitzats i els recursos informals de forma natural:

À: Allavons anàveu al metge?

C: Claro, però és que passa que allavontes natros aquí tampoc no tenim..., potser vatros a la Ràpita teníeu més cosa, però aquí hi havia un metge que vivia als Muntells i quan jo era xicoteta vivia aquí baix, al costat d'aquí, dos cases o tres, vivia aquí al costat i passava pos...

À: *Però este era lo metge del poble.*

C: Lo metge del poble.

À: *I este metge era d'estos que venien a casa, no? Perquè ans los metges anaven a casa.*

C: Ans tots anaven a casa, los metges.

À: *I allavons quan teníeu d'allò, lo cridàveu.*

C: Claro, i anaves allí i... deixaves lo recado i ell venia a casa.

À: Ahà.

C: Però allavontes tenien una cosa bona, eh?, no el teníem 24 hores com ara, que vas al CAP, però allavontes los metges anaven a casa hasta que el malalt estava bé.

À: *Anava fent visita.*

C: Encara que ja no el cridaves més, ell ja venia igual.

À: Ahà.

C: Això sí que era una cosa bona, que ara pos, ja em passarà, trobo que ara m'he acabat això i em passarà i ja no vas més, hasta que veus que allò empitjora no vas més, però antes no, antes los metges anaven a casa, en això sí que trobo que era més més familiar, més.

À: *Claro, un tracte més.*

C: Un tracte més, ja ho crec...: «No, no, no t'aixeques del llit, aquí gitada, jo demà ja passaré», conta! Au, ma mare ni et deixava ni respirar, al llit, i ara no, ara anem pel carrer a vegades en pulmonia i tot...

À: *I allavontes a part del metge este que hi havia, a part la gent feia molt d'estes coses a casa.*

C: Sí.

À: *De tota classe?*

C: De tota classe, i de tot, i de tot antes... És que, claro, potser és un poble que també ho tenia molt lluny les coses també, perquè teníem que agafar, bueno, encara que anéssim en lo carrilet o que sigui, havia que passar lo riu en la barca, i aquí anar a Tortosa, pos, en un camion que es dia «de lo recader», pos si no anava molt ple, pos te deixava, i ma mare sempre contava això... i, claro, pos la gent, pos, s'acostumava a fer coses així.

Carme recorda que difícil que era arribar als municipis on hi havia més recursos. Per tant, la gent duia a terme les cures en l'àmbit domèstic i recorria a l'assistència mèdica quan era imprescindible. Els coneixements de les dones guaridores eren vitals per a la supervivència.

El fet que els recursos institucionalitzats fossin escassos explica que es toleressin i fossin acceptats pels mateixos metges⁶.

Un altre cas de coexistència entre el metge i les pràctiques de cura de les dones l'explica la Marina (59 anys) de la Galera recordant el paper de la tia Cinta a la seva infantesa:

À: Ahà, i allavontes, a part del metge, hi havia gent aquí al poble que curava?

M: Pos curar no, però massatges i això, una tia del meu home, una germana de sa mare feia com a massatges, per exemple si torçàvem lo turmell o coses així tenia molta gràcia... i et feia unes fregues, te ho embolicava...

À: *Feia les fregues en algo en especial?*

M: No, no, no en les mans: espera't, et posava alcohol i, allavontes, allò que et retorçigaves lo peu i a lo millor et sortia, pos, un nervi fora del puesto i això... Ella te ho anava fregant, fregant, que el primer dia te feia un mal que déu-n'hi-do, i allavons después, pos poc a poc, te ho anava fregant, home, si no era una cosa greu, claro, perquè si era una cosa greu allavontes havies d'anar al metge, però, així, torcedures de peu i coses així, pos te ho fregava.

À: *I esta dona, Marina, era... Que feia això era conegut pel poble?*

M: Sí, sí, sa mare ja ho feia, sa iaia del meu home ja ho feia...

À: *I això ho feia per a tothom, per a qui volia?*

M: Sí.

À: *I esta dona cobrava algo?*

M: No, pos mira, de vegades algú per agraïment li donava un cistell de préssecs o li donava pos, no ho sé, algo que tenia de l'hort, però no, no cobrava.

À: *No cobrava res... I això ho feia per ajudar la gent o per...*

M: Sí, mira, pos sí, tothom ho coneixia així, a la tia Cinta, però normalment ja et dic així, si no era molta cosa, anava bé, però si era molta cosa havies d'acudir al metge, normal, però normalment, estes coses, pos sí que tenia traça per a fer-ho...

La tia Cinta era pagesa i havia après de la seva mare massatges i cures, amb les mans. Gaudia de l'autoritat que li reconeixia la gent del poble, que acudia a ella per resoldre aquests «problemes menors», però, com diu Marina, si es tractava de dolences greus, llavors acudien al metge. La tia Cinta ho feia sense cobrar, no es tractava d'un saber professionalitzat, sinó d'una extensió de la seva relació de veïnat amb la gent del poble.

En una altra entrevista, Constantina (una dona de la Galera de 75 anys) fa referència a la tia Cinta.

⁶ Hi ha una abundant literatura respecte d'aquesta qüestió. Vegeu, entre d'altres, Perdiguero-Gil i Comelles (2015).

À: I aquí al poble, a part d'anar al metge, se portava la gent a casa d'algú a curar?

C: Pos sí, a la plaça del mercat, de cara... pos hi havia una dona que li dien la tia Cinta de la Punxona [...]. I resulta que, per exemple, un se fa un mal cop, diu «un quin mal me fa», pos ja no anaves al metge, això ja no se hi anava tant, i anaves a ella i et feia fregues i diràs que et passava. Que jo en curaderos no hi he cregut, cadascú, però en persones que et fan una frega quan caus, sí, hi he cregut molt..., i, sí, jo moltes vegades hi he anat, de menuda me passava algo i hi anava [...].

À: *I a esta dona hi anaves a qualsevol hora a casa d'ella?*

C: Sí, sí.

À: *I cobrava algo?*

C: No, li donaves un agraïment, lo que volies, com ara la gent fem, però ella un preu, no mai...

No obstant això, i com veurem en l'entrevista de grup realitzada a Mas de Barberans, les dones sovint no explicaven als metges les pràctiques curatives que duïen a terme en l'àmbit de la intimitat familiar, per por a ser censurades. Així, Evèlia, de Mas de Barberans, explica com van curar el seu marit d'una pulmonia amb infusió de joncs:

Evèlia: I el meu home van anar en ma mare, en pas descanse, i l'Angelita del Perdigó, en pas descansa, en una festa, no me'n recordo que era, *ojo* que no fora Corpus, i li van anar fer junsos allà fora a la bassa, i diu «nou junsoss d'aquells, bullit en un litro d'aigua, tot lo blanc, [...] bullit en un litro d'aigua i quedar-se en una tassetta», i el sinyor metge, que venia el sinyor metge, Martí, que per a natros va ser molt bé, i vull dir jo que... allò, quan tenies la tassetta aquella, allavons que se la prenguessem, i quan va tornar el sinyor metge va dir: «pos quin milacre s'ha fet aquí?». I no li vam dir mai, pobre, per això... Com a que teníem temor de dir-ho perquè..., allavontes, si et pegava mal de dir «han fet una cosa que jo no l'hai autoritzat», mira..., teníem temor.

Evèlia evidencia com els sabers tradicionals de les dones i els dels metges s'alternaven en la cura d'una malaltia. No obstant això, les dones ocultaven al metge la cura que havien practicat, per por a ser represaliades o censurades en el cas que aquesta cura no hagués tingut efecte, almenys aquesta és l'explicació que l'Evèlia ens dona. Caldria preguntar-se per què mai ho van explicar al metge, si, finalment, la cura realitzada amb la infusió de joncs va acabar essent efectiva.

Sembla que el sistema de sabers tradicionals femenins roman ocult davant de l'ortodòxia mèdica, tot i l'eficàcia, perquè la por de les dones a ser descobertes i censurades era més gran que la confiança en les propie-

tats del sabers que elles mateixes administraven. Podia ser heretada aquesta por? Podia ser aquesta por una por que formaria part de l'inconscient col·lectiu femení, heretat després de segles de persecució dels sabers femenins relacionats amb la cura de la salut quan s'enfrontaven a la medicina?

Curació, màgia i religió

Comparant l'autoritat reconeguda a la tia Emília d'Ulldecona amb la reconeguda a la mare d'Esther o a les dones de les quals parla la Carme, hi ha una diferència important. La tia Emília utilitza els coneixements sobre herbes, hi ha viscut sempre en contacte, les té a casa, les va buscar al camp, en coneix les propietats i les regala a les veïnes. És una mena d'apotecària familiar, de fàcil accés. Aquesta és la clau de la seva autoritat.

En canvi, a les dones de Sant Jaume d'Enveja se'ls atribueix coneixement d'un ritual, fan ús d'una autoritat divina, vinculada a la religió, ja que mentre apliquen aquest ritual reciten una oració. La seva autoritat ve d'una mena de poder magicoreligiós i, per tant, intervinguda en part també per la fe. Cal dir que aquestes dones no tenen un do, no són santes, ni místiques, ni fetilleres. Segons Maria del Carme, no són dones amb una gràcia especial, sinó que aprenen d'altres dones un saber que cura i que inclou sempre un ritual i una oració, els quals, perquè puguin aplicar-se amb eficàcia, s'han de transmetre en Divendres Sant.

Aventurant-me a una interpretació bastant arriscada, hom podria veure aquí de nou una confrontació entre poder i autoritat, establint un paral·lelisme amb la confrontació que definíem entre el poder de la medicina i l'autoritat de les sanadores, però en aquest cas en la religió. Aquestes dones que no són reconegudes per l'Església ni formen part de la jerarquia eclesiàstica utilitzen, a través del ritual, una fórmula per apropar-se a Déu, i l'interpel·len per a la cura. Aquesta interpel·lació a l'autoritat divina es fa completament fora del poder eclesiàstic, i les persones de la seva comunitat de referència els atorguen la credibilitat i l'autoritat per fer-ho i curar gràcies a aquesta via d'accés, que probablement, sigui el contingut de l'oració.

És precisament el contingut de l'oració, que és el que es transmet entre les dones com a «contingut del saber», el que permet a altres dones adquirir-ne la capacitat per a la cura. Per tant, aquest no és un saber exclusiu, sinó que es tracta d'un saber que es transmet, que circula i que és efectiu

perquè hom li atorga aquesta efectivitat, i concedeix autoritat a qui el practica. En aquesta pràctica magicoreligiosa podem trobar certa vinculació amb les antigues fetlteres.

Montserrat Cabré i Teresa Ortiz (2006), en la introducció a *Sanadoras, matronas y médicas en Europa*, expliquen com, entre els segles XII i XVII, a Europa hi va haver un procés d'organització i de consolidació d'un sistema de formació i assistència mèdica que, regulat mitjançant el poder de la llei, va excloure i va subordinar el treball sanitari de les dones. En aquest procés, s'instaurà clarament la «trobada clínica» com una relació de poder, de la qual, les dones anaven quedant excloses com a agents. Aquest procés d'instauració de la pràctica clínica «legal» i autoritzada, centrada en la relació de poder i monopolitzada pels homes, deixà, però, espai per a una pràctica clínica situada als marges d'aquesta «medicina legal», en les quals les dones «sanadores» trobaran el seu espai, no sense dificultats, per practicar una medicina centrada en la relació d'autoritat i, en molts casos, vinculada a la curació religiosa, o intervingudes a través de la fe i la religió. Aquestes pràctiques de curació pseudoreligioses van ser «tolerades» per la medicina universitària, i, n'està documentat el recurs amb els itineraris assistencials de persones malaltes. Com afirma Gianna Pomata (1999: 119-143) en el seu estudi sobre Bolonya, aquesta capacitat sobrenatural de curació no va ser qüestionada a les dones. Arribat aquest punt, es podria establir la teoria que les dones sanadores han recorregut a la religió per trobar un espai segur des del qual les dones han pogut escriure sobre medicina i practicar-la.

Podria ser aquest el cas de les matrones Luisa Rosado i Louis Bourgeois, que van recórrer a la religió i al contacte amb la divinitat per fonamentar els seus textos i la seva pràctica. Podríem pensar, doncs, que, en molts casos, la religió ha resultat una mena d'«assegurança» per garantir la llibertat d'acció en l'espai mèdic al qual les dones tenien prohibit l'accés, assegurant-se que no en serien qüestionades. Un altre exemple en aquest sentit és Hildegarda de Bingen (Green, 2006). Aquesta guaridora, que va viure al segle XIII, va fer en la seva obra constants reivindicacions sobre l'origen diví del seu saber, declarant-se simplement com a transmissora d'una saber espiritual, declarant-se ella humil, fins i tot ignorant. Hom pot veure en aquesta apel·lació a l'origen diví dels seus sabers, una estratègia per poder escriure sense ser censurada. Per tant, sembla que el fet de recórrer a la religió té una llarga tradició en el cas de l'administració de curacions per part de les dones sanadores, com a mecanisme per legi-

timar-ne les pràctiques mèdiques ubicades sempre al marge de la legalitat patriarcal.

Un fragment del *Fuero Juzgo* (traducció en romanç ordenada per Fernando II i Alfons X (segle XIII) del visigot *Liber iudiciorum*, cos legal que va governar a la península Ibèrica a l'època visigoda diu: «Mujer que herbolaria fuese, o hechicera, sea quemada o que se salve por hierro caliente.» És curiós que en la categoria de bruixes s'hi incloguessin les herbolàries, o les dones que tenen coneixements relacionats amb les herbes. Hom podria pensar que les dones que, seguint una metodologia empírica, practicaven la cura de les persones de la seva família o properes, tal com les dones que formen part del present estudi, va haver-hi un moment que, per les seves pràctiques, podien arribar a ser acusades de bruixeria. Així doncs, és possible que utilitzessin la religió o les oracions, un cop més, com a eina per protegir-se de l'acusació d'estar posseïdes pel diable, i és possible, també, que aquest fet expliqués l'existència, actualment, de pràctiques curatives pseudomàgiques que inclouen en el seu ritual una oració. Vegem-ne alguns exemples. El primer correspon a Elisa, de Mas de Barberans (70 anys), que explica el ritual per trencar el cop d'aire:

Elisa: I allavons me va mirar ella el cop d'aire, dic «jo no el sé fer», i em va dir: «pos ara te l'explicaré...»

I agarres un plat, tres gotes d'oli i allavons agarres i es diu «airada, airada, airada per Déu sigues tallada, si és pel matí, valga'm Déu i sant Martí, pel migdia valga'm Déu i la Verge Maria i pel vespre valga'm Déu i sant Silvestre», i allavons agarres un ganivet i trenques les gotes de l'aigua, però lo curiós del cas és que el nom no el dius hasta que tires l'oli, mentres tires l'oli, i si tins lo cop d'aire, se'n va, i allavons agarres un ganivet, ho talles i se'n va i de seguida... i allavons l'aigua la tires al carrer per detràs.

Lo plat de l'aigua l'agarres i el tires per detràs... I a mi me piquen de Madrid i de Girona, que mon fill anant pel món ho ha dit... I allavons se resen tres parenostres i tres avemaries...

El ritual, com molts que apareixen en la recerca, està associat a oracions concretes. Hi ha una mediació entre aquestes dones i la divinitat, a través d'aquestes oracions; no obstant això, sembla evident que hi ha també un component màgic.

El que hom denomina «cop d'aire» a la comarca és una afecció semblant a un estat de grip. Es caracteritza per tenir un inici sobtat i els símptomes són els propis d'un refredat, acompanyat de malestar general, dolor de les articulacions i cansament general. Analtzem detingudament el ri-

tual per a la cura del «cop d'aire». Els elements amb què es treballa són, d'una banda l'oli, concretament tres gotes, i, de l'altra, l'aigua. Són, doncs, dos elements físics, del món empíric. Això té molt a veure amb la definició que feia Malinowski (1974) sobre què és màgia i què tenia a veure amb un ritual, al qual cada practicant acaba imposant la seva personalitat i que té una funció pragmàtica molt concreta; en aquest cas, l'objectiu és curar el cop d'aire, obtenir un benefici amb relació a la salut de cara a la persona que és curada.

Un altra variant del ritual del cop d'aire l'explica Lolita (70 anys, la Galera):

À: I vostè me pot explicar com és lo ritual?

L: Sí, agafes i... un plat en aigua, allavons tens una tasseta en oli, al costat.

À: *Oli d'oliva?*

L: Oli d'oliva, natros gastem oli d'oliva, i agafes la tasseta..., jo..., van vindre la Pepita i la esta en Divendres Sant, i els ho vaig ensenyar..., i agafes la tasseta en l'oli i tu dius nom i apellidos, de la persona que té el cop d'aire, hasta gent de Barcelona que no els conec..., bueno, i tu agafes, eh?... i dius nom i apellidos, pos què et diré jo, Marina Bel..., dius la nom d'ella..., i dius cop d'aire i el nom d'ella i agafes i dius «si ve l'aire del matí, Déu mos guarde Sant Martí; si ve l'aire de migdia, Déu mos guarde la Verge Maria, i si ve l'aire del vespre, Déu mos guarde sant Silvestre», dius esta oració i allavons dius tres avesmaries a la Santíssima Trinitat, tu reses tres avesmaries a la Santíssima Trinitat i quan dius ja «Gloria al Padre»..., tu tens lo plat allí i la tasseta de l'oli, i quan dius «Gloria al Padre, al Hijo y al Espíritu Santo»..., quan dius «amen», has de sucar este dit a dins de l'oli i tires al plat així en tres gotes..., quan aquelles gotes d'oli tu les veus que diràs que han volat a l'aire és que hi ha molt de cop d'aire; quan les veus que surten les tres gotes marcades al plat, és que no n'hi ha gens; i quan veus que hi ha així tot de piquets que s'es-campen com, jo en dic rosaris, quan tens los rosaris, és que n'hi ha poquet i t'en vol sortir més, i tu quantes més vegades ho mires, més pronte et passa...

À: *I allavons ho has d'anar mirant?*

L: Ho has d'anar mirant, pos de dir..., mira jo de vegades ho miro, estos dies la Tere d'Ismael me truca de nit, «tia Lolita, mire'm que tenim cop d'aire Jordi... o ell i jo»..., eh! I jo li miro. I diu «ara li trucaré a vore si n'hi ha»..., «mare si en tenies Tere...», o «en tens poc», o... «te n'ha sortit»... I com més vegades ho mires, més pronte se'n va.

À: *I allavons, en esta aigua, l'ha de llençar a un puesto a altre?*

L: Ah, vale! I allavorens, sí, esta aigua tu tens..., agafes un plat i al tirar les gotes de l'oli dius ui! l'han volat. A vegades les tres gotes i es desapareixen, això vol dir que n'hi ha molt, i allavons quan has acabat de dir l'oració i has

tirat l'oli, allavontes fas així, meneges un ratet lo plat i bomb ho tires, pos mira, allí que tinc jo per tirar l'aigua... o dalt a la pica d'escurar i ho tornes a mirar, jo a vegades ho miro quatre vegades seguides i ho vas mirant, i quan veus que ja et surten les tres gotes soles, és que ja no n'hi ha.

À: I això per a vostè mateixa s'ho pot fer?

L: No, no, no... Aquella senyora que mos ho va ensenyar ja va dir, no... Jo com tenia la meua germana, pobra, a Santa Bàrbara que ho mirava tant i que ho feia tant. Feia: *«mare, Maria Cinta, no em trobo bé...»*. *«Va, que t'ho vaig a mirar»*, m'ho mirava ella... Ara ja saps a qui ho vaig ensenyar i m'ho mira a mi? A la Matilde, d'allí dalt, vaig anar en Divendres Sant i també de seguida ho va adependre, i d'allò... I ara quan jo no em trobo bé li faig: *«Matilde, no em trobo bé, me penso que jo m'ho noto quan tinc cop d'aire»*... I cadascú s'ho nota, perquè te punxen hasta els dits de la mà, del peu, tota la persona, les juntes, tot te fa mal, diguem, tot! I jo faig: *«Matilde, me penso que tinc cop d'aire...»*, mira-m'ho.» La truco i em diu: *«pos ahora te resaré»*, ella em diu *«ahora te resaré»* la Matilde... i au! Alego vaig i dic *«oi, mare, que bé!»*... Este dia no podia anar a la gimnàstica, i li truco i li dic: *«Matilde no sé que tinc, me penso que tinc cop d'aire, no podré anar a la gimnàstica»*... I alego li truco i li dic: *«Què troba?»*, i em diu: *«Ai, si en tenies, Lola...»*. Al cap de no res, de mitja hora, pos que no me'n vaig a la gimnàssia? Bé!... Això va de maravilla!

Tant a Lolita com a Elisa, aquest saber els ha estat transmès, no per via intergeneracional, sinó a través d'altres dones. Aquest saber circula entre diferents poblacions. La Lolita va anar fins a Santa Bàrbara per a adquirir-lo i tornà a Amposta per tal de transmetre'l. Es tracta de sabers que circulen fins i tot més enllà de les relacions de veïnat, transcendeixen les fronteres del poble i, actualment, formen part de la vida quotidiana de moltes d'aquestes dones.

En aquestes narratives es fa evident una relació entre les dones i la divinitat, sense la mediació de l'ortodòxia eclesiàstica simbolitzada, en aquests pobles, pel capellà. Les dones dialoguen amb allò que és diví, a través del ritual i del contingut de l'oració (el que es transmet és el ritual més l'oració, les paraules concretes que s'han de pronunciar. Són elles qui transmeten aquest saber i qui l'administren. I, a més, ho fan per a una finalitat concreta (la cura del cop d'aire) i amb elements del món empíric. Es podria denominar màgia a això? Certament, si no ho és, n'estaria molt a prop.

Podem veure, doncs, en funció de tot el que s'ha analitzat fins al moment, com les dones duïen a terme les seves pràctiques curatives al marge del poder patriarcal, encarnat, com ens explicarà Marina (59 anys) de la Galera, per les figures del metge, el capellà i l'alcalde.

Marina ho descriu de la forma següent:

À: Molt bé... I... tu me comentaves antes, quan estàvem amb Fina, comentaves que antes los metges eren molt respectats...

M: Sí.

À: *I dies que eren lo metge, l'alcalde i el capellà...*

M: I el capellà..., eren les que eren les forces..., bueno a la processó i a tot arreu eren los... los *jefes* del poble, eren los homes més respectats. Jo me'n recordo que teníem un metge aquí al poble també, que cada vegada que hi havia d'anar tenia unes ploreres que no veas... era molt sério... Uf! I cada vegada que hi havia d'anar, abans de voré'l ja plorava...; així com ara només vas ara a n'este que tenim ara, saps és molt simpàtic, pos aquell home era molt sério i allò molt estirat... i me'n recordo que quan eres menut i anaves... Don Vicent! Allò era un personatge! Ara també, però no és tant, no és tanta cosa... com allavons.

El metge, tractat de Don, no era només respectat, sinó, fins i tot temut. Marina explica que li feia por aquell senyor, tanta por que fins i tot plorava quan hi havia d'acudir. Hi ha una relació clara de poder entre metge i pacient, en què el metge exerceix un rol dominant i genera un respecte basat en la por (contràriament al tipus de respecte que genera la relació d'autoritat amb la qual les dones exercien els sabers curatius).

Aquestes tres figures encarnades per homes respectats i temuts (el capellà, el metge i l'alcalde) representen els tres grans estaments del poder patriarcal que exerceixen poder en la ciutadania, i, especialment, en les dones que duren a terme les seves pràctiques sanadores als marges d'aquest poder i a través de la relació d'autoritat.

D'altres sabers relacionats amb la cura

En el transcurs de la recerca van sorgir també d'altres sabers que no estan estrictament relacionats amb la cura de malalties, però que tenen molta relació amb la higiene i la prevenció de les malalties. Un d'aquests sabers és l'elaboració de sabó. Heus ací dos narratives de Dolors (69 anys) i Teresa (82 anys) de la Ràpita, en què se'ns relata com feien el sabó que empraven per rentar la roba a mà.

À: I de sabó, a casa teua, en fèieu o no?

T: No, no, ma mare no en feia, de sabó!

D: A la botiga sí!

T: A la botiga..., quan estàvem a la botiga, sí, la rebesiaia teua...

À: *Ma rebesiaia Cisca, no?*

T: Sí, Cisca.

À: *I com lo feia?*

D: En oli, en barres d'oli, los baixos de l'oli...

T: I aigua i sosa, mira..., dale que te pego!, remenaven.

D: I allavons feien uns motlles, unes barres, i es venia a trossos.

À: *Però este sabó era per a la persona o era per a rentar?*

D: Per a rentar.

T: Per a rentar.

À: *Per a rentar la roba, eh!*

T: Des de luego que feia molt blanc, eh!

À: *I què tenia? Sosa, oli...*

T: Oli.

D: Oli, sosa i no sé si ficaven algo més...

T: I aigua!

À: *I com se feia per a què es quedés així...?*

T: Pos anar remenant tot lo rato.

D: Sí.

T: Però sense... sense descansar! Anar remenant!

À: *I allavons allò es quedava sòlid? Ho tiraven a un motlle, no?*

T: Allavons ho tiraven a un caixonet, me'n recordo que era un caixonet de fusta.

D: Allò era el motlle, i allavons lo venien a pessetes, a trossets.

T: Ella perquè era botiga, però la gent s'ho feia a casa mateix.

D: I molta gent se feia l'oli a casa.

T: Lo sabó!

D: Lo sabó, lo sabó, del que sobra de menjar molta gent se feia l'oli...

T: L'arroplegava... pa fer sabó.

Dolors i Teresa ens expliquen com s'elaborava l'oli per a ús domèstic i, també en aquest cas, per vendre a botiga. Aquestes tasques eren essencials per al manteniment de la higiene de la família i, en conseqüència, per a la prevenció de les malalties. No obstant això, les condicions de vida de les dones a l'època eren molt dures. De la duresa d'aquestes tasques en tenim un exemple en el fragment següent:

T: Los prinyons, ui! Ne vaig tindre molts, jo...

À: *I com vos ho fèieu per als prinyons?*

T: Jo no ho sé, que no me'n recordo que me fessen res..., però se me llagaven les mans, quan estava de dependenta a casa, a lo dels iaïos teus... pos llagadetes, llagadetes...

À: *I de què era? De què sortia això? Del fred?*

T: Del fred..., trobo que del fred, no ho sé, del fred havia de ser perquè sempre sortien d'hivern...

À: *I tu, Dolors, saps algo d'això, del fred? Dels prinyons?*

Dolors: Los prinyons sortien a l'hivern, del fred, però allavons passava una cosa: com les dones rentaven a mans i allavons no s'usaven guants de goma, com ara, ni res d'això, moltes vegades rentaven i sanguejaven les mans...

T: Llagades, jo, em van arribar llagadetes... tots los dits d'aquí dalt...

À: I no vos posàveu res per a això?

T: No, no, no...

D: Ben sequet se rentaven les mans..., procuraven tindre'ls secs... però havien de fer la faena, ja es feien així, además eren grossos, eh! A vegades.

T: Ui! Jo els tenia, jo els tenia...

D: Calamanda, tan germana, en tenia molts...

T: Tu te'n recordes de Calamanda perquè ets més jove, tu eres més menuda quan jo, però..., pos déu-n'hi-do, saps?

À: *I no..., no hi havia res per a això?*

T: No!

À: *Cap remei natural... ni res.*

D: No

[...]

T: Esperar l'estiu, que se n'anssen.

Les dones patien, en rentar la roba amb les mans, el que s'anomenen *prinyons*⁷, que eren llagues que es feien als dits de rentar la roba amb les mans a l'hivern amb aigua gelada. És especialment dura la descripció que en fa Dolors respecte que els sagnaven les mans, però, com ella diu, «s'havia de fer la faena». Aquesta tasca tan poc reconeguda de les dones com a agents de la higiene de la família forma part també de les tasques relacionades amb la cura de la salut, en tant que es tractava d'una tasca d'higiene preventiva.

Les dones també s'ocupaven de l'alimentació:

Teresa: Jo..., quan estava a casa vostra, era molt primeta... i ta rebesiaia.

À: *Sí.*

T: No ta iaia, ta rebesiaia...

À: *Cisca altra volta...*

T: Cisca, la tia Cisqueta li díem..., la veies moltes vegades allí a la botiga en un got i xap, xap, xap, xap...

À: *Però que feia? Clara d'ou...*

⁷ *Panallons* en una altra terminologia. (N. de l'Ed.).

T: [...] Lo rovell, lo rovell, en sucre... i estava mitja tarda així, i quan ja ho tenia feia: «Teresa, vine!» Me posava un raget d'un vinet que hi havia a aquell armari..., me'n posava un raget: «Pren-te això»... Ui! No... Pren-te este vinet, ai! Esta iema.... en lo vinet... «Perquè estàs prima! Estàs prima! A casa no deus menjar!».

Dolors: Ma iaia sempre tenia esta costum... A mi me la fotia tots los dematins per a esmorzar.

Vetllaven per l'alimentació, especialment per les noies més primes, i, com en aquest cas, el rovell de l'ou es considerava un aliment essencial per mantenir la salut de les dones primes, que es considerava que podien tenir més risc d'emmalaltir. En aquell món, en què els aliments eren més aviat escassos, estar una mica grossa era sinònim d'estar sana, i estar molt prima representava el contrari.

Sobre el futur d'aquests sabers

Aquests sabers es troben en risc de desaparició degut als canvis socioeconòmics i culturals actuals. Alguns, però, estan encara molt vius. Especialment és ben viva la curació del «cop d'aire», una pràctica de caràcter magicoreligiós, coneguda i practicada per moltes dones, com a Mas de Barberans:

Elisa: La joventut n'hi ha molts que diuen lo del cop d'aire... «Fes-me el cop d'aire, fes-me el cop d'aire»...

À: Vostè ho sap, lo del cop d'aire?

E: Jo no, no sé l'oració, la meua nora, lo fa... Encara no està que se'l noten, au!

No obstant això, la qüestió era que fins a quin punt aquestes formes de curació, més enllà de ser practicades actualment, s'estan transmetent a dones més joves que les podran practicar en un futur. I, efectivament, tal com plantejava en la hipòtesi, sembla que sí que s'evidencia un trencament en la línia de transmissió.

À: *I això...*, vostè això li ho ha ensenyat a algú?

Francisca: Ai! No ho recordo si ho he ensenyat...

À: *Però vull dir, a algú jove? De la seva família o així?*

F: No, perquè ara està la farmàcia i la gent de seguida, au! A la farmàcia! Un *jarabe!* A la farmàcia... I allavontes, no! No podíem anar... Una, que no n'hi havia, de farmàcies al poble, i l'altra, que tampoc no teníem diners!

À: *Però no hi ha hagut ningú que ho segueixque, això...*

F: La gent gran encara mos hi fem a les herbes, però la joventut ni una...

Francisca, de Mas de Barberans, no ha transmès els coneixements a les persones més joves de la seva família. Ho atribueix a la gran accessibilitat dels medicaments farmacèutics, que no existien quan elles eren joves. Ho ratifica Marina, de la Galera:

À: *I ella, esta dona, dius que això ja ho feia sa mare, d'esta dona...* [Referint-se a la tia Cinta.]

Marina: Sí, sa mare d'ella...

À: *I esta dona què era? Pagesa?*

M: Sí, sí, sí, pagesa...

À: *I, encabat, ella ho va ensenyar a un o altre això?*

M: No, no, després se va perdre...

À: *Se va perdre..., esta dona és morta...*

Marina explica com els sabers de la tia Cinta, de la Galera, que curava afeccions musculars amb massatges, han desaparegut amb ella. La tia Cinta els havia après de sa mare i els havia practicat durant tota la vida com a part de la seva relació amb la comunitat més propera. Finalment, diu la tia Paca, de Sant Carles de la Ràpita:

À: Això ho has ensenyat a algú, mai?

Paca: No, mai a ningú, no, no, no, no.

À: *Com és que no ho has ensenyat?*

P: Ai! Passa una cosa ara, que ara la gent tot això ja..., tot això pa la gent és un mito ja...

À: *Però antes la gent tenia molta fe en tot això, no?*

P: Antes la gent tenia molta fe...

À: *Perquè quan anaven al de ta iaia...*

P: Sí, sí, i els curava, los curava.

À: *I allavontes quan ta iaia vivia, de quin any estem parlant, més o menos?*

P: De quin any estem parlant? Pos si jo vaig nàixer el 26, ans de la guerra, en la guerra tenia deu anys jo, ma iaia encara vivia, tenia Andrés 14 o 15 anys quan va morir sa rebesiaia...

À: *I allavontes hi havia metge al poble?*

P: Sí, hi havia metge.

À: *I la gent anava als metges també?*

P: Sí, anaven als metges, però en estes coses tenien fe, jo no he parat molt de compte en tot això, hi ha persona que ha parat més compte, però ara ja ne queden poques que sàpiguen coses, que se'n recorden, queden poques ja...

À: *I això, tia Paca, tu dius que també has curat a gent en això d'esta oració?*

P: A casa si els ha fet mal alguna cosa, a Andrés a vegades, a l'home!; no, a mon fill no, que ells no creuen en tot això, i als netets, menos (*Riu.*) Xavier encara potser, encara, alguna cosa te diria ell de son iaio, sap moltes coses de son iaio i se'n recorda, però Marta no, Marta no...

La tia Paca explica que, en el si de la família, els sabers que ella havia après de les dones més grans que ella es troben en risc de desaparició, perquè s'ha trencat la línia de transmissió. Segons ella, ja queda poca gent que conservi encara aquests sabers, amb la qual cosa s'evidencia que li sembla que poden arribar a desaparèixer. Moltes de les dones entrevistades han trencat la línia de transmissió dels sabers que encara practiquen, ja que no els han transmès a altres dones més joves.

En pimer lloc, caldria explorar si hi ha algunes dones joves (això és al voltant dels vint o trenta anys) que estan aprenent aquests sabers o si només en són beneficiàries.

En segon lloc, si és especialment rellevant que, en una etapa de la nostra història en què el paradigma científic és clarament dominant, continuen coexistint aquestes formes de curació pseudoreligiosa a les quals hom sembla atribuir efectivitat.

Conclusions

La recerca que s'ha presentat posa de relleu l'existència d'uns sabers genuïnament femenins relacionats amb la cura de la salut, practicats per les dones del Montsià, i l'impacte en la comunitat de referència. Les dones han cooperat i cooperen en la transmissió i administració d'uns sabers concrets que pretenen millorar el benestar individual i comunitari. A més, s'ha pogut deduir de les narratives com aquesta transmissió i pràctica es duu a terme en l'àmbit d'una forma de relació molt concreta sanadora-pacient, la relació d'autoritat. S'ha vist també com aquesta relació d'autoritat es contraposa a la de poder, representada per la figura patriarcal del metge. S'ha pogut mostrar també com continuen havent-hi sabers de caire magicoreligiós, que continuen aplicant-se i que són considerats efectius per aquestes dones i per les persones que confien en els efectes.

Sembla, doncs, que aquesta supervivència de sabers i costums indica que no corren el risc d'un procés d'aculturació que en trenqui aquesta transmissió oral. No obstant això, pel que es dedueix de les entrevistes realitzades, cada cop hi ha menys dones interessades a adquirir aquests

sabers i, per tant, podríem afirmar que es troben en perill d'extinció. Per aquest motiu, crec que és essencial continuar treballant en aquest sentit, entre altres coses, perquè tenim encara unes generacions que ens poden donar constància d'aquests coneixements, unes generacions que són testimonis vius d'una part essencial del patrimoni etnogràfic general, però, sobretot, de la genealogia femenina d'un saber que va desapareixent amb les nostres iaies.

Bibliografia

- AGELET, Antoni; MUNTANÉ, Joan; PARADA, Montserrat; VALLÈS, Joan (2004b). *Plantes medicinals del Pirineu Català. Remeis i altres usos de 40 plantes de la cultura popular pirinenca*. Sant Vicenç de Castellet: Farell Editors.
- BERTRAN TORRES, Teresa (2007). *Terres de salabror*. Amposta: M. Teresa Bertran Torres.
- BLANCH CALLAU, Salvadora (2017). *Les herbes remeieres per a cures en salut en un entorn rural*. Tesi de doctorat. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- CABRÉ PAIRET, Montserrat; ORTIZ GÓMEZ, Teresa [et al.] (2006). *Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII- XX*. Barcelona: Icaria Editorial.
- CABRIÓ CABRER, Esperança; VALLÈS XIRAU, Joan (2010). «V Jornades d'Etnobotànica en Llengua Catalana. Tradició i innovació en les relacions entre llengua, cultura i natura». *Revista d'Etnologia de Catalunya*, núm. 37, 184-187.
- CALLEJO CABO, Jesús; CEBRIÁN, Juan Antonio (2006). *Breve historia de la brujería*. Madrid: Nowtilus.
- CASANOVA I GINER, Baltasar (1996). *Des de les «Quatre carreteres»*. Deltebre: Regidoria de Cultura de l'Ajuntament de Deltebre.
- FRIGOLÉ REIXACH, Joan (2007). *Dones que anaven pel món. Estudi etnogràfic de les trementinaires de la vall de la Vansa i Tuixent*. Barcelona: Centre de Suport de la Cultura Popular i Tradicional Catalana. (Temes d'Etnologia Catalana).
- GREEN, Monica H. «En busca de una “auténtica medicina de mujeres: los extraños destinos de Trota de Salerno e Hiledgarda de Bingen»». A: CABRÉ PAIRET, Montserrat; ORTIZ GÓMEZ, Teresa [et al.] (2006).

- Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX.* Barcelona: Icaria Editorial, p. 27-54.
- HARRIS, Marvin (1980). *Vacas, cerdos, guerras y brujas. Los enigmas de la cultura.* Madrid: Alianza Editorial.
- IRIGARAY, Luce (1985). *El cuerpo a cuerpo con la madre. El otro género de la naturaleza. Otro modo de sentir.* Traducció Mireia Bofill i Anna Carvallo. Barcelona: LaSal.
- JUAN ARBÓ, Sebastià (1992). *Obra Catalana Completa I. Terres de l'Ebre; Camins de nit; Tino Costa.* Barcelona: Columna Edicions.
- MÉRIDA JIMÉNEZ, Rafael M. (2006). *El gran libro de las brujas.* Barcelona: RBA Libros.
- MUNTANÉ, Joan (2002). *Tesor de la saviesa popular de les herbes, remeis i creences de Cerdanya del temps antic* (2a edició). Puigcerdà: Institut d'Estudis Ceretans.
- MURARO, Luisa (2002). «*El concepto de genealogía femenina*». Recuperat de <https://www.alipso.com/monografias/2024_lamorada/>
- POMATA, Gianna (1999). «Practicing between Earth and Heaven: Women Healers in Seventeenth-Century Bologna». *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Hist. Illus.*, 19: 119-143.
- PERDIGUERO-GIL, Enrique; COMELLES, Josep M. (2015). *Medicina y etnografía en Cataluña.* Madrid: CSIC.
- ROYO, Ferran [et al.] (2009). *Plantes del Port II. Mates i plantes herbàcies angiospermes dicotiledònies.* Tortosa: Grup de Recerca Científica Terres de l'Ebre.
- SORRIBES, Jesús; GRAU, Josep-Joan; MARGARIT, Lluís [et al.] (1984). *Gran Geografia Comarcal de Catalunya. El Baix Ebre i el Montsià, XIII.* Barcelona: Enciclopèdia Catalana.
- THORNDYKE, Lynn (1923). *A History of Magic and Experimental Science.* Columbia University Press.

EPÍLOGO

Coral Cuadrada

Este libro es fruto de una de las primeras iniciativas del entonces recién creado centro de investigación MARC —*Medical Anthropologic Research Center*— en la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona (URV). Con la iniciativa del Dr. Josep M. Comelles, en aquel entonces director del centro, proyectamos ciclos de conferencias, exposiciones, jornadas y congresos que demostraron la vitalidad del MARC. Una de estas exposiciones tuvo lugar en el CRAI (Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación) del Campus Catalunya de la URV y fue impulsada por Àngels Castellà sobre las *remeieres* (curanderas) del Montsià, que hemos conocido en líneas anteriores. El éxito, en términos de acogida e interés suscitados por la exposición, nos animó a plasmar nuestras reflexiones en forma de libro que, como el resto de la amplia colección de libros sobre antropología médica, se ofrece al público interesado en formato papel y también en *open access*.

La obra plantea una revisión del concepto, de las fuentes y de la heurística de la *folkmedicina* y del pluralismo asistencial que, sin duda, resulta completamente necesaria. Se lleva a cabo mediante varios casos de estudio de distintos períodos cronológicos —capítulos de Cuadrada, Ravelo y Castellà—, y de dos textos que ayudan a contextualizar el proceso de medicalización en la sociedad contemporánea —Perdiguero-Gil & Comelles, Menéndez—. En conjunto, se trata de un análisis indispensable sobre la historia de las culturas médicas a partir *de otras miradas* de gran valor etnográfico.

Resaltemos ahora las diferentes conclusiones de cada uno de los capítulos con el objetivo de exigir y potenciar el cultivo de este tipo de aproximaciones, en aras de una mejor comprensión de las culturas médicas y las curas alternativas, así como de su proceso de medicalización. Perdiguero-Gil & Comelles, en el capítulo introductorio, aceptan que el pluralismo asistencial no sea un tema medular en antropología médica.

No obstante, reconocen que desde el punto de vista histórico, al contrario de lo que se pueda pensar, goza de muy buena salud. Entre las futuras vías de investigación señalan la conveniencia de seguir analizando el papel de las medicinas alternativas y complementarias, el impacto de los medios de comunicación y las redes sociales, su estudio desde nuevos parámetros, nuevos aportes teóricos y nuevas realidades.

Menéndez considera que a través de los procesos de salud, enfermedad y atención-prevención se pueden observar y analizar los problemas y procesos económico-políticos e ideológico-culturales. Los procesos analizados en su texto indican que no solamente se han de relacionar siempre las representaciones, discursos y narrativas con las prácticas sociales. Solo de esta forma se podrá entender el verdadero significado de las representaciones, contradicciones, conflictos o verdaderos objetivos de los sistemas sociales y de sus sectores dominantes, así como de los movimientos étnicos, de género o políticos, y también de sus analistas.

Cuadrada, por su parte, abre lo que he denominado anteriormente como estudios de casos. Nos traslada a la Edad Media, anteponiendo los saberes de Hildegarda de Bingen a los de Celestina. Entre las sugerencias a estudio se encuentran sus preguntas finales, cuando subraya el rol de las llamadas *mujeres sabias* o brujas: ¿su ascendencia entre el vecindario y su empatía se debían a la proximidad?, ¿respondían a un ejercicio generoso y desprendido de la curación, alejado totalmente del ánimo de lucro?, ¿se basaba en la confianza mutua?, ¿se incidía en las redes horizontales o verticales de transmisión de saberes femeninos?, ¿tenían sus terapias mayores logros o mejores resultados respecto al ejercicio de la medicina «oficial»?

Ravelo, en cambio, centra sus investigaciones en el *saber de las temixihuitiani*, poniendo de relieve la labor de las parteras en el mundo nahua, ya que también aconsejaban, bañaban a la gestante, acompañaban a la parturienta, atendían el parto y al recién nacido, interviniendo en todo el proceso de su existencia. Primero, una de ellas era convocada por los familiares de la embarazada para que le procurase consejos y cuidados óptimos para su desarrollo fetal; después, se invocaban fuerzas celestes para propiciar la transición del medio acuático materno al medio aéreo y luminoso; asimismo, se encargaba de recibir y dar la bienvenida al recién nacido. Ellas también presidían el acto de hacerle los dos lavatorios de purificación por la diosa del agua terrena. Y, por último, ellas lo llevaban al templo, consultaban su destino y determinaban la influencia divina de acuerdo con el día y la hora del natalicio para asignarle un nombre.

Ejercían, pues, una mediación divina. Sabremos más sobre la partería en Nueva España cuando finalice su tesis, en proceso de realización, cuyo capítulo aquí presentado es un avance.

Castellà, por otra parte, presenta un resumen de su trabajo final de máster, donde nos ofrece los principales resultados de su investigación con el objetivo de mostrar la recuperación de los saberes tradicionales de las mujeres del Montsià (Tarragona) en relación al cuidado de la salud, desde una perspectiva doble. En primer lugar, señala el interés por las formas tradicionales y populares de la asistencia en el contexto de una sociedad semirural, preservando así una parte del patrimonio cultural y etnográfico para generaciones futuras. En segundo lugar, visibiliza el rol de las mujeres en el mantenimiento, pervivencia, transmisión, aplicación y sostenibilidad de estos saberes tradicionales, como agentes principales del cuidado de las personas. Muy interesante resulta el anteponer la relación sanadora-paciente, basada en la autoridad, a la relación de poder ejercida por la figura patriarcal del médico. De ahí que la autora crea esencial continuar trabajando en estas pesquisas e interrogando a mujeres, testimonios vivos de una parte esencial del patrimonio etnográfico general pero, por encima de todo, de la genealogía femenina de un saber que, desgraciadamente, puede desaparecer con ellas.

En síntesis, la obra se plantea conocer cómo han evolucionado los métodos, cuáles son las curas, cómo se han aplicado y cómo se han utilizado en diferentes espacios y culturas distintas. También ha evitado una cronología corta, apostando por la braudeliana *longue dureé*, y, a la vez, rechaza la visión eurocéntrica. Mirar desde ópticas diferentes, repensar lo comúnmente aceptado y cuestionar lo tradicionalmente asumido es necesario para cambiar todo aquello que nos rodea. Y es que, tal y como se desprende de la obra, la historiografía y la medicina, como otras muchas disciplinas, han sesgado y ocultado, durante siglos, lo acaecido en la historia y la literatura. Rescatar una parte de esa memoria, individual o colectiva, se convierte en una tarea primordial. La presente recopilación de trabajos, lejos de querer evadir el debate y la confrontación crítica, reconoce la necesidad de poner en discusión el pluralismo médico y las curas alternativas para poder identificar las problemáticas que conciernen a estas temáticas. Subvertir el simbolismo dominante, desde una u otra posición, constituye el eje central de los diferentes trabajos que hacen de esta obra una herramienta de transformación social.

El estudio del «pluralismo médico» o «asistencial» fue, y aún es, parte fundamental del desarrollo y la agenda de la antropología médica, no solo en otros continentes con países en vías de desarrollo, sino también en Europa. Por «pluralismo asistencial» se entiende la coexistencia entre distintos saberes y prácticas relativos al «proceso salud, enfermedad y atención». El pluralismo asistencial sigue siendo un ámbito de estudio en el que la historia y las ciencias sociales dedicadas a la investigación de la medicina, la salud y la enfermedad encontrarán un objeto que puede ofrecer perspectivas críticas sobre las complejas sociedades contemporáneas, en el contexto de unas nuevas culturas de la salud, que pivotan entre lo global y lo local.

