

do de hitos en el camino de su iniciación –que es de modo muy esencial una transformación física– debe superar una serie de pruebas en algunos casos atroces. Como introito, debe absorber, chupando su lengua, la virtud chamánica de la anaconda –de una anaconda capturada y embriagada con ayahuasca. Más adelante, debe romper sobre su cabeza un nido de avispas; más tarde, debe hacerse picar por tocandiras, grandes hormigas con aguijón dolorosísimo, etc. Esos episodios producen eventualmente estados febriles y de delirio, en un cuerpo ya macerado por duras condiciones de vida. Menos por la dureza puntual de las pruebas que por los largos aislamientos que exige, pocos llegan al fin de ese proceso, y de hecho, en la actualidad, pocos lo emprenden: el chamanismo se ha convertido así, por un designio restrictivo que no me parece en absoluto casual, en una actividad limitada a un número muy pequeño de practicantes, difícilmente más de uno en cada uno de los grupos Yaminawa. El cambio es sutil, porque lo que actualmente conforma el proceso de iniciación de un chamán es una serie de prácticas que pueden ser localizadas, dentro del conjunto Pano, dentro de procesos iniciatorios menos estructurados, o como recursos para mejorar las habilidades del cazador; lo que da su peculiaridad al caso actual es que todas esas prácticas se organicen como sistema, y que su aplicación acabe creando una minoría “esotérica”, sustituyendo una situación anterior en que, probablemente, la iniciación, y por ende la práctica del chamanismo, se extendía al conjunto de los hombres, y se procesaba incluso a través de iniciaciones colectivas<sup>6</sup>.

Para entender el sentido de esos cambios, hay que tener en cuenta que la analogía con la profesión médica no se agota ahí.

Si nadie puede ser llamado actualmente ñiumuã es porque las expectativas depositadas en ese especialista difícilmente podrían ser correspondidas hoy en día. En otras palabras, los Yaminawa de hoy viven, o pretenden vivir, en paz, y cuando alguien intenta describir las capacidades incomparables de los antiguos “doctores” parece claro que ellas se manifestaban en su grado más eminente en su poder para matar. Que el chamán sea un especialista en cura es una petición de principio, ilegítima en cuanto al pasado por una razón muy simple: antes no había enfermedades, fueron los blancos quienes las trajeron. No se trata, al menos en este caso, de una ingenua declaración nativista, entre las muchas que pretenden convertir los nefastos episodios de la conquista en un mito de origen de todos los males. Podríamos reformularla diciendo que la “paz blanca” ha otorgado un espacio mucho mayor a una noción antes residual de enfermedad, que ocupa por así decirlo el punto medio entre el estado vigoroso del cuerpo –objetivo de las prácticas “profanas” de dieta y endurecimiento– y la muerte, resultado casi cotidiano de la guerra o de la acción agresiva de los ñiumuã. Lejos del universo medicalizado en que nos movemos, cuyo objeto preferente es la enfermedad, y donde la salud, en virtud de las potencialidades de prevención y diagnóstico precoz o muy precoz, se va reduciendo a un simple estado pre-mórbido, la vieja disciplina corporal Pano enfocaba mucho más el cuerpo ideal que sus disfunciones; la muerte era mucho más prueba de la eficacia del chamanismo, entendido como una forma de guerra, que de su fracaso como terapia.

El chamanismo Yaminawa se dedica ahora a la curación porque ya no se le permite dedicarse a la agresión. La reconversión no ha sido difícil, ya que antes o después de ella lo que el chamán es capaz de hacer es comunicarse con los espíritus, es decir, con el yoshi. El yoshi es, como hemos dicho, el espíritu. Dependiendo de su situación, puede ser una entidad autónoma y en general peligrosa, puede identificarse con algún fallecido, o puede ser uno de los componentes de la persona. La persona Yaminawa<sup>7</sup> se compone de tres elementos: *yura*, el cuerpo físico del que ya hemos hablado, *diawaka* –que podríamos traducir como la sombra, mas también como la memoria– y *yoshi*, o más exactamente *weroyoshi*, espíritu del ojo o de la pupila, que constituye en esencia el “punto de vista” de la persona, su principio de subjetividad, y en definitiva su vida individual. Para bien entender esa tripartición, que en parte podemos confundir con distinciones propias de nuestra tradición, hay que notar que su polo más activo, el *yoshi*, es al mismo tiempo el más “vacío”: si para nosotros el “alma” es una forma pero también un contenido –el resultado de una vida–, para los Yaminawa el *yoshi* prescinde de toda sustancia afectiva o cognitiva; ésta puede encontrarse en el cuerpo y en su sombra. El cuerpo no es en rigor individual (está

abierto a flujos que traspasan el grupo de parientes), y la sombra, naturalmente, no se separa del cuerpo. Cuando alguien muere, la sombra sufre algunas transformaciones pero se mantiene próxima del cuerpo mientras este se desagrega, y acaba desagregándose con él; el yoshi parte sin ningún problema –lo hace eventualmente en vida, durante el sueño o en otras circunstancias, sin que ocurra nada, a no ser que su ausencia se prolongue más de lo debido. Si para nosotros la enfermedad es en último término un embate entre las limitaciones y los accidentes del cuerpo y las potencias del alma (voluntad de vivir o de morir del enfermo, factores psicológicos y emotivos de todo género), en el caso de los Yaminawa el problema está más bien en la infidelidad de esa condición de vida que es el yoshi. El yoshi no está ligado por la memoria o los afectos a un cuerpo: podría estarlo igualmente a otro, sea ese otro un cuerpo humano o animal; también podría sobrevivir independientemente. La enfermedad y la muerte son en esencia procesos o acontecimientos que de un modo u otro alteran la relación del yura con el yoshi y provocan un alejamiento paulatino o brusco de este último. El ámbito de actuación del chamán es el del yoshi, y no el del yura. Si por acaso él tiene un conocimiento más amplio de las interdicciones y normas generales de las que antes hemos estado hablando, no es porque esos cuidados sean parte de su vocación específica, sino porque la rarefacción de la iniciación a la que nos hemos referido se ha aliado a la acumulación de saberes tradicionales de todo tipo en pocas manos<sup>8</sup>. El chamán no tiene que ser necesariamente un conocedor de yerbas medicinales, aunque en general lo sea. Lo que él debe saber para ser un chamán son los caminos y las reglas de tránsito por el mundo de los yoshi, los modos de encontrar, negociar, convencer, hacer irse o volver al yoshi; habilidades que sirven indistintamente para curar o matar.

Como ya hemos dicho, la memoria no es el fuerte del yoshi, que por tanto no es para nada una entidad tradicionalista: las ciudades están tan llenas de ellos como las selvas. Si el nuevo orden de cosas ha alterado seriamente las condiciones de existencia de los cuerpos Yaminawa, en modo alguno han afectado a las costumbres del yoshi; él, y con él el chamán, tienen por el contrario hoy en día todo un nuevo campo de expansión. Aunque la teoría Yaminawa de la persona –como ocurre con las teorías equivalentes de otros pueblos indígenas– presente amplias discordancias con la psicología erudita o popular de la sociedad urbana, permite a pesar de todo una fácil traducción, más o menos fiel, a las categorías que en el conjunto del Brasil permiten la comunicación entre las diversas opciones religioso-terapéuticas: transmigración, posesión, obsesión y otros modos de relacionar una vasta población de espíritus con las aflicciones de los cuerpos vivientes. Los chamanes indígenas ocupan así un extremo marginal pero por ello mismo poderoso de un campo religioso que, en el caso del Acre, registra una presencia significativa de religiones donde los elementos del espiritismo y del catolicismo populares se alían fácilmente a algunos elementos indígenas, especialmente al uso de la ayahuasca. Mucho más autónomo de lo que esperamos de una institución supuestamente arcaica, el chamanismo Yaminawa, aunque enraizado en la lengua y en la mitología locales, es también capaz de participar en una especie de ecumene selvática que aproxima –en torno de una cultura común de la ayahuasca– las prácticas de los curadores indígenas o mestizos, de agentes religiosos provenientes de otras tradiciones y de practicantes ligados al mundo urbano y que en términos generales podríamos incluir bajo el rótulo *new age*. “Traductor” desde antiguo del lenguaje de los espíritus, el chamán es por eso mismo capaz de dar sentido al mundo de los blancos, pero también de generar mensajes que los blancos son capaces de entender<sup>9</sup>.

Si el chamanismo parece compararse con tanta facilidad a la medicina, es en suma porque ha confluído con ella en varios sentidos muy relevantes. En esa confluencia hay mucho espacio para la integración de saberes extraños. Durante mi estancia en la aldea Yaminawa, el miedo a la epidemia de cólera surgida a principios de los años noventa en el Perú tenía muy preocupados a los indios, muy vulnerables a las epidemias de los blancos. En alguna sesión de ayahuasca, el chamán se había ocupado en rasrear, con la ayuda de los espíritus, las andanzas de la epidemia, comentando a sus oyentes por dónde andaba y hacia dónde podía dirigirse. Acabada la sesión cada uno se fue llevando a su casa un poco de chicha “cantada” –es decir, un puré ralo de maíz sobre el cual se habían salmodiado los cantos chamá-

nicos, y un frasco de hipoclorito, que el chamán había recomendado que se pusiese en el agua de beber. Era una adquisición más que el chamán había traído de sus numerosos viajes, corporales o no.

## Conclusiones

A las páginas que preceden se les puede objetar, sin duda, su carácter casi enteramente negativo: si recapitulo aquí mis afirmaciones, puedo decir que el diálogo entre las distintas tradiciones médicas se basa en equívocos fundados en la distancia; que donde esa distancia se anula físicamente surge en su lugar una irreductibilidad de una a la otra que desactiva el diálogo; que la eficacia de la medicina indígena depende de un modo de vida y de unas expectativas que los blancos no comparten y que los indios han abandonado; que la eficacia de la biomedicina se manifiesta dentro de un contexto en el que, para los indios, los daños colaterales superan muy probablemente a las ventajas buscadas... ¿Poco espíritu constructivo? Es cierto que de esas experiencias –como de las muchas otras más largas y detalladas que los especialistas en la materia acumulan– pueden extraerse algunos buenos propósitos, que de todos modos tendrán que enfrentarse al recorte general de los gastos en sanidad pública que son la tónica universal: un mejor entrenamiento de los agentes de salud, que incluya en lo posible algún conocimiento de la cultura local y una visión menos prejuiciosa de sus condiciones de vida, un acercamiento físico de la atención médica especializada que limite el enorme costo de los desplazamientos; un diálogo con los especialistas locales, que pueden revelarse como mejores aliados que adversarios, etc. Es cierto, también, que el tiempo y la práctica irán limando alguno de los inconvenientes presentados, consolidando la posición de los agentes locales de salud, disminuyendo el impacto que la ciudad produce en el imaginario indígena, o estabilizando la relación de los grupos con los programas de salud.

Pero no estoy seguro de que de la etnografía en general, de esa excursión fuera de las condiciones de uso y reproducción de nuestras certezas, deban esperarse buenas noticias. La barca que sube y la barca que baja llevan a universos en que se eligen (o se elegían, antes de que uno de ellos se impusiese al otro) acepciones del cuerpo, de la salud y de la muerte con valores muy diferentes. Un examen de la imposible medicina Yaminawa puede muy bien recordarnos que, al desarrollar aquellos medios de cura de cuya potencia nuestro mundo se enorgullece, no lo hacemos sin desarrollar al mismo tiempo los males que les dan sentido.

## Notas

- 1 La investigación entre los Yaminawa se realizó entre los años de 1992 y 1994, y sirvió a la realización de mi tesis de doctorado en la Universidad de São Paulo, auspiciada por la FAPESP (Calavia Sáez, 1995). Entre los Yawanawa estuve durante unas breves semanas en mayo de 1998, acompañando a dos alumnos del Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social de la Universidade Federal de Santa Catarina, Laura Pérez Gil y Miguel Carid Naviera. Ambos se encuentran en estos momentos concluyendo un nuevo período de trabajo de campo entre los Yaminawa peruanos y –especialmente la primera, que ha dedicado su investigación a este tema– podrían sin duda ofrecer un relato mucho más completo y fundamentado de la cuestión.
- 2 La descripción que estoy dando de la aldea Yaminawa corresponde a lo que encontré allí en 1992-1993; desde entonces, han sido muchos los desplazamientos, las secesiones y las recombinaciones que han afectado al grupo que yo conocí. El perfil de la visita que estoy describiendo se inspira sobre todo en una campaña de vacunación realizada a finales de 1992; pero ese perfil es congruente con el de otra visita de agentes de salud presenciada en la aldea Yawanawa en mayo de 1998.
- 3 Brebaje procedente de la cocción de diversos elementos vegetales, la ayahuasca –conocida por muchos otros nombres en la Alta Amazonía– es el elemento común a las prácticas chamánicas, curativas o religiosas de un sinfín de poblaciones locales, habiéndose extendido también en las últimas décadas a grupos de culto muy lejos de su región de origen, en los países amazónicos, pero también en Europa y Estados Unidos. Su acción, dependiendo de la tradición en que se inserta, se sitúa en algún punto entre la depuración del cuerpo (“purga” es el nombre con que la conocen muchos practicantes de la selva peruana) y la producción de visiones; cf. Deshayes, 2003; Luna & White, 2000.

- 4 En la lista pueden incluirse restricciones alimenticias femeninas que visan evitar complicaciones en el parto, causadas por alimentos que connoten gemelaridad, o por presas cuya facilidad para esconderse pueda servir como alegoría de un parto difícil, o cuyas formas evoquen alguna malformación; asimismo, normas sobre la separación en las ollas de alimentos con espíritus incompatibles; o normas que impiden el consumo de determinados animales a los que se está ligado por vínculos de parentesco. Para una visión más general, en este caso basada en el ejemplo Yawanawá, cf. Pérez Gil, 1999.
- 5 Sobre chamanismo Kaxinawá cf. las obras de Kensinger, Lagrou e Deshayes.
- 6 Sobre la “esoterización” de los chamanes Yaminawa cf. Pérez Gil, 2004.
- 7 La descripción más completa en este punto es la de Townsley, 1988, referente a los Yaminawa peruanos; coincide con lo que puede inferirse a partir de las narraciones de los Yaminawa del Acre, poco dados a desarrollar discursos exegéticos sobre éste u otros temas. Cf. también Townsley, 1993
- 8 El chamán Yaminawa era también, por ejemplo, el mejor –o el único– artífice de cofias, de cestos, de arcos o de flechas.
- 9 Sobre la circulación de estos “traductores” por el mundo amazónico, vale la pena consultar la descripción de Carneiro da Cunha 1998.

## Bibliografía

- CALAVIA SÁEZ, Oscar  
 1995 *O nome e o tempo dos Yaminawa. Etnologia e historia dos Yaminawa do Alto Rio Acre*. Tese de doutoramento em antropologia. FFLCH, Universidade de São Paulo.
- CARNEIRO DA CUNHA, M.  
 1988 “Pontos de vista sobre a floresta amazônica: xamanismo e tradução”. *Mana*, Rio de Janeiro 4 (1), pp. 7-22.
- DESHAYES, Patrick  
 2000 *Les mots, les images et leurs maladies*. Loris Talmart. París.
- DESHAYES, Patrick  
 2003 “L’Ayawaska n’est pas un hallucinogène” *Psychotropes* nº8, 1.
- KENSINGER, Kenneth  
 1995 *How Real People Ought to Live. The Cashinahua of Eastern Peru*. Prospect Heights, Waveland Press.
- LAGROU, Els  
*Uma etnografia da cultura Kaxinawá entre a Cobra e o Inca*. Dissertação de Mestrado Florianópolis: PPGAS-UFSC.
- LAGROU, Els  
 1998 *Caminhos, Duplos e Corpos*. Tese de Doutorado em Antropologia. São Paulo: DA/FFLCH/USP.
- LUNA, Luis Eduardo & WHITE, Steven (eds.)  
 2000 *Ayahuasca Reader* Santa Fe: Synergetic Press.
- PÉREZ GIL, Laura  
 1999 *Por los caminos de Yuve: conocimiento, cura e poder no xamanismo Yawanawa*. Dissertação de Mestrado Florianópolis: PPGAS-UFSC.
- PÉREZ GIL, Laura  
 2004 “Chamanismo y modernidad: fundamentos etnográficos de un proceso histórico” in Oscar Calavia Sáez ed. *Paraíso abierto, jardines cerrados. Pueblos indígenas y biodiversidad*. Edit, Abya-Yala, Quito.
- TOWNSLEY, Graham  
 1988 *Ideas of order and patterns of change in Yaminahua society*. PhD Thesis, University of Cambridge.
- TOWNSLEY, Graham  
 1993 “Song Paths. The Ways and Means of Yaminahua Shamanic Knowledge” *L’Homme*, Avril-Décembre, XXXIII<sup>e</sup> Année N. 126-128 pp. 449-468.

# UNA ETNOGRAFÍA DEL “AÑO DE PROVINCIAS” Y DE “CUANDO NO HAY DOCTOR”

## perspectivas de salud intercultural en Bolivia desde la biomedicina convencional<sup>1</sup>

*Juan Antonio Flores Martos*  
Universidad de Castilla-La Mancha  
España

“¿Cómo poder ganar la confianza de unas personas que, supuestamente, se creen engañadas siglos de siglos, y además de engañadas, explotadas, o sea qué podemos hacer frente a esa realidad? Poco ¿no? Poco porque está tan arraigado su sentimiento, que desarraigarlo o pelear por decir lo contrario es un enfrentamiento cultural que no tiene motivación” (Dr. Marco Antonio Aguilar, pediatra).

“Y era como si yo estuviera en Francia, estaba por ahí en Alemania porque la gente me miraba igual de duro, y me trataba igual de duro, y la consulta era, primero, dos primeros meses cerrado, y más los de la gente que trabajaba ahí de enfermos yo creía que Quiroga era uno de esos tipos más pedantes de la naturaleza, y no había sido así, había habido trueque, no solamente manejaba mi vida, sino manejaban el puesto y manejaban el pueblo, y era una cosa tan cómica, tan cómica... Yo me sentí... Era un hospital, era un hospital pequeño, con techo rojo y... ubicado estratégicamente cerca de la plaza, pero mutilado ¿no?, porque había camas y no había sistemas de trabajo, no había instrumental, también no había muchas comodidades... Medicamentos, no había lo mínimamente necesario. Inclusive, yo diría que no había nada de lo esencial. Había antibióticos, pero no había disoluciones. Ya con lo que dije, con lo que creí que yo sabía, porque te dije que yo sabía ‘Esto vamos a hacer, esto vamos a hacer, esto vamos a hacer...’ Y los otros muy sabiamente escuchaban toda la perorata que yo tenía que decirles, y yo no me di ni cuenta del problema... Ahora te hablo con toda tranquilidad y confianza de mis errores... Y mira es que comencé a empezar, pues emotivamente, un casi programa de salud que quería implementar, pero que de alguna forma había que validar, había que validar y había que ir a buscar como qué para solucionar...” (Dr. Marco Antonio Aguilar, pediatra).

Me fue encargada la misión de trabajar con miembros de la “tribu sanitaria” boliviana, para incorporar su perspectiva sobre la posibilidad de que en dicho país pudiera conformarse una salud/medicina intercultural. De forma quizás irreflexiva por mi parte, acepté encantado la idea, aunque a los cinco minutos ya andaba preocupado por la dificultad de la empresa, e intentando aplacar interrogantes que surgían acerca de los modos en que podía realizar dicho trabajo de campo, de las estrategias de introducción y adaptación con dichos objetos/sujetos de estudio, así como de los posibles recursos y técnicas para hacer operativa la investigación. Durante demasiados meses sentí de cerca la posibilidad del rechazo profesional “corporativo” al antropólogo extranjero que hace preguntas raras relativas a su (falta de) clientela indígena, éxitos y fracasos con sus pacientes, etc... Ésta es la primera reflexión escrita sobre dicha experiencia, y las siguientes páginas pretenden brindar una aproximación a cómo se lograron cumplir, al menos parcialmente, los objetivos propuestos, y esbozar cómo fue el proceso de investigación y la positiva colaboración y respuesta por parte de los profesionales de la salud en Bolivia. No obstante, debo adelantar al lector que mi trabajo ha cambiado en buena medida mi perspectiva inicial sobre la medicina intercultural, al constatar y enfrentarme a medicinas y prácticas curativas en estado de

emergencia permanente. Ello ha sembrado de dudas teóricas, metodológicas, e incluso éticas, mi quehacer y convicciones, y sobre todo me ha planteado un interrogante, que en el día de hoy me resulta difícil dar respuesta: ¿cómo practicar alguna clase de antropología médica cuando “no hay doctor” y las opciones de sanación se encuentran en un estado de precariedad considerable, de emergencia permanente?

La estancia que realicé en Bolivia, durante cinco semanas de los meses de septiembre y octubre de 2002, se enmarcaba dentro del proyecto de investigación *Enfermedad y cultura: Líneas de aplicación interculturales para centros de salud y organizaciones no gubernamentales de desarrollo en poblaciones indígenas de Bolivia*, financiado por la Universidad de Castilla-La Mancha, y dirigido por Gerardo Fernández Juárez, y en el que yo participaba junto con otras dos compañeras antropólogas, y a la par enfermeras: Luisa Abad<sup>2</sup> y Maite Caramés.

A partir de un corpus de entrevistas en profundidad con profesionales bolivianos del sector salud<sup>3</sup> que recogen sus experiencias en comunidades indígenas durante su “año de provincias”, se pretendía acceder a la perspectiva de la biomedicina convencional (hasta ahora poco tenida en cuenta por los antropólogos) sobre la salud intercultural [Véase Figura nº 1]. Mediante estos materiales, completados con la observación participante en dichos escenarios/contextos, nos interesaba analizar el panorama de la salud intercultural en una Bolivia pluricultural. Las comunidades y espacios en las que se centró el trabajo fundamentalmente, además de La Paz, fueron los municipios de Amarete y Curva (en el área de Charazani/Cordillera Apolobamba, provincia Bautista Saavedra, Departamento de La Paz), Patacamaya, Hospital Sagrado Corazón de Jesús y Hospital Corea (El Alto), y el Hospital Daniel de Bracamonte (Potosí).

Este trabajo pretende llamar la atención, y esbozar al menos una reflexión crítica –y no estoy seguro si equilibrar–, sobre el talante y sesgo “comunerista” o “comunitariocentrista” de los antropólogos que trabajan en salud intercultural, por su estrategia de trabajo centrada en las comunidades (y de alguna forma siguiendo los patrones del “estudio de comunidad” clásico, y de moda en la antropología de los años setenta del pasado siglo) y realizando entrevistas con informantes indígenas, casi en exclusividad. El Dr. Juan Carlos Araya, en las entrevistas que mantuve con él, realizaba una crítica sentida hacia los antropólogos y sociólogos que vienen a Bolivia a realizar un trabajo y que acuden a realizar una estadía en las comunidades. Según él, llegan y empiezan a preguntar a la gente de las comunidades adónde acuden a curarse cuando tienen una enfermedad, contestándole que al jampiri, al yatiri o al kallawaya, y que sólo a veces acuden al médico convencional. Preguntan qué tal les trata este último médico, y les dicen que no les cura bien, que no habla su lengua, que no les comprende, que es demasiado joven y sin experiencia, etc., y lo incorporan en sus resultados de investigación o publicación, pintando al médico como “el malo de la película”, sin contrastarlo ni indagar en la perspectiva del médico y personal sanitario.

La estancia investigadora se desarrolló en una coyuntura política y social especialmente sensible a la problemática de la salud en Bolivia, y en un contexto particularmente inestable y complicado en el panorama que empezaba a trazarse sobre salud intercultural. En un escenario postelectoral, con un nuevo gobierno elegido hacía dos meses que empezaba a hacer cambios y despidos de personal médico y sanitario (en la Caja Nacional de Salud y el SEDES) del precario e incipiente sistema de salud boliviano. A ello se sumaba la huelga de médicos por incumplimiento de una serie de compromisos y partidas presupuestarias adjudicadas al sector (ítems o plazas de profesionales contratados), y que algunos hospitales se hallaban en dificultades económicas o en riesgo de bancarrota, debido a la deuda contraída –desde hacía tres años– por la Administración y no satisfecha, referente al pago de las cantidades por las prestaciones del Seguro Básico de Salud (materno-infantil), llegando esto a generar algunas situaciones catastróficas en hospitales de la gran ciudad –como la de que algunos hospitales carecieran de comida para los internados en su recinto, porque los proveedores se negaban a seguir sirviéndoles sin cobrar–.

## I. Una etnografía del “año de provincias”

El hilo conductor que se utilizó en todas las entrevistas fue que mis informantes narraran cómo fue su “año de provincias” (Servicio Social Rural Obligatorio), que tuvieron que cumplimentar como un requisito antes de acceder a su título en provisión nacional, que les facultaba para su ejercicio profesional en Bolivia. Las reflexiones, recuerdos y construcción del discurso sobre su experiencia destinados en comunidades indígenas alejadas de sus referencias sociales (urbanas) y culturales (mestizas, criollas), con una patente carencia de medios básicos (medicinas, instrumental, transporte, vivienda e instalaciones), y careciendo de la más mínima formación académica (en asignaturas, seminarios o talleres de capacitación impartidas durante sus carreras universitarias) cultural, social o lingüística sobre dichos usuarios, sus costumbres y respectivos contextos socioculturales, constituye –por su franqueza y claridad– un material de notable interés y utilidad, y que debería ser tenido en cuenta en futuras propuestas y aplicaciones que puedan ser instrumentadas por el Estado boliviano en aras de favorecer la salud intercultural, o incluso simplemente “la salud”.

Este “año de provincias”, también aludido como “la provincia”, podía ser eludido mediante el pago de una cantidad de dólares accesible para pocos estudiantes, en concepto de derechos/impuestos<sup>4</sup>. Aunque en teoría, debía ser cumplimentado durante 12 meses, las historias recogidas hacen referencia a que algunos estudiantes no llegaban a finalizar en su totalidad dicho período de tiempo, otros no llegaban a tomar posesión o renunciaban y se volvían a la ciudad tras constatar las carencias o dificultades de todo tipo encontradas en su destino en la comunidad, etc.

En 2002, el gobierno boliviano ya había reducido drásticamente, por decreto, la duración del Servicio Social Rural Obligatorio, a sólo tres meses, afectando a dichos profesionales de la salud “en prácticas”, sin experiencia alguna y con escasa formación para la toma de decisiones en el campo, recursos ínfimos y con la frecuente ausencia en los lugares de destino de otros interlocutores sanitarios. Con la nueva modalidad de reducir a 3 meses el cumplimiento de este servicio, el Estado boliviano se ahorra el pago de la cantidad que antes abonaba a médicos, enfermeras y odontólogos durante su año de provincias (no se les paga durante esos tres meses). Ello vuelve más precaria la asistencia, las rotaciones son muy frecuentes (sin que el médico o profesional sanitario consiga una integración, conocimiento de la comunidad, y obtenga la confianza de la gente), y la atención médica que se brinda, cuando se acude al centro de salud, es mucho peor.

Otro efecto conseguido es que los potenciales profesionales de la salud (según el Dr. Jorge Molina) estén contentos, ya que prefieren estar 3 meses sin sueldo en una comunidad indígena cumpliendo su “provincia”, a estar un año entero cobrando una paga. De algún modo, consideran que se les ha reducido el tiempo de estar “castigados” y aislados en la comunidad.

A este respecto, había otras opiniones desde los órganos corporativos y profesionales médicos bolivianos. El Dr. Huáscar Pacheco, director de la carrera de medicina de la Universidad Mayor de San Andrés (y además Secretario de Hacienda del Colegio de Médicos de La Paz), que hizo su año de provincias en la comunidad de Ch'allapata, a tres horas de Oruro, era partidario de mantener este período de provincias con una duración real y efectiva de un año, y no de los tres meses actuales (además de la reducción temporal, no había plazas suficientes para todos los estudiantes jóvenes que lo quieren hacer antes de graduarse), por cuestiones de efectividad real. Resaltaba que un médico pasa los dos primeros meses “ambientándose” y en rotaciones de tres meses no le da tiempo a hacer bien su trabajo, a conocer bien a la comunidad, ni a que la gente le tome confianza. Además, defendía el año de provincias completo porque supone que el médico puede disponer así de un sueldo durante un año, y así resolvía parte del problema de la falta de trabajo remunerado en Bolivia, para los jóvenes médicos que acaban su formación.

De todos los médicos entrevistados, solamente uno aceptó haber regresado al municipio donde realizó su “año de provincias” después de acabarlo y continuar su trayectoria profesional en el sector sa-

lud. La dureza de la experiencia, el aislamiento y la frustración de expectativas y de su función como agente terapéutico, hace que prácticamente todos los que han hecho su “provincia” no regresen nunca a dicho sitio. En el mejor de los casos, algunos mantienen relaciones diferidas con comuneros o compadres de dicho municipio cuando acuden a la Paz, o más comúnmente, declaran seguir con curiosidad las noticias sobre dicho municipio y área de atención médica, que les proporcionan colegas que trabajan en dicho distrito o zonas próximas.

Esta frustración de expectativas que genera “la provincia” la mantienen en el recuerdo y forja parte del perfil profesional de algunos de los médicos. De ello da cuenta una investigadora británica, Susanna Rance (1999: 77), que analizó relatos de estudiantes, internos, médicos residentes y docentes de la Facultad de Medicina de la UMSA y de dos hospitales de La Paz, en que les solicitaba contasen algún evento crítico en su formación médica. Una de ellas, una médico residente de 30 años, y con 10 años de trayectoria en la carrera médica, respondió a esta solicitud con un relato sobre el siguiente tema: *Frustración en año de provincia: falta de equipos para poder salvar a paciente que hubiera sobrevivido*.

Antes de transcribir y analizar algunas historias del “año de provincias”, me gustaría al menos enunciar una cautela crítica, y de algún modo clasificatoria, sobre este “género” discursivo –*historia de mi año de provincias*– entre los profesionales de la salud bolivianos. Debo esta reflexión a una conversación que mantuve con la Sra. Ana Dewulf Bejarano, belga que trabaja como coordinadora de salud para el Obispado de Potosí, llevando el programa de Fondo de Solidaridad (de medicamentos), y ofreciendo medicamentos a más bajo coste para aquellas personas sin recursos. Al contarle que estaba realizando entrevistas en profundidad a médicos sobre su “año de provincias”, comenzó a sonreír, y de modo burlón comentó que seguramente estaría escuchando versiones en que los médicos se autopresentan o aparecen de dos formas:

---

184

---

- a) O bien como héroes, salvando vidas en medio del olvido, en lugares perdidos y soportando condiciones de vida de extrema dureza.
- b) O bien fracasados en su práctica médica, dedicándose a las relaciones sociales y organizando eventos, participando en encuentros sociales y rituales con las autoridades indígenas de la comunidad en que estuvo destinado.

A este segundo perfil –*Yo no hice medicina, sino que participé de la vida de la comunidad como una autoridad más*–, se ajustan sobre todo las narraciones de su año de provincia del doctor Marcos Bellido (Hospital Corea de El Alto) en una comunidad indígena quechua de Cochabamba, en las pampas entre Potosí y Sucre, y de forma más clara en el relato del cirujano Dr. Marco Valencia (Hospital Obrero n° 5 de Potosí), que realizó su provincia en una localidad próxima a Charazani, Chajaya. Este último informante resaltaba que fue el primer médico en estar en dicha comunidad, en esa posta médica, ya que ningún otro había aceptado antes incorporarse allí. Allí se llevó a su esposa, y estuvo por espacio de un año, en los cuales no hizo apenas medicina porque estaba en una zona con buenos médicos tradicionales nativos (los kallawayas), y era por eso por lo que tenía poquísimos pacientes al mes. Él se dedicó a organizar torneos deportivos y eventos para la comunidad, a convivir y asistir a las reuniones de las autoridades, tratado y considerado como si fuera una autoridad más. Me comentaba que reconocía que se le pinchaba el ego al recordar que en la comunidad le decían que iban a dinamitar el camino para evitar que se marchase cuando este momento se acercaba, pero que él tenía la conciencia muy clara de que su experiencia de la medicina occidental en esta área fue un rotundo fracaso, ya que no pudo competir con la medicina tradicional kallawayana hegemónica en la zona.

El doctor Ivan Urquieta (médico de emergencias del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, El Alto), contaba cómo realizó su año de provincias completo, en un municipio de la provincia de Pacajes de gente aymara, al suroeste del Departamento de La Paz, junto a la frontera con Chile y con Perú. Y me hablaba en estos términos, del primer caso que tuvo, los resultados del mismo, y lo que fue entendido como su “fracaso” y tarjeta de presentación ante los comuneros:

“Había mucha susceptibilidad, por ejemplo, al inicio, a los sueros... Yo tenía un paciente que estaba con amebiasis, tenía deposiciones sanguinolentas y tenía que ser hidratado, y tenía que recibir una hidratación parenteral. Se le planteó el hecho de traerlo acá y hacerle el tratamiento y demás, pero él no quería ningún tipo de intervención y yo le quise administrar un suero y me dijo que no. Era un tipo necesario de tratamiento si se quería poner en forma, pero no quería, se negaba pese a que su estado era... ya estaba bien comprometido, o sea, estaba mal, tenía un mal pronóstico. Le dije que eso, que tenía que ser evacuado a La Paz, se negó y ¡al día siguiente murió! Murió y todo era por problema de un suero, porque ya cuando estaba mal y me había enterado, una de sus hijas tenía... supongo que la misma enfermedad, además de otra enfermedad, le administraron suero dentro del centro de salud y ¡murió igual! Entonces, pensaron que el suero era el que le mataba. Entonces es bien duro tener esos precedentes. Y ése ha sido mi primer problema en la primera semana. Entonces ¡después de eso, la gente no quería ni verme!”

El doctor Jorge Molina, médico-cirujano licenciado en la Facultad de Medicina de la UMSA de La Paz, realizó su “año de provincias” en el Equipo de Salud del Altiplano (ESA) en Qorpa (Cantón Jesús de Machaca, provincia Ingavi), una localidad del altiplano aymara. Me llama mucho la atención que repitiera, en más de una ocasión, que no ha vuelto a Qorpa desde que finalizó su año de provincias. En la entrevista, reflexionaba, en primer lugar, sobre cómo la formación académica y clínica en la medicina occidental hospitalaria que experimentan los médicos en su facultad les distancia enormemente de una tradición popular, cultural y de salud, compartida por toda la población boliviana en el pasado, y aún en el presente, que va más allá de las gentes de extracción indígena (aymara, quechua, etc.). Según Jorge, al experimentar este distanciamiento, primero en la formación, y luego en el ejercicio práctico de la profesión médica, se olvidan (y de alguna forma se menosprecian), los remedios caseros y populares para tratar las enfermedades de sus propios hijos y familias (teniendo a veces que acudir a los consejos y remedios de sus madres). En suma, Jorge Molina tenía claro que su ejercicio médico les desconecta de su propia tradición cultural y curativa, siendo este hecho, además, un obstáculo en su relación/trato con el paciente.

Según una doctora que trabajó en el antiguo Centro de Salud/Hospital de Patacamaya, en su experiencia de aprendizaje de la medicina en la UMSA, experimentó una suerte de mutilación —de la parte humana, social y cultural, que implica el ejercicio de la medicina—. Comentaba cómo a los estudiantes les sometían a una fuerte mutilación y autorrepresión en el sentido de ocultar que sabían alguna lengua indígena, si es que la conocían por herencia familiar o pertenencia étnica. Esta autorrepresión continúa casi siempre durante su año de provincias, y culmina en su puesto de destino final en un centro de salud u hospital. Es difícil que lleguen a reconocer ante otros médicos su grado de conocimiento y habilidad en una lengua indígena, y sólo en contadas ocasiones conversarán con algún paciente en dicha lengua nativa durante la consulta.

En las conversaciones mantenidas con Jorge Molina, destaca su insistencia en que durante su experiencia en su año de provincias en el Equipo de Salud del Altiplano (ESA) en Qorpa, él experimentó un completo desfase entre la formación teórica y práctica recibida en su Facultad de Medicina, y el encontrarse en una comunidad aymara donde no entendía la lengua, y carecía de aparatos y recursos (inclusive de algunos medicamentos básicos) para llevar a cabo su tarea como médico con unas ciertas garantías. Además se encontró con una exigencia universal en todos sus pacientes, ya sea en aquéllos que acudían con una simple diarrea o con un cáncer de mama metastizado en el pulmón: “dar una solución al problema”, “resolver el problema”.

Esta presión por “resolver”, por “solucionar” los casos y problemas de salud que siente un todavía estudiante de medicina novato, sin apenas experiencia, y en una comunidad indígena lejana y aislada durante su “provincia”, es algo que destacan la mayoría de mis interlocutores en sus relatos, con una mezcla de rabia (por la injusticia de verse asumiendo tal responsabilidad sin experiencia, medios y recursos para ello) y de cierta satisfacción (por haberla conseguido aguantar y superar).

“*Médico salubrista*”, se definía con orgullo el doctor Juan Carlos Arraya, que trabajaba en 2002 para la ONG Medicus Mundi en La Paz, realizando consultorías médicas, dentro del Departamento de

Fortalecimiento de la Gestión Hospitalaria. Realizó su año de provincias hace unos 20 años (en los primeros ochenta) en área kallawayaya quechua, en el hospital de Charazani (entonces hacía unas 14 horas de viaje en camión desde La Paz) y cubriendo a otros municipios (Curva, Amarete) y numerosas comunidades, a las que accedía tras varias horas de camino a pie.

De esta forma relataba las dificultades que tuvo para conseguir “plaza” o destino, y poder así cumplimentar su “año de provincia” y poder conseguir su título como médico:

“Yo fui al Ministerio, y dije, bueno, soy egresado médico, lo normal es que haya provincia, ¿no? ‘Pues ni siquiera hay provincia’, me dicen. ‘Es una desgracia’. O sea, recién empecé. ‘Bueno, tienes que tener un padrino, o tío, etc’. Y yo quería ir solo, pero no podía, me dijeron: ‘No, no hay provincia, ya están dadas todas...’ [...] Y preguntando a las secretarías así a todas. ‘No, que raro, ¿no?’ ‘¡Ah!, creo que hay uno que han dejado, que un médico que han anulado, que no ha querido ir adonde lo envían, y está en la carta, creo que hizo su renuncia’. Entonces le dije: ‘¡Déme ésa!’, porque yo no tenía ninguna intención de querer quedarme aquisito, ¿no? ‘No, que ya no le conviene ya, es medio mes, y no le van a pagar’. ‘No importa’. Entonces fui ahí a chequear, como dos tres días y hasta que me dijeron que era el peor de los lugares, el más despreciado lugar para ir, ¿quién iba a querer ir ahí? En un camión, y digamos mínimo, habiendo lugares a media hora, a una hora... Bueno, la cosa es que me fui, me fui con mi mujer en esa época, y en camión como te digo, fuimos a ver el núcleo, me presenté como médico nuevo.”

La narración del Dr. Juan Carlos Araya discurre por senderos y contenidos marcadamente diferenciados de los que siguen el resto de las entrevistas del corpus que recopilé. Él sí considera que sí “hizo medicina”, al tener un buen número de pacientes y casos, ha regresado varias veces a la comunidad donde estuvo destinado, y es muy crítico con la efectividad real de la medicina tradicional kallawayaya hegemónica en el área donde trabajó. Una diferencia significativa de su situación que él destaca en su discurso, es que él sí dispuso de medicamentos suficientes, y que tenía cierta habilidad para recetarlos y disponer tratamientos con éstos en función de las dolencias que le presentaban sus pacientes:

“Pero lo que sí me salvó es que me llevé un cajón de medicamentos, que me regalaron los amigos: que me dieron, así de muestras médicas, me regalaron un cajón, ni sabía yo qué había ahí, porque tampoco prestaba atención ni a nadie ni a nada. Y me fui, porque eso era lo normal, había que ir allá, y llegué y me gustó el lugar, muy bonito, un pequeño valle... Y me acuerdo que, como tenía medicamentos y era en esa época recién salido de la Facultad, sabía recetar, porque había muchos que salían pero no sabían recetar, pero yo me acordaba del nombre comercial de los medicamentos, y tenía no sé de dónde esa práctica, digamos, y me gustó el área, me gustó y comencé a atender pacientes también, ¡poco a poco!, ¿no? Y me acuerdo al mes, el primer mes, atendí como a unos ciento veinte pacientes, en un mes, cuando vine a informar acá a La Paz, no, no creyeron, porque la historia anterior había sido: ‘No, pero si no hay pacientes en Charazani’, decían todos los médicos. ‘Porque hay yerbas, les dicen los kallawayas a quienes las recetan’, y tenían un promedio de 10 pacientes, 15 pacientes [al mes]. Yo sin darme cuenta, nada más llegué atendí más de 120 pacientes, y ascendentes, y eso era porque casualmente tenía yo medicamentos, buenos y eran fiables, ¡los básicos!: penicilina, benzatin, inyecciones, y se curan, no necesitas más. Y me hizo bien, es lo que pasé yo, entonces no vas a esperar que viene el paciente, a lo mejor caminando siete horas, que cada veinticuatro horas tienes que ponerle penicilina y si llevas benzatin, que en cambio es de depósito [antibiótico sistémico de depósito]. Y yo tenía casos de infecciones generalizadas por, ¡muy feo!, complicaciones de la sarna: tipos con úlceras desde la cabeza hasta los pies, heridas, ronchas... Y yo les ponía una inyección y cinco pesos, y ya se iban, y se le iba pasando, la infección se le iba pasando, se le va secando y entonces era como muy negra. Y entonces tenía muchos pacientes, tenía muchos pacientes porque tenía medicamentos de efectividad. Ahí me di cuenta que, digamos, tuve un montón, pues, de patologías simples: o sea, sarna, digamos parasitosis, había tipos que tenían gusanos hasta por la nariz y en un área donde se dice que la medicina kallawayaya, digamos, es muy buena para eso, y yo veía un montón de caras que me traían, con niños con gusanos en la nariz, pues con Albendazol, con esas cosas que hay para curar parasitosis, ¡en un ratito se sanaban todos!... Y digamos, creo que hasta ahora, cuando he ido las últimas veces, la gente aún se acuerda, o sea, creo que no ha ido otro médico a ese nivel por casualidad o lo que sea. En un lugar lejísimo, entonces tienen muy

buen recuerdo y me recuerdan, hay mucha gente que me recuerda. Y eso que yo nunca me considero ¡el mejor médico!”

El pediatra Dr. Marco Antonio Aguilar trabajaba en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús y en el Boliviano-Holandés, en la ciudad de El Alto, cuando le entrevisté. En su caso, consiguió su ratificación y extendió su período de “provincia” hasta casi dos años (en 1990-91). Primero destinado en el Hospital de Huancoyo (próximo a la comunidad de Tiahuanaco), después en la posta médica de Tiahuanaco, y sus últimos seis meses trabajó como médico en el centro de salud de Amarete. Aunque en otro lugar de este texto abordaremos los fragmentos de su narración referidos al “hospital indígena” de Huancoyo, y a su experiencia en el centro de salud de Amarete<sup>5</sup>, detengámonos ahora en cómo evaluaba y hacía balance de su experiencia en ese primer año de provincias que pasó en su mayor parte en la posta médica de Tiahuanaco:

“Vuelvo a la ciudad, pero vuelvo a la ciudad con un trauma, con un trauma de que en todo este año en algunos momentos alcé un libro y en otros no, en algunos momentos leía un capítulo, y en otros medio, y a veces una carilla, y a veces no leía ¡nada! Pero también con la situación de que había conocido a mucha gente, había tenido muchos casos que nunca pensé llegar a tener, y había resuelto, había atendido partos, había hecho cirugías menores, había charlado con la comunidad, había participado en los cabildos, me había identificado de alguna forma con la zona, y había gente que ya hacía promesas, que pedían mi ratificación, y yo veía eso como una única alternativa. ¿Qué, qué hago?; perdiendo la noción de volver aquí porque ya no le hallaba sentido a la ciudad, me había acostumbrado a esa vida que... que tampoco era tan fácil. Era una cosa muy difícil. Tenía que pagar todo: alimentos, vivienda, no me apoyaban con lo que realmente necesitaba, si bien había un pequeño bono de frontera, pero tampoco era tan significativo. Estar a pocos kilómetros de la frontera no es nada agradable para nadie, y estando al mismo tiempo tan cerca de la ciudad” (Dr. Marco Antonio Aguilar).

La experiencia de pasar “el año de provincias” es entendida y asimilada a la de un destino en “la frontera” (como un destino militar peligroso y vivido como castigo en “la frontera”), ya sea en comunidades próximas a ésta, o en otras menos próximas. En las historias recogidas, se perfilan una serie de cargas y sentidos de esa “frontera” a la que los médicos parecen ir a hacer su “provincia”. Además de las ideas asociadas a la evidencia de una frontera geográfica (especialmente con Perú y Chile), destacan referencias más o menos explícitas a otra clase de fronteras:

- A una frontera civilizatoria, “donde no existe o no llega la civilización”, el último punto donde llegan (o no llegan, con mayor frecuencia) las radiaciones del Estado, de la sociedad nacional. Se da el caso de que, en algunas comunidades donde permanecen los médicos en su provincia, ellos son los únicos representantes ante la comunidad del Estado boliviano que viven de modo más o menos permanente allí.
- Una frontera concebida como carencia de todo: de luz eléctrica, agua corriente, alcantarillado, medicamentos, “movilidad” o transporte<sup>6</sup>, etc.
- Una frontera cultural teñida por el imaginario sobre el “salvajismo”, ubicada en la “raya”, en los bordes donde tienen lugar los tratos, malentendidos e incomprensiones con la diferencia cultural y la experiencia de alteridad extrema y absoluta de las culturas indígenas originarias de Bolivia. Y esto hasta el punto de que mitos sobre estas poblaciones indígenas, como los del canibalismo, se sostienen entre algunos médicos o profesionales de la salud que pasan muchos meses o un año de su vida conviviendo con ellos. De este modo, la imaginación e imagen del “canibalismo” es asociada a los indígenas de las comunidades en las que trabajan, en su versión más radical: se cree y experimenta el temor a ser “comido vivo” por las gentes de la comunidad donde el médico hace su provincia. Así lo creía y formulaba el doctor Marco Antonio Aguilar, al recordar una complicada situación que le ocurrió durante su provincia en el centro de salud de Amarete, cuando

los vecinos procedieron a la “toma” de este pequeño hospital, para que fuera reconvertido en escuela:

“Yo pensaba: ‘Ahora no voy a poder hablar con todos’, y yo no perdí el tono de voz, porque decía: ‘Pierdo el tono de voz, y éstos me van a comer vivo’. Porque en Amarete se comieron gente viva, ésa es la tradición real. Tu vas a preguntar alguna vez a alguna persona que fue ahí: ‘¿Se comieron gente viva?, y ya verás...’”

## II. Retóricas

“El Gobierno convoca a los profesionales para formar 52 brigadas de salud que recorrerán 209 municipios, pero los galenos aseguran que el Estado no les otorga las condiciones”.

“...Las brisas o brigadas de Salud son una de las bases del Programa Nacional de Extensión de Coberturas en Salud (Extensa), que pretende fortalecer la salud familiar y comunitaria en el campo, desarrollar acciones con los pueblos originarios, llevar la tecnología al área rural y crear los agentes comunitarios. Por eso también se contratará a 1.835 asistentes locales de salud, cuya tarea es coordinar con los comunarios la llegada de las brisas, orientarán a la población sobre los métodos de prevención de algunas enfermedades e inculcar hábitos de higiene en la gente”.

(“Los médicos se resisten a trabajar en el campo por los bajos sueldos”. LA RAZÓN, viernes 20-septiembre-2002, p. A-11).

“¡Es una cojudez! Es sentido común, digamos, no es sostenible, en cambio, es carísimo. Digamos, es muy difícil de implementar, ¿no?... Ahora imagínate el camión, gasolina, el chofer, un médico, una enfermera, una odontóloga. Tú imagínate el costo, ¿no?, más viáticos para todos... Pero, como comprendes tú, que llegan a otra comunidad, y no has avisado, y además la gente no vive en el pueblito, en el pueblito hay 50 habitantes, viven en veinte comunidades que están a una hora, dos horas, tres, cuatro, cinco, seis horas a pie, ¿no? Si es que es un proyecto que quiera reducir la mortalidad materna, que podía ser el primer objetivo, o sea la mortalidad neonatal, perinatal, etc., no resuelve usted eso con visitarles un día X, porque de repente te estás volviendo, y en la noche recién viene la complicación. Entonces es imposible que con unas medidas de hacer las visitas esporádicas, que vayas a hacer cada quince días a una comunidad, resuelvas algo. Y justo cuando te estas viniendo puede haber una complicación, o un accidente, pues la persona se ha agravado ¿no?, un parto complicado, no se sabe ¿no? Si ese es el objetivo, definitivamente con las BRISAS no les resuelve nada... Ahora si es aumentar la cobertura de otras cosas, ¡claro que puedes!, pero a un altísimo costo. Porque tienes que gastar en transporte y gasolina de la movilidad, y el sueldo de esas tres/cuatro personas que no van a estar en casa, y a veces un seguro para cubrir a la persona, o dos personas ¿no?” (Dr. Juan Carlos Arraya, preguntado por las Brigadas Móviles de Salud, BRISAS).

Durante el trabajo de campo, se han identificado de modo muy marcado lo que podíamos denominar unas “retóricas de la interculturalidad en salud”, que recorren los discursos públicos en esta sociedad nacional, y a las que creo merece la pena dedicar alguna atención en las siguientes páginas.

Mi sorpresa fue notable al comprobar, desde mi primer día en Bolivia, que parecía existir un discurso constituido en los medios de comunicación sobre lo que podemos llamar “medicinas tradicionales bolivianas”, o incluso “planteamientos interculturales en salud”. En un etnógrafo que acude a realizar una estancia investigadora sobre dicho tema, esta percepción tiene el doble efecto de confirmar que el tema de investigación elegido constituye una área sensible y tiene una correspondencia y pertinencia –si se quiere una actualidad– en el seno de la sociedad en la que se va a trabajar, pero al mismo tiempo produce un cierto desánimo cuando se es consciente de la cantidad de páginas y tiempo que expertos, periodistas y políticos destinan al mismo –se toma conciencia de que la voz y perspectiva de uno es sólo una más y no privilegiada en dicho campo social y discursivo–.

Después del análisis de los materiales etnográficos registrados, he constatado que dicho discurso y consenso se apoya en, y a su vez despliega, una "retórica" de la interculturalidad, dotada de varios recursos susceptibles de ser identificados en un análisis y etnografía sosegada de los materiales variados que lo conforman.

En un ejemplo televisivo que comentaré a continuación, el recurso de esta retórica más claro era la utilización de la lengua aymara, en parlamentos largos y sin traducir ni subtítular, que emitían algunas de las "informantes" de una investigadora en salud: ya se tratase de una chola con sombrero de tipo hongo y la etiqueta de "partera" en el margen inferior de la pantalla, ya fuera otra informante que podía tratarse de una auxiliar de enfermería o incluso una paciente aymara (ya que en el reportaje no se explicitaba en español).

En este reportaje, el protagonismo y la centralidad del habla aymara parece hacer verosímil el énfasis e intento de establecer procedimientos de comunicación o de acción sanitaria que respeten la diferencia cultural, quizás en una traslación de la retórica y recursos de la "educación intercultural" donde el uso de la lengua materna es un vehículo considerado clave.

Viendo la televisión al día siguiente de mi llegada a Bolivia, contemplé un noticiero en hora de máxima audiencia, *Ahora el País*, con pequeños reportajes de actualidad. El conductor del programa presentaba, en uno de sus pequeños reportajes, que se estaban realizando algunas investigaciones para tener en cuenta la especificidad cultural en temas de salud, en concreto con respecto a los "modos de alumbramiento" entre las mujeres aymaras. El punto de interés mediático, y de la investigación a la que se aludía en el reportaje, era averiguar por qué las estadísticas de las mujeres aymaras que acudían a los hospitales y postas médicas para alumbrar a sus hijos eran tan bajas, y por qué los esfuerzos del Estado boliviano en atender las necesidades médicas de estas poblaciones no se veían coronados por el éxito o por una más amplia utilización. El presentador decía: *Es por eso que la investigadora X ha tratado de encontrar respuestas.*

En el reportaje, la investigadora hablaba español con acento extranjero, y aparecía conversando con una mujer aymara. En la conversación se escuchaba, en voz más alta, las palabras aymaras de la señora (que no eran traducidas ni subtítuladas), sin apenas ser audibles las palabras de la investigadora. El reportaje finalizaba con una conversación con una mujer aymara de edad madura (una partera), con sombrero de tipo hongo. Sus frases eran en aymara, también sin traducir o subtítular, con lo cual los espectadores, al menos los no hablantes de aymara, se quedaban de nuevo sin enterarse de nada. Si se trataba de una estrategia comunicativa de informar a los espectadores (dentro de una retórica de la interculturalidad en salud), podemos concluir a todas luces que era confusa o errada porque:

- Las personas hablantes de aymara ya conocerían de antemano esa tradición de postura en el parto y de la demanda de la placenta tras los alumbramientos, ya que ellos han crecido en un contexto familiar y cultural aymara.
- Los bolivianos y espectadores no hablantes de aymara se quedaban sin saber nada de lo que las dos señoras conversaban con la investigadora.

Esta observación y estas reflexiones quizás nos estén señalando a uno de los consensos o tópicos existentes acerca de la interculturalidad en salud en Bolivia, que quizás hubiera que identificar, tomar conciencia del mismo y debatir sobre su pertinencia y prioridad, así como su influencia en la articulación de programas de salud intercultural: el de que la comunicación y trato debe realizarse en la lengua materna del paciente, enfatizando la importancia (¿la retórica?) de la lengua nativa en este campo<sup>7</sup>.

Con respecto al consenso y usos de la lengua aymara desde algunas retóricas culturales/políticas en la sociedad boliviana, puede servir de ilustración (en otro escenario y fondo) mi observación de un recital poético en Café Montmatre, ubicado en el barrio de las clases medias-altas paceñas de Sopocachi, próximo a las instalaciones de la Universidad Mayor de San Andrés. Así lo registraba en mi diario de campo:

“El dueño de este local es francés, y hay un ambiente artístico-intelectual afrancesado, con platos como caracoles gratinados y diferentes tipos de crepes. Esa noche, debido a que hay una velada-recital poético, el café está abarrotado de jóvenes estudiantes universitarios, la mayoría de piel clara y de estética y ropas occidentales. Un momento de clímax en la velada poética lo constituye el recital de un poema en aymara, por un joven de rasgos marcadamente indígenas. Al acabar su poema, la sala estalla en aplausos y gritos de júbilo y satisfacción, incluso antes de que el joven poeta aymara diga que ‘ahí va la traducción del poema al español’ (después de la traducción del poema al español le vuelven a aplaudir, pero con menos énfasis y estruendo).

La escena a la que asisto me chirría bastante, y remarca una paradoja y apunta un uso retórico de la lengua aymara: en la sala, la mayoría de los estudiantes eran de fisionomía y rasgos europeos; por tanto, difícilmente se trataba de aymara-hablantes. Pero esto no fue obstáculo para que aplaudieran de esa manera tan intensa, sin entender nada del poema aymara. Lo que aplaudían probablemente era el hecho testimonial y reivindicativo de la exhibición de la lengua aymara en un contexto/escenario artístico, y dentro del buen gusto y sanción cultural occidental/nacional positiva” (Diario de campo Bolivia-I, 18-09-2002).

En esta observación, podemos llegar a constatar una cierta euforia y retórica cultural en la ejecución artística y/o testimonial de la lengua aymara, en un escenario/contexto occidental “afrancesado”, por estudiantes universitarios miembros de las clases medias-altas paceñas y bolivianas, que no entienden en su mayoría dicha lengua indígena.

Algunos profesionales bolivianos del sector salud, con experiencia y trabajo extenso en centros de salud y hospitales con atención a pacientes de las poblaciones indígenas y originarias de Bolivia, llegan a verbalizar su convencimiento de que los planteamientos y esfuerzos de “interculturalidad” en salud son poco más que retórica o moda. Tal es el caso del doctor Juan Carlos Araya, que se muestra bastante crítico y descreído del discurso institucional y retórica oficial sobre la salud y la interculturalidad, sosteniendo que se trata de una especie de moda algo nociva, que no va a tener efectos positivos, y sobre todo, que no va a dignificar la situación maltratada y precaria del médico en Bolivia, y en especial del médico rural.

Es un defensor a ultranza del trabajo de los médicos en áreas rurales de Bolivia, por considerar que están realizando una labor importante cobrando sueldos bajísimos (unos 300 dólares mensuales), y con una importante carencia de medios. Afirma que “la competencia”, los médicos nativos tradicionales, aunque en teoría “no cobran” por su trabajo, en cuanto salen de la casa del enfermo, en seguida le regalan una oveja, animales o víveres. Argumenta que la medicina nativa es más “cara” que la medicina hospitalaria, pero que, sin embargo, esto no se refleja en las valoraciones económicas del Seguro Básico de Salud Indígena Originario, donde alguno de los rituales de diagnóstico o curativos aparecen valorados en 1 boliviano, cuando en la realidad cuestan mucho más (incluso más que una caja de medicamentos de patente). Según este interlocutor, los que no quieren colaborar y trabajar en las postas médicas, centros de salud y hospitales son los médicos nativos, ya que ganarían menos. Considera a los médicos nativos como el principal obstáculo para llevar adelante unos servicios de salud intercultural para las comunidades indígenas originarias.

Con algo de rabia por lo que considera una injusticia, este doctor sostenía que un médico con la experiencia y sensibilidad cultural de un compañero suyo (un doctor que trabajaba en el hospital Boliviano-Español de Patacamaya), gana unos 300 dólares al mes, mientras que cualquier “investigador en salud” que venga de Europa o EEUU a trabajar en una ONGD gana un mínimo de 1.000 o 1.500 dólares por elaborar unos informes desconectados de la realidad, y de una posible aplicación de la interculturalidad en los Servicios de Salud de Bolivia:

“Los sueldos de los médicos aquí son de 300 dólares, son bajos en comparación con otras profesiones, con sociología, con antropología, etc. Cualquier ONG, por ejemplo, internacional, o de la iglesia, digamos que está haciendo un proyecto de salud, o un proyecto de infraestructuras, todo eso, nos da a nosotros para contratar a seiscientos médicos, porque los sueldos del personal son bajísimos. Entonces cualquier ONG que

necesite contratar a un sociólogo, un antropólogo, un educador, o lo que se llame, para eso ya ponen un sueldo de 1.000 dólares, digamos. Entonces ahí está la dificultad; por eso no conviene trabajar en el sector salud, porque un Ministerio te da los ítems pero con los sueldos del ministerio. Están muy mal pagados. Ahí es donde hay que mirar, sueldos de pedir caridad... Y desengañarse, tampoco se puede invocar el juramento hipocrático”.

En municipios y comunidades indígenas de difícil acceso, a veces se establece una cohabitación casi literal y una colaboración cercana entre estos médicos y el personal de las ONG'S, viviéndose situaciones e interacciones que evidencian algo más que esta desigualdad de salarios, medios y reconocimientos, llegando incluso a relaciones de subalternidad y clara asimetría. Como la que rememora el Dr. Marco Antonio Aguilar, al recordar la “cooperación” con los técnicos de la ONG *Los Amigos de Francia en Amarete*, cuando trabajaba como médico en su provincia en el hospital de dicha localidad quechua:

“Esta organización no gubernamental, ésa se llamaba ‘Los Amigos de Francia en Amarete’, ¡Uuuuhhhhh! Un sociólogo, un economista, un zootécnico, un agrónomo, y que yo andaba ahí como médico... Pero todos ellos, pues, que en un momento que me necesitaban, ‘¡Venga Marco, qué bueno, qué linda toda esta cosa...!’ Y hasta a veces en los momentos de compartir el alimento, me llamaban, me dejaban un ladito. Porque ahí, si no hacías tú tu mercado el viernes, no tenías que comer toda la semana, no es cierto. Y a veces, yo estaba de cocinero, cocinaba para comer con ellos. Mientras ellos trabajaban, yo trabajaba pero de cocinero por el alimento. Y yo empezaba a cambiar todo lo que era mi visión de este mundo.”

De modo complementario a la identificación de estas retóricas de interculturalidad en salud en la sociedad boliviana, también tuve la oportunidad de comprobar algunos de los efectos positivos que están generando, configurando un panorama de la salud en este país bastante complicado, pero fértil y donde se han activado los diálogos, el tomar prestado recursos y perspectivas ajenas de curación, y en especial se ha estimulado la curiosidad y el aprendizaje mutuo entre agentes terapéuticos de medicina convencional y de medicinas tradicionales.

El doctor Ivan Urquieta me comentaba el caso de una compañera médica, que hizo su año de provincias en la zona de Charazani-Curva (núcleo central del área kallawayaya). Un día coincidió con ella en algún sitio de referencia de La Paz para la compra de medicamentos más baratos, y que al preguntarle qué tal le iba por Charazani, la médico en prácticas le contestó que *estaba aprendiendo mucho* de la medicina y la herbolaria que estaban enseñándole los kallawayas.

En sentido inverso, me ilustra en otro momento de nuestra conversación con otro caso de “aprendizaje intercultural de medicina”. Dice que un día, viendo la televisión, le sorprendió ver a un antiguo compañero de promoción de la Facultad de Medicina de la UMSA, que estaba en un programa televisivo publicitando un curso que estaba impartiendo en La Paz: enseñaba medicina occidental a un grupo de médicos tradicionales kallawayas de La Paz y El Alto. Se trataba de un curso financiado por el dinero de los propios alumnos kallawayas (no organizado ni financiado por ninguna entidad pública o privada). Después, en conversación telefónica, este compañero le aclaraba que fueron los propios kallawayas quienes le demandaron que les diera un curso acerca de los rudimentos de la medicina occidental<sup>8</sup>.

Desde mi llegada a Bolivia, me interesó seguir la pista a un ambicioso programa del gobierno para extender la oferta de servicios de salud, incorporando en alguna medida un enfoque intercultural en salud y tratamientos realizados por agentes terapéuticos de las medicinas tradicionales bolivianas: el Seguro Básico de Salud Indígena Originario<sup>9</sup> -conocido abreviadamente como Seguro Básico Indígena. Había sido aprobado por la administración anterior, y publicado el reglamento que lo regulaba en enero de 2002. Supuestamente entraba en vigor en junio de 2002, pero durante los meses de septiembre-octubre de dicho año, aún se hallaba en fase de negociación e implantación en las comunidades indígenas beneficiarias. Del análisis de su reglamento y prestaciones, se extrae la conclusión de que en su di-

seño no ha habido un asesoramiento antropológico o si quiera informado sobre la realidad de las culturas indígenas bolivianas, sus prioridades y concepciones corporales, de la salud y la enfermedad. Igualmente llamativo es el desconocimiento mostrado con respecto a los sistemas terapéuticos-rituales, y sus especialistas a los que supuestamente debe incluir para su práctica y desarrollo. Durante el tiempo transcurrido desde entonces, la convulsión y problemática social y política, así como la falta de acuerdo con las organizaciones sindicales e indígenas, han llevado a que éste sea postergado (o anulado). No dudo que dicho programa y reglamento fue pensado desde la buena voluntad y la sensibilidad a las demandas de la Bolivia pluricultural, pero resultó planificado desde el “sentido común” y la perspectiva estatal, y sin disponer ni respetar el conocimiento local de los potenciales usuarios, los indígenas bolivianos.

Así anunciaban y saludaban los medios de comunicación bolivianos este programa de salud sensible a las necesidades de la población rural y a su diferencia cultural:

“El país parece haber dado un importante paso hacia la convergencia de las medicinas tradicional o popular y la occidental o científica, con la reciente puesta en marcha del Seguro Básico de Salud Indígena por parte del Gobierno. Resulta interesante este Seguro, que pretende dar cobertura gratuita a las comunidades originarias de al menos 131 municipios del territorio nacional, a través de 102 prestaciones de salud con énfasis en el binomio madre-niño y otras patologías frecuentes, en el marco del respeto del saber y costumbres de los pueblos originarios...”

...Con el Seguro Básico de Salud Indígena se abren entonces -siempre que no quede todo en la simple retórica- otras posibilidades para que los médicos naturistas apliquen la farmacopea nativa y que comience a verse desde otra arista la cosmovisión indígena, cuya filosofía está íntimamente ligada a la naturaleza y al equilibrio ecológico. El hecho que se devuelva la placenta a las madres, por ejemplo, conlleva aceptar una multiculturalidad que existe como realidad objetiva en el país multiétnico y plurilingüe que es Bolivia.

Corresponde en esta ocasión, resaltar en su histórica dimensión la puesta en marcha del Seguro Básico de Salud Indígena por los ministerios de Salud y de Asuntos Campesinos, que se espera sea la solución a la problemática de la salud de los pueblos originarios en el plazo mediato.” (El Seguro Básico de Salud Indígena, El Nuevo Día, Editorial, La Paz, 21 de enero de 2002.)

El Reglamento del Seguro Básico de Salud Indígena y Originario (SBS-IO), recogido en la Resolución Ministerial 0030/18, de enero de 2002, establecía que quedaban asegurados y protegidos por el SBS Indígena y Originario, todas las niñas y niños menores de 5 años, así como las mujeres indígenas en edad fértil. Sus beneficiarios recibirían las 92 prestaciones del Seguro Básico de Salud, más otras 10 prestaciones. Estas diez prestaciones adicionales que se incorporan en un anexo para la población de los municipios reconociendo la diferencia cultural de ciertas enfermedades (en su terminología, y en una supuesta correspondencia con la taxonomía biomédica), serían atendidas por médicos tradicionales nativos (exceptuando las “prestaciones” 9 y 10). Dichas prestaciones recogidas en un anexo eran las siguientes:

Nº	Prestaciones	Tarifa en Bolivianos
1	Bronquitis aguda - <i>Ch'aki ch'oju</i>	2
2	Diarrea- <i>K'echa onkoy</i>	1. 5
3	Parasitosis- <i>Khurus o K'uyk'as</i>	2
4	Conjuntivitis- <i>Mal de ojo</i>	2
5	Foliculitis- <i>Ch'upu</i>	2
6	Mal de susto- <i>ánimo sarjkata o mal de ajayu</i>	2. 5
7	Sarcoptosis- <i>Rasca rasca - Rasca palomita</i>	3
8	Referencia de pacientes embarazadas a establecimientos de salud, para atención del parto	10
9	Entrega de la placenta (por el médico occidental)	0. 5
10	Certificado de nacimiento (por el médico occidental)	17

De una lectura detenida de dicho reglamento, y de un análisis meramente superficial, se identifican demasiados indicios que apuntan a que éste ha sido redactado desde la más absoluta demagogia, retórica de la oportunidad política sobre lo intercultural, y, lo que es peor, desde la más absoluta de las ignorancias. Así se estipula que un médico nativo tradicional (yatiri, kallawayaya, etc), por curar la enfermedad más grave y mortal que pueda sufrir una persona aymara, más si es un niño, como la pérdida de su *ajayu*, sólo podrá cobrar 2, 5 bolivianos. Además se establece una equivalencia o correspondencia entre una enfermedad cultural como el “mal de ojo” y la categoría biomédica de “conjuntivitis”, un error si cabe más burdo y señal de desconocimiento etnográfico de las culturas bolivianas. También extraña que la cantidad más alta que pueda cobrar un médico tradicional sea de 10 bolivianos, por “referir” a una mujer parturienta a un centro médico occidental, y quizás todavía más el que esto sea calificado como una “prestación” a la que tiene derecho la potencial usuaria.

En suma, este reglamento y Seguro Básico de Salud Indígena y Originario, que hasta el día de hoy no me consta que haya sido llevado a la práctica en la realidad de las comunidades indígenas, y que estaba bajo la responsabilidad del doctor José Barriga –coordinador del mismo– parece haber sido diseñado y elaborado desde la perspectiva y en función de los intereses, prioridades y temores de la institución biomédica<sup>10</sup>, marcado por la demagogia<sup>11</sup> y por la indiferencia e ignorancia antropológica a las gentes de las culturas indígenas bolivianas que debían ser sus supuestas beneficiarias.

Asimismo, paralelamente y como complemento necesario a este Seguro Básico de Salud Indígena, durante mi estancia empezaban a montarse las BRISAS (Brigadas Móviles de Salud) para llegar supuestamente a cubrir de forma itinerante las necesidades de las comunidades indígenas más aisladas y sin un mínimo acceso a la biomedicina. Este programa, al que aluden las dos citas que encabezaban este apartado, obviaba que si los comuneros indígenas difícilmente acuden a personal sanitario conocido y con una cierta estabilidad en sus comunidades (al menos durante unos meses), su rechazo podría ser mucho mayor a profesionales itinerantes que carecen de la confianza y una mínima inserción o presencia en la comunidad.

Un hecho que parece no haberse tenido en cuenta en el diseño y ejecución del Seguro Básico de Salud, o del Seguro Básico de Salud Indígena y Originario, y que la práctica y rodaje de los mismos parece evidenciar, es que la medicina gratuita genera mucha desconfianza en esas personas de especificidad cultural marcada y escasos recursos económicos que empiezan a sentirse mal atendidos y tratados por no pagar, especialmente si en el mismo hospital hay pacientes que están pagando por una misma atención y curación.

Tanto el director médico del Hospital Corea, en El Alto, el Dr. Marcos Bellido, como su directora ejecutiva, D<sup>a</sup> Emilia González Sánchez, me insistían en que estaban teniendo problemas con las personas y usuarios del Seguro Básico de Salud (Materno-Infantil) por la gratuidad del servicio, y especialmente con la posibilidad de someterse a una cesárea (que también es gratuita dentro de este seguro). Esto me era confirmado por la investigadora de Tahipamu, Ineke Dibbits, que, en su experiencia de trabajo en temas de salud con mujeres en El Alto, detectaba que en la lógica aymara, pero también mestiza de las ciudades se pensaba que en la atención a los usuarios del Seguro Básico de Salud (Materno-Infantil): *la medicina gratuita del hospital no es buena, y como no se paga, se recibe mala atención*. Igualmente se piensa que si la cesárea en el hospital es gratuita, no será hecha con los cuidados necesarios y una buena atención para la mujer.

En la lógica aymará, la curación *cuesta plata*. El ser gratuita devalúa la atención, curación y tratamientos a los ojos de esos usuarios. También en la lógica quechua, como me comentaban el personal e investigadores del Hospital Daniel de Bracamonte (Potosí), los usuarios desconfían y se sienten discriminados si son objetos de atención gratuita dentro del programa de Seguro Básico de Salud (Materno-Infantil).

Por otra parte, dentro de este campo de las retóricas, sería injusto olvidar la responsabilidad de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en la generación, seguimiento y mantenimiento de estas retóricas de la interculturalidad en salud, al menos en la sociedad boliviana, a través de sus directrices

marcadas, pautas establecidas y guiones a seguir en el financiamiento y apoyo de programas de salud. El llamado “Parto Humanizado” es la principal directriz de la OPS en Salud Intercultural en Bolivia: busca ofrecer la opción a la mujer de tener su parto en la posición tradicional -en cuclillas, de rodillas- y sobre una colchoneta, así como garantizarle la entrega de la placenta (por otra parte, una de las “pres-taciones” recogidas en el SBS I-O, como hemos señalado) para, si lo desea, poder realizar su ofrenda ri-tual a la Pachamama.

Hablando del proyecto de un tesista del postgrado de Salud Intercultural *Willaqkuna* y médico del Hospital Daniel de Bracamonte (Potosí), de construir un vivero-herbolario de plantas medicinales en el hospital para abastecimiento y uso en los tratamientos alternativos que se pretenden implementar, el sociólogo boliviano Iván Castellón (coordinador del Postgrado *Willaqkuna*), me comentaba que la OPS no iba a asumir el presupuesto como se había comprometido inicialmente, y que este cambio de parecer había supuesto un recorte notable de dicho presupuesto. Parece que la OPS de Bolivia tenía sólo interés en que en la farmacia del hospital se vendieran plantas medicinales, en bolsitas preparadas o en pomadas, para que el usuario del hospital (y algunos médicos) puedan optar por usarlas bien de forma única, o de modo complementario, para el tratamiento de algunas enfermedades.

Resulta interesante también constatar cómo desde la perspectiva médica convencional y hegemónica en la sociedad boliviana, y a partir de la fuerza que están cobrando estas retóricas de la interculturalidad que permean los discursos políticos, públicos y mediáticos analizados, la única medicina tradicional indígena boliviana que es enfatizada como respetable, con visos de eficacia y digna de tener en cuenta en un enfoque de salud intercultural, es la medicina kallawaya<sup>12</sup>. Esta medicina tradicional de larga data –en los relatos y discursos analizados se entronca con los médicos del imperio incaico–, y amplia presencia en el altiplano boliviano dado el carácter itinerante de sus especialistas médicos, ha sido desarrollada en el seno de la cultura quechua, y dado que se apoya en un importante conocimiento de la herbolaria y las propiedades bioquímicas de plantas y sustancias animales, empieza a obtener un reconocimiento –público y generalizado– de su efectividad<sup>13</sup>. Este consenso hace que dicha medicina cobre protagonismo y espacio en los medios de comunicación bolivianos, donde es referida en muchas ocasiones como medicina “naturista”, “herbolaria” o “natural”, enfatizando su carácter empírico en el manejo de las propiedades bioquímicas de las plantas. Esto está contribuyendo a que continúe el desdén, e incluso aumente la exclusión, de otros especialistas en medicina tradicional (yatiris, jampiris, ipayes) que desarrollan prácticas dentro de otros sistemas médicos indígenas donde la eficacia simbólica tiene una presencia y papel protagónico en los rituales terapéuticos y tratamientos de la enfermedad. Una eficacia simbólica<sup>14</sup> que, es necesario remarcar, es parte constitutiva y esencial, también en la medicina kallawaya, pero que es obviada entre su más pujante clientela urbana, y los discursos y opinión pública boliviana –los que traducen la perspectiva y visión hegemónica de las clases medias bolivianas–.

### III. Hospitales indígenas

Tres hospitales indígenas en un diferente momento temporal (Huancoyo en 1990; Curva, entre 2002 y 2004, y Amarete, entre 1983 y 1991), serán nuestro objeto de atención y reflexión en las próximas páginas. Se trata de casos de carácter extraordinario, excepcional en primer lugar porque, a pesar de ser sólo tres ejemplos, representan una buena muestra de los escasos ensayos y apuestas de esta naturaleza –configurar un centro de atención integral a la salud, en un contexto marcadamente indígena y rural, coexistiendo y colaborando agentes terapéuticos, tratamientos y medicinas tradicionales indígenas y la biomedicina occidental– que se han realizado y llevado a la práctica en Bolivia en el pasado, y de los pocos más de esta índole que están programados e intentándose poner en marcha en el presente.

Como el lector podrá comprobar, la singularidad de las experiencias de estos hospitales en el pasado, también puede iluminarnos y advertirnos sobre los obstáculos y riesgos de fracaso que enfrentaron, así como los usos, quizás algo sorprendentes, y transformaciones generadas en estos escenarios te-

rapéuticos, en especial el cambio de interés y utilización de sus potenciales usuarios, y la aparición en escena de otros usuarios ajenos a la comunidad que posibilitan un desplazamiento del alcance inicial de dicho hospital. Del mismo modo, afloran las resistencias, y en especial la discordancia con las necesidades y agenda de prioridades de los comuneros, que pueden conducir a la apropiación (en sentido físico y literal) del proyecto y edificio, y su reconversión en otra cosa bien distinta. Ello arroja alguna luz sobre por dónde pueden evolucionar la utilización y aprovechamiento de estos hospitales, en el futuro, como el de Curva.

Por otro lado, la medicina intercultural también tiene otro sentido o dirección hasta ahora no demasiado explorada, y que resulta menos obvia para el investigador: el de las clases medias urbanas que acuden como usuarios y ven con buenos ojos los rituales y tratamientos terapéuticos de la medicina kallawayá, constituyendo su clientela en espacios y centros plenamente urbanos de La Paz, El Alto, y asistiendo a cursos y a espacios sacralizados y sancionados positivamente por Sobometra: el Lago Titicaca, Tiahuanaco, el área de Curva-Charazani, etc.

## Huancoyo

Así relataba el Dr. Marco Antonio Aguilar, su llegada y experiencia en el primer destino que tuvo en su “año de provincias” en el hospital de Huancoyo, una comunidad aymara cerca de Tiahuanaco, allá por el año de 1990-91, donde finalmente estuvo pocos meses:

“A mi me dijeron: ‘Hay un hospital indígena, es un hospital de medicina tradicional, y usted va a llegar ahí para que empecemos a ordenar y a planificar una estrategia de trabajo. Hay bastantes organizaciones no gubernamentales, con las cuales usted va a poder tratar de revisar lo que son algunos cumplimientos de los estamentos que han desarrollado los servicios de salud’. Yo estaba encantadísimo, porque cómo me la pintaban, ya yo decía: ‘Esto es un lugar bueno. Aquí voy a tener mucho trabajo, voy a tener mucha gente, y bueno, vamos a ver cómo se desarrolla la experiencia y mi vida’. Sin embargo, desgraciadamente pues lo primero que he encontrado es un hospitalito que se llama ‘Hospital de Huancoyo’, que queda muy cerca de la comunidad de Tiahuanaco, que era una especie de hospital artesanal, donde había baños de vapor, la gente iba supuestamente ‘a purificarse’, si lo podemos utilizar entrecomillas, y también iban a recolectar una serie de hierbas para hacer brebajes y supuestamente vivir sanos, vivir bien... La cosa era bien rara. Uno esperaba que la gente que compartía esa cultura era la que más se beneficiaría de eso que tanto promocionan; sin embargo, yo veía particularmente gente de todos los estratos sociales, gente que vivía en la periferia de la ciudad de La Paz, gente que vivía en zonas muy acomodadas, que por distintas razones o por agotamiento de lo que significa el servicio médico urbano, acudía a instancias tradicionales a tratar de resolver sus problemas de salud que bien cargados los tenía, ¿no? Supuestamente gente bañada en estrés, porque no había otra... Que llegaba, pero llegaba en unos autos muy últimos modelo, y bajaba una persona que ya estaba tan ansiosa y tan agitada de ver qué era lo que podía ofrecerle este centro tan pequeño que, a veces, ni siquiera consideraba el aspecto económico. No te digo que iban a derrochar en salud, pero iban a enfrentar esa situación de lo que es la medicina tradicional frente a lo que es la medicina occidental, por utilizar ese término. Y llegaban, y entraban a los baños turcos, pequeñas estructuras donde ellos empezaban a sudar sus penas, y a sudar sus problemas y después, supuestamente aliviados no sé si por laxados por el calor que había dentro del vapor, y tal vez algo, no sé, que absorbieron en el ambiente, que había también humo y había también hierbas que estaban quemándose, hablaban de un ‘ambiente místico’, medio que mágico, donde todos trataban de recuperar su salud. La experiencia en este lugar, a mi llegada, no fue muy grata porque en vez de llegar de ayuda, llegué de competencia. Mismamente la cosa se puso caótica cuando me pidieron una aspirina, pues como que ya la cosa con el humo debía provocar un montón de dolor de cabeza... Se les había ido la mano... Pues yo trataba en ese ambiente de mirar y aprender, y a la vez de ir tratando de conformar un centro de salud que no pudo ser. No pudo ser, el Hospital de Huancoyo se quedó chico.”

Aunque las palabras del doctor Aguilar proporcionan una descripción suficiente y con riqueza de comentarios y valoraciones por su parte, y no quisiera glosar el fragmento en exceso, sí me gustaría realizar dos comentarios. En primer lugar, el médico es destinado a un hospital “indígena”, ubicado en una comunidad aymara altiplánica, donde, para su sorpresa, los usuarios de dicho hospital son en su mayoría las clases medias y altas urbanas y criollas de La Paz, que buscaban la curación de sus males en la medicina tradicional. Curiosamente, este doctor tuvo que esperar a ser destinado a la cercana posta médica de la comunidad de Tiahuanaco, donde se ofrecía exclusivamente medicina occidental para tener casos y tratar a pacientes indígenas (que, a su vez, acudían en búsqueda de respuestas y soluciones a la medicina occidental).

En segundo lugar, el estudiante y médico novato que acude a realizar “su provincia” a Huancayo experimenta en el recinto y estructura hospitalaria una situación de fuerte competencia con la medicina tradicional, ya que en cuanto agente de la biomedicina occidental, se encuentra en una situación minoritaria y en franca desventaja, sin poder hacer medicina ni atender a pacientes.

## Curva

San Pedro de Curva se encuentra en la zona quechua de Charazani, a unas 6 o 7 horas en todoterrero por carretera desde La Paz, en plena área kallawayaya. Desde un punto de vista nacional, parece existir el consenso de que dicho municipio es la capital, el “corazón”, la “cuna” de la auténtica medicina kallawayaya<sup>15</sup>. *Capital Curva, Cuna de la Medicina Kallawayaya*. Durante mi estancia en Bolivia, el doctor José Luis Baixeras, coordinador del área de salud de la Cooperación Española en Bolivia (Bolhispania), me hablaba de un proyecto que se hallaba en la fase de puesta en marcha: un pequeño centro de salud, una “posta médica”, donde ofrecerían un servicio de salud integrado: en las mismas instalaciones se hallarían médicos convencionales, y médicos nativos quechuas kallawayayas, pero además respetando su estructura organizativa de jerarquía/recepción/atención al paciente que allí acuda<sup>16</sup>. En todo momento era consciente de que se trataba de un proyecto y apuesta complicada, y que necesitaba de una continua y atenta supervisión por su parte, para tratar de trenzar bien y sin conflicto esta integración de las dos medicinas. Me invitó a ir a Curva y contrastar el estado en que se encontraba dicho proyecto y el grado de avances, cosa que hice antes de regresarme a España.

Desde la distancia, y después de que transcurriera poco más de un año, he podido comprobar que dicho centro médico –el Centro de Salud Hospital Kallawayaya Boliviano-Español de Curva– finalmente ha empezado a funcionar, después de que la Cooperación Española entregase las obras a la comunidad de Curva, y tras su puesta en marcha, ya está ofreciendo las siguientes atenciones<sup>17</sup> o servicios a sus usuarios quechuas:

- Medicina Natural Kallawayaya.
- Atención de carta (Kallawayaya).
- Atención en pulso.
- Atención en líquidos corporales (orina).
- Baños a vapor y seco (Hidroterapia, Helioterapia, Geoterapia).
- Cataplasmas para torceduras.
- Venta de plantas medicinales y preparados para toda clase de enfermedades.
- Milluchadas de bienes y negocios.
- Curaciones y tratamiento de enfermedades en general.
- Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).
- Medicina General.
- Enfermería.
- Odontología (Dentista).
- Vacunas gratuitas.

Destaca por igual la variada y completa oferta de atenciones y servicios terapéuticos de medicina tradicional, combinada con las de atención primaria y más básicas de la medicina occidental, y que al señalar las atenciones o servicios que presta el centro de salud, no se utilizan nombres de dolencias o enfermedades en idioma quechua (no se utiliza el quechua salvo para el calificativo de Curva en la portada del folleto, *Shoquena Husi*), y si el idioma es español, lo que quizás esté revelando a qué tipo de lector/usuario potencial va dirigido.

Resulta notable cómo, al menos en una noticia de prensa<sup>18</sup> -alojada en una página web, Bolivia.com- sobre los recursos y atractivos turísticos del área de Apolobamba, el Centro de Salud Hospital Kallawayá Boliviano-Español de Curva, aludido como “hospital kallawayá”, aparece destacado como un recurso más de potencial atractivo para los turistas visitantes de esta área –junto a los paisajes, la arquitectura tradicional y las aguas termales–. De alguna forma se está presentando a este hospital como un centro al que los turistas (ciudadinos, de clase media, e incluso extranjeros) pueden acudir como potenciales usuarios en Curva, y a la medicina kallawayá que se ofrece en el mismo como un recurso turístico atractivo<sup>19</sup>[Véase Figura nº 2].

Esta “oferta” y concepción de la medicina kallawayá como susceptible de ser utilizada por clases medias y turistas se halla en consonancia con un discurso y consenso ya institucionalizado en la sociedad nacional boliviana sobre la efectividad y atractivo de esta medicina, y que podemos rastrear tanto en folletos y mapas turísticos<sup>20</sup>, notas de prensa<sup>21</sup> y anuncios clasificados, y que se ha visto estimulado y potenciado a nivel internacional al otorgar la UNESCO a la cultura kallawayá, el título de Obra Maestra del Patrimonio Oral e Intangible de la Humanidad<sup>22</sup>.

Un problema que quizás tenga que enfrentar este tipo de apuestas pioneras en salud intercultural (y que como señalaremos en el caso de otras experiencias como la del cercano municipio de Amarete, en el pasado, contribuyó a la falta de éxito del proyecto), es la falta de previsión por parte de las autoridades municipales, ministeriales bolivianas competentes o incluso desde la gerencia del centro de salud, de estipular un salario o ingreso mínimo suficiente para los médicos tradicionales que presten sus servicios en dicho centro. Los kallawayas no son especialistas rituales a tiempo completo que puedan sostenerse a sí mismos y a sus familias durante todo el año, con los ingresos derivados de la práctica de su medicina –la mayoría mantienen como actividad principal la agricultura, ganadería u oficios más esporádicos como la albañilería–, por lo que si no se les reconoce y paga por su trabajo dentro del sistema de salud nacional, pueden abandonarlo. El doctor Pedro Mamani, con su ítem (plaza) en la posta médica de Curva, reconocía este problema:

“No, no hay sueldo pensado para el kallawayá... O sea, en el sistema nacional no existe, incluso en el sistema nacional recién se está reconociendo la medicina tradicional, claro, ya de todo el reconocimiento, pero el problema es que no le dan coste monetario... Claro, y yo hablaba con el presidente de los kallawayas, que es don Máximo Payé, y me decía: ‘Ése, el problema principal es eso. Aquí se habla, se pregona bastante de kallawayas, pero el problema es que no se solventa, no se vive con esta medicina tradicional.’ Inclusive don Máximo, pues vende sus ganaditos, otros productos, va a chacra, siembra, ¡todo igual como los demás!”

## Amarete

La mañana en que llegué al centro de salud de Amarete, situado en un terreno aterrado de la montaña, en un espectacular paraje de las afueras del pueblo, la puerta estaba cerrada. Mientras esperaba, me llamó la atención poderosamente que junto a la puerta y en su fachada principal, debajo de las letras pintadas en rojo que decían *Servicios. Administración. Medicina General. Odontología. Enfermería y Centro de Salud, Hospital Cantón Amarete* [Véase Figura nº 3], se apreciaba las huellas de lo que había sido un letrero superior, ahora borrado. Tras contemplarlo cuidadosamente, supe que el cartel que definía y anunciaba dicha construcción en el pasado decía: *Centro de Capacitación Integral y Servicios Ka-*

*llawayas*. La idea de cómo algo (un edificio dedicado a la atención de la salud) que había sido regido en el pasado por la lógica de la medicina tradicional kallawayaya, en la actualidad se hallaba bajo la lógica de la medicina occidental, me intrigaba e hizo que empezara a investigar para intentar recomponer ese proceso y trayectoria tan poco frecuente: de un hospital indígena a un hospital de medicina occidental. La borradura del nombre del cartel inicial también espoleaba mi curiosidad.

Por la información que he conseguido recopilar y contrastar, sabemos que este hospital fue construido por los vecinos de Amarete, con la financiación y cooperación de una ONG francesa, *Los Amigos de Francia en Amarete*, allá por los años ochenta, iniciándose la obra en 1983, al colocar la primera piedra el entonces ministro de Salud Pública, Dr. Javier Torres Goitia (Zalles Asin, 2002). Durante los años en que funcionó, y antes de que este proyecto fracasase, fue conocido en la zona como “el hospital kallawayaya” (Costa Ardúz, 1997: 60).

He podido reconstruir parcialmente la trayectoria de esta evolución a partir de mis entrevistas con don Mario Soto, portero y trabajador manual de dicho hospital, el doctor Marco Antonio Aguilar (destinado en su “provincia” en el año 1991 en Amarete), y por lo que el personal médico de la zona (Charazani, Curva) cuenta cómo fracasó dicho proyecto. Don Mario Soto, portero y trabajador manual de este centro de salud, me informaba que hasta hacía apenas dos meses, el puesto médico había estado durante un año y medio “sin doctor”, sólo con dos auxiliares de enfermería y él por todo personal sanitario, debido a que las incomodidades (lejanía y difícil acceso desde La Paz) y ausencia de infraestructuras básicas (agua potable, electricidad, alcantarillado), lo hacían poco atractivo para que un doctor aceptase y cumpliera su contrato en el pueblo. En octubre de 2002, ya contaban con una doctora con su ítem (plaza) correspondiente, una odontóloga que estaba realizando su “provincia” de tres meses, dos auxiliares de enfermería, un administrador y un portero/trabajador manual. Disponían de una motocicleta para visitar y atender las emergencias de las 14 comunidades que tenían bajo su responsabilidad. El ala inferior de este pequeño hospital tenía graves defectos estructurales: con grandes grietas y desplazamiento de los cimientos en la terraza en la que estaba apoyada la estructura.

Don Mario Soto recordaba que él mismo asistió en dicho hospital, cuando era un centro kallawayaya, a cursos de capacitación y profundización en medicina tradicional kallawayaya, impartidos o coordinados por Walter Álvarez, el presidente de SOBOMETRA<sup>23</sup> (Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional), que venían desde La Paz, y que había una cierta vida y dinamismo en cuanto al aprendizaje con respecto a la práctica de dicha medicina allí.

Los motivos por los que dicho proyecto no sólo fracasó, sino que el hospital kallawayaya fue reconvertido en centro de salud de medicina convencional, además de estar relacionados con los vaivenes de financiación que suelen afectar a estas experiencias pioneras, parece que se conectan con la falta de previsión de un sueldo para los médicos kallawayayas que pasaban consulta en dicho hospital. Pedro Mamani, médico en la posta de Curva, intentaba bosquejar lo que pasó, con los comentarios y rumores que circulan en la comarca, al comparar esta experiencia del pasado, con la apuesta que se estaba realizando en el presente del hospital kallawayaya en Curva:

“No sé si en Amarete también le comentaron, en Amarete se hizo con esa finalidad... Con Francia, se hizo, la finalidad, por eso se llama Amarete, ‘Centro de Salud Kallawayaya Amarete’... Entonces resulta que no funcionó, no funcionó. No sé los motivos pero, según que lo que me comentan que el kallawayaya no tiene un sueldo, entonces, como no hay ingresos, pues al día vienen: dos, tres, siete aquí lo más, tengo siete pacientes al día. Entonces a un kallawayaya, apenas le asisten dos, uno, imagínate con un paciente que él cobrara al día, no hay plata para pagar pues... imagínate, ¿de qué va a vivir? Entonces, sale en quiebra... Yo creo que si tuvieran un salario, digamos un salario igual como el médico, dependiera del gobierno y eso, de donde fuera, entonces yo creo que permanecería por lo menos atendiendo un paciente o dos pacientes al día, podría mantenerse”.

Un episodio ha permanecido oculto en la memoria oficial y popular de la comarca sobre otra reconversión que experimentó temporalmente este hospital. Al final de los seis meses de su “provincia” en

Amarete, el doctor Marco Antonio Aguilar tuvo que hacer frente a una revuelta vecinal que pedía la salida del médico occidental del pueblo, y la conversión del edificio en escuela para sus hijos –el edificio de la escuela y habitaciones de los maestros que allí residían no reunía suficiente espacio ni condiciones de habitabilidad–. Los mismos vecinos que habían cooperado con su trabajo y mano de obra en la construcción del edificio decidieron –influidos por los maestros de la escuela–, tomar el hospital y convertirlo en escuela. Éste es el relato que rememora aquel día, por momentos emocionado, del Dr. Marco Antonio Aguilar, que he optado por transcribir en toda su extensión:

“Y no acepté mucho la amenaza que me hizo don Fernando. Porque me dijo: ‘Prepárate, que ahora viene lo peor’. Yo no sabía qué era lo peor, pues lo peor era... Y él ya me lo dijo: ‘La gente no quiere que esto sea hospital, quieren que sea escuela. ¡Entendé! Claro, un ambiente tan bonito, se veía una escuela linda, ¿no? Pero llegó ese día más duro de mi vida porque en la mañana me levanto, o sea, bien alegre, bien confortado, tomo mi desayuno, como, porque ya había comido, ya se me rompió el hábito ciudadano, comía en la mañana. Y empiezo a escuchar unos cuernos, unos cuernos que ellos llaman Pututus, ‘¡Puuuhhhhh!, ¡Puuuhhhhh!’ Es un sistema de comunicación antiguo que servía para convocar a la comunidad y a las comunidades, ‘Ay, ¿qué será, será fiesta?’, digo. ‘Vamos a ir a la fiesta, y este día más tomamos tragos con la gente’. Y de pronto, ¡tocan y tocan, y tocan! ‘¡Vámonos, vámonos!’ ‘¿Qué pasa carajo?’ ‘¡Vámonos, vámonos, nos quieren matar, nos quieren echar!’ ‘¿Quiénes?’ ‘Los de la comunidad, te quieren linchar’. ‘¿Pero por qué?’ ‘¡Quiéren entrar al hospital, quieren entrar al hospital!’ Y en vez de decir: ‘Venga vamos’, me doy la vuelta, ¡y el tipo ya estaba perdido! El enfermero entra: ‘Ahora sí doctor, ¿qué vamos a hacer? Llamaremos rapidito a la Unidad. Llamaremos a la Unidad y les diremos que nos vengán a salvar porque creo que ahora nos van a matar...’ Yo decía: ‘Este cojudo, me siguen metiendo miedo...’ No, ¿te das cuenta?, cómo te pueden manipular, ¿no?... Yo dije: La verdad, ¿dónde está ese problema, serán unas veinte personas? Ja, ja, ja... Abro la puerta... había como unas trescientas personas que estaban... que estaban cercando el centro hospitalario, ¡trescientas personas! De esas trescientas, unas cien estaban ebrias, ya estaban muy belicosos y que su afán era otro, su afán era... o destrozarse la planta, la infraestructura, o se vuelve colegio, y al destrozarse la estructura eliminar todo aquello que sea un sistema de salud, en cuanto a personal, ¡era obvio! Y ahí se aparecen las autoridades y forman un pequeño círculo de seis, y detrás de los seis los trescientos... Que no sabía, que yo en ese rato no sabía qué pensar, no sabía qué decir, no sabía como orientar el problema. Ya me lo había dicho el Fernando: ‘Ahora viene lo duro.’ Realmente vino... ahí vino la gran, el gran reto de mi vida, el gran reto de mi vida... ¿Qué hago en estos momentos? Y la rabia es uno ahí diciéndome por radio: ‘Hemos recibido la situación de emergencia. Estamos organizando aquí desde el Distrito para que vaya, los representantes de la policía. ¡No se asusten, no va a pasar nada!’ ¡Qué mierda no va a pasar nada! Si ahí la gente estaba alborotada, estaba al borde de la locura, eso es lo que tuve que oír. Se estaba jugando mi vida, se estaba jugando mi vida... Me paré y dije: ‘Bueno...’, me acerqué a los representantes de la comunidad, y les dije: ‘Buenos días, ¿como están...?’ ‘¿Cómo está doctor? Ya sabe a qué estamos viniendo...’ ‘No, no sé a qué están viniendo...’ ‘Estamos viniendo a tomar el hospital para que se vuelva colegio. Si usted no quiere, aténgase a las consecuencias.’ ‘¡Ay, caramba, de eso vamos a discutir! Muy bien entonces, quisiera que pasen a charlar aquí...’ Les invité a pasar a los seis: claro ustedes seis como representantes de su comunidad, y yo aquí como representante del Estado y representante de la unidad sanitaria, representante del Ministerio de Salud acá. Y no la esperaban, pues no la esperaban porque ellos decían: ‘Éste se va alterar, nos va a insultar, y le vamos a sacar la mule y lo vamos a reventar...’ Pero no, ‘Por favor, pasen, vamos a la...’ Y unos voceos cuando empezaban a entrar, ¡Aaaajjjhhhaajjjj!, muchos gritos... Aquí al lado, hemos empezado a hablar, y les dije: ‘Muy bien, ¿que quieren?’ ‘Queremos que esto sea colegio, porque este hospital no sirve. Nosotros, sabes, somos curanderos, no necesitamos nada de este sistema de salud, queremos estar aquí’... ¡Y se me empezaron a parar los pelos, yo sentía mi cabello parado, parado, parado...! Y lo que hice es arreglar mi gorrita, y me la puse así, para que no se note que mis pelos estaban parados. Empecé a hablar así: Muy bien, quieren colegio. ¿Cómo lo quieren? No podemos dar todo. Porque imagínense si retiramos un puesto de salud a este nivel, me van a enviar a..., no va venir nunca nadie más. ‘Sí, tienes razón, pero no importa que nadie venga... nuestros hijos son jóvenes, no saben lo que verdaderamente les va a servir después. Les puede servir más el colegio que este hospital. Además no queremos nada con los Amigos de Francia, porque esos Amigos de Francia, lo único que han venido es a sacarnos fotos, a reunir plata para ellos en

Francia, y a nosotros no nos han dado un carajo'. Quién sabe si tenían razón en esto, porque ya habían venido varias veces comitivas francesas, pues de distinto nivel ¿no?: investigadores, filántropos, antropólogos, en realidad grupos que ellos no veían como gente de investigación o de ciencia, sino como gente que aparte de observarlos cómo vivían, de robarles su cultura en cuanto a... algunas veces hasta filmarlos, fotografiarlos y todo aquello, estaban realmente aburridos. Yo en ese rato me di cuenta que esa ONG instalada, con un agrónomo que a veces les daba charlas y otras no, que además paraba en La Paz, o el apoyo que tenían, no era nada reconfortante para ellos, y creían que debían tener derecho a más... Hablamos como unos quince minutos, que a mí me parecieron los quince minutos más largos de mi vida, y les dije: 'Miren, señores, ustedes tienen razón en todo, tienen toda la razón del mundo. Tomen, esto todo es de ustedes. Déjenme esta sala y ésta, ésta que sea mi vivienda y ésta que sea la sala de atención'. '¿Cómo? ¿Todavía quieres vivir aquí? Tienes que pagar alquiler para vivir aquí'. 'Pero no es de ustedes sólo esto.' 'Si puede que no sea, pero...' Y el otro dice: 'No, pero que viva nomás pues, alguien tiene que cuidar...' ¡Como portero, como portero señor, como portero me dejaron!... 'Perfecto, muy bien, entonces va a decir usted eso a su comunidad'. 'Sí vamos a decírselo. Salen y les dicen en quechua: 'El hospital ya es de nosotros. Ahora ya no es hospital, ahora es colegio'. ¡Aaaajjjhhhhahhhh! ¡Y la gente eufórica, los cambios eufóricos así, y de ahí nomás empiezo a escuchar como, como si se venían unos tanques!, y eran los cambios arrastrando los bancos del colegio al hospital. ¡Y lo han tomado, lo han tomado! Se han ido a vivir ahí... ¿Tú piensas que eso alcanzó algún revuelo aquí [en La Paz] o algo les importaba? 'Bueno, como es una posta fronteriza, bueno pues un ambiente para el médico será suficiente', y ya está, se acabó, se acabó..."

#### IV. "Cuando no hay doctor". Protagonistas y agentes de la salud intercultural en Bolivia

Este último apartado del texto lo he llamado de este modo, *cuando no hay doctor* –parafraseando un libro de medicina de autoayuda–, pero también podría haberlo encabezado con la frase *la praxis de la medicina intercultural porque no queda de otra*.

En estas últimas reflexiones, que no conclusiones, sí me gustaría mantener dos tesis en sentido fuerte que quizás puedan resultar provocativas, pero que mi trabajo de campo y análisis ulterior de los materiales etnográficos me ha llevado a convencerme en buena medida de ellas. Trataré de ilustrarlas con ejemplos concretos.

La primera es que la medicina intercultural es una "realidad" (si bien en precario, en estado de emergencia permanente), a pesar de los programas y retóricas de interculturalidad en salud que desde el estado boliviano y otras agencias (OPS, ONGS) se lanzan y vierten sobre la sociedad boliviana.

La segunda, que los verdaderos agentes y ejecutores en la práctica de la aplicación de una medicina intercultural en las comunidades rurales de Bolivia, por sus perfiles polimórficos y posiciones flexibles, son los auxiliares de enfermería y los Responsables Populares de Salud (RPS) o promotores de salud.

La categoría laboral de don Mario Soto Tapajic ha sido durante mucho tiempo la de "portero" del hospital kallawayaya/centro de salud de Amarete. Recientemente fue ascendido a "trabajador manual". Además de las funciones que le competen, desarrolla funciones de auxiliar de enfermería, enfermero y doctor. Fuera del centro de salud también ha desarrollado tareas como RPS (Responsable Popular de Salud) en las comunidades del municipio, concienciando en hábitos saludables y capacitando a la gente para identificar una serie de problemas y enfermedades, y además a veces atiende a la gente en su calidad de médico tradicional kallawayaya. Él es la única persona que está de continuo en el hospital, y asume una enorme y principal responsabilidad para tratar emergencias en salud, a veces monitorizado y aconsejado por radio por el médico que se encuentra en el hospital de Charazani. El/la doctor/a puede que pase temporadas sin que acepte estar en el hospital de Amarete (de hecho habían estado hasta hacía poco tiempo, un año y medio sin doctor): la carencia de electricidad, de agua potable, de duchas, y una zona de difícil acceso, con malas comunicaciones y a muchas horas de viaje de La Paz, pesan a la hora de tomar esa decisión.

Cuando hay un médico, está por unos meses (ahora 3 meses en la versión reducida de su "año de

provincias”, o Servicio Social Rural Obligatorio), o se demora entre tres y cinco días en La Paz por cobranza de haberes, visitas oficiales, entrega de informes o compra de medicamentos, en instituciones distritales o centrales de salud en La Paz.

Los dos auxiliares de enfermería y la odontóloga que complementaban en octubre de 2002 el equipo de salud en Amarete, se ocupaban de las campañas de vacunación, concienciación en salubridad e higiene, cubriendo las comunidades, consumiendo también sus respectivos días al mes por cobranza de haberes (3 o 4 días), reuniones, cursos de capacitación, etc. Estos auxiliares se llevan bien con el “portero”, don Mario, y le consultan tratamientos y modos de proceder. En realidad, don Mario es la figura de salud quizás más respetada por los vecinos de Amarete y de las comunidades, a quien le preguntan primero y le consultan.

Con algunos de los médicos que han pasado por el hospital, sensibles a la medicina tradicional de la zona, y con curiosidad por aprender, me contaba que se reunían en su día libre y procedían a hacer pomadas, ungüentos y emplastos a base de estas plantas medicinales, y que a cambio, él le enseñaba parte de su conocimiento. Como contrapartida, él se fija también en qué tratamiento prescribe el doctor, qué medicinas receta ante qué tipo de problemas y dolencias, y así él continúa también aprendiendo cada vez más, y capacitándose más en la medicina occidental (que es uno de sus objetivos). En términos prácticos, don Mario está planteando la existencia de un intercambio de saberes médicos y curativos entre agentes terapéuticos que trabajan en un mismo centro de salud.

Al preguntarle si trabajó en el centro de salud con el doctor Marco Antonio Aguilar Ulloa, durante el tiempo que realizó su “provincia” en Amarete, me contestaba las siguientes palabras, donde quedaba claro que en sus 18 años de experiencia en este pequeño hospital, él había sido (y en buena medida sigue siendo) la figura de salud de referencia en el municipio, atendiendo partos y casos de todo tipo que presentaban los pacientes:

---

**201**

---

“Sí he trabajado con él, sí, Ulloa creo que es... Entonces así estábamos en esa época, después sigo aquí trabajando, después de eso había muchos médicos que han empezado a cambiar en el pueblo. Ya no me recuerdo con cuántos médicos he trabajado... Yo sigo aquí, sin duda. Soy de aquí, y sigo haciendo el trabajo; claro, al ver tantos han pasado y han estado contentos con mi trabajo, ¿no?, porque me han ratificado cuando ganan [las elecciones los nuevos gobiernos], y cara a los médicos también me dejan un certificado de las actividades que he desarrollado... Año a año yo estoy mejorando también, y más conocimiento que he tenido, gracias a los médicos que han ido viniendo que adoptara cuál, pues ha habido días que me han mejorado también, bastante me han mejorado: colocar inyecciones, sueros, vacunas, todo... Todo estoy haciendo... Vacunando, colocando inyecciones, fallo, algunas cosas ya no... Y después totoras, colocar inyecciones, todo así de vena ¡nada! ¡De todo, de todo! De todo tipo que fuera, y además que no está alguien, entonces yo tengo que hacer, también... Cuando cosas graves, mediante radio yo puedo llamar a Charazani. ‘Estos casos se me están presentando, ¿qué puedo hacer?’ Me decir: ‘Tal cosa colocar’, en esos casos, en otros casos no... Entonces, puede haber algún alérgico todo, entonces yo tengo que tener cuidado, pues me cuidado todo eso. Para eso está el doctor así en Charazani, que le puedo llamar al momento... Y no hay porqué preocupar porque, cuando estoy solo, también se presentan algunos partos por lo mismo, entonces lo que pasa esa noche se lo dice a ella, hacerle el control también... Además, más veces he sido yo aquí el doctor, y a todas como hay que hacer maniobras, todo, ya me lo sé... Entonces, después de eso, si no puede salir colocarle, como hay que recibir a la wawa, ¡todo también!”

Don Mario muestra una gran curiosidad y ganas de aprender de la medicina occidental —a recetar, a identificar y diagnosticar enfermedades, etc.—, y además de las enseñanzas y aprendizaje derivado de su trabajo como asistente, traductor y apoyo a los distintos médicos que han pasado por Amarete, lee y se forma de manera autodidacta con libros de autoayuda o de divulgación de cuidados sanitarios, como son *Dónde no hay doctor*, o *Dónde no hay dentista*<sup>24</sup>.

Mientras me estoy entrevistando con él en su centro de salud, llega un señor mayor (de unos 60 o 70 años), que apenas habla español, el señor Quispe. Quiere que don Mario le atienda —en ese momento la doctora se encuentra en La Paz, y los dos auxiliares de enfermería se hallan haciendo campa-

ña de salubridad en la escuela—. Se trata de un hombre fuerte y alto, para la estatura media común de la zona, y tiene las señales en los músculos de sus brazos, bastante desarrollados, de haber sido fuerte y duro trabajador. Interrumpimos la entrevista y le acompaño en su quehacer. Don Mario me cuenta que es un señor que está desnutrido, que casi no come nada, y que cada año, cuando viaja a La Paz, compra allí y se trae sus sueros (que compra en una farmacia o quizás en el propio mercado callejero de La Paz, donde también recuerdo haber visto que los venden). En concreto se ha traído una gran bolsa de suero de plástico negro. Don Mario lo lleva a una de las salas de internación, lo tumba en una de cuatro camas con las que cuenta el edificio (me comenta que tienen frazadas, pero no sábanas), y de forma muy parsimoniosa hace los preparativos pertinentes para inyectarle, por vía intravenosa, la bolsa de suero [Véase Figura nº 4]. El señor Quispe, sin protestar, cierra los ojos como con un gesto de placer y resignación al tiempo, de abandono de su maltrecho y desnutrido cuerpo a las bondades y poder del suero, y de una singular —por reapropiada y utilizada de forma individual en función de percepciones e intereses individuales concretos—, tecnología de rehidratación de la medicina occidental o biomedicina.

¿Qué pasa, por ejemplo, cuando un centro de salud consigue un ecógrafo para realizar los controles prenatales, donde además la doctora tiene una presencia continua en dicho puesto médico? Pues que las auxiliares de enfermería, que tienen alrededor de 10 años de experiencia, y han sido capacitadas y han aprendido de médicos el manejo de dicha tecnología, son las que lo manejan y saben interpretar los datos del monitor, y que la doctora que trabaja en ese momento allí lo utiliza ocasionalmente pero sin que ni las pacientes, ni las auxiliares de enfermería depositen su confianza en lo que pueda interpretar o decir tras la monitorización<sup>25</sup>.

Algunos médicos que fueron mis interlocutores, a partir de su experiencia de “provincia”, son perfectamente conscientes del papel clave que juegan los auxiliares de enfermería, y también los RPS (Responsables Populares de Salud) en cualquier intento de llevar la salud a los comuneros indígenas en contextos rurales.

El doctor Ivan Urquieta, en su año de provincia en Pacajes, altiplano aymara, en la frontera con Chile y Perú, me comentaba su experiencia de que los comuneros le “ninguneaban”, al confiar y acudir más al auxiliar de enfermería —también llamados “enfermeros”, aunque estos no tengan una licenciatura en Enfermería—, que era el que realizaba más medicina convencional en dicha posta médica<sup>26</sup>. En este sentido, ante mi pregunta si le parecía mejor el nuevo programa de las BRISAS (Brigadas Móviles de Salud) o el tradicional sistema de postas médicas, el doctor Juan Carlos Arraya resaltaba el papel central de los auxiliares de enfermería, y en qué línea deberían ir los esfuerzos:

“Lo mismo puede ser, mucho más impacto habría si ponen dos auxiliares [de enfermería] más, sin vagoneta, sin camión, sin nada, dos auxiliares más. Donde hay uno, que pongan dos más, entonces con eso hace usted muchas más cosas que con una vagoneta, una camioneta... Porque tienen mucho más alcance y están permanentemente ahí. Su sueldo es más bajo, pero además es permanente, porque están ahí pendiente en la comunidad de qué es lo que pasa ahí... Un auxiliar es un profesional, ha pasado cursos y tiene experiencia... seis meses, un año, entonces hay muy buenos auxiliares. Es el personal más importante que tenemos en el área rural, porque es el más estable, todo eso. Además habla más el idioma local. Pero digamos, ellos, pueden ser el mejor auxiliar, pero igual tiene que salir al mes máximo cuatro días, y esos cuatro días se queda esa comunidad, ese pueblo, sin nadie... Entonces mínimo si pones dos, mientras uno sale, el otro entra, el otro está ahí. Y si hay tres, mientras uno está en la posta, el otro dando vueltas [por las comunidades], el otro sale porque hay vacaciones anuales, o cobro de haberes [mensual], en fin, o algún cursillo. Entonces mínimo cada uno de esos auxiliares, está fuera de su área, cinco días al mes, depende de la distancia y demás.”

Este mismo interlocutor destacaba también las funciones que cumplen, y la importancia que tiene para la extensión del sistema de salud boliviano a las comunidades indígenas del medio rural, la figura de los RPS (Responsables Populares de Salud), y comentaba así el anuncio de que el Ministerio de Salud iba por primera vez a pagar su trabajo:

“Eso es otra cosa, ya salió en el periódico, ahora van a estar contratados los promotores de salud, de esa comunidad. Entonces éstos no son médicos, ni enfermeros profesionales, ni auxiliares de enfermería, sino ya de la comunidad. Es para que apoye, sea el nexo entre la comunidad y el personal de la salud. Eso ha salido en la prensa y eso está yo creo bien... Al final van a ser, por primera vez van a ser pagados, van a contar con un pequeño dinero... Porque antes, cuando se contaba con los RPS como nexos del personal de salud en la comunidad, pues iban, a pesar de que no reciben sueldo, nada. No se les pagaba nada, venían voluntarios, y además a medio tiempo, apenas venían a los cursos de capacitación, trabajaban en el campo. Ahora se les puede fortalecer un poco, bueno, tal vez, pero digamos que a mí me parece que es positivo, porque es la forma de concienciar y llegar más a las comunidades” (Dr. Juan C. Araya)

La práctica diaria de sus labores de atención en salud en estos contextos alejados y marcados por la diferencia cultural hacen de estas figuras, auxiliares de enfermería y RPS, los protagonistas y agentes “reales” de la medicina intercultural en Bolivia. Ello es debido al mantenimiento de posiciones híbridas o de “bisagra” entre al menos dos mundos y dos lógicas prácticas de enfrentar la aflicción y el mal que aquejan a sus convecinos o paisanos, con los que además de compartir su lengua, un imaginario y mundo cultural<sup>27</sup>, comparten relaciones de confianza y de respeto.

Centremos nuestra atención en dos de estas figuras, don Miguel Tejerina Canaza (Curva) y don Mario Soto (Amarete). Ambos son personas incardinadas en la estructura de cuidado de la salud de dos comunidades quechuas del área de Charazani (provincia Bautista Saavedra), y comparten el ser a la vez responsables populares de salud (RPS) y médicos tradicionales kallawayas. Los dos, por tanto, ocupan posiciones claves en la doble estructura orientada a la enfermedad y la salud en estos municipios y comunidades dependientes: la de la biomedicina occidental, y la de la medicina tradicional kallawayas. En sus posiciones, discursos y prácticas se aprecia una gran fluidez, flexibilidad y versatilidad.

Don Miguel [Véase Figura nº 5] me hablaba del modo “tradicional” en que, como kallawayas, cura la *carcacha* (sarna o sarcoptosis), enfermedad casi endémica de la zona, y casi de modo alterno pasaba a comentarme las prácticas preventivas de tipo higiénico que las gentes de la zona deberían llevar a cabo para evitarla —un derivado de su papel como RPS, y de su labor dando charlas y acciones de concienciación de la población quechua a su cargo—.

Don Mario dedica una parte de su tiempo en el centro de salud a atender y recetar a los pacientes que acuden allí —esté o no el doctor en el puesto—, y dependiendo de la “plata” que tenga el doliente, éste le recomienda un tratamiento o medicina de patente occidental (más caro, y él entiende que más rápido en su efectividad), o prescribe un tratamiento de medicina tradicional (ya sea un jarabe, un mate o una pomada), más barato y accesible, que tarda más en hacer su efecto, pero que igualmente les alivia y sana de su enfermedad.

Después del análisis y reflexión de estos materiales, creo haber detectado un problema, una fijación en la “imaginación” del escalafón jerárquico de la medicina convencional en el campo de la interculturalidad.

En las entrevistas realizadas con médicos, se tiende a tratar y clasificar mentalmente a los especialistas y expertos en medicinas tradicionales indígenas, como si de unos RPS se tratase, aunque se da el caso de que coinciden en algunas personas su doble vertiente y función (Don Miguel Tejerina, en Curva, y don Mario Soto, en Amarete, por ejemplo). Son pensados desde la perspectiva de los médicos y profesionales en salud de la medicina convencional como “colaboradores”, “auxiliares” que pueden atender partos y tratar pequeños problemas de salud, pero sobre todo identificados como útiles para detectar y referir (enviar) a las postas médicas, centros de salud u hospitales a los casos más graves (especialmente de niños).

Esta imaginación o encasillamiento taxonómico del médico tradicional (yatiri, jampiri, kallawayas, etc.) como un RPS ha tenido una influencia importante y lastra los intentos de planificar y vertebrar una auténtica medicina y hacer operativa una salud intercultural en el país. Inclusive ha pesado bastante en la redacción del Reglamento del Seguro Básico de Salud Indígena y Originario, donde se estipulan unos honorarios ínfimos y ridículos para que un médico tradicional pueda sostenerse en este oficio, sal-

vo para el capítulo de referir embarazadas de parto a hospitales, para que den a luz dentro de la estructura sanitaria convencional (10 pesos bolivianos).

De modo análogo, en el pasado, no se han contemplado unos honorarios para los RPS (Responsables Populares de Salud) que realizan su labor en las comunidades indígenas. Esta convención (la de que determinados agentes de la salud no cobren o cobren una cantidad absurda por su dedicación) se traslada también a los proyectos de medicina intercultural, donde se apuesta por el desarrollo del oficio de los médicos tradicionales, pero no se prevé y estipula unos honorarios básicos o dignos para estos especialistas terapéuticos, los mismos que acaban abandonando el proyecto al no poder mantener con su trabajo a su familia.

Quisiera acabar estas páginas con la historia de un médico superviviente a su “provincia”, que además de ahondar en la convicción de que en los contextos indígenas las relaciones de competencia, agresión y cohabitación de dos mundos y medicinas resultan siempre complicadas, puede arrojar alguna esperanza sobre la colaboración y aprendizaje mutuo que, ya en el pasado, y quién sabe si de modo más intenso en el futuro, son imprescindibles para seguir hablando de salud (sin adjetivos) y de medicina (también sin adjetivos) en la Bolivia pluricultural y mestiza.

El fragmento de entrevista que transcribo a continuación reproduce el proceso de tratamiento y curación de una neumonía que sufrió el doctor Marco Antonio Aguilar en Amarete, por un médico kallawayaya, don Fernando, después del abandono a su suerte por parte de la estructura y personal del Ministerio de Salud, y de los de los miembros de la ONG que estaba asentada allí, *Los Amigos de Francia en Amarete* -alegando que no disponían de dinero para gasolina para evacuarlo en su transporte y acercarlo a un hospital-. Así me lo contó:

“Don Fernando me trató como si fuera su criado, hasta que yo me enfermé... De neumonía, neumonía... Estaba tan asustado, estaba tan muerto de miedo que creía que tenía tuberculosis. ¡Putá!, creía que tenía tuberculosis porque empecé a toser, y botaba sangre. ¡Putá!, eso es tuberculosis, es tuberculosis...! O sea, que en vez de ayudarme, me han atemorizado, ¡me han jodido la vida! ¡No ha sido nada grato estar en Amarete! Había pasado ese asunto y don Fernando fue la única persona, porque los de la ONG que te comenté, naca la periñaca, ni se metieron: ‘¿Está enfermo? ¡Ah, que vaya a la Paz!’ ‘¿Pero lo saquemos en la movilidad?’ ‘¡Ah; no, no tenemos para gasolina!’ ¡Hijos de puta!, yo enfermo ahí... Y pues, el don Fernando, hizo algo que nunca pensé que podía hacer. Me empezó a preparar un medicamento. Empezó a hacerme en sus cosas, él ya había sofisticado su conocimiento, ya hacía pomadas, envases, sobre todo a eucalipto, a pino, a cedrón, a manzanilla, que son casi las hierbas que con más frecuencia se utilizan para preparar ungüentos. Me empezó un día, que estaba ya ardiendo en fiebre, tenía 39 grados en fiebre y malísimo. Primero que no había quién me cocine la comida, no había nadie que me dé... Y tampoco tenía nada de ganas de comer, para nada. Entonces llegó y me trajo un plato de sopa, no sabía ni qué era pero, el viejo, ¿sabes que le echó? Se había levantado temprano, temprano, y como allá es montaña y es deshiele, había ido al deshiele y me había cazado dos truchas. Con la trucha me hizo una sopa, la otra me la hizo asada, una trucha asada, yo no sabía, ¿no? ‘¡Ya comé eso, comé!’ Y me dijo algo que nunca me voy a olvidar. ‘Si no comes, vas a morir’. Yo: ‘¡No, no quiero mooorirrr!’ Estaba aterrorizado ahí... Y me metió amor a la vida, con miedo a la muerte, ¿no? Y ya yo comía, pero me dolía la espalda, me dolía la cabeza, y empezó a friccionarme con un ungüento los pies, color tierra. No me había lavado los pies una semana y media, mis pies apestaban. ¡Estaba sucio, estaba cochino, descuidado! Estaba hecho un vagabundo... Él vino y me empezó a friccionar. ‘¡Pucha, tus pies están sucios!’ ‘Sí, disculpe, don Fernando.’ ‘No importa’, y mis pies mugrientos, el viejo me empezó a poner el ungüento, y mágicamente no sé qué tenía, me hizo tomar otro vaso, de una hierba seca, se llama ‘amor seco’, que me bajó la fiebre, y me dormí. Me dormí, me había dormido como ¡así seco! Estuve sin despertar como un día entero... Y ¡aaayyy! Me levanto, pero ya me levanto mejor, me levanto con más ganas, me levanto con más ánimo. ‘Don Fernando...’, y había estado allí sentado el viejo. ‘Comida, comé...’ He tomado sopa de papa, sólo papas, nada más que papas, con un pedazo de grasa, y comiendo pero ¡con ganas! Claro, hidratarme y todo aquello. No me importaba tanto la calidad de la comida sino el sabor, sentía el sabor a la comida ‘No lamentos’. Y me echó. ‘Te estás enfermado, tienes que irte de Amarete’. A todo esto, los del Ministerio ¡nada!, yo llamé por radio: ‘Estoy enfermo, por favor’. ‘Sí, ahora va a salir una comi-

sión de supervisión a visitarle.’ ‘Sí, ya va a salir una comisión de supervisión a ver qué pasa’, o ‘No hay movilidades, el camino está destrozado’. ‘Por favor, necesito apoyo...’ ‘Baje a Charazani, desde Charazani es más fácil...’ ¡Putá, bajar en moto, no, era suicidio! Porque el camino era así, ¡un serpenteado de tierra! que más parecía el camino de la muerte que mi escapada de Amarete. Entonces dije: ‘¡Esta gente del Ministerio de Salud, pues no me va a dar una mano, son unos hijos de su madre!’ Entonces seguí con el Fernando, y ahí el Fernando me empezó a enseñar, ¿sabes la forma en que me explicó la enfermedad? Él me dijo: ‘Aquí la gente no te quiere, Marco, y te han embrujado’. El pensamiento que tenía, ¿no? Yo no creo que era eso, porque fumaba mucho y comía poco, comía mal, dormía mal, y eso fue lo que me enfermó a mí, ¿no? Pero él me dio la explicación. ‘Te han embrujado. Entonces para que tú te sanes, yo tengo que curarte’, me dijo. Para curarte en el pueblo, ahorita vamos a hacer, vámonos a ir a mi casa, él me llevó a su choza ¡Putá en su choza, casi me mata el viejo! Claro, porque en su choza, porque empezó a hacer ¡una humareda de yerbas, un vapor por aquí! Y me daba con unos palitos ¡fuerte, fuerte!, me estaba exorcizando, me estaba exorcizando, me estaba tratando de eliminar la enfermedad de mi vida. Y yo decía: ‘¿Pero qué es esto? ¿Qué estás haciendo?’ ¡Aaayyy!, en ese medio tan, no sé, tan lleno de brujería... Porque a Amarete le dicen la cuna de los brujos, ¡todos brujos, todos brujos, todos brujos! El alcalde brujo, su ayudante, brujo; el portero, brujo; el enfermero, brujo; las señoras que cuidaban a las que daban a luz, brujas, ¡todos brujos!, ¡todos haciendo maldades, todos amarrando a la gente! Tomaban su ropa, cortaban de ella, y así como en el África haciendo... No llegando a hacer muñecos ni nada, pero con tus cosas haciendo nudos, y trataban de embromarte la vida. Y en ese lugar, ¿quién diría que podía todas esas cosas sucederme?... Yo ya estaba como seis meses, a todo eso. Y él me dijo: ‘Oye ¿cómo tú puedes soportar seis meses?, pocas personas han aguantado tanto tiempo. Porque si este puesto es lindo y es bonito, pero quiere la gente que sea este hospital, no quiere que sea hospital, quiere que sea escuela, quiere que sea colegio.’”

## Notas

- 1 Mantengo una profunda deuda de gratitud por la confianza y apoyo que me fueron brindados por los miembros de la “tribu sanitaria” con los que trabajé: sólo espero haber sabido reflejar, de forma respetuosa, algo de nuestras conversaciones, sus ideas y fragmentos vitales sobre su labor en Bolivia. Ni en mis mejores sueños hubiera podido imaginar un apoyo incondicional tan espléndido como el que recibí por BolHispania (la sede de la Agencia Española de Cooperación Internacional en La Paz), en España, por lo que agradezco sinceramente al doctor José Luis Baixeras Divar –Coordinador del Área de Salud– y a la ingeniera María Ángeles Muñoz García –técnica del Programa Araucaria– la oportunidad que me brindaron al acompañarles, así como sus consideraciones y tolerancia ante mis preguntas e intromisiones. Este humilde antropólogo español quiere darles las gracias muy especialmente al doctor Juan Carlos Arraya por su escepticismo crítico acerado; al doctor Marco Antonio Aguilar por abrirme las cicatrices y la dignidad de su oficio, y al doctor Janko Jorge Molina por su paseo etnográfico por la medicina occidental en La Paz, sus útiles y sutiles orientaciones, y su amistad. Sin su tiempo y ayuda, las siguientes páginas no hubieran visto nunca la luz. A Gerardo Fernández le debo la posibilidad de trabajar en Bolivia y el bautizo andino de un etnógrafo de tierra caliente, así como la oportunidad de complicarme la existencia y crecer como antropólogo. Sin razón aparente, mis colegas y compañeras de proyecto, Luisa Abad y Maite Caramés, me transmitieron en todo momento la idea de que yo podía llevar a cabo este extraño trabajo de campo, y sacar algo en claro que pudiera resultar de interés: espero no haber defraudado su confianza y expectativas.
- 2 Este texto tiene como precedentes dos excelentes trabajos pioneros de mis compañeros del equipo de investigación. Véase Fernández Juárez (1999) y Abad González (2001).
- 3 Como resumen de las tareas realizadas durante este trabajo de campo etnográfico, cabe reseñar que se han realizado 20 entrevistas en profundidad –que suman más de 25 horas de grabación– a profesionales/proveedores de salud en ámbitos de medicina convencional (biomedicina) boliviana, y con experiencia directa en el tratamiento de poblaciones indígenas. En concreto, a 10 médicos-cirujanos, 2 odontólogos, 1 enfermera, 3 auxiliares de enfermería, 1 trabajadora social y 1 jefe de personal de hospitales, 2 facilitadores culturales (quechuas), 1 trabajador manual de hospital/médico tradicional kallawayá y 1 responsable popular de salud (RPS)/médico tradicional kallawayá. Además, mantuve reuniones y entrevistas no grabadas con el Dr. Huascar Pacheco (Director de la Carrera de Medicina de la UMSA); el Dr. Antonio Canaviri, Vicepresidente del Colegio de Médicos de La Paz; la Dra. Alicia Aliaga, Asesora en temas de Salud y Género de la CSUTCB y Consultora externa de la OPS; la Dra. María Angélica Gomes (OPS en Bolivia), Asesora en Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, y el Maestro Iván Castellón, Coordinador del Postgrado en Salud Intercultural Willaqkuna (Potosí).

- 4 O sea, que todos teníamos que ir sí o sí, y estábamos de alguna forma liberados para pagar algunos impuestos de especialidad o de habilitación a nivel nacional. El Título en Provisión Nacional, para tenerlo, tienes que haber hecho la 'Provincia'. Y otros que tenían a mano como 2. 000 o 3. 000 dólares, que costaba la 'liberación' esa vez, pues la liberaban, o sea, pagaban y no hacían nada. Pero esa situación era de desventaja, porque supuestamente todos los universitarios debíamos de tener las mismas opciones, y otros tenían muchas más facilidades que algunos. De todas formas, los que íbamos a la provincia estábamos de alguna forma... estigmatizados, como gente que quería un cambio social, o que quería, digamos, proyectarse, en lo que es la situación de descubrir la realidad de Bolivia. (Dr. Marco Antonio Aguilar, refiriéndose a su provincia en el año 1990-91).
- 5 Resulta chocante y algo paradójico el que a sólo unos pocos kilómetros de Charazani, y bajo su misma influencia de la medicina tradicional kallawayaya, apenas diez años después de la "provincia" realizada por el Dr. Juan Carlos Arraya, este informante viviera su experiencia como un rotundo fracaso. En buena medida, es consciente de la mínima influencia que la medicina occidental había tenido en Amarete, del escaso número de casos y pacientes que tuvo que atender, y cómo en su ejercicio como médico no había hecho prácticamente medicina, sino había desarrollado un papel social en dicha comunidad: *No tenía muchas consultas... dos, tres, cinco. En los buenos tiempos ya llegué hasta siete, ocho, diez consultas. Pero un médico de diez consultas al día, pues no hace medicina; ¿no? Más conversaba con la gente, más conversaba de sus problemas, me hablaban de sus cosechas, me hablaban de sus necesidades del momento: que quisieran tener plata, o que hacer un viaje a la ciudad, o que sus hijos viajen a la ciudad, aprendan a manejar un auto, y vuelvan con un camión, ese es el gran sueño de ellos. Pero no vi yo mucho interés.*
- 6 En las entrevistas con los profesionales de salud, al preguntarles acerca de con qué medios de transportes contaron durante su "provincia" para cubrir la atención médica de las comunidades que estaban bajo su responsabilidad, la mayor parte de mis interlocutores enfatizaban la precariedad de los mismos. Algunos tenían que desplazarse caminando, exclusivamente. Los más disponían de una motocicleta, y los menos contaron con algún automóvil, camioneta o ambulancia, aunque todos resaltaban que a veces no podían utilizarlas por falta de gasolina. El Dr. Pedro Mamani, médico de Curva, consideraba, como la principal carencia en la posta médica en la que trabajaba, la ausencia de transporte: solicitaba aunque fuera una bicicleta (ya que no disponían de ella), para poder viajar con mayor rapidez a las 11 comunidades a las que atendía, alguna de ellas a día y medio de camino a pie.
- 7 Otro de los tópicos acerca de la salud intercultural, en este caso quizás más claro, que parece existir, al menos entre los profesionales de la salud bolivianos, tiene que ver con la creencia de que la similitud fisiológica ("racial") entre médico-paciente facilita la comunicación/atención sanitaria (tanto la confianza, como la afluencia y utilización de los servicios médicos convencionales). El doctor Jorge Molina señalaba que la menor mortalidad infantil de toda Bolivia se da en la zona de Santa Cruz de la Sierra y aledaños, y que esto era explicable porque allí la gente acude mucho más a los hospitales y postas médicas, porque fisiológicamente son más parecidos y similares los pacientes cruzeños a los médicos y personal sanitario que los atiende.
- 8 Este tipo de demanda no sólo se circunscribe a las necesidades y contexto de las grandes ciudades; como El Alto o La Paz, sino que pude identificarla también en pequeños municipios indígenas alejados de las radiaciones urbanas. Don Mario Soto, anterior portero, y ahora trabajador manual del Centro de Salud de Amarete, y médico kallawayaya (al mismo tiempo), me reiteraba la necesidad de cursos de capacitación y de profundización, tanto para aprender medicina tradicional kallawayaya (impartidos por la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional, SOBOMETRA, liderada por Walter Álvarez), como para aprender medicina occidental –en especial a conocer medicinas de patente y a recetar tratamientos en función de las dolencias del paciente–: *Sería bueno que en esta posta un kallawayaya tuviera puesto, porque según, como le digo, que se trata con eso, en eso estamos, pues como yo traigo y el consejo en ése, pues están tomando la receta. Algunos que no tienen plata, entonces algo más barato le sale así con medicina tradicional porque por aquí no nomás existen medicinas. Sería bueno hacer para profundizarse, para saber más mejor hasta qué punto con medicina tradicional te conviene las bolsitas, más cursos... Más capacitación... Sería bueno hablar, contactarse con el doctor Walter Álvarez, de Sobometra... Él dispone así de otras ayudas, de otras instituciones para comprar cuadernos, hacer cursillos, para gasolina, para todo... Entonces yo quisiera que interesen más así para profundizarse, hacer culminar todos los trabajos. Y puede él bien, porque es un sabio también, según que he visto yerbas aquí y medicinas más, y no solamente hay que verlas, para los toses cómo éste [modo de medicina occidental], científica, hace también programas que nosotros utilizamos yerbas nuestras, cualquier cantidad. Insisto, hay que, es necesario profundizarse, según que yo veo, jarabe que hemos hecho también, a eso me refiero, pomada igual para el reumatismo, para sarcoptosis... Entonces nosotros necesitamos así libros, para más profundizarse, para tener más confianza. La gente claro tiene confianza con nosotros, tiene confianza en la medicina tradicional... Por eso vienen siempre a preguntarte, pero no tenemos puesto, ¿cómo cuánto vamos a cobrar?...*
- 9 En Bolivia no existe un seguro médico de cobertura universal para sus habitantes. Un gran avance, implementado y consolidado hace pocos años, ha sido el Seguro Básico de Salud (también conocido coloquialmente como Seguro Materno-Infantil), que garantiza la cobertura de 92 prestaciones a los niños menores de 5 años y a las madres en período de embarazo y la atención médica en el parto, en aquellos centros médicos y hospitales concertados con el Ministerio de Salud a tal efecto.

- 10 Una de las críticas más atinadas e informada, en este sentido, la realizaba Don Alberto Camaque, facilitador cultural y responsable de la Oficina de Atención Intercultural *Willaqkuna* del hospital Daniel Bracamonte (Potosí), y presidente de la “Organización de médicos tradicionales de Potosí”: *El año pasado ha salido una resolución ministerial con respecto al Seguro Básico Indígena, y este Seguro Básico Indígena está bien, pero falta, digamos, fortalecerlo, porque hay muchas cositas que contradicen, y en eso no estamos de acuerdo... Con el documento hacen, subordinar al jampiri, porque ahí pide que tú estés registrado en la SEDES, y el tratamiento, las plantas que va a utilizar también tiene su registro que hay que cancelar. Entonces para mí no es justo cómo un curandero va a tener que cancelar por tratamiento, la planta que va a utilizar, pagar por la planta, eso para mí es llevar una patente, está patentando. Y después de que un curandero que trabaja tiene que estar supervisado por un médico académico, eso no es justo, cuando no conoce esta cosa de la medicina tradicional, no conoce cuál es, por ejemplo, qué medicamentos le va a dar para una tos o bronquitis, cómo se le va a utilizar.*
- 11 El doctor Juan Carlos Arraya en más de una ocasión me reiteraba su convencimiento de que esto de la interculturalidad en medicina y del Seguro Básico Indígena, formaba parte de una moda que inició el anterior gobierno (años atrás), y que en la actualidad se continuaba utilizando de forma demagógica. Se mostraba bastante cauteloso con respecto a sus resultados y aplicaciones prácticas en la realidad cotidiana de la gente indígena.
- 12 Para profundizar en una etnografía de la medicina tradicional kallawayaya, véase la monografía *Los Kallawayas. Medicina Indígena en los Andes Bolivianos*, de Gerardo Fernández Juárez (1998).
- 13 El Dr. Juan Carlos Arraya, cuestionaba este consenso sobre la efectividad y poder de la medicina tradicional kallawayaya, a partir de su experiencia como médico en su “año de provincia” en el hospital de Charazani, a principios de los años ochenta del pasado siglo: *Estadísticamente yo me encuentro y hago una evaluación entre las dos medicinas [occidental y kallawayaya], o sea, digamos que efectividades de esa época, y la otra medicina era peor que la nuestra. No cien por ciento, pero sí llegamos a resolver un 60 por ciento de las patologías, digamos, y la medicina tradicional llegaba a resolver un 5 por ciento ¡máximo!, desde esa medida hay que rescatarla. No demagógicamente puedes anunciar que cura el SIDA, cáncer y muchos charlatanes, y alguno de los más famosos también vienen aquí en La Paz. Kallawayas anuncian que curan todo, ¿no?, mezclan las dos medicinas obviamente, pero digamos que curan todo. Si me dicen que van a curar, hasta el cáncer curan, no pues cállate la boca y no engañes al paciente, y esa medida hay que rescatar. Y nada más, sirve pero hay que rescatar el cinco por ciento. Y tenía muchos casos.*
- 14 Para una profundización en este concepto, véase el clásico artículo de Levi-Strauss (1968: 168-185), y para una crítica y reformulación del mismo, véase el trabajo de Taussig (1995: 191-232).
- 15 Hasta el punto de que el nombre de la organización local de los médicos tradicionales kallawayas es *Capital Curva, Cuna de la Medicina Kallawayaya*, según me informaba su secretario y vicepresidente, don Miguel Tejerina Canaza.
- 16 *Salud Intercultural Kallawayaya. Médicos Tradicionales Indígenas. El Programa de Salud de la Cooperación Española en Bolivia ha desarrollado en la localidad de Curva una experiencia en la que se hermana la medicina convencional o moderna con la tradicional, también llamada kallawayaya, propia de la cultura quechua de la zona, sintetizándose así dos culturas a través de las prácticas medicinales. Se trata de un centro de salud en el que conviven las dos medicinas. Esta iniciativa surge de la demanda que presentan las propias comunidades. Se complementa con acciones educativas y formativas sobre medicina kallawayaya y la creación de un jardín botánico con especies vegetales utilizadas por estos médicos tradicionales naturales.*
- Siguiendo esta línea de actuación, se dota a la localidad de una red de alcantarillado y recogida de aguas residuales, empleando los sistemas más actualizados y respetuosos con el medioambiente, mejorando de esta forma las condiciones de salubridad de los habitantes. Folleto de la AECI/Embajada de España en Bolivia, editado en 2002, titulado: La Cooperación Española en Apolobamba. Un enfoque integral de desarrollo.*
- 17 Según el Folleto de la AECI/Embajada de España en Bolivia, editado en 2003, *Centro de Salud Hospital Kallawayaya Boliviano-Español Curva Shoquena Husi. Un enfoque integral de desarrollo. La Paz-Bolivia.*
- 18 *Al norte paceño hay un área de manejo que aún espera explotar el turismo... Sobre la flora, el concepto de variedad se queda corto, pues éste es el centro de actividad de los kallawayaya, médicos andinos que por siglos explotan las cualidades medicinales de las plantas.*
- Otro objetivo del área protegida, que completa las 16 que hay en Bolivia, es que los habitantes se beneficien de los recursos de la naturaleza, por ejemplo, a través del turismo. Por ahora no hay una actividad organizada en este campo. Los visitantes llegan por cuenta propia para encontrarse con un sitio de paisajes exquisitos –naturales como los creados por el hombre, aunque algunos de los pueblos van cambiando su arquitectura por el ladrillo y la calamina–, aguas termales –Puthina, en Charazani, tiene una piscina que se puede usar todo el día a cambio de 3 bolivianos–, un hospital kallawayaya en Curva y otros tantos. A diario parten los buses desde La Paz (zona El Tejar). Alojamiento y comida adecuados son aún una limitante (“Apolobamba, un mosaico de flora y fauna”, LA RAZÓN, 9-diciembre-2003, La Paz).*
- 19 *El sueño lo acarician los indígenas desde hace años. En la provincia Bautista Saavedra, segunda Sección Curva, se levanta algo así como el centro de la medicina kallawayaya y eso es lo que quieren explotar las 445 familias que viven allí. Ahora está en busca de financiamiento para crear la infraestructura del que será el Centro de Farmacopea Nativa Andina. También quieren encontrar asesoramiento técnico para la producción sostenible de plantas medicinales, la elaboración correcta, presentación y comercialización de éstas.*

- Incluso ya pensaron en su línea de productos que comprendería polvos e infusiones que se podrían vender en cajas de 100 unidades. Pomadas que se distribuirían en envases de 20 gramos, jarabes para todo tipo de enfermedades con la infalible receta de la abuela. Los beneficios serían de 109. 93 dólares por familia. (Los kallawayas buscan capital y mercado para sus medicinas, Suplemento dominical de LA RAZÓN, 6-octubre-2002, -Ecoturismo-, p. C-7).
- 20 La medicina tradicional o alternativa también forma parte de la oferta turística. Los kallawayas, curanderos itinerantes, son fieles conocedores de un sinnúmero de plantas cuyas propiedades curativas se ponen a prueba todo el tiempo con resultados exitosos. Ese conocimiento de los pueblos andinos está especialmente enraizado en la comunidad de Curva, al norte de La Paz (“Mapa Referencial de la Ciudad de La Paz”, 2001, editado por concejalía o departamento de Turismo de la Alcaldía de la Paz).
- 21 En este caso anunciando un espectáculo musical en La Paz, de un grupo *Alaxpacha* que comienza su actuación escenificando un ritual de cura del mal de ajayu: *Un niño con mal de ajayu es curado por un médico aymara. Una ceremonia y cientos de espectadores son transportados a un mundo donde lo invisible cobra vida. Mientras el ‘Jabjaska’ (la sanación del ánimo) se está llevando a cabo, las melodías de Khantus, moceños y sikuris flotan en el aire, provenientes de Alaxpacha –el cosmos, el mundo de arriba. Así se llama el grupo que presentó los conciertos del 4 y 5 de abril, y que se despiden hoy a las 19. 30 horas en la Casa de la Cultura, de La Paz. (‘Alaxpacha cura el mal de ajayu. Un recital que trae magia y tradición’. Suplemento “Qué hacer”, LA RAZÓN, 6-13 abril de 2002, p. 22).*
- 22 Así impulsaba este reconocimiento internacional un editorial de prensa boliviano en 2002: *La tradición cultural kallawayaya entraña una invaluable sabiduría que no sólo constituye un importante servicio para las comunidades campesinas andinas, cuyos miembros recurren a ella como principal fuente de atención en salud, sino que a la vez representa un importante testimonio de la tradición oral de nuestros pueblos. Por ello, resulta encomiable que se la rescate e impulse a través de un reconocimiento internacional (‘La cultura kallawayaya’, LA RAZÓN, -Editorial-, miércoles 16 de octubre de 2002, A5). Y de este modo se reseñaba la entrega del título de la UNESCO, a finales de 2003, a los representantes de las comunidades kallawayas, y la celebración posterior: *Con pétalos de flores y mucha, pero mucha música, cada una de las comunidades kallawayaya de la provincia Bautista Saavedra salió a recibir a los portadores del anhelado testimonio escrito y enmarcado. Ahora no hay duda: Lo dice la UNESCO que así sella años de lucha en pos del reconocimiento a una forma de concebir el mundo y de recurrir a la naturaleza para sanar cuerpos y almas (‘Los kallawayas celebraron el ser universales’, Quechua Network –www. quechuanetwork. org–, 5-12-2003).**
- 23 Alberto Camaque, facilitador cultural y responsable de la Oficina de Atención Intercultural *Willaqkuna* del Hospital Daniel Bracamonte de Potosí, y a su vez presidente de la “Organización de Médicos Tradicionales de Potosí”. Potosí califica de *naturistas de ciudad* (categoría nativa en este campo de la medicina intercultural) a los dizque kallawayas y médicos tradicionales que trabajan con población urbana, aplicando esta categoría de modo especial a los kallawayas de SOBOMETRA.
- 24 Al comentarme que había trabajado como RPS –promotor de salud– por las comunidades, don Mario decía: *Y de paso a mí me han regalado un libro, Donde no hay doctor. Interesante... ahora mismo tengo, ya está viejito, de usarlo, yo me he servido mucho y he aprendido todo. Entonces, tengo también un libro que Donde no hay dentista, todo eso también tengo. Entonces eso mismo, con eso mismo yo voy a darle charlas a mis zonas y en las comunidades, recién a poquito han reflexionado, se han hecho controles y todo, todo. Ahora tienen el Seguro Básico y todo, entonces ya todo va mejor”.*
- 25 Cleo Alaru, auxiliar de enfermería que trabajaba desde hace 12 años en el centro de salud de Qorpa, municipio aymará del Cantón de Jesús de Machaqa, Departamento de La Paz, se refería a quienes saben realizar las ecografías en su puesto médico (con un ecógrafo donado por la UCLM en el pasado), ella misma y su compañera auxiliar de enfermería Pancha: *“cografías sí, hay ecografía pero no saben quién maneja... Nosotros con la Pancha y yo nomás vamos manejando para saberlo... Sí, nosotras solas, cómo está la posición, más que todo le vemos. La cabecita también, el doctor Rubén, Jorge nos ha enseñado también, y le aprendimos tan bien... Sí, el Gerardo ha conseguido y está funcionando. Dile que nosotros no estamos manejando, tampoco no podemos engañar a un paciente, la doctora dice que sabe manejar, entonces no podemos decir tampoco, pues la doctora no maneja bien. Entonces... lo hacemos nosotras... Pero a ella le damos, le dejamos también, ella ve también, puede apretar.*
- 26 *Incluso yo tenía problemas con el enfermero, por no entender que siendo un auxiliar de enfermería, claro que era del lugar, era del lugar, tenían más confianza en él que en el mismo médico. El médico se termina acabando, pero él ya estaba unos diez años trabajando. Para hacerle poner una inyección a un niño, ¡no me buscaban a mí, le buscaban a él! Entonces ese tipo de problemas, por eso digo, la gente es más cerrada... (Dr. Ivan Urquieta).*
- 27 Una de las auxiliares de enfermería entrevistadas, D<sup>a</sup>. Natividad Huayllpa Condori, de la provincia Omasuyos, y destinada en el centro de salud de Amarete, me relataba cómo había sido atacada por la figura del *Kharisiri* (una entidad espiritual que busca apropiarse de la grasa y sangre de la víctima), y cómo pudo recuperarse mediante la actuación y tratamiento ritual estipulado para dicho caso, por un médico tradicional aymara, un yatiri.



Fig. 1 Mural de las dos medicinas en Bolivia. Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA). La Paz.



Fig. 2 Cartel de consultorio kallawayá. Carretera de Charazani a Curva, Provincia Bautista Saavedra, Departamento de La Paz.



210

Fig. 3. Fachada y puerta principal del Centro de Salud de Amarete, Provincia Bautista Saavedra, Departamento de La Paz.



Fig. 4 Don Mario Soto Tapajic colocando suero a un amareteño, Centro de Salud de Amarete, Provincia Bautista Saavedra.



Fig. 5 Don Miguel Tejerina Canaza, médico tradicional kallawayaya y responsable popular de salud (RPS), Alcaldía de San Pedro de Curva, Provincia Bautista Saavedra.

## Bibliografía

- ABAD GONZÁLEZ, Luisa  
2001 "Salud intercultural y pueblos indígenas", VIII Encuentro de Latinoamericanistas. Actas digitales en CD-ROM, Casa de América, Madrid.
- COSTA ARDUZ, Rolando  
1997 *Monografía de la Provincia Saavedra*, Prefectura del Departamento de La Paz, La Paz.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo  
1998 *Los Kallawayas. Medicina Indígena en los Andes Bolivianos*, Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo  
1999 *Médicos y yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara*, Ministerio de Salud y Previsión Social-CIPCA-ESA, La Paz.
- LEVI-STRAUSS, Claude  
1968 "La eficacia simbólica", *Antropología estructural* (Claude Levi-Strauss), pp. 168-185, Eudeba, Buenos Aires.

RANCE, Susanna

1999 *Trato humano y educación médica: Investigación-Acción con estudiantes y docentes de la Carrera de Medicina, UMSA, La Paz*, Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, La Paz.

TAUSSIG, Michael

1995 “La nostalgia y el dadá”, *Un gigante en convulsiones* (Michael Taussig), pp. 191-232, Gedisa, Barcelona.

ZALLES ASIN, Jaime

2002 *La medicina tradicional boliviana y su cronología*, <http://members.tripod.com/~jimzall/CRONOLOGIA-2>.

# LA CORTE MÉDICA EN EL ESPIRITISMO VENEZOLANO

---

Encuentros y desencuentros entre  
la biomedicina y la cura mística

*Francisco Ferrándiz*  
Universidad de Deusto  
España



Se ha querido muchas veces establecer identidad entre estos estados histéricos y los fenómenos de la oración sobrenatural. En particular el éxtasis de los santos se ha considerado como éxtasis histórico; todos los autores místicos, y principalmente Santa Teresa, han sido definitivamente colocados entre los histéricos, por los que admiten esa identidad.

Pero todo aquel que quiera estudiar serenamente y de una manera científica el histerismo, y que estudie además del mismo modo la psicología de los santos, encontrará de seguro tal semejanza entre ellos, que forzosamente tendrá que establecer una conclusión contraria a dicha identidad, la cual sólo puede admitirse por los que no tienen conocimiento alguno del histerismo o de los éxtasis de los santos.

En efecto, los histéricos son enfermos que presentan, además de los síntomas propios de su enfermedad, ciertos estigmas en su ser moral y físico que son característicos del fondo o terreno indispensable para el desarrollo de la neurosis. Son irritables, veleidosos, apasionados; gustan de ser un espectáculo para los circunstantes, porque su afán constante es llamar la atención. Son pusilánimes, carecen por completo de energía física y moral; a veces son astutos, inclinados a mentir y tercios.

Sus facultades cognitivas son muy limitadas; son incapaces de ningún esfuerzo sostenido de la voluntad, e incapaces también de reflexión, y presentan las señales de una agobiadora inferioridad intelectual, sobre todo aquéllos que han llegado a los estados extáticos, los cuales, al establecerse definitivamente, acaban con la inteligencia del enfermo que cae por fin en el idiotismo (...).

Contemplemos ahora el grandioso espectáculo de la vida de los santos, y escojamos a Santa Teresa de Jesús como el caso más conveniente para este fin, porque es ella la que con más frecuencia ha sido clasificada como enferma de histerismo (...).

A los cuarenta años fue agraciada con la oración sobrenatural, y entonces tuvo los éxtasis. Durante ellos nada de aparatoso; ni convulsiones, ni posiciones teatrales, ni estados tetánicos, ni alucinaciones.

Los que tuvieron ocasión de verla en esos momentos, se sentían sobrecogidos de respeto y admiración, al ver la serenidad y el embellecimiento de sus facciones, y el recogimiento y la modestia de toda su persona (...).

No existe, pues, ninguna identidad, ni siquiera la más leve entre los llamados éxtasis histéricos y los verdaderos éxtasis de los Santos, que consisten en un arrobamiento de las facultades intelectuales, producido por la contemplación sobrenatural; el confundirlos es indicar de una manera cierta que no se conoce suficientemente alguno de los dos estados.

José Gregorio Hernández, *Elementos de Filosofía*

### **Vida, y más allá, de José Gregorio Hernández**

Resulta asombrosa la forma en la que estas páginas del fallecido doctor José Gregorio Hernández, publicadas en 1912, anticipan algunos de los elementos de su impacto en la Venezuela contemporánea, especialmente en el seno del culto de María Lionza. El destino es en ocasiones travieso. O quizá no lo es. Lo que José Gregorio no podía prever era que su memoria, difuminada sin fin en leyendas, curas milagrosas, sueños, videncias y un estilo de posesión espiritista idiosincrásico, se convertiría con el tiempo en un dinámico espacio de hibridación entre terapéuticas y representaciones biomédicas y místicas, en el centro de todo un flujo de transacciones entre formas hegemónicas y subalternas de definir y tratar la enfermedad. De este modo, las reflexiones de José Gregorio sobre la legitimidad o patología del trance, su interés por aprehender científicamente los estados de conciencia alterada bajo el epígrafe de “psicología aplicada”, cubren con una pátina irónica su indudable relevancia como una de las más prestigiosas entidades curativas en el catolicismo popular y en el panteón marialioncero venezolano. José Gregorio Hernández, ahora instalado en el perímetro de la santidad, continúa su meteórica carrera médica

deslizándose por aquellos cuerpos poseídos que él catalogó como *histéricos*. Es importante señalar que pese a sus peculiaridades e impacto, José Gregorio no es ni mucho menos un caso único de convergencia de imaginarios y prácticas biomédicas y populares en América Latina. En el ámbito del catolicismo popular, encontramos fenómenos semejantes en otros lugares, como es el caso del Niño Fidencio, en Nuevo León, México (Macklin y Crumrine, 1973) o el de Moreno Cañas, en Costa Rica (Low, 1988). En el campo más restringido del espiritismo, José Gregorio comparte el escenario con otros médicos ilustres –en ocasiones aún más espectaculares y polémicos en su práctica–, como el conocido Dr. Adolf Fritz, asociado al no menos famoso médium brasileño Zé Arigó (Greenfield, 1987; Hess, 1991; Sheon, 1991).

Una breve sinopsis de su vida nos ayudará a situar en el espacio y en el tiempo a este personaje tan relevante hoy en día en el imaginario y prácticas de salud y enfermedad de las clases populares venezolanas. José Gregorio Hernández nació en Isnotú, en el Estado de Trujillo, en 1864. Criado en una familia conservadora y rigurosamente católica, quiso desde pequeño convertirse en sacerdote, aunque aceptó la imposición de su padre de desarrollar su carrera en el campo de la medicina (Martín, 1983: 244)<sup>1</sup>. A los catorce años, se trasladó a Caracas para continuar sus estudios. En 1888 se graduó en Ciencias Médicas y, gracias a una beca del gobierno, se desplazó a París durante dos años. Allí se especializó en Histología Normal y Patológica, en Bacteriología y en Fisiología Experimental. En este período adquirió el equipo necesario para crear un laboratorio pionero de Fisiología y Bacteriología en la Universidad de Caracas (Carvallo, 1952: 21).

A su regreso a Caracas, en 1891, Hernández asumió las cátedras, recientemente creadas, de las especialidades que estudió en Francia. Fue el principio de veintiocho años dedicados a la docencia en la universidad. Según Domínguez, sus principales contribuciones a la medicina experimental, a cuya configuración en Venezuela contribuyó de forma relevante, fueron las siguientes: trajo el primer microscopio; introdujo la teoría de Virchow sobre la estructura de la célula y de los tejidos orgánicos; investigó por primera vez los procesos embriológicos; hizo un seguimiento científico de las etiologías de las patologías vernáculas; llevo a cabo las primeras vivisecciones; aisló el *bacillus pestus* en enfermos atacados por la peste en la epidemia de 1909; publicó estudios sobre la bilharziasis, la tuberculosis y la fiebre amarilla (1982: 246). Aunque algunos historiadores de la medicina consideran que su obra fue fundamental para el desarrollo de la investigación y el conocimiento médico en Venezuela, y llegan incluso a considerarle el “Pasteur” o “Claudio Bernard” venezolano (Núñez Ponte, 1924: 26ss.; Perera, 1951: 219; Travieso, 1968: 85-102), otros cuestionan su verdadera influencia (Archilla, 1966: 303).

Lo que nadie parece dudar, sin embargo, es su excelencia como profesor universitario y su calidad profesional como médico. Entre las características de su práctica que se consideran más idiosincrásicas puede destacarse su uso pionero de los análisis de laboratorio en búsqueda de diagnósticos más científicos, su utilización del reloj y el termómetro como instrumentos clínicos clave, y su negativa a tocar los cuerpos de los pacientes o a tratar enfermedades de origen sexual, lo que refuerza su aura de asexualidad y la cualidad cuasimística de sus hábitos médicos (Martín, 1983: 248; Margolies, 1984: 29; Cacua Prada, 1987: 42-3). En los sectores populares se ha instalado, además, la imagen de José Gregorio como caso paradigmático del médico piadoso o *médico de los pobres*, tanto en su práctica “en vida” como en su faceta de santo popular y de espíritu del panteón marialioncero.

Como colofón a su notoria devoción religiosa, José Gregorio trató de vincularse en algunos momentos de su vida con el sacerdocio y la vida monacal. Así, a los 43 años, cuando ya era un médico prestigioso, estuvo una temporada como fraile (Fray Marcelo) en el Monasterio Cartujo de Farneta, en Italia. Posteriormente, pasó una temporada en el Seminario Metropolitano de Caracas. La presión de sus estudiantes y colegas hizo que regresara a la Universidad. Finalmente, en 1913, viajó a Roma para integrarse en el Colegio Pío-Latino, de nuevo con la intención de hacerse cartujo. Algunos problemas de salud y la dureza del régimen monástico le obligaron a retornar a Caracas. En ocasiones, este compromiso religioso entró en conflicto con su trayectoria científica, tanto en términos prácticos como ideológicos. Atrapado entre una catarata de descubrimientos científicos y su fe católica, llegó a defender el crea-

cionismo frente a lo que consideraba los “peligros paganos” latentes en la teoría de la evolución de Darwin. Esta postura le llevó a participar en debates profesionales bastante agrios con algunos de sus colegas, especialmente con el Dr. Luis Razetti, del que hablaremos más adelante (Martín, 1983: 248; Domínguez, 1982: 180).

José Gregorio Hernández murió el 29 de junio de 1919 atropellado por uno de los escasos coches que circulaban entonces por las calles de Caracas, conducido por un paciente suyo. El golpe le fracturó la base del cráneo, como certificó el propio doctor Razetti. Este accidente mortal provocó una gran conmoción en la ciudad. Se decretó duelo oficial en todas las facultades de Estudios Superiores del país, y el gobierno federal gestionó el traslado del féretro al Paraninfo de la Antigua Universidad Central. Algunas tiendas y servicios cerraron en *huelga piadosa* (Domínguez, 1982: 256), comenzando así una espiral de luto que afectó a todos los sectores de la sociedad venezolana. Según algunos de los biógrafos del doctor, basados en los periódicos de la época, más de treinta mil personas se congregaron en el funeral (Margolies, 1984: 31; Fernández, 1988: 180-185) con el “corazón electrizado”, según expresión del escritor Rómulo Gallegos<sup>2</sup>. La multitud no permitió que el féretro viajara desde la Catedral hasta el cementerio en la carroza proporcionada por las autoridades. En lugar de eso, lo llevaron a hombros hasta el cementerio rodeado de una nube de antorchas, en una atmósfera muy cargada emocionalmente. “El doctor Hernández es nuestro”, llegó a gritar la multitud con pasión, según estas fuentes (Fernández, 1988: 182). Así, desde el mismo momento de su muerte, se perfila en torno a la memoria de este médico de los pobres una lucha simbólica por el control de su devoción, su carisma médico y su legitimidad terapéutica.

¿Cuáles son las circunstancias históricas, políticas, económicas, en las que emerge y se consolida el culto popular a José Gregorio Hernández? Según el antropólogo Gustavo Martín, es importante recordar que la época de José Gregorio Hernández coincide con la presidencia de Gómez y con el comienzo del verdadero desarrollo capitalista de la nación. Para este autor, es en este momento cuando las relaciones sociales y los universos simbólicos de interpretación del mundo precapitalistas se empiezan a descomponer (Martín, 1983: 256). Louise Margolies también enfatiza el hecho de que este cambio en las relaciones de producción, vinculado al desarrollo de la economía petrolera, contribuyó al movimiento masivo de la población rural hacia las zonas urbanas a partir de la década de 1930, y creó un contexto sociocultural de desarraigo y desconcierto propenso al surgimiento de nuevas expresiones de religión (1984: 14).

Al principio, el culto popular a José Gregorio cristalizó en torno a su tumba, que se convirtió rápidamente en un lugar de peregrinación. Pronto, redes de comunicación informal empezaron a diseminar historias apócrifas sobre hechos prodigiosos y curaciones milagrosas. Como en el caso de otras ánimas milagrosas, las curaciones efectuadas por José Gregorio Hernández en este contexto de devoción popular se basan en la formulación de *promesas*, contratos rituales mediante los cuales los fieles se comprometen a peregrinar a cierto lugar o fortalecer su fe en caso de que la petición, en general la curación de un daño o enfermedad, o la resolución de un problema personal, se lleve a cabo y *se interprete* como obra del santo popular (Martín, 1983: 266; Margolies, 1984: 33; 1988: 107). Pero lo más característico de José Gregorio es que su universo terapéutico y sus milagros se organizan ya desde esta época en torno a la transferencia de prácticas y rutinas biomédicas al ámbito de la cura mística, como desarrollaremos con más matices a lo largo de este capítulo. Sus actuaciones más comunes incluyen visitas y *operaciones* que tienen lugar durante el sueño del paciente. José Gregorio deja tras de sí, según incontables testimonios que durante mi trabajo de campo eran certeza para muchos de mis informantes, restos muy tangibles de su presencia, como pueden ser recetas médicas con su puño y letra, vasos con líquidos de colores, instrumentos quirúrgicos usados, o cicatrices prodigiosas.

En febrero de 1994, María Elena me contó en Caracas una experiencia familiar que recoge los elementos fundamentales de este ámbito de actuación onírico, tan característico de José Gregorio Hernández en su faceta de santo popular. Un espiritista le confirmó que los fuertes dolores de cabeza que padecía su madre no podían ser curados por los médicos (el marido de la enferma era, de hecho, médico).

El espiritista también le dijo que la causa del dolor estaba relacionada con la presencia de una cabeza de ganado que se encontraba enterrada en un lugar del jardín. María Elena me aseguró que encontraron restos de los huesos en el lugar indicado. El espiritista recomendó a María Elena que su madre se sometiera a una intervención con José Gregorio durante el sueño. El procedimiento, en el que se introducían elementos destinados a reproducir un ambiente hospitalario a pequeña escala, era el siguiente: la paciente tenía que acostarse en la cama totalmente vestida de blanco. Las sábanas tenían que ser blancas también. El espiritista le dijo a la enferma que colocara en la mesilla una serie de instrumentos médicos: un bisturí, agujas e hilo de sutura, jeringuillas y alcohol. Además, necesitaba poner junto a ellos un vaso de agua y otro de aguardiente para el doctor. María Elena durmió en la otra cama que había en la habitación, y fue instruida para guardar silencio absoluto incluso si oía ruidos extraños. Ambas quedaron profundamente dormidas. Esa noche, María Elena se despertó en una ocasión, justo a tiempo para ver, entre sueños, una “sombra blanca” desaparecer. Por la mañana encontraron los objetos que habían dejado para José Gregorio con signos de uso y, a pesar de que su madre no presentaba ninguna herida visible, su almohada tenía restos de sangre. Según el testimonio de María Elena, la dolencia de su madre mejoró radicalmente.

Con el incremento del prestigio de José Gregorio en los sectores populares, la Iglesia Católica decide intervenir. De acuerdo con la investigación que Margolies ha llevado a cabo sobre el proceso de santificación de José Gregorio, la Iglesia comenzó en 1949 un proceso de recogida de información sobre su vida y milagros (1988: 93-110). Unos años después, en 1958, las autoridades religiosas envían a Roma un corpus de documentación, abriéndose de este modo el proceso de canonización del doctor. En 1971 se aprueba el grado de *fama de santidad* de José Gregorio. En 1975, tras un incendio en su tumba y con la intención de facilitar el proceso de revisión canónica al que estaba siendo sometido, se traslada su tumba desde el Cementerio General del Sur, donde estaba enterrado, al atrio de la Iglesia de la Candelaria en Caracas (Margolies, 1984, nota 41; Pollak-Eltz, 1987: 82). Aunque en 1986 obtiene ya la categoría de *Venerable*, el camino de la santificación todavía no se ha completado. Margolies nos aporta una interesante reflexión sobre la incidencia de ese proceso en la configuración de la imagen de José Gregorio que prevalece en la Venezuela contemporánea:

La producción de un santo es a la vez un proceso histórico y ficticio. Se usan datos históricos, pero también otros que provienen de la tradición oral y escrita, cuya verificación científica es imposible. El resultado es la creación de una biografía del santo en proceso en la cual la personalidad modal se ajusta a las exigencias más importantes de la santidad. De todo el desbarajuste de información miscelánea disponible, se destilan aquellas características más pertinentes y relevantes que permiten crear una figura llena de santidad, en consonancia con la vida de otros santos famosos en otros lugares (1988: 94).

De este modo, encontramos que la figura histórica de José Gregorio Hernández se encuentra oculta bajo el torbellino de representaciones cruzadas constituido por un buen número de biografías más o menos informadas; los perfiles humanos, científicos y morales contenidos en los libros de historia de la medicina; los elementos prodigiosos sobre sus curas milagrosas que circulan en los sectores populares; y los patrones de santidad que se derivan de su proceso de canonización oficial. Margolies se refiere también a la publicación de fotonovelas comerciales basadas en su vida (1988: 101) y Pollak-Eltz menciona la famosa serie de televisión *El Venerable* (1987: 82-93), que estaba siendo retransmitida de nuevo durante mi trabajo de campo en 1993 y 1994. La serie de televisión, especialmente, ha contribuido a la difusión del culto popular a José Gregorio más allá de las fronteras de Venezuela<sup>3</sup>. En su libro clásico sobre el chamanismo colombiano, Taussig analiza la forma en la que José Gregorio se ha situado también en ese país en el proceso de “intercambio de poderes mágicos” entre las distintas formas de curación tradicional, el catolicismo popular y la iglesia oficial (1987: 147-149).

Aún nos falta añadir al José Gregorio Hernández de los espiritistas, quizá el escenario de representación y práctica terapéutica donde las transacciones entre formas de entender y tratar la enfermedad subalternas y hegemónicas –biomédicas– son al tiempo más nítidas y más desconcertantes. Y, sin

duda, más difíciles de desentrañar. De acuerdo con Pollak-Eltz, José Gregorio frecuenta los cuerpos de los médiums del culto de María Lionza al menos desde la década de 1960 (1987: 86). A partir de entonces, se ha convertido en uno de los principales espíritus curativos del culto, adquiriendo en el proceso unas *luces* y una *fuerza* tan elevadas que le sitúan en la élite del panteón espiritista. Su estatua, ya sea vestida con un sobrio traje, corbata y sombrero negros, o con una bata blanca de médico y un estetoscopio, es una presencia fija en los altares. Pero antes de analizar la presencia del médico de los pobres en el culto de María Lionza, quisiera hacer unas precisiones sobre el pluralismo médico, y también sobre la búsqueda de marcos de interpretación flexibles para analizar la transformación de los roles terapéuticos considerados “tradicionales”.

### Pluralismo médico

Ya en la década de 1970, Press nos advertía que los procesos masivos de emigración del campo a las ciudades estaban produciendo importantes cambios en la estructura y mecanismos de la medicina folk. Refiriéndose a las ciudades latinoamericanas, Press escribía que “el incremento en la diversidad de los estilos y función curativos en los ambientes urbanos es un reflejo del rango aún más heterogéneo de las necesidades psicológicas, sociales, subculturales y somáticas de los pacientes” (1977: 455). De este modo, los estereotipos antropológicos diseñados para el análisis de *curanderos* y otros especialistas de la medicina popular rural no debían traducirse de forma mecánica para tratar de entender los fenómenos más complejos y dinámicos que estaban teniendo lugar en las ciudades. En una reflexión más general sobre el impacto de la modernización y la expansión de la medicina occidental sobre los curadores tradicionales, Landy sugería:

---

218

---

Si bien algunos curadores han conseguido ajustar sus roles de manera satisfactoria ante las demandas de los procesos de aculturación, otros han resultado tan afectados que han quedado atenuados o en peligro de extinción. La situación de contacto puede, además, estimular roles nuevos, emergentes (1977: 475).

Del mismo modo, otros autores sostenían que la presencia ubicua de la biomedicina en ámbitos crecientes de la realidad social tendía más a abrir nuevos espacios terapéuticos que a erradicarlos (Romanucci-Ross, 1969: 481; Finkler, 1985: 140). En uno de sus estudios sobre Japón, Lock concluía que no sería correcto entender la modernización como equivalente al abandono de la “tradición”, sino que hay que buscar sus claves en las emergentes y complejas configuraciones mixtas de lo “viejo” y lo “nuevo” (1989: 50).

¿Cuál es, por lo tanto, el significado de este reordenamiento y proliferación de espacios terapéuticos populares que apuntaba Press? Por un lado, estudios como el que publicó Joralemon sobre su ambigua relación con el chamán peruano Eduardo Calderón<sup>4</sup> muestran la sorprendente capacidad de los especialistas populares para la hibridación y la supervivencia gracias a su papel de *agentes culturales* —“cultural brokers”—, es decir, gracias a la capacidad *que siempre han tenido* para adaptar libre y satisfactoriamente la “sabiduría recibida”, lo que los antropólogos hemos llamado durante muchos años “tradición”, a las “nuevas circunstancias sociales y culturales” (1990: 111). De este modo, los especialistas y el tipo de prácticas terapéuticas emergentes en las ciudades del tercer mundo estarían actuando como una *zona de amortiguamiento* ante la expansión de la biomedicina, como un espacio donde las fracturas, contradicciones y disonancias entre formas en ocasiones inconmensurables de gestionar el sufrimiento humano se despliegan y reelaboran.

Desde la *antropología médica crítica*, algunos autores sostienen que son las propias limitaciones de la biomedicina, unidas a su tendencia política, económica e ideológica hacia el monopolio de la gestión de la salud, las que impulsan, sin quererlo, el desarrollo de espacios terapéuticos alternativos. Scheper-Hughes y Lock critican, por ejemplo, la forma en la que la medicina alopática, en términos generales, contribuye a la *desocialización* de la experiencia de la enfermedad, extirpándola en buena medida de los

contextos sociales, políticos, económicos, culturales y fenomenológicos en los que se genera y padece (1991: 421). Esta descontextualización se produce al imponerse en los encuentros biomédicos “explicaciones reduccionistas, materialistas, racionalizadas y secularizadas de la enfermedad, la aflicción o el infortunio” (*ibid.*: 411). Además, para estas autoras, la biomedicina paulatinamente impone su lógica, o *medicaliza*, espacios mayores de la experiencia humana. Basándose en el trabajo de Foucault, sostienen que la *mirada controladora* y reguladora de la corporalidad típica de la percepción biomédica provoca la traducción sistemática de lo que ellas consideran signos somáticos inequívocos de “malestar, insatisfacción, ansiedad y protesta” en un “lenguaje restrictivo de la enfermedad, que así puede ser controlada por los médicos de manera segura” (1987: 27). Estos procesos de normalización y *pacificación* del cuerpo enfermo conseguirían así desactivar todo el *lenguaje de dolor y protesta* contenido de forma sutil y oculta en los procesos de salud y enfermedad (Scheper-Hughes y Lock, 1991: 424). Así, Scheper-Hughes y Lock aceptan y elaboran la cáustica tesis que formuló Taussig en 1980, es decir, que la biomedicina puede interpretarse y ser utilizada como un *instrumento de control social* que actúa mediante la *cosificación* alienante del enfermo y de sus relaciones sociales (8; 13).

En este sentido es importante hacer referencia al influyente texto que escribió Worsley sobre los *sistemas médicos no occidentales*, en el que enfatizaba la complejidad del sufrimiento humano y su vinculación con los problemas variados de la vida cotidiana, así como los recursos limitados que la biomedicina tendría para afrontar muchos de los problemas que están en la raíz de las distintas formas de la aflicción.

En realidad no estamos hablando de enfermedad –illness– sino de infortunio –misfortune–, y de la prevención del infortunio. Los adivinos, curadores, oráculos, chamanes y doctores de todo el mundo son, por supuesto consultados con relación a padecimientos del cuerpo, pero también lo son sobre padecimientos mentales, problemas sociales, y calamidades de orden sobrenatural que son expresión de los celos, el odio y la sospecha que emanan de conflictos en torno a la posesión de la tierra, dinero o herencia, a problemas matrimoniales o disputas sexuales, o a ambiciones y rivalidades políticas (1982: 327).

Para Worsley, la tendencia de la biomedicina a colonizar el mayor número posible de espacios de sufrimiento humano, desplazando y deslegitimando otras alternativas terapéuticas, ya estaba produciendo en la época de su escrito un cierto descrédito de este “monopolio del conocimiento sobre la salud y la enfermedad” (*ibid.*: 321). En esta misma dirección, si bien refiriéndose más específicamente al despertar de la conciencia de *sociedad tóxica* en los Estados Unidos de la década de 1970, Crawford percibía un grado de desilusión con la medicina en algunos sectores de la opinión pública, no sólo por la multiplicación de ejemplos de ineficacia y uso abusivo, sino también por el alto costo de los seguros y servicios, su indiferencia burocrática ante el sufrimiento, y la conciencia creciente sobre sus efectos iatrogénicos (1984: 75).

Lógicamente, el sistema médico alopático en Venezuela también tiene otras limitaciones, relacionadas con insuficiencias presupuestarias, la desigualdad en el acceso a las instalaciones y recursos, la falta de equipamientos e higiene en los hospitales, o la precariedad de las condiciones socioambientales y sus patologías asociadas<sup>5</sup>. Pero, a pesar de las diferencias entre países o sistemas sanitarios, la crisis o perplejidad ante la biomedicina de la que nos hablan estos autores se refiere a un proceso global y a largo plazo que viene acompañado de la expansión y diversificación del pluralismo médico.

Es posible interpretar la eclosión del culto a José Gregorio Hernández dentro de este paradigma de análisis crítico. El *fenómeno José Gregorio* existe sin duda por la falta de respuestas de la biomedicina ante algunos aspectos de la situación sociosanitaria del país –considerada con los criterios amplios que nos señala Worsley–, ya sea como proceso histórico, ideológico, cultural, social o económico. Pero al mismo tiempo, nos habla con claridad del enorme prestigio que los médicos y muchas de las representaciones y prácticas características de la biomedicina, especialmente la primacía de la tecnología –y el *imperativo tecnológico* que se deriva de ella (Fuchs, 1974; Koenig, 1988: 465-496)– y la *cirugía*, tienen en el imaginario popular. Decir que el pluralismo médico está en expansión no es suficiente. La cuestión

es determinar cuáles son las formas mediante las cuales distintos sistemas terapéuticos que conviven en un contexto histórico y social determinado se excluyen, se solapan, o se retroalimentan en el espacio y en el tiempo. Como tendencia general, Worsley señala que es importante pensar el pluralismo médico como un proceso histórico en el que

Cada consulta particular es sólo un eslabón en una serie de eslabones cruciales para el entendimiento de la búsqueda de la salud como un proceso, una carrera, en la cual el paciente se mueve a través de una secuencia de pasos de estatus, cada uno de ellos con su propio ritmo... Así, el paciente se mueve alternativamente entre un número de episodios que tienen lugar no sólo entre agentes [de salud], sino también entre sistemas terapéuticos distintos (1982: 324).

### La posesión medicalizada

Como ocurrió en la Francia del siglo XVIII, analizada por Foucault en *El nacimiento de la clínica* (1973), el desarrollo histórico de la medicina en Venezuela está recorrida por la obsesión por su despegue paulatino de las prácticas terapéuticas que eran consideradas, en cada período, como *ilegítimas* o no científicas (*ibid.*: 65). Archilla, en su conocido libro *Historia de la medicina en Venezuela*, se refiere en términos despectivos a esa práctica nefasta que “desde tiempos remotos [la conquista española] se ha convertido en incurable, en endémica, el *curanderismo*” (1966: 51). Las distintas formas de la medicina popular serían, así, la enfermedad crónica de la biomedicina<sup>6</sup>. Para sustentar el creciente monopolio de la medicina científica sobre la salud, se instaurarán paulatinamente una serie de instituciones donde se legitima cierto tipo de conocimiento y especialistas terapéuticos. Ya en 1777, a petición del Dr. Campins, la Corona española promueve el establecimiento del *protomedicato* (*ibid.*: 150). El protomedicato estaba diseñado para promover un cuerpo creciente de competencias judiciales, fiscales y profesionales para cimentar el control de la gestión de la salud. Basaba su poder en la instauración de exámenes, diplomas, castigos, multas, corporaciones profesionales, inspecciones y juicios. Posteriormente, a medida que la biomedicina consolidaba sus especialidades, se fundan las distintas academias y cátedras de medicina, con sus rituales y jerarquías asociadas, a las que no son ajenas ni José Gregorio Hernández ni los otros dos famosos doctores que le acompañan de forma más prominente en la llamada *corte médica* del culto de María Lionza: José María Vargas (1786-1854) y Luis Razetti (1862-1932). José María Vargas es considerado el primer cirujano venezolano y fue Presidente de la República, rector de la universidad, impulsor de la Facultad de Medicina y creador de la Cátedra de Cirugía (Travieso, 1968: 15-33). Razetti, por su parte, fue contemporáneo de José Gregorio Hernández. Cirujano como Vargas, fue Catedrático de Patología Externa, Anatomía Humana Técnica Anatómica y Clínica Quirúrgica, creador de la Sociedad de Médicos y Cirujanos de Caracas (1983) —que con el tiempo se convertiría en la Academia de Medicina—, y fundador de la *Gaceta Médica de Caracas*, en la que publicó profusamente (*ibid.*: 37-51).

Este proceso de consolidación y expansión de la medicina científica tiene una anomalía relevante. En su libro de historia de la medicina, Archilla muestra cierta fascinación por ese ambiguo y pseudomítico personaje que es el doctor que se convierte en chamán, esto es, el profesional debidamente *civilizado* que se transforma por voluntad propia en paradigma y artífice de la *superstición*. En concreto, Archilla se refiere al caso de Francisco Martín, único superviviente de una expedición de conquistadores, que llegó a convertirse en *piache* entre los indios Pemón (1966: 51-52). Sin duda no imaginaba que este proceso, para él aberrante, se reactivaría de un modo peculiar con el paso del tiempo.

Gracias a la configuración de la corte médica en el culto de María Lionza, algunos de los más insignes *maestros* de la medicina venezolana iban a convertirse en el vehículo privilegiado de un intenso proceso de hibridación. En este proceso se entremezclan y retroalimentan las prácticas y racionalidades terapéuticas *científica* —tal y como se despliega de modo genérico en la biomedicina que, no hemos de olvidar, existe también como *realidad simbólica* (Gordon, 1988: 20)—, y *mística* —de acuerdo con la lógica dominante de aflicción y curación del espiritismo venezolano—. Para Low, el culto popular a José Gre-

gorio y a los médicos sería una instancia más del proceso que ella denominó *medicalización de los cultos de curación*, basándose en el análisis de fenómenos similares en otros lugares de Latinoamérica (1988: 137). Según esta autora, el proceso sería unidireccional: se trataría de una “*secularización* de los símbolos tradicionales de la curación religiosa” debida a la “progresiva medicalización del cuidado de la salud y el incremento del control que el sector médico ejerce sobre la vida” (*ibid.*). Aun al ser evidente esta dinámica de expansión de la lógica biomédica que describe Low, no puede dejarse de lado la posibilidad de un proceso paralelo de *reencantamiento* de estas formas de curación hegemónica, que supondría la colonización recíproca y resignificación de la biomedicina desde el mundo de la curación popular.

El espíritu de José Gregorio Hernández pasó a ser una presencia crucial en el culto de María Lionza desde finales de la década de 1950, cuando ya era un santo popular muy conocido. Aunque hay testimonios de su presencia y la de otros médicos en el panteón desde mucho antes, especialmente Razetti y Vargas, es éste el momento en el que la corte médica se consolida. Desde entonces, José Gregorio se ha convertido en una de las principales entidades terapéuticas en el mundo *marialioncero*, donde ejerce una importante influencia sobre las concepciones de la enfermedad y curación y las acciones rituales características del culto. Se le considera en la actualidad un espíritu de alta luz, muy purificado por sus continuos milagros y por su proximidad a la santidad. Para muchos, está en la misma escala que el espíritu de Simón Bolívar. Según la lógica espiritista, sólo las *materias* espiritualmente desarrolladas y con mucha experiencia pueden recibirle con plenitud en sus cuerpos durante el trance. Aunque, como vimos en el caso de Daniel, las materias suelen relacionarse con numerosos espíritus, es tal el prestigio de José Gregorio que hay muchas de ellas cuya práctica espiritista se limita a recibir sus fluidos.

Su estereotipo de posesión, al igual que el de los otros miembros de la corte médica, es mucho más disciplinado y carente de intensidad corpórea que el del resto de las categorías de espíritus y puede describirse como una *medicalización del éxtasis histórico* que él mismo glosaba de forma despectiva en su libro de filosofía (1912: 59-62). Cuando José Gregorio toca la carne de sus médiums, se esfuman los tambores, los tabacos, las botellas de licor, las bromas, los alardes de obscenidad, los gritos y carreras, los *bonches*, las explosiones de pólvora y otros elementos escenográficos que dominan, en distintas combinaciones, muchas de las ceremonias de María Lionza. En lugar de esto, en sintonía con las apariciones de José Gregorio como santo popular que discutíamos antes, tiende a reproducirse en torno a su presencia el escenario aséptico y profesionalizado de una clínica<sup>7</sup>. Si los espíritus *chamarreros* representan el relajamiento del control, el exceso y la transgresión corporal tan característico de lo popular –según lo analiza, por ejemplo, Bahktin en su conocido trabajo sobre Rabelais (1984)–, los indios son portentos físicos marcados por rostros fruncidos y gestos bruscos de fuerza, y los vikingos son intensos, contrahechos y sanguinarios, José Gregorio, como el resto de los espíritus de médicos, preserva muchas de las rutinas de comportamiento, el discurso experto y los símbolos de prestigio de un doctor. Es muy habitual que los fieles vistan al médium con una bata blanca, y en ocasiones le cuelgan un estetoscopio en el cuello. Aunque cada médium tiene elementos idiosincrásicos en su práctica, éstos son los *signos de presencia* más habituales de José Gregorio en sus consultas: con actitud distante y sobria, contenida, da la mano educadamente y examina con rutinas clínicas a los pacientes –muchas veces sentados en sillas o tumbados en camas con sábanas blancas–, trata de dilucidar síntomas en los testimonios atropellados, elabora diagnósticos que pueden enmarcarse de manera laxa en el paradigma biomédico, bebe café y fuma cigarrillos, comenta con discreción las circunstancias del paciente con los familiares presentes, opera, ausculta, desinfecta heridas, refiere a sus pacientes a otros especialistas cuando considera que el caso desborda su competencia, y escribe recetas a mano donde recomienda medicinas de patente.

Con este *habitus* e instrumental médico, los espíritus de los doctores se han ajustado, y al tiempo contribuido a la transformación de los espacios terapéuticos más características del culto de María Lionza. Éstos son, sin duda, las llamadas *velaciones*, a las que nos referiremos aquí de forma muy somera. Las velaciones, cuya utilidad es múltiple, son espacios rituales de formas geométricas o humanas, en los que se dibujan, con talco o harina, series de símbolos sobre el terreno, que ha sido previamente purificado con amoníaco y otras sustancias desinfectantes. Estos símbolos tienen cualidades curativas y su sintaxis

varía mucho entre unos grupos de culto y otros. Algunos son representaciones de elementos asociados a las diferentes cortes de espíritus –espadas y copas para los africanos, plumas y flechas para los indios, sombreros de paja y bastones para los *chamarreros*, etcétera–, y otros se improvisan en cada ocasión dependiendo del médium, de los espíritus que se convocan para la curación, o de la aflicción que va a ser tratada. Estos espacios dibujados se rodean con líneas de velas de colores, también con su significación específica. En torno a ellos, especialmente en la parte que corresponde con la cabeza, se colocan aquellas estatuas del altar que corresponden al espíritu o espíritus que van ser invocados para la curación. La estatua de José Gregorio Hernández se utiliza con frecuencia para presidir curaciones.

Las velaciones son, sin duda, una adaptación de ritos de difuntos. Las ceremonias espiritistas se caracterizan por el posicionamiento de personas con diversos niveles de aflicción en estos entramados simbólicos acotados por velas encendidas, de los que deben incorporarse, ya sea en trance completo o parcial, en proceso de curación. Algunas de las velaciones son terrenales, es decir, las llevan a cabo médiums o bancos que no llegan a entrar en trance sino que utilizan las cualidades terapéuticas adquiridas con su experiencia y con el contacto frecuente con los espíritus. Pero la mayoría de las veces, son una o varias materias en trance las que efectúan los ritos de curación correspondientes sobre el cuerpo de los pacientes –ritos muchas veces vinculados al desarrollo como materias espiritistas de estos últimos–, al tiempo que se consumen las velas. Así, en los linderos del trance, las velaciones son espacios de gran intensidad sensorial y emocional. Los pacientes experimentan angustia, dolores, picores, náuseas, bajadas de tensión, sudor frío y otras molestias, señal de que se hay espíritus *trabajando* y de que se está *botando el daño* –está teniendo lugar la curación–. Brevemente, aunque la velación es el espacio terapéutico más generalizado, las distintas categorías de espíritus tienen formas idiosincrásicas de curar: los *chamarreros* son curanderas y curanderos ancianos, expertos en el masaje de huesos, los ensalmos, el uso de yerbas y preparados, o la brujería; los espíritus indios chupan la enfermedad y utilizan sobre todo aspersiones de agua y licor –*cocuy*–, tabaco, velas y yerbas; los espíritus africanos y vikingos, más recientes en el culto, se provocan heridas con agujas y cuchillas para usar la sangre del médium en sus curas.

Respecto a la corte médica, es importante enfatizar que nos encontramos ante un espacio híbrido *emergente*, por lo que no es posible hacer un catálogo exhaustivo ni cerrado de todos los protocolos y elementos misceláneos de la biomedicina que estos espíritus están incorporando al espiritismo. Vamos a ver los más extendidos. Un aspecto esencial de la llegada de los espíritus de doctores y sus rutinas e instrumental ha sido su impacto sobre las prácticas diagnósticas. Sin duda, el poder de *desnudamiento* de las técnicas biomédicas de descomposición numérica o visualización tecnológica de órganos, esqueleto o fluidos corporales ha entrado en clara sintonía con los métodos que se han usado tradicionalmente para descifrar los signos de la enfermedad en el cuerpo y así, a ampliar y consolidar el campo de *videncia* de los espíritus, que asume las cualidades de la *mirada clínica*. En el culto de María Lionza, la lectura del *tabaco* es la forma más generalizada de *adivinar* la enfermedad, el destino o la desgracia, aunque también se utilizan el pulso, las cartas –baraja española y tarot–, la interpretación del iris y otros sistemas. Pero los pacientes también llevan a las ceremonias informes médicos o resultados de análisis obtenidos en los hospitales, cómo, por ejemplo, informes sobre heces, orina y sangre o cuadros de temperatura, que se interpretan por igual dentro del paradigma biomédico –fractura, disfunción, infección, tumor, úlcera, cáncer– y espiritista –daño puesto, mal de ojo, *recostamiento*, brujería, pena, etc.–. En especial, el grado de penetración visual-tecnológica del cuerpo que proporciona el Rayo X le ha convertido en un elemento común en las ceremonias, y también en los altares –en este caso, como *testimonio de curación*. Hasta tal punto se ha generalizado su uso en algunos sectores del espiritismo que en varias ocasiones pude presenciar como, en casos en los que no se contaba con placas de rayos originales, los espíritus las *fabricaron* colocando un pedazo de gasa, trapo o papel sobre la parte del cuerpo afectada y vertiendo sobre él licores, jugo de frutas, semillas, cera de vela, mechas de tabaco y otros elementos típicos del ritual, para después leer e interpretar, al *trasluz* contra una vela, la enfermedad y/o el daño sobre la imagen resultante.

Pero sin duda el mayor impacto de la corte médica en las prácticas terapéuticas del espiritismo venezolano ha sido su papel en la expansión de la *cirugía mística*, al ser la cirugía la práctica que ocupa el centro de la percepción popular de la eficacia biomédica. Según Pollak-Eltz, este tipo de intervenciones llegaron al culto en la década de 1970 de la mano de una serie de espiritistas de origen filipino (1987: 275). Adoptadas rápidamente por los médiums del culto, impactaron de forma masiva en la dinámica de las velaciones, en las que comenzaron a insertarse de forma creciente instrumental, gestos, lenguaje y otras rutinas quirúrgicas. La popularización de estas operaciones supone una transformación sustancial de la escenografía de las ceremonias. A veces, ya sea en los centros o en la propia montaña de Sorte, los diseños simbólicos de las velaciones son ocupados por colchones con sábanas blancas donde se tumban los enfermos. Batas blancas o verdes sustituyen a los pantalones cortos y cintas rojas, y a los torsos desnudos o las camisetas. Los centros espiritistas o médiums que trabajan habitualmente con la corte médica disponen, entre la gama de objetos rituales que cubren las necesidades terapéuticas de los diferentes espíritus, de bisturís, guantes quirúrgicos, máscaras asépticas, algodón, pinzas, tijeras, esponjas, alcohol, jeringuillas, gasas, termómetros, cajas de medicamentos y otros elementos característicos de la práctica clínica. Estos elementos circulan en los rituales en combinaciones diversas con velas, tabacos, plantas curativas.

La característica principal de estas operaciones es que en la mayoría de ellas, al contrario de algunos casos documentados en Brasil, como el del Dr. Adolph Fritz<sup>8</sup>, no se toca el cuerpo del paciente. Se trata, por lo tanto, de pantomimas de los procedimientos quirúrgicos biomédicos, con mayor o menor éxito escénico<sup>9</sup>. En ocasiones, los útiles y trajes que van a ser usados se tratan con velas encendidas, licores y esencias, para asegurar su limpieza y cargarles de fuerza espiritual, un procedimiento espiritista equivalente a la *esterilización* biomédica. Los espíritus-médicos y sus enfermeras –que suelen actuar simultáneamente como bancos– reproducen de forma estereotípica la jerarquía y circulación de instrucciones y utensilios que caracterizan la actividad de un quirófano. Una vez preparada la operación, los médicos dibujan incisiones, cortes, suturas y otros itinerarios quirúrgicos a corta distancia del cuerpo<sup>10</sup> o sobre objetos que representan los órganos afectados.

Aunque José Gregorio Hernández no fue cirujano –al menos hasta su conversión en santo popular–, sí lo fueron los otros dos doctores que contribuyeron a la consolidación de la corte médica en el culto de María Lionza. El carácter maravilloso e infalible de su práctica quirúrgica en el espiritismo resuena con algunos de los discursos que en torno a ellos se formulan en la Academia de la Medicina venezolana. Por ejemplo, en la oratoria del Dr. Travieso, historiador de la medicina, Vargas es un “brillante e intrépido cirujano” que “sorprende y cautiva a sus colegas por la destreza de las amputaciones y por su habilidad para encontrar y ligar las arterias en caso de aneurismas” (1968: 22)<sup>11</sup>. Respecto a Razetti,

Donde existía un hálito de vida y un tenue resplandor de esperanza, allí estaba el coloso altruista, dispuesto a jugar la última carta, decididamente resuelto a la lucha contra la adversidad, conscientemente confiado en sus prodigiosas cualidades quirúrgicas... Su atrevido y glorioso bisturí, adiestrado durante largos años dentro de las severas disciplinas de los anfiteatros, recorrió en carrera triunfal casi todas las regiones del organismo, alcanzando su estadística operatoria la totalidad de más de cinco mil operaciones (ibid.: 48).

Actualmente, en los cuerpos de sus médiums, estos famosos doctores continúan sus carreras de un modo que nadie podía pronosticar. Estos espíritus clásicos, sobre todo José Gregorio Hernández, han adquirido con su prestigio dentro y fuera del culto, su altruismo y sus múltiples curaciones, tal grado de pureza que, según la lógica espiritista, precisan de condiciones especiales para descender en las materias –que éstas estén lo suficientemente preparadas, que la curación sea complicada y amerite su visita, etc.–. Es decir, forman parte de la élite del panteón. Aun así, continúan *bajando* y teniendo una presencia crucial en el *discurso* terapéutico del culto. Una vez abierto el camino, la corte médica se ha ido diversificando con doctores menos conocidos que a veces actúan como enviados –y sin duda colegas– de Razetti, Vargas o, muy especialmente, José Gregorio. Al mismo tiempo, su enorme influencia en la mediación

entre formas biomédicas y espiritistas de concebir y tratar la aflicción, ha transformado las formas de *trabajar* de otros espíritus del panteón.

### En el corazón de la pena

Como ejemplo de la forma en que las operaciones místicas popularizadas por los doctores de la corte médica son amalgamadas por otros espíritus con sus propios estilos terapéuticos, veamos el caso de la intervención *quirúrgica* de una paciente, Teresa –*materia* principal de uno de los grupos de culto en los que hice mi trabajo de campo–, que se encontraba sumida en un estado de pena, depresión y pérdida parcial de visión causado por la muerte reciente de su madre. Por decisión de Teresa, se invocó al espíritu africano Marabú, un prestigioso curador en este grupo, que se encarnó en Morela. Con su típica capa roja y su bastón, cojeando –los espíritus africanos inscriben en los cuerpos de los médiums mutilaciones vinculadas a su experiencia de esclavitud en Venezuela, en este caso la amputación de un pie– dibujó con talco un rectángulo –una cama– con un gran corazón en el centro, que rodeó de velas blancas, reproduciendo en idioma ritual los protocolos quirúrgicos de asepsia. Aunque la ceremonia incluía seis operaciones en serie situadas en rectángulos consecutivos, la intervención de Teresa fue la más larga y delicada.

Gloria, *banco* de Morela-Marabú, seguía al espíritu de velación en velación con una bandeja en la que había diverso instrumental quirúrgico y clínico. El silencio era absoluto, sólo roto por las instrucciones que Marabú daba a Gloria. Ante el estado de decaimiento físico y emocional de Teresa, Marabú optó por intervenir de urgencia su corazón, el órgano donde se acumulaba su pena. Para ello le colocó una venda blanca sobre los ojos –una forma de *anestesia* parcial, pues el objetivo era aislar a Teresa de las distracciones del entorno para que se implicara de forma *corpórea* en la curación– y una naranja sobre el corazón. Aunque en este capítulo no podemos incluir la discusión detallada de la gama de mecanismos terapéuticos que se ponen en juego en este tipo de curaciones, sí es claro que se privilegia la producción de un *modo de atención somática* en el paciente, concepto con el que Csordas se refiere al tipo de *orientación corpórea o postural vigilante* –aunque no hipocondríaca– hacia una determinada patología, que se despliega en rituales en los que están involucrados estados alterados de conciencia (1993: 135-156). Así, en estas ceremonias tiene lugar una reorientación terapéutica del paciente hacia el mundo sensorial. Con este reordenamiento de la experiencia, se desarrolla además en el paciente una *conciencia preventiva*, que para Csordas es clave en los procesos de curación (*ibid.*).

El acto terapéutico fundamental de esta operación de Marabú consistió en la manipulación de la naranja para, simultáneamente, tratar el corazón a distancia y reubicar la mayor cantidad posible de aflicción en la fruta –para *desencarnarla* y poder eliminarla tirando los restos al finalizar la ceremonia–. Marabú, como es habitual en los espíritus africanos y vikingos, se produjo unos cortes en la lengua con una pequeña cuchilla, y utilizó la sangre para recubrir la naranja. Entonces *operó* lentamente la naranja clavándole, con sumo cuidado, una serie de pequeñas agujas con cabeza roja, y derramando cera de velas y licor sobre ella. Al cabo de un rato, Marabú seccionó la naranja en dos y volvió a verter algo de sangre de su lengua sobre una de las medias naranjas cuya pulpa, teñida progresivamente de rojo, evocaba de manera muy efectiva la presencia de pericardio, venas, arterias, ventrículos y aurículas. El efecto visual de todas estas manipulaciones producía la *sensación* de una operación a *corazón abierto*.

En el transcurso de esta cirugía mística, ante una *complicación* en el estado de Teresa, Marabú cortó una pieza estrecha y alargada de trapo blanco, se hizo otra pequeña incisión en la lengua, mojó el trapo con sangre, y fijó con esparadrapo un extremo en su antebrazo izquierdo y otro en uno de los antebrazos de la enferma. Entonces comenzó a mimar el gesto de bombear sangre abriendo y cerrando el puño de forma rítmica. Según la interpretación de los presentes, esta *transfusión* simbólica restableció el equilibrio de la paciente y fue clave en el éxito de la intervención. Para los asistentes a la ceremonia, la transfusión fue el punto culminante en el proceso de *transferencia recíproca de eficacia terapéutica* en-

tre la biomedicina y los distintos elementos que tradicionalmente han formado parte del repertorio curativo del culto de María Lionza.

En cualquier caso, no suele haber confusión de roles. La mayor parte de espiritistas y espíritus que llevan a cabo estas operaciones son conscientes de que, por regla general, sólo pueden incidir en patologías de orden espiritista o, en caso de *enfermedades naturales*, en su componente *espiritual*—por ejemplo, predisponiendo un órgano o una disfunción para la mayor eficacia de la intervención biomédica—. Y por supuesto quedan, para los espíritus más poderosos, como José Gregorio Hernández, los *milagros*, asociados con frecuencia a casos de desahucio biomédico. Por lo general, si se trata de enfermedades naturales, los espiritistas no tienen reparo en referir a sus pacientes, simultánea o exclusivamente, al médico. Me contaba Hermes, en cuyo centro espiritista trabajan mucho con José Gregorio Hernández<sup>12</sup>: “si yo me fumo un tabaco y el tabaco me sale blanco<sup>13</sup>, le digo al paciente, ‘mire, esto no es un daño, vaya usted al médico, porque esto son varices’, o lo que sea. Pero si yo veo que el tabaco me sale negro, o *renergrió*, le digo, ‘no, esto es un daño que le han puesto, aquí se lo vamos a tratar’. Porque si no es un daño, aquí no se va a curar, se va a curar en el médico”.

### Hospitales espiritistas

La categórica afirmación de Hermes no excluye la aparición de espacios de mayor ambigüedad terapéutica donde la distribución de competencias y eficacias entre el espiritismo y la biomedicina se revisten de una mayor tensión. Sin duda, el caso extremo de la irrupción de prácticas alopáticas en el culto de María Lionza son los *hospitales místicos*. Durante mi trabajo de campo escuché hablar de varios de ellos, y tuve la oportunidad de visitar en mayo de 1994 uno de los más conocidos, el Portal Poder de Macaria, en la ciudad de Maracay (Aragua). Para describir este caso me baso en esta visita, en testimonios de algunos de los pacientes y en una entrevista que tuve con Aleja, una de las principales *enfermeras*—y bancos— del centro. Aleja llevaba dieciocho años trabajando en el Portal Poder de Macaria. Según su testimonio, los médiums del centro—en principio dos hermanos—comenzaron su carrera hace más de treinta años, cuando aún eran niños, trabajando con todo tipo de cortes y curando sobre todo males espiritistas. Con el tiempo, comenzaron a recibir de forma más sistemática al Dr. José Gregorio Hernández y al Dr. Carballo, un doctor poco conocido contemporáneo de Simón Bolívar—como lo fue Vargas—, que sólo baja en materias de este centro.

Poco a poco, aumentó considerablemente la clientela de los doctores y los médiums se especializaron en ellos progresivamente. Sin duda, la forma de trabajar de estos espíritus-doctores, la estructura y organización burocrática del portal—más cercana, como veremos, a un hospital que a un centro espiritista—y la circulación de historias sobre su eficacia curativa, contribuyeron a la creciente popularidad de este centro espiritista. Cuando José Gregorio Hernández alcanzó, según la versión de Aleja, tantas luces espirituales que le imposibilitaban seguir bajando con frecuencia en los médiums—por efecto de sus continuas curaciones y de su proceso de santificación—, los médiums comenzaron a invocar y recibir en sus cuerpos a otros doctores menos conocidos: al propio Dr. Carballo, al Dr. Rondón, al Dr. Carlos Morón, al Dr. Charles—norteamericano—y a Wuaikei—espíritu de origen afrovenezolano que sólo pertenece a la corte médica parcialmente—.

Aleja me contó que habían trabajado en muchos locales distintos hasta llegar al que tenían en ese momento. Se trataba de una amplia nave semidescubierta que en su mayor parte era una enorme *sala de espera* jalonada con bancos azules de metal. En el lado oeste, había una edificación de color verde con tres habitaciones consecutivas en uno de sus lados. Las habitaciones eran las oficinas-quirófanos de los tres médiums que trabajaban en el centro, y tenían en la puerta unas placas con los nombres de los doctores asociados a cada una de ellas. El Dr. Carballo, en la primera puerta, los Dres. Rondón, Charles y Wuaikei, en la puerta central, y el Dr. Carlos V. Morón, en la tercera puerta. De todos ellos, sólo Wuaikei trataba daños, de acuerdo con Aleja, “de los otros”—*daños puestos*—. El resto de los espíritus-médicos

organizaba su práctica en torno a diagnósticos y dolencias que se encuadrarían dentro del paradigma biomédico, y compartían con los doctores *vivos* buena parte del lenguaje, las rutinas de atención, la organización y la escenografía. Todo esto revestido, claro está, por la sacralidad, el misterio y la eficacia añadida que los espiritistas asocian a su condición de entidades místicas con gran poder terapéutico.

El centro admitía pacientes –que venían de todos los rincones de Venezuela– exclusivamente los miércoles y jueves, desde las cinco y media de la mañana hasta primeras horas de la tarde. Cuando llegamos al centro, en torno a las 8 de la mañana, el gentío era enorme. Tras el cierre del hospital, Aleja me aseguró que ese día los espíritus habían atendido a más de seiscientos cincuenta personas –doscientas cuarenta y seis de las cuales habían pasado por la oficina del Dr. Caraballo–, un dato perfectamente congruente con la masa de gente que atiborraba la nave. Ésa era la media de visitas que tenía el centro cada miércoles y cada jueves. Los viernes, en los que sólo trabajaba Wuaikei hasta las nueve de la mañana, recibían una media de cien pacientes.

Organizar esta multitud no era sencillo. Todos los espíritus-médicos tenían varias enfermeras vestidas de verde, que entraban y salían de los quirófanos e iban situando a los pacientes en largas colas, para luego llamarles por lista. Aún así, los conflictos por los turnos eran patentes y provocaban fricciones entre las enfermeras y los pacientes. Cada uno de ellos tenía su propio expediente, donde se anotaban el diagnóstico, el tratamiento y otras observaciones de los doctores. Estos expedientes viajaban en sobres sepia en las manos de las enfermeras. Según Aleja, cuando apenas eran conocidos, les era suficiente con un cuaderno para llevar los *casos clínicos* y la contabilidad. Luego compraron unos archivadores de acordeón, luego con un archivador grande de metal, que después fueron varios, y en ese momento estaban discutiendo la posibilidad de adquirir ordenadores para poder hacer frente a las necesidades organizativas del centro, cada vez más complejas. Las enfermeras se reunían los lunes, cuando estaba cerrado el centro, para organizar todo este papeleo. Las tarifas eran bajas, 300 bolívares por cada visita –en aquel momento, \$1, 5 dólares–, aunque en la mayoría de los casos había que añadir los gastos del viaje.

Cada paciente debía acudir al menos tres veces al centro. La primera, para el *diagnóstico*, la segunda, para la *operación* propiamente dicha, y la tercera, para la revisión de ésta en la cual, como principal acto terapéutico, se *quitaban los puntos* y se cerraba definitivamente la *herida*. El método diagnóstico de los espíritus médicos era singular y, aunque incorporaba elementos característicos de los espíritus como la videncia, estaba apartado de las secuencias diagnósticas habituales del culto, en las que se mezclan en largas conversaciones –apoyadas en la lectura de tabacos, cartas, rayos x y otros sistemas de adivinación, como ya comentamos antes– consideraciones personales, sociales y económicas con la discusión de los síntomas específicos de la aflicción. Todos los médicos seguían el mismo procedimiento, aunque Aleja me habló en concreto de la forma de actuar del Dr. Caraballo, del que era enfermera principal. El citado doctor recibía a los pacientes sentado en una silla, con los ojos cerrados. Esto no le impedía, sin embargo, ver con toda claridad a través de los párpados del médium o, como comentaba Aleja, visualizar las antípodas si fuera necesario, lo que consideraba un *ojo clínico*. Cuando el paciente ya estaba listo, el doctor pasaba las manos cerca de ellos, en un movimiento de abajo hacia arriba, y mencionaba partes del cuerpo, seguidas de una numeración que definía la gravedad de la patología. Por ejemplo, según Aleja, “cadera dos-tres; pelvis, uno-dos; corazón...” Las enfermeras apuntaban rápidamente el diagnóstico y lo descifraban en unas tablas de conversión.

Una vez hecho el diagnóstico, se fijaba una cita para la intervención quirúrgica. El procedimiento era semejante, sólo que en este caso el doctor manipulaba con las manos la zona afectada del cuerpo del paciente durante unos segundos. Después, se suturaba simbólicamente la herida y se tapaba. Así, estas operaciones no eran más largas que el diagnóstico. A pesar de que en general los espiritistas tienen a gala que la duración de cada una de las curaciones es indefinida, lo que en muchas ocasiones prolonga las ceremonias hasta el agotamiento, en este caso la rutina terapéutica era muy ágil (aunque, lógicamente, no las colas), y pude calcular que ninguno de los pacientes estaba más de cinco minutos en la oficina del doctor que le correspondía<sup>14</sup>. Aleja me justificó este hecho refiriéndose a la necesidad que te-

nían de efectuar curaciones satisfactorias para todos los clientes del centro. Como Feldman ha señalado, si bien en un contexto muy diferente, esta seriación de la cura puede interpretarse como un ejemplo más de interiorización, por parte de los sectores subalternos, de las disciplinas de producción industrial masificada típicas del capitalismo, que en este caso también se correspondería con los ritmos de la sanidad pública en los sectores populares de Venezuela (1990: 5-8)<sup>15</sup>. Para Taussig, por su parte, la asociación de este rápido engranaje de contactos entre pacientes y médicos con la eficacia terapéutica formaría parte de la “magia de la ciencia y la industria” (1987: 281-2).

Para reforzar el sortilegio de esta escenografía hospitalaria, los médiums del Portal de Poder de Macaria habían encontrado una forma llamativa de plasmar visualmente la importancia y eficacia de sus curas. Los pacientes que iban siendo operados por los diferentes espíritus formaban a su salida de los quirófanos un retablo de cuerpos exageradamente vendados que se desplazaban por la nave –en diversos grados de estupefacción– hasta encontrar a sus familiares, muchos de los cuales ya tenían sus propios vendajes o estaban a la espera de obtenerlos. Una operación en un ojo significaba un vendaje que prácticamente cubría la cabeza del paciente, una intervención en la parte inferior de la columna se protegía con una venda que recorría toda la zona lumbar, y así ocurría en cada caso. Los efectos misteriosos de la intervención –entre ellos los *puntos místicos* que cerraban una *herida invisible*–, se anunciaban masivos y cobraban mayor realidad ocultos bajo esta profusión de gasa y esparadrapo. Tras la operación, los pacientes o familiares discutían con las enfermeras las fechas idóneas para las visitas sucesivas. Pausadamente, esta exhibición de *cuerpos curados*, testimonio de la *presencia en la carne* de la cirugía mística (Young, 1997: 107), se diluía por la puerta del centro hacia los coches, carritos o autobuses, en dirección a distintos puntos de la geografía venezolana. Los pacientes tenían que conservar sus vendajes puestos, en la medida de lo posible, durante una semana, hasta que regresaran al centro para que les quitaran los puntos y se certificara su curación o la necesidad de continuar el tratamiento.

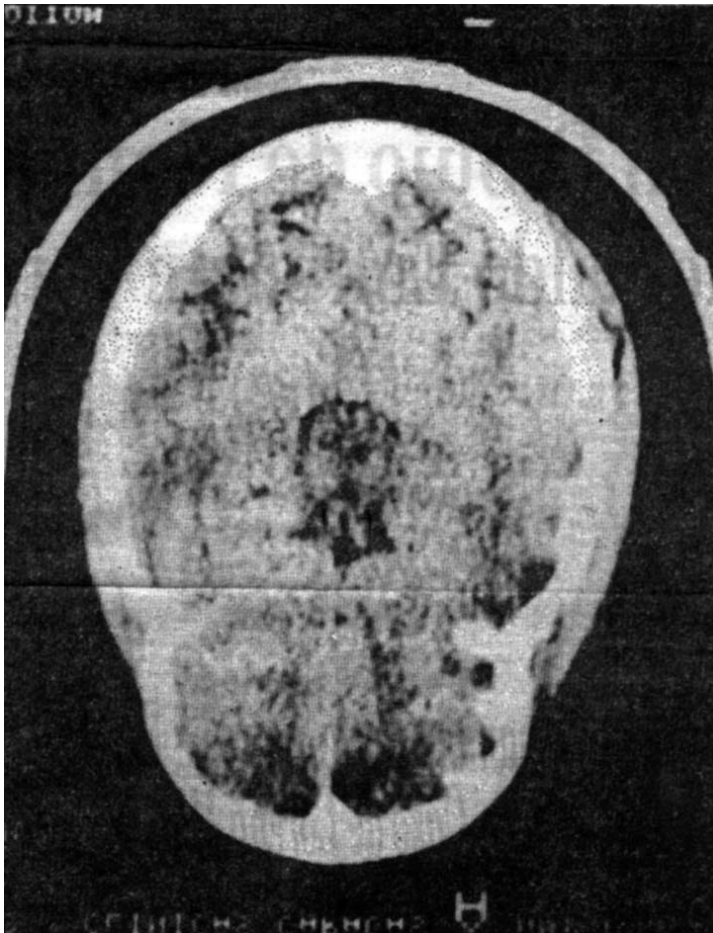
Como ocurre con el espiritismo en general, la mayoría de los pacientes combinan las visitas al Portal de Maracay con las que hacen a centros de salud *formales*, en la medida de su capacidad de acceso o de sus posibilidades económicas<sup>16</sup>. En ocasiones, me dijo Aleja, la simultaneidad es total: los espíritus-doctores llegan a tratar a distancia enfermos que están ingresados en la UCI mediante prendas o fotografías que les llevan sus familiares<sup>17</sup>. De ahí que muchas de las conversaciones que tenían lugar en la enorme sala de espera, antes y después de las operaciones, giraran en torno a la diferencia en el tratamiento y a las correspondencias o disonancias entre los diagnósticos –y su adecuación a las expectativas de los pacientes y su entorno familiar–. Y también, de forma muy relevante y polémica, a la atribución de eficacia en aquellos casos de curas o mejoras percibidas. A pesar del aura de infalibilidad que los pacientes atribuían al centro, y de la posibilidad siempre presente en el espiritismo de que se produzca un milagro, los gestores eran conscientes de sus limitaciones, y también de que compartían el espacio terapéutico con la biomedicina, más aún que los espiritistas que trabajaban con otras *cortes*. “Los médicos no tienen por qué pelear con nosotros” – sostenía Aleja–. “Es más, aquí vienen médicos como pacientes. No se puede imaginar la cantidad. [A la postre] todos hacemos lo mismo: curar. Desgraciadamente no se curan todos, ni aquí ni allí... Por ejemplo si tienen un cáncer muy avanzado... Es a veces imposible que [los espíritus] te restituyan un órgano que ya esté podrido. Desgraciadamente es así”.

### Escáner de un milagro

Hemos caracterizado el espacio *tecnomístico* de salud y enfermedad impulsado por la presencia de los espíritus doctores en el culto de María Lionza como un fenómeno emergente. Como tal, este territorio fronterizo de interpretaciones y eficacias cruzadas continuará sin duda produciendo amalgamas de prácticas e imágenes a veces difíciles de predecir. Para finalizar, quisiera dirigir la mirada del lector hacia una imagen que condensa con especial elocuencia el proceso de hibridación que hemos discutido. Bajo el titular “Enemigos de su santificación: pretendían mantener oculto el milagro de José Grego-

rio Hernández”, el popular diario *Últimas Noticias*<sup>18</sup> nos narra la siguiente noticia. Gilberto Vegas, un niño de quince años que fue atropellado por un camión a la salida del Parque del Oeste, en Catia, fue diagnosticado con un edema cerebral, fractura del occipital y otras complicaciones clínicas de gravedad en el Hospital de Clínicas Caracas (San Bernardino). Sus familiares y amigos, que reconocen de inmediato la similitud del accidente con el que produjo la muerte del propio José Gregorio, le piden ayuda al santo. En lugar de empeorar, como pronosticaba su médico, Gilberto se cura en apenas cuatro días y hace innecesaria la intervención quirúrgica. Según el diario, el propio radiólogo se da cuenta de que aparece, en el centro de la tomografía del cerebro que se obtiene después de la milagrosa recuperación, una imagen de José Gregorio Hernández –un primer plano de su rostro donde se aprecian sus ojos, su nariz, su bigote, su traje y su corbata-. Una de las enfermeras de la planta es la que informa a la familia del prodigioso “sello personal” que dejó José Gregorio. Por temor a la “burla de los incrédulos” y a las presiones “cientificistas” del “Colegio Médico”, informa *Últimas Noticias*, los médicos involucrados traman una “conjura de silencio” para ocultar el suceso a la opinión pública. El periódico desvela el secreto, entrevista a los familiares y publica las fotos.

Acabamos, pues, con una secuencia de sucesos y representaciones característica de la presencia terapéutica de José Gregorio Hernández en Venezuela. Un milagro que tiene lugar en un hospital, una cura extraordinaria que combina diagnósticos y eficacias científicas y místicas, y una imagen de alta tecnología de una sección cerebral, habitada por misteriosas fuerzas espiritistas. Un escenario y una iconografía sin duda *posibles* para aquellos venezolanos que participan del enclave híbrido que se está tejiendo en torno a los procesos de salud y enfermedad en la Venezuela contemporánea.



## Notas

- 1 Encontramos una glorificación del estilo de vida místico de José Gregorio Hernández en todas sus biografías, más o menos documentadas, así como en las múltiples versiones orales que circulan de forma fragmentada en los sectores populares que le veneran. Las características de José Gregorio que han quedado más establecidas en su leyenda actual son: caridad, piedad, castidad, oración, vigilia, ayuno, contemplación o incluso disociación (Margolies, 1984: 31ss.; véanse también Nuñez Ponte, 1924: 94-99, y Cacia Prada, 1987: 42; 55).
- 2 En la carta que publicó en la *Revista Actualidad* de Caracas el 1 de julio de 1919. Véase Fernández, 1988, p. 258.
- 3 Pollak-Eltz menciona Colombia, Panamá, Curacao, Bonaire y la República Dominicana (1987: 82-83) como algunos de los países a los que se expandió el culto a José Gregorio.
- 4 Joralemon (1990) discute en este texto el choque inicial que le supuso conocer que “su informante” Calderón, sobre el que había escrito siete capítulos en uno de sus libros, estaba trabajando para un grupo de New Age y participaba plenamente en la “comercialización del chamanismo”. Sus primeras sensaciones fueron de “vergüenza”, “enfado” y “traición”. Pero después utiliza el caso para reflexionar de un modo crítico sobre las expectativas de “autenticidad” que los propios antropólogos proyectamos con frecuencia sobre la gente con la que trabajamos. Joralemon llega a la conclusión de que Calderón había conseguido conectar, con mucho éxito, formas peruanas y globalizadas de concebir la aflicción, en el marco de un mercado muy competitivo. Le iba sin duda mucho mejor que antes. Era dueño de un hotel y un restaurant y ya no sufría privaciones económicas. ¿Era Calderón un charlatán? Para Joralemon, claramente, no. Por un lado, le había mostrado la flexibilidad que caracteriza a muchos especialistas terapéuticos populares. Por otro lado, los antropólogos, que vivimos de los datos que obtenemos de nuestros informantes, no podemos criticar el hecho de que ellos también se beneficien económicamente.
- 5 Para un análisis detallado de los problemas del sector sanitario en Venezuela, véanse los informes anuales de PROVEA. Por ejemplo, PROVEA, 1997.
- 6 En su análisis de la presencia del culto de María Lionza en prensa de la década de 1950, durante la dictadura de Pérez Jiménez, Daisy Barreto (2001, cap. 3) concluye que la sección de los periódicos que más se ocupa de este fenómeno es la de “sucesos policiales”, y el tema dominante es precisamente la represión de las prácticas curativas populares por parte del “Gobierno y el gremio médico”.
- 7 Press describe una pauta semejante entre algunos curanderos de Bogotá (1977: 458).
- 8 El Dr. Fritz, que se identifica como un médico militar alemán que murió durante la primera guerra mundial, practica una cirugía abierta usando utensilios de cocina, sin antisépticos ni anestesia química de ninguna clase, a través de médiums como Zé Arigó (que fue el que popularizó a este espíritu-cirujano antes de morir en un accidente de tráfico en 1971) o Edson Queiroz (Fuller, 1974; Greenfield, 1987; Sheon, 1991).
- 9 Véase Pollak-Eltz 1987: 275-285.
- 10 Como señala Sheon (1991), en el espiritismo kardecista, donde también hay este tipo de cirugía y es frecuente el uso de *hipnoanestesia*, interpretan que estos actos terapéuticos inciden sobre el *periespíritu* o *cuerpo etéreo*, que a su vez transfiere el efecto al cuerpo físico. A pesar de que el lenguaje es más laxo en el espiritismo de María Lionza, la lógica de la curación es semejante.
- 11 Sobre el proceso de construcción del cuerpo del paciente como *objeto médico* durante la cirugía, véase Young 1997: 80-107.
- 12 Véase la ilustración que abre esta sección, que forma parte del altar del centro espiritista de Hermes y Simona.
- 13 Se refiere a la ceniza del tabaco, donde se leen las patologías. En general, las secciones ennegrecidas de ceniza se refieren a *daños* u *obstáculos* de origen espiritual. Una ceniza homogénea y blanca se interpreta como ausencia de problemas. Sobre la lectura del tabaco, consúltese el trabajo de D. Flores (1991).
- 14 Éste es también el ritmo que se estima seguía el Dr. Fritz en su médium Zé Arigó. En el caso del tándem Fritz-Arigó, se calcula que llegaron a recibir —entre diagnósticos seguidos de receta de medicamentos o de cirugía invasiva, sus dos tratamientos característicos— a más de tres millones de pacientes en Brasil, a razón de trescientos diarios (Sheon, 1991).
- 15 En menor escala, estas curas en serie no son infrecuentes en el culto y en contextos afines, como ha sido documentado en la bibliografía y pude observar yo mismo en muchas ocasiones durante mi trabajo de campo. Pollak-Eltz, por ejemplo, describe un caso en el que los espíritus médicos operaron consecutivamente a veintisiete pacientes (1987: 282). Taussig también ha descrito estas curas serializadas en Colombia; en concreto, durante su trabajo de campo pudo observar cómo un curador poseído por José Gregorio operaba veinte pacientes a una media de veinte minutos cada uno.
- 16 A pesar de que la mayoría de los presentes en el centro provenían de los *barrios* populares, yo acudí acompañando a varias personas de clase media que acudían al mismo tiempo a un médico privado en Caracas.
- 17 Trabajar a distancia no es exclusivo de la corte médica: es una cualidad terapéutica de todos los espíritus en el culto.
- 18 Viernes 12 julio de 1991, p. 19. Gracias a Gustavo Martín por la noticia.

## Bibliografía

- ARCHILLA, R.  
1966 *Historia de la Medicina en Venezuela*, Mérida, Universidad de los Andes, Eds. del Rectorado. 1966
- BAKHTIN, M.  
1984 *Rabelais and His World*, Bloomington, Indiana University Press.
- BARRETO, D.  
1991 "Culto, mito e historia: el lugar de María Lionza en la prensa de los años cincuenta", Manuscrito.
- CACUA PRADA, A.  
1987 *El siervo de Dios: José Gregorio Hernández. Médico y santo*, Bogotá, Planeta Colombiana Editorial S. A.
- CARVALLO, T.  
1952 *José Gregorio Hernández: Su obra científica y social en Venezuela*, Caracas, Imprenta Nacional.
- CSORDAS, T.  
1993 "Somatic Modes of Attention", *Cultural Anthropology*, 8(2), pp. 135-156.
- DOMÍNGUEZ, N.  
1982 *Biografía del Doctor José Gregorio Hernández Cisneros*, Caracas, Venediciones.
- FELDMAN, A.  
1991 *Formations of Violence: The Narrative of the Body and Political Terror in Northern Ireland*, Chicago, The University of Chicago Press.
- FERNÁNDEZ, D.  
1988 *José Gregorio Hernández: Su Vida y su Obra*, Panamá, Ed. America S. A.
- FINKLER, K.  
1985 *Spiritist Healers in Mexico*, Massachusetts, Bergin y Garvey.
- FLORES, D.  
1991 *La adivinación por el tabaco en el culto a María Lionza*, Maracaibo, Editorial de La Universidad del Zulia.
- FOUCAULT, M.  
1973 *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception*, New York: Vintage Books.
- FUCHS, V. R.  
1974 *Who Shall Live? Health, Economics and Social Choice*, New York, Basic Books.
- FULLER, J. G.  
1874 *Arigó, Surgeon of the Rusty Knife*, Nueva York, Crowell.
- GORDON, D. R.  
1988 "Tenacious Assumptions in Western Medicine", en M. Lock y D. R. Gordon (eds.), *Biomedicine Examined*, London, Kluwer Academic Publishers.
- GREENFIELD, S.  
1987 "The Return of Dr. Fritz: Spiritist Healing and Patronage Networks in Urban, Industrial Brazil", *Social Science and Medicine*, 24 (12), pp. 1095-1108.
- HERNÁNDEZ, J. G.  
1912 *Elementos de filosofía*, Caracas, Tip. Emp. El Cojo.
- HESS, D.  
1991 *Spirits and Scientists: Ideology, Spiritism and Brazilian Culture*, University Park, Pennsylvania State University Press.
- JORALEMON, D.  
1990 "The Selling of the Shaman and the Problem of Informant Legitimacy", *Journal of Anthropological Research*, 46(2), pp. 105-118.
- KOENIG, B. A.  
1988 "The technological imperative in Medical Practice: The Social Creation of a 'Routine' Treatment", en M. Lock y D. R. Gordon (eds.), *Biomedicine Examined*, Londres, Kluwer Academic Publishers.
- LOW, S.  
1988 "The Medicalization of Healing Cults in Latin America", *American Ethnologist*, 15(1), pp. 136-154.

- MACKLIM, B. J. y N. R.  
 1973 Crumrine "Three North Mexican Folk Saint Movements", *Comparative Studies in Society and History*, 15(1), pp. 89-105.
- MARGOLIES, L.  
 1984 "José Gregorio Hernández: The Historical Development of a Venezuelan Popular Saint", *Studies in Latin American Popular Culture*, 3, pp. 28-46.
- MARGOLIES, L.  
 1988 "The Canonization of a Venezuelan Folk Saint: The Case of José Gregorio Hernández", *Journal of Latin American Lore*, 14(1), pp. 93-110.
- MARTÍN, G.  
 1983 *Magia y religión en la Venezuela contemporánea*, Caracas, Ediciones de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela.
- NÚÑEZ PONTE, J. M.  
 1924 *Estudio Crítico Biográfico del Dr. José Gregorio Hernández*, Caracas, Tip. Vargas.
- PERERA, A.  
 1951 *Historia de la Medicina en Venezuela*, Caracas, Imprenta Nacional.
- POLLAK-ELTZ, A.  
 1987 *La medicina popular en Venezuela*, Caracas, Biblioteca Nacional de la Historia.
- PRESS, I. "An Urban Curandero", en D. Landy (ed.)  
 1977 *Culture, Disease and Healing: Studies in Medical Anthropology*, New York, MacMillan.
- PROVEA  
 1992 *Situación de los Derechos Humanos en Venezuela: Informe Anual (Octubre 1991-Septiembre 1992)*, Caracas, Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos.
- ROMANACCI-ROSS, L.  
 1977 "The Hierarchy of Resort in Curative Practice", en D. Landy (ed.), *Culture, Disease and Healing: Studies in Medical Anthropology*, New York, MacMillan.
- SCHEPER-HUGHES, N. y M. Lock  
 1987 "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology", *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), pp. 6-41.
- SCHEPER-HUGHES, L.  
 1991 "The Message in the Bottle: Illness and the Micropolitics of Resistance", *The Journal of Psychohistory*, 18(4), pp. 409-432.
- SHEON, N.  
 1991 "Saints, Surgeons and Spiritists: Symbolic Healing in Brazil", Manuscrito.
- TAUSSIG, M.  
 1980 "Reification and the Consciousness of the Patient", *Social Science & Medicine*, 14B, pp. 3-13.
- TAUSSIG, M.  
 1987 *Shamanism, Colonialism and the Wild Man. A Study in Terror and Healing*, Chicago, The University of Chicago Press.
- TRAVIESO, C.  
 1968 *Homenaje a los grandes maestros de la medicina venezolana*, Caracas, Universidad Central de Venezuela.
- WORSLEY, P.  
 1982 "Non-Western Medical Systems", *Annual Review of Anthropology*, 11, pp. 315-348.
- YOUNG, K.  
 1997 *Presence in the Flesh: The Body in Medicine*, Cambridge, MA, Harvard University Press.



# EN EL MUSEO DE LA MEDICINA MAYA

---

*Pedro Pitarch*  
Universidad Complutense  
España

En la región indígena de los Altos de Chiapas, donde viven cerca de 900.000 hablantes de lengua tzotzil y tzeltal, las creencias y prácticas médicas componen un campo social considerablemente más extenso y elaborado de lo que en Occidente entendemos comúnmente por “medicina”. En mi opinión, el concepto de enfermedad y las prácticas terapéuticas asociadas a él constituye un revelador privilegiado de la cultura –las relaciones sociales, la organización política, las creencias religiosas, el concepto de persona, las disposiciones psicológicas– de estos pueblos indígenas.

En los estudios etnográficos llevados a cabo en las décadas de 1950 y 1960 se refleja, como un eco, el interés y la preocupación de los indígenas por esta cuestión. Incluso los trabajos que no se ocupaban directamente de la “medicina indígena” no podían evitar hablar de la enfermedad y la curación al tratar cualquier aspecto cosmológico, jurídico, de organización social, o de economía. También en la actualidad, cuando el grado de heterogeneidad social de estos pueblos es mucho mayor que hace tres décadas, la definición de la enfermedad y su curación sigue constituyendo uno de los campos principales donde se expresan y dirimen conflictos sociales, políticos, religiosos. Pareciera que las nociones de enfermedad y curación proporcionarían un lenguaje común donde escenificar socialmente estos conflictos.

Hoy en día, en la región de los Altos de Chiapas existe una fuerte competencia por la oferta y el consumo de prácticas médicas entre la población indígena. Pero en buena medida esta competencia se halla relacionada con la adscripción a los grupos religiosos. Desde hace ya varias décadas, numerosas iglesias y sectas evangélicas han tenido un enorme éxito proselitista entre los indígenas; más de un tercio de la población indígena se identifica como evangélica en la actualidad. La mayor parte de estas iglesias están presentes en todos los pueblos, hasta en la más recóndita aldea de las montañas. Pero es en la periferia de San Cristóbal de Las Casas –la principal ciudad de la región–, entre la población indígena inmigrada, donde alcanzan una mayor densidad. En un barrio de no más de dos mil personas pueden contarse veinte o treinta templos, contruidos con materiales de muy poca calidad, pero pintados de vivos colores y con grandes letras en su fachada. Por su parte, la Iglesia católica, en parte por reacción, ha creado desde la década de 1960 una extensa red de grupos pastorales adscritos a la diócesis, en busca de la recatolización de los indígenas.

Protestantes y católicos difieren en numerosos aspectos, pero coinciden en uno: su ataque a las prácticas médicas tradicionales de carácter chamánico. Éstas están asociadas con las formas religiosas de la “costumbre”, y son consideradas en los discursos públicos religiosos como formas diabólicas asociadas al Mal. En realidad, las razones aducidas por quienes se “convierten” a una “religión” no son propiamente de carácter doctrinario, sino médicas. Huir o resguardarse de la enfermedad es sin duda la razón de más peso que emplean los indígenas protestantes y católicos para tratar de convencer a otros que no lo son. No es que la concepción de la enfermedad cambie sustancialmente entre los que adoptan una nueva religión (como en lo esencial el concepto del cuerpo no cambia). Las causas que provocan ésta siguen siendo prácticamente las mismas: daño al cuerpo o daño o pérdida de alguna de las almas como consecuencia de conflictos interpersonales, o bien daños infligidos por criaturas extrañas, en particular

entidades anímicas extracorporales. Las ideas científicas de higiene, contaminación o nutrición parecen permear tan poco entre los indios conversos como entre los que no lo son. Es cierto que cambian los procedimientos terapéuticos: métodos de diagnóstico nuevos, consumo de medicamentos comerciales y uso de médicos occidentales. (Lo cierto es que los indígenas que “no tienen religión”, según se definen a sí mismos, a quienes los antropólogos suelen llamar “tradicionalistas”, también hacen uso de esos procedimientos). Es evidente que estoy pensando en personas que se “convierten” por primera vez. Pero también las distintas iglesias compiten entre sí por ofrecer un mejor “espacio a salvo de la enfermedad”.

Nótese, por ejemplo, la importancia que los indígenas evangélicos y también los católicos conceden a dejar de beber aguardiente. La embriaguez alcohólica es una práctica común en las fiestas religiosas tradicionales y también en los rituales de curación chamánicos. Pero el término con que se designa tanto en lengua tzeltal como tzotzil al alcohol es significativo: *pox*. La palabra significa aguardiente, pero de manera más general es “remedio” o “medicina”. *Pox* son las hierbas curativas o un rezo chamánico de curación, pero también las vitaminas que se pueden comprar a un vendedor ambulante o la penicilina que se adquiere en la farmacia. Así, pues, el énfasis depositado en dejar de beber aguardiente —con mucho la razón más citada para abandonar las prácticas tradicionales y acogerse a una “religión”— guarda relación, una vez más, con el consumo de prácticas médicas.

Ahora bien, debido al agresivo rechazo de las prácticas chamánicas, las antiguas ceremonias de curación se han vuelto una actividad peligrosa. Amenazados por protestantes y católicos, a lo largo de los pueblos tzeltales, tzotziles, tojolabales y choles, muchos chamanes han dejado de practicar. En ciertos pueblos la práctica chamánica ha sido abiertamente prohibida y en otros veladamente proscrita. (Por cierto que, si los chamanes son atacados, es precisamente porque se confía en sus poderes, de los que católicos y evangélicos no dudan). En las décadas de 1960, 1970 y 1980 un buen número de chamanes (nunca sabremos exactamente cuántos) fueron asesinados, y en ocasiones incluso públicamente ajusticiados. En algunos casos fueron las propias autoridades indígenas tradicionalistas las que ejecutaron a chamanes acusados de brujería: los especialistas médicos poseen, evidentemente, un carácter ambiguo: son capaces de curar, pero también de dañar. Salvando la distancia temporal, la situación recuerda la persecución y denuncia de hechiceros e idólatras que se produjo en el México colonial por parte de la Iglesia, pero con la aquiescencia e incluso el afán de los propios indios cristianizados.

### La Organización de Médicos Indígenas

En las décadas de 1980 y 1990 se crearon en Chiapas varias organizaciones de “médicos indígenas”, en parte inducidas por el Instituto Nacional Indigenista (INI). El proyecto del INI se basaba en la idea de que, para implementar proyectos de salud y epidemiológicos verdaderamente efectivos, se requería la ayuda de los especialistas indígenas. (Aunque probablemente había razones políticas tras ello, por que de ese modo se contrarrestaba parcialmente a la Iglesia católica y otras organizaciones enfrentadas al Estado, ya que los chamanes, en tanto que tradicionalistas, se inclinaban por mantener una buena relación con las instituciones gubernamentales). Pero los chamanes aprovecharon la existencia de estas organizaciones en un sentido un poco distinto. Lo que ofrecían estas organizaciones de médicos indígenas era un espacio en el que protegerse del acoso al que estaban sometidos. Las organizaciones gozaban en aquellos años del apoyo oficial y de ese modo los médicos indígenas pudieron adquirir el respaldo oficial que garantizaba la posibilidad de seguir ejerciendo sus prácticas terapéuticas. Por ejemplo, sus miembros poseían una “credencial” de especialista tradicional que les presta seguridad frente a sus enemigos.

Sebastián Luna (q. e. p. d.), indígena tzeltal bilingüe que trabajaba como técnico de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH), explicaba en 1997 el proceso de la siguiente manera:

Lo que pasa es que las religiones [evangélicos y católicos] atacaban antes a la medicina indígena, la religión pensaba que la medicina académica era la mejor, y nunca han pensado que la medicina académica que sólo no más es calmante, pues, de dolor, y nunca es curativa. Entonces pensaba que la medicina académica es la mejor curativa, pues, entonces empezaba a poner de contra lo que es nuestro y lo que no es nuestro empezó a defenderlo y a crecer más y empezar a abrir más farmacias. Así vienen las ideas, y nunca respetaron a los médicos indígenas, que son sabedores de la medicina tradicional. Siempre lanzaban que son hechiceros, son brujos de los médicos indígenas. Entonces la religión estaba muy equivocada de decir éstos. Cuando se formó la OMIECH venían matando a los médicos indígenas, los mataban, los perseguían, los mataban, hay muchas amenazas.

La Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECH) agrupó a varias de estas organizaciones y, sobre todo recibió el impulso organizativo y de asesoría de médicos-activistas no indígenas que residían en San Cristóbal de Las Casas. Pronto la organización adoptó un tono antigubernamental y el INI retiró su financiación en 1982, que fue sustituida por ayuda de la Secretaría de Salud y Asistencia y UNICEF, y posteriormente por organizaciones no gubernamentales internacionales. No obstante (de acuerdo con ese característico proceso indígena de fusión y fisión incesantes), con el tiempo la OMIECH fue abandonada por indígenas de varias regiones que crearon sus propias organizaciones y en la actualidad agrupa fundamentalmente a médicos de lengua tzotzil de comunidades cercanas a la ciudad de San Cristóbal de Las Casas.

Sebastián Luna:

Entonces ya cuando formó la OMIECH, ya sí podía demostrar que sí hay defensores de los médicos indígenas. Entre pastor [protestante] y dirigente de los médicos indígenas ya estamos en plática, ya tenemos comunicación en ambas partes. ¿Por qué lo acusan así? ¿Y por qué lo dicen así que son brujos? ¿Cómo lo justifican ellos? Por qué no puedes justificar, tu vienes de España y me acusas de ser brujo y no puedes justificar. ¿Cómo? Entonces entre el pastor y el médico indígena ya hay comunicaciones, si tienes religión que dejen que sigan con su religión, y el médico indígena que siga con su rezo, pero que ya no haiga contradicción, que ya no haiga problemas, que rece libremente, pero que tampoco está bajo amenaza el médico indígena.

El hecho de que existan organizaciones de médicos indígenas parece que convierte a los chamanes en un grupo distintivo, susceptible de convertirse en interlocutores ante las instituciones públicas o las iglesias.

Ése es el problema que hay, pues, sí han surgido problemas en las comunidades, por eso a los médicos indígenas los matan con su escopeta, así querían tratar de acabarnos con nuestra medicina tradicional, pero los investigadores no más quieren saber la planta con que se cura, porque no se vale agarrar no más una planta y decir 'con eso te vas a curar el dolor de cabeza', sino que viene parte por parte con su complemento lo que es medicina tradicional, con su rezo, con su incienso, con su vela, con su todo, con un poquito de trago, y hay muchos médicos indígenas que ya no utilizan trago [aguardiente] pero vienen con sus refrescos. Por eso el respeto que ha pactado hacia las sectas religiosas, por eso le hablamos, por eso 'bueno, tengo un promotor', dicen también las religiones, y también los médicos indígenas 'tengo representante en la comunidad', y el sector de salud [oficial] también tiene sus trabajadores de atención primaria. O sea, cada quien con su parte, si se enfermó y no se pudo curar, pues que lo vea el otro, o sea, nunca se ponen de acuerdo en apoyar entre las tres partes, nunca se ponen de acuerdo cómo se hace una canalización de pacientes

¿Y los médicos indígenas están protegidos ahora?

Ya están más protegidos, ya lo saben que hay defensores para ellos, aunque le matan vez en cuando, en el 96 mataron dos, fue en Palenque, sí mataron uno y mataron uno en Motozintla, pero ya muy poco, ya aquí en los Altos ya no mucho, hace años sí, pero ya cuando se abrió que hay una organización, ya con eso nos defendíamos porque empezamos a hablar con los presidentes municipales, que sí hay un derecho para la medicina tradicional, a los médicos indígenas, pues, así se retomó, pues, prácticamente si no hubiéramos

podido defendernos pues hartas matazones a los médicos indígenas, hubieran acabado con todos, pero pudimos recuperar la mínima parte, no en su totalidad, los que fueron más sabios todavía para hacer rezos, por eso ya no se identifica quiénes son médicos indígenas, quiénes son parteras, nadie se dice, tienen miedo. Yo recorrí varias comunidades para saber quienes son médicos indígenas, ‘aquí no hay nada’, ya visitando dos tres veces sí ya se identifican quien sabe curar, sí así fue de miedo. Sí está mejorando ahora, por que cada año hay publicidad que hay una organización, en cada municipio ya empiezan a organizarse ellos, cómo vamos a funcionar, cómo vamos a defender, ya no maten a los brujos, ya hay defensor, ya párense.

## Visita al Museo

La Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, A. C., tiene su sede San Cristóbal de Las Casas. La ciudad estaba hasta hace pocas décadas prácticamente vedada a los indígenas. Pero en el presente quizá más de la mitad de sus 250. 000 habitantes es de origen indígena, y de hecho la ciudad se ha convertido en el principal centro de organización política y de intercambio de productos e ideas de la población indígena del estado de Chiapas.

El centro que posee la OMIECH en la ciudad se denomina Centro de Desarrollo de la Medicina Maya (CEDEMM). Se encuentra en una fracción de lo que fueron los terrenos del célebre Centro Coordinador Tzeltal-Tzotzil del INI. Pero desde 1995, tras la insurrección zapatista, el centro del INI dejó de funcionar en la práctica y la extensa parcela de tierra que ocupaba en la periferia de la ciudad fue ocupada junto con sus instalaciones por distintas organizaciones parcialmente oficiales y otras impulsadas por indígenas, además de colonos indígenas que plantaron allí sus casas.

El CEDEMM –que se define como “un modelo de atención de salud”– se compone de seis secciones: el Museo de la Medicina Maya, el Huerto Demostrativo, el Huerto Productivo, la farmacia, la casa de curación y las oficinas. Al centro acuden algunos chamanes y parteras miembros de la organización de los pueblos tzotziles cercanos (hasta donde sé, no pertenece ninguno de los chamanes que viven en la ciudad). Aquí se lleva a cabo el cultivo experimental de plantas medicinales que se venden en la farmacia. Pero este lugar está pensado también para ser visitado por indígenas y por turistas, especialmente por estos últimos (en la conclusión vuelvo sobre esta cuestión). En la entrada se cobra para ver el Museo de la Medicina Maya, y se espera que los visitantes compren medicamentos hechos con hierbas que se venden en la farmacia del Centro.

Hay sin duda un tono de exotismo en toda la presentación de la medicina indígena a los visitantes extranjeros. Esto se debe sin duda a los miembros y asesores no indígenas de la OMIECH, quienes han intervenido decisivamente en lo que podría llamarse “la puesta en escena” del Centro. En los folletos publicitarios que se reparten por los hoteles y restaurantes “alternativos” de San Cristóbal de las Casas se lee:

Conocer la medicina maya... ¡una saludable experiencia!

Del encuentro de los hombres con las plantas, animales y minerales nacieron los conocimientos que han dado vida a la medicina maya

En la entrada del local del CEDEMM:

Desde siempre, nosotros los indígenas hemos tenido formas para prevenir y curar las enfermedades de nuestra gente. Como nuestros antepasados, lo hacemos con rezos, plantas, velas, piedras, incienso y trago. Nuestros primeros abuelos enseñaron a sus hijos y ellos a los suyos, hasta que el conocimiento llegó hasta nosotros: pulsadores, parteras, yerberos, hueseros y rezadores de los cerros... Nosotros somos los encargados de cuidar la salud en nuestras comunidades.

De aquí en adelante haré un breve recorrido por las secciones del Centro de Desarrollo de la Medicina Maya. Me guía Sebastián Luna –como ya dije, un indígena tzeltal de Tenejapa, que trabaja como

técnico en la OMIECH, pero que no es chamán— y a él pertenecen los comentarios que se citan a continuación. La visita tiene lugar a principios de septiembre de 1997.

Empezamos por el Museo. Es el primer edificio con el que se encuentra el visitante que entra al CEDEMM, pero tiene un volumen más bien pequeño comparado con otros edificios del centro. Ha sido inaugurado recientemente.

La primera sala del Museo representa la plaza de un pueblo indígena de los Altos de Chiapas. Las paredes están cubiertas por murales informativos. Uno es un mapa del Estado de Chiapas donde se han subrayado los municipios (tzotziles) donde mejor se mantiene la medicina tradicional indígena: Chamula, San Andrés Larraínzar, San Pedro Chenalhó, Chalchihuitán, Zinacantán y Huixtán. Un segundo representa las zonas fisiográficas del Estado. Y un tercero, la vegetación. Los murales de enfrente se refieren a las cinco especialidades médicas tradicionales. Son términos tomados de los pueblos de lengua tzotzil más próximos, como Chenalhó o Chamula (en realidad, la nomenclatura de especialidades médicas y chamánicas es extraordinariamente variable a lo largo de toda la región, como corresponde a una medicina que carece de formas canónicas). Sebastián Luna: “O sea, cómo rezan los médicos indígenas, cómo atienden el parto y cómo enseñan la medicina tradicional y cómo dan consulta. Éstos son hueseros, yerberos, y aquí son parteras, aquí son rezadores del cerro: todos éstos son los que van a proteger la vida en el medio ambiente”.

La leyenda de cada mural dice:

*Ilo*: puedo abrirme paso al mundo invisible y enfrentarme para rescatar el alma del enfermo que está perdida o prisionera. El diagnóstico lo realizo por medio del pulso. Cuando pulso, siento una corriente de sangre que va del corazón al pensamiento. Todo se sabe por la sangre. Yo oigo su voz que me dice cual es el mal.

“Rezador de los cerros”: soy el médico indígena que reza al espíritu de la tierra en los cuatro puntos cardinales. Cuando estoy en la montaña, el espíritu de los cerros me dice: “si no me hablan, si no me piden, no puedo darles su alimento, aunque tengan milpa les mando al viento para que la tire, así no van a tener comida, si no me rezan va a haber enfermedad y problemas; en cambio, si me vienen a rezar y dejan algo en mi puerta, con mucho gusto les doy lo que me piden”.

*Tzak bak'* o huesero: trato las enfermedades de los huesos, corrijo las zafaduras, las fracturas y todos los males del esqueleto, sé tentar el lugar lastimado para encontrar la enfermedad y curarla con silbidos, yerbas, vendas y rezos.

“Partera”: soy partera indígena tradicional de mi paraje en Chenalhó. Además de aligerar el parto, sé curar enfermedades de la mujer, mal de orina, calambres del embarazo, peligro de aborto, menstruación dolorosa o irregular, hinchazón, cuando la mujer no puede tener hijos o que no le baja la leche después del parto, caída de la matriz, y hemorragia después del parto.

*Ak' womol* o yerbero: para curar a las gentes corto en el monte las plantas medicinales, ya sean yerbas o árboles. Utilizo distintas clases de plantas según las enfermedades, frías o calientes, fuertes o débiles, de niños y mujeres, de corto o largo tiempo. Sé cuándo utilizar toda la planta o una parte de ella. Hay plantas que se hierven o se machacan crudas; otras que se calientan en el comal o sólo se limpia a la persona con las plantas frescas. También distingo cuándo una planta es venenosa y no se debe tomar. Yo, como yerbero, tengo en mi cabeza todos los secretos de las plantas.

La pared principal de esta sala representa una iglesia (inspirada al parecer en la iglesia de San Juan Chamula). Por su puerta se accede a la siguiente sala del Museo. Es una capilla. Hay un altar con un Cristo y cuatro santos (fig. 1.), y en un flanco del altar hay tres maniqués que representan a un rezador y a su familia (fig. 2). Sebastián Luna explica que

“aquí va a haber varios santos, aquí está el santo San Lorenzo, San Juan, San Pedro y San Miguel de Huixtán [por los santos tutelares de los pueblos de Zinacantán, Chamula, Chenalhó y Huixtán]. Y aquí es el altar, y aquí están formados el médico indígena, entonces aquí es el médico indígena con su mujer y con su hija, y que van a rezar pues en la iglesia. Tiene incensario [el altar], significa que le están pidiendo perdón

en cada municipio, en cada apóstol, o sea, no sólo no más le piden perdón, también al Esquipula [Cristo], así que piden perdón en varias partes y el señor Esquipula pasa comunicación formalmente. El Esquipula es el jefe, y todos los apóstoles que están formados para acá, entonces están en comunicaciones y les piden perdón en todas partes”. Otra persona me dijo que la imagen corresponde al Cristo de Tila.



*Fig. 1. El altar de la capilla*



*Fig. 2. El chamán (ilol), su esposa y su hija, con la indumentaria de la comunidad de Chamula.*

En la pared izquierda de la capilla hay un pequeño altar, semejante a los altares domésticos, con dos cruces y una rama de ocote (pino) verde. Hay incensarios de barro que han sido utilizados y sobre el suelo se encuentran listones de madera que se utilizan para colocar las velas en hileras, como se hace en las ceremonias chamánicas de curación. Por otras personas sé que los chamanes han estado haciendo aquí ceremonias de curación (fig. 3).

PP- Me dijeron que están haciendo curaciones aquí dentro de la iglesia del Museo.

SL- Hacen curaciones, pero la próxima ya no vamos a permitir hacer las curaciones porque sumamente le están manchando los pisos [por la cera de las velas], o sea, le estaban haciendo las curaciones porque estaba ocupada como bodega la Casa de Curación, pero ya en las próximas ya no lo vamos a permitir.

PP- ¿Quiénes estaban haciendo las curaciones?

SL- Todos son iloles, todos son médicos indígenas

PP- ¿Gente de la Omiech que vive allí en las comunidades?

SL- Pues viven en las comunidades, todos vienen de las comunidades. Aquí en San Cristóbal no hay, todos vienen de las comunidades.

PP- ¿Y les estaba dando buenos resultados las curaciones aquí?

SL- Sí, sí están saliendo positivas.



Fig. 3. El altar "doméstico" lateral de la capilla. En el suelo se advierten los listones de madera y los incensarios, restos del ritual terapéutico que han estado celebrando los chamanes, y también ramas de pino, incienso de copal, incensarios y listones para sostener las velas.



Fig 4. El "rezador de los cerros" frente a unas cruces en la cima de una montaña.

Por una puerta de la capilla se accede a la siguiente sala, un gran espacio en cuyo centro hay un montículo con unas piedras y sobre ellas tres cruces; en el centro hay un incensario. Frente a esta representación de la cima de un cerro hay un maniquí que representa al “rezador de los cerros”. Lleva un traje del pueblo de Chamula (fig. 4).

“Aquí es donde pide el médico indígena, donde está rezando, que haiga mejor la producción, que no haiga más enfermedades, aquí es un cerro, símbolo que los médicos indígenas, los rezadores del cerro, entonces le está pidiendo perdón ahora, que haiga mejores producción y la cosecha, eso significa éstos”.

En esta sala –que representa un espacio abierto en el bosque– hay fotografías de plantas medicinales por toda la pared y también hay fotos de animales de uso medicinal y lodo negro. “Ésos son cuadros de fotografías del plantas; o sea, a la hora que entran los turistas, se refleja, o sea, tiene foco adentro; o sea, entrando agarran otros tarjetones que están allá, cómo se llama la planta, para qué se usa y cómo se prepara; y también de allá, cuáles animales que son medecinas, entonces esto... animales que sí son curativos”. “¿Y el colibrí es curativo?” “Sí, es para... epilepsia, es curativo ése, entonces todas éstas son curativas: la víbora, la armadillo, el colibrí, la abeja, zopilote, el zorrillo, todo esto es animales medecina”. En una de las paredes hay pintado un gran mural en rojo y negro con el rostro de Emiliano Zapata, quien abraza los montes y el bosque de Chiapas (ha sido pintado por unos muralistas chicanos que han hecho otras obras en San Cristóbal).

La sala siguiente representa el interior de una casa indígena (una casa algo antigua, de las que ya quedan pocas). En un espacio hay un telar de cintura, en otro lado están los gallineros. La casa es de adobe con una ventanita. Entrando en la casa se ve un hombre sentado, una mujer pariendo y la partera. La partera tiene un niño en las manos y el cordón umbilical todavía está unido a la madre. Luego está el hogar y objetos de uso doméstico (fig. 5).



Fig 5. En el interior de una casa indígena: el esposo, la madre y la partera recogiendo el bebé. Los tres con la indumentaria del pueblo tzotzil de San Pedro Chenalhó. Sobre el petate hay unas plantas medicinales.

“Aquí es casa indígena. Aquí vive la partera, es casa. O sea, donde viven las mujeres, cómo viven, cómo duermen. Se le está dando imagen [al visitante], está en una casa indígena. Aquí es donde..., o sea, hay gallinero, aquí es nidos de gallinas, así es, aquí le vamos hacer un florero... para poner un jardín, pura planta..., o sea, cómo viven en una familia en la casa de las comunidades, aquí es un patio, aquí es un telar de los indígenas, tiene su leña, tiene su olla, tiene todo, su telar, su komen. Ya se les está haciendo el parto, ya está esperando la placenta. Ahí es la mujer y ése es el marido que le está apoyando, le está dando posición...; es que normalmente, como está posicionado, así nacen todos los niños de las comunidades, entonces ése es el símbolo”.

En la sala adyacente, a la que se accede por una puerta de la casa indígena, en el lado izquierdo se encuentra el maniquí de una mujer que está haciendo velas, sobre un balde metálico (fig. 6). En el lado derecho hay un hombre, con el traje de costumbre de Tenejapa, que está haciendo *may*, el tabaco silvestre mezclado con cal que se mastica con fines de protección y medicinales (fig. 7).



Fig 6. Fabricando velas de la manera tradicional

“Entonces aquí hay un indígena que está haciendo vela, que es tzotzil, como venían haciendo las velas antes..., porque no preparan con gas sino que preparan con leña. Entrando de aquí, aquí hay un señor que hace pilicos [tabaco silvestre], están todos sus tecomatitos, entonces aquí es otra casa donde vive, tiene su maíz, todo. El cal, si lo preparan bien, su ajo. Las velas son partes de herramientas para hacer sus curaciones, todo eso es el material que utiliza el médico indígena, todo tenemos que enseñar cómo es verdaderamente, no más agarrar la parte, sino que lo agarramos todo, está el médico indígena, está con su vela, con su *may*, con su ajo, entonces eso es lo que lo estamos dando de enseñar..., sí porque prácticamente hasta ahorita, desde que llegaron la religión [protestantes y católicos], pues estas vela ya no lo conocen, ya lo están perdiendo total, o sea, pues todas las visitas que han llegado aquí pues salen

muy impresionantes que cómo lo supimos de saber todo esto, pero aunque nosotros no más aunque nos apoyaron mucha gente, cómo estaban antes a los indígenas, esto es lo que nos están dando de ver”.



*Fig 7. Fabricando may, el tabaco silvestre molido con cal y ajo, empleado como medicamento en las sesiones chamánicas. La indumentaria es de Tenejapa.*

Al insistir en la importancia de mostrar las velas y el tabaco molido, Sebastián Luna subraya algo que he escuchado en otras conversaciones con chamanes. La idea de que la curación es un ritual, no solo un proceso técnico. El ritual tiene como base el intercambio de sustancias ante la cruz del altar doméstico. Los seres extrahumanos liberan el alma del enfermo a cambio de las ofrendas que se les presenta en la cruz: aguardiente, tabaco molido, velas, incienso y otras sustancias categorizadas como “calientes”. Las velas y el tabaco forman parte de la dieta alimenticia de los seres sagrados con los que se intercambia en el altar. En otras palabras, la ceremonia de curación es en esencia un intercambio y de ahí la importancia de emplear las sustancias que se muestran en esta sección del Museo. Continúa:

“Ahora los que tienen religión ya no usan velas, may... porque lo acusan de que es caca de caballo, dicen, por eso la gente cuando lo burlan se tapan el intestino (risas), se hincha la panza, es castigo, pues, porque es una burla de una planta muy sagrada, y se enferma de inmediato”. “¿Por qué dicen eso?”. “Pues es malas habladas lo que les enseñan otra gente, o sea, que no sirve eso, parece que es caca de caballo, o sea, en la realidad no era cierto que era caca de caballo, porque está hecho pues. En todas partes ocurre así [el tabaco molido como protector], si alguien te quiere matar pues no te disparan, te soplan por detrás, pero con may se entumen los brazos [del agresor] y no puedes alcanzar, alcanzar el que va huyendo, supuestamente que nosotros estamos huyendo, algo nos están persiguiendo, no nos van a alcanzar, o sea, se entumen los pies, se ponen muy pesados. O sea, éste es el raíz de éstos que pensamos que es valor recuperado casi en su totalidad. Es la costumbre, la tradición, todo éste es la costumbre”.

El último recinto del Museo es una sala de conferencias y proyecciones audiovisuales: “Aquí va a ser conferencia, vídeo, todo eso, tenemos un vídeo sobre rezadores del rezo, cómo se hacen las curaciones, y algunos que van a dar conferencia, pláticas, cómo es la medicina tradicional”. “¿Y quién va a dar las pláticas, gente indígena o gente de fuera?”. Todo respetar las dos partes, hay los médicos indígenas y hay gentes de afuera que sí tienen idea de cómo es la medicina tradicional, sí, vamos a respetarnos las dos partes para que nos respetemos lo que es de la medicina tradicional”.

En este punto pregunto a Sebastián Luna para qué se ha hecho un museo de medicina indígena, qué sentido tiene.

“O sea, es para que ya formalmente, para podernos abrazar en ambas partes, para recopilar todos eso de la historia de lo que es de la medicina tradicional, demostrar que sí, que no está totalmente distribuida lo que es costumbre indígena, o sea, nos dio la idea para demostrar con la gente que tengan la cabeza, que no estamos perdidos totalmente, sí estamos recuperando lo que es nuestra, no era cierto lo que dicen en las comunidades que no somos ya indígenas, que ya somos gente modernizada, no era cierto eso, no dio la idea que si damos la imagen que si somos indígenas, pero no quiere decir que estamos en contra de las otras partes, que no hablen que ya estamos modernizados, sino que estamos respetando las dos partes, o sea, para que lleven ya psicológicamente los niños para que vayan estudiando en la escuela, que tengan en su cabeza cómo vivieron antes sus padres y bisabuelos, cómo trataban de hacer las curaciones antes, antes que conocieran las otras partes, lo que es medicinas académicas, lo que es hospital de académicos. Y enseñar no sólo a la gente nuestra sino a la otra parte cómo vivimos antes como indígenas. Ya cuando vienen las turistas pues nos pueden ayudar a financiar ya a la mera ahora que se corta el presupuesto de algunas instituciones que nos brindan el apoyo, los recursos financieros ya los turistas están financiando la OMIECH”.

## En el huerto medicinal

Tras el edificio del museo de encuentra un “huerto demostrativo” de hierbas medicinales empleadas en Chiapas. Curiosamente el huerto está dividido en dos partes, una dedicada a las plantas medicinales autóctonas y la otra a las plantas medicinales transplantadas de Europa (y que los especialistas médicos indígenas emplean profusamente); entre éstas se encuentran ruda, romero, ajo e hinojo.

La herbolaria tradicional indígena representa en la actualidad una de las facetas más importantes de reivindicación. Ello se debe probablemente a que la herbolaria proporciona una vía de comunicación y posible cooperación con la medicina científica. La idea de que para implementar proyectos de salud y epidemiológicos verdaderamente efectivos en las regiones indígenas de Chiapas se requiere del uso conjunto de la medicina alópata y la medicina tradicional indígena es un hecho por lo general bien aceptado entre los especialistas de salud oficiales. De hecho, los programas institucionales de salud en Chiapas (por ejemplo, aquéllos que han desarrollado el Instituto Nacional Indigenista y el Instituto Mexicano del Seguro Social) han procurado desde hace ya varias décadas incorporar a los especialistas tradicionales indígenas a su estructura organizativa, convirtiéndolos en promotores de medidas de atención primaria.

Los resultados, sin embargo, han sido, en términos generales, desalentadores. Las razones para ello son numerosas. Pero sin duda, una de ellas radica en el hecho de que más que genuinos intentos de colaboración en un plano de igualdad, lo que el sistema médico institucional ha hecho es aceptar algunas prácticas médicas indígenas y desdeñar otras. Así, los programas de salud han tendido a incorporar aspectos médicos que son conceptualizados como “empíricos”: el uso tradicional de plantas medicinales o el auxilio de parteras. No así, sin embargo, prácticas consideradas ineficaces desde una perspectiva alópata, en particular las ceremonias de curación y el empleo de oraciones de curación. No hace falta insistir en que la distinción entre conocimientos “empíricos” y “rituales” es, en una perspectiva chamánica, irrelevante, y que todas las acciones médicas forman parte de un marco de significación que les dota de eficacia terapéutica.

Por otra parte, los indígenas protestantes y nuevos católicos han comenzado poco a poco a interesarse de nuevo en las hierbas medicinales, pero purgando su recolección y consumo de procedimientos chamánicos. Por ello, los médicos indígenas insisten en que el consumo de plantas medicinales no tiene eficacia si no va acompañado por los gestos rituales apropiados, en particular las oraciones de curación. Sebastián Luna lo expresa de la siguiente manera:

“Ése es el problema, pero ya ahorita entre la religión [evangélicos] nos piden apoyo de dar capacitación de plantas, pero si sólo no más quiere recopilar la planta no sirve, hay veces que la planta tiene secreto, y eso tiene que cumplir de hacer, tiene que rezar antes o después de cortar la planta o hervirla antes que te lo tomes, o sea, tiene su complemento”. “¿Y los de religión aceptan hacerlo?” “Pues ya algunos antes de tomarse ya su planta ya se persignan, en el nombre del padre del hijo, que será muy positivo mi planta, será muy curativo, pero no llega en su totalidad, tiene que hacer sus rezos completos, pero nosotros cuando hacemos rezos no es diablo, hacer el rezo tampoco es pecado, creo que tiene que entender la religión si un médico está haciendo rezo no es pecado, ni con eso nos vamos al infierno como dicen, ellos dicen que tenemos que ir al infierno porque le estamos rezando, y no es a la fuerza porque no tomo trago que ya estoy en el cielo, entonces tenemos que explicarle que no es pecado por hacer un rezo indígena, y tampoco es pecado que yo fume un cigarro, para tomar trago tampoco es pecado, y las gentes religiosas dicen que sí, pero no es pecado, pecado es robar, es matar, pecado e echar mentira, eso es pecado. Eso es trabajo que estamos haciendo para que haiga mejor salud, haiga mejor bienestar, mejorar a la gente pues”.

El CEDEMM tiene también un edificio dedicado a farmacia, donde se hacen los preparados de plantas y se venden:

“Todo esto va a ser la visita a laboratorios, aquí va a ser la farmacia públicos. Sí, van a vender jabón, pomada, jarabe para tos, tintura para desparasitar, todo eso. Aquí va a ser el archivo donde pueden sacar información de plantas; hay como libros, como folletos, vamos a tener un computador informativos, así en toda esta parte. Aquí en esta parte va a ser el parte de preparados, aquí están secando las plantas”.

### En la casa de curación

El recorrido termina en la casa de curación (fig 8). Aunque el edificio está ya construido, todavía no ha comenzado a funcionar. El proyecto es que este centro funcione un poco como un hospital de ceremonias chamánicas, a las que, por una parte, puedan acudir pacientes de las comunidades indígenas, y por otra, visitantes extranjeros que lleguen a San Cristóbal de Las Casas. Desde luego, es un modelo de tratamiento chamánico diferente del que se ejecuta en las comunidades indígenas de la región. Por norma las ceremonias tienen lugar en la casa del chamán, o en su defecto, en la del enfermo. Para determinadas enfermedades se acude también a la iglesia. En la casa de curación, sin embargo, podrán trabajar varios chamanes en un único espacio, aunque sólo habrá un especialista por paciente. Quizá lo más novedoso es que aquí podrán acudir indígenas de distintas comunidades y distintas lenguas –por no decir de los turistas internacionales– a tratarse con especialistas a los que no están habituados. Por ello la casa de curación podría actuar como un lugar de fertilización cruzada de las prácticas chamánicas de la región de los Altos de Chiapas.

Sebastián Luna: Tenemos cuatro literas especialmente para los enfermos, pero como no estamos funcionando todavía, está una especie de bodega, pero cuando se desocupa. Hay ioles y hay parteras también, atención del parto.

PP- ¿Entonces tendrán que hacer su altar?

SL- Sí, ya tenemos los cruces, lo que pasa es que... Se cura de acuerdo a qué enfermedad trae; todos vienen de las comunidades (los rezadores), viven en las comunidades y vienen a hacer curación aquí. Vamos a poner un anuncio [en la radio] que dice “médicos indígenas para curaciones”, y se puede hacer la consulta aquí, y si necesita curar, pues ya hacen la curación aquí, sea con rezo o sea con plantas.

PP- ¿Ya han pensado cuanto van a cobrar?

SL- Depende, creo que depende, voluntario cuanto quieren dar, que 20 o 30 pesos, creo que no llegaríamos a lo que hacen los médicos académicos que aquí cobran 150 pesos, eso una consulta, eso es mucho, estaría más barato nosotros.

PP- ¿Y la gente indígena también se curará aquí?

SL- Sí, ya han venido indígenas aquí

PP- ¿Prefieren curarse aquí?

SL- Sí, o sea, como hay médicos que no muy dominan todas las enfermedades y hay médico que sí, vienen a diagnosticar qué enfermedad tiene un paciente, o sea, prefieren acudir en otras instancias de otros médicos indígenas, porque hay veces que no pega muy bien también sus rezos en la misma comunidad, o sea a veces no pega, pero si reza con otro médico indígena sí hay veces que sale muy mejor resultado.

PP- ¿Y, por ejemplo, si alguien es de San Andrés, aquí se puede curar con alguien que es de Chamula?

SL- Sí, o con alguna gente de Chenalhó, o con algunas gentes de Huixtán que vienen a hacer curación aquí, o con gentes de tzeltal también, o sea, no distingue la gente, de acuerdo con diagnóstico que hace el médico indígena, porque son muy diferentes que hacen las curaciones, no son iguales, sí hay diferencias para hacer curaciones. Hay veces que el cuerpo sale muy provechoso que hicieran curación, y tienes ganas de pasear y da ganas de comer y todo eso, o sea, te quita pues las enfermedades. Nadie puede hacer sólo con su propio médico en la comunidad, puede ser, y hay veces que el mismo médico dice “busca otro, a mí no llega, en vano vamos a gastar, en vano vamos a estar aquí perdiendo tiempo, busca otro médico”, entonces eso es normalmente que te explica y te aconsejan que acudimos con otro médico, y de acuerdo puede considerar “sabes qué, hay un médico no se qué en tal parte, ve a buscarle”, así se acude entre indígenas a hacer las cosas

PP- ¿Y sirve si uno es tzeltal que el rezo sea en tzotzil?

SL- Sí; va bien, normalmente que si es un tzotzil hay veces que nos cae bien, hay veces que cae bien entre tzeltal y tzotzil, entonces así es el intercambio de rezos y así es las curaciones, y cuando es una enfermedad más crónico, o sea, entonces te dan otra planta que te habían dado en la comunidad.

PP- ¿Así qué aquí en la OMIECH los indígenas pueden elegir un poco que clase de rezador quieren?

SL- Sí, depende pues, depende de los acuerdos, supuestamente que aquí estamos manejando puros tzotziles, no tenemos rezadores tzeltal aquí, pero ya creo que trataríamos de ver con el tiempo porque el área de trabajo estamos ampliando, puede ser que hay mejores médicos indígenas tzeltal también que empiecen a dar consulta acá, poco a poco tenemos que ir viéndole a qué resultado podemos avanzar.

PP- Hemos hablado de la gente indígena, pero para los turistas que vengan de España, de Francia, de EE. UU. ¿Qué tal si no saben cuáles son sus enfermedades? ¿Alguien se lo va a explicar?

SL- Eso, para eso sirve el traductor, del español, del francés, del inglés; o sea, tenemos que buscar mil formas para que llegamos a tener la comunicación.

PP- ¿Y a la gente indígena le gusta la idea de tener una casa de curación?

SL- Pues sí, ya hemos dado la información, pero desgraciadamente que estamos muy reducidos a todos estos locales, pero si nos va a entender la gente que sí tiene casa de curación, y siempre han venido gente aquí a buscar a la gente.



Fig 8. La casa de curación

Al final, Sebastián Luna comenta:

“Vamos a pensar que en el futuro vamos a crear una escuela de medicina indígena, y tenemos dos propuestas, crear un hospital indígena, es decir, cuando los médicos indígenas no pueden curar en su propia comunidad, que se canaliza con su propio hospital, para que no haiga mal tratos, pero ya tenemos la idea de que tenemos que construir una escuela de medicina indígena, vamos a solicitar que hay escuela de medicina indígena, ésa es la tirada, demostrar que sí tenemos que aprender, pero que sí necesitamos una escuela de medicina indígena”.

### **Dificultades**

En el verano de 2001 pude volver a hacer una visita al centro con cierto detenimiento. Resultaba evidente que, aunque el centro seguía funcionando, las expectativas de desarrollo que había formulado Sebastián Luna se habían reducido mucho.

La casa de curación prácticamente no se utilizaba. Los pacientes indígenas no acudían al centro probablemente porque la idea de ser atendido por un chamán en un ámbito prácticamente público –donde todo el mundo puede enterarse de los problemas personales (si ha perdido una de sus almas o si tiene un conflicto familiar grave) es algo verdaderamente extraño (¡que los pacientes se tiendan en literas!). Como podía preverse, los indígenas rurales siguen acudiendo a los rezadores locales. Por su parte, la mayoría de la población indígena que vive en la periferia de la ciudad tiene una filiación evangélica o católica, y en los raros casos en que se somete a un tratamiento chamánico lo hace en completo secreto –pues está severamente castigado entre las nuevas religiones– y preferentemente con chamanes de sus pueblos de origen. Por supuesto la esperanza de Sebastián Luna de que la casa de curación constituyera el germen de un “hospital” de medicina indígena para la región parecía ya inalcanzable.

En cuanto a la posibilidad de que los turistas extranjeros se trataran en el centro, tampoco había tenido ningún éxito. No creo que esto se deba a la falta de interés de los forasteros –el turismo ha creci-

do enormemente en la ciudad y siempre hay un buen número de visitantes interesados por las prácticas culturales exóticas, especialmente médico-rituales-. Pero, a este respecto, el Centro de Desarrollo de la Medicina Maya probablemente es insuficientemente esotérico. Es demasiado público e institucional y le falta esa imagen de diferencia que los visitantes pueden encontrar con los “brujos”, ya sean indígenas o mestizos de la ciudad, y sobre todo en algunos cultos periurbanos que mezclan activamente algunas prácticas indígenas –sobre todo aspectos formales de los rituales, como el uso del incienso *pom* o el baño de vapor “tezmazcal”– con un estilo de espiritualidad “New Age”.

En cuanto a la farmacia herbolaria, expendía poco, pero seguía trabajando y vendía un abanico relativamente amplio de hierbas, según creo compradas sobre todo por los residentes no indígenas de la ciudad. El museo parecía recibir visitas de algunos turistas, pero pocos. Creo que esto se debe a que el museo se encuentra fuera de los circuitos turísticos. Éstos se restringen al centro de la ciudad, el área “colonial”, y a las comunidades indígenas cercanas, como Zinacantán o Chamula, que se encuentran a una media hora en autobús. El museo, en cambio, se encuentra en la zona de las afueras de la ciudad, poblada recientemente y que por su aspecto carece de ningún atractivo turístico: un barrio mísero, lleno de basura, de puestos de mercado sin atractivo, de casas a medio construir y con cierta delincuencia. En fin, desde un punto de vista turístico, un lugar intermedio, confuso; ni antiguo y coqueto como el centro de ciudad, ni pintoresco como las comunidades rurales.

Por lo demás, los especialistas médicos indígenas que en un principio eran miembros de la OMIECH y que supuestamente iban a acudir a trabajar y curar en el CEDEMM (viven en las comunidades rurales) tampoco llegaban al centro. Permanecía el personal técnico o administrativo, indígena o no, que percibía un salario regular.

El ideal de autosuficiencia que había expresado Sebastián Luna se encuentra todavía muy lejano, si es que se pudiera llegar a alcanzar alguna vez. La mayor parte de la financiación sigue llegando a través de organizaciones no gubernamentales e instituciones oficiales.

Este panorama que acabo de esbozar es, en realidad, un fenómeno común a todas las organizaciones de médicos indígenas creadas en el estado de Chiapas en las décadas de 1980 y 1990. Hacia finales de la década de 1990 resultaba evidente que estas organizaciones no funcionaban bien. Para esto hay razones de carácter general. En el ámbito indígena la dificultad para que prosperen a largo plazo asociaciones, cooperativas y demás organizaciones es endémica. Pronto tienden a producirse conflictos y enfrentamientos –en particular, pero no sólo, por razones del control y gasto de dinero– que desembocan en escisiones consecutivas y a menudo en la disolución de la organización.

Pero la existencia de organizaciones de “médicos indígenas” plantea sus propias dificultades. Es probable que en el período de su emergencia se crearan demasiadas expectativas de financiación que luego no se cumplieron. En particular, los chamanes y parteras –la mayoría de ellos muy pobres– pensaron que podían, no sólo recibir reconocimiento institucional, sino también dinero para sus actividades: salarios, viáticos, viajes, etc. En un período en el que la financiación asistencial de actividades productivas y culturales para indígenas se incrementó espectacularmente en los Altos de Chiapas, los especialistas médicos prácticamente no se estaban beneficiando del dinero que caía abundante, pero pésimamente repartido, en la región. Sin duda esto se debía a que los especialistas carecían de reconocimiento institucional, no eran todavía “médicos indígenas”, y las organizaciones estaban precisamente destinadas a producirlo. Mas el dinero finalmente apenas fluyó, en parte porque no era tanto y en parte porque quedaba retenido en actividades de administración, sin que llegara a los propios “médicos”. Por ejemplo, la organización de médicos indígenas del municipio de Cancuc (de unos 25.000 habitantes) reunió en su fundación, en 1992, a cuarenta y dos rezadores; pero en la actualidad permanecen sólo dos (que además participan de manera muy esporádica). Por lo demás, la ofensiva contra los chamanes por parte de los grupos religiosos disminuyó considerablemente durante estos años. Incluso, como hemos visto, algunos grupos evangélicos y católicos parecen interesarse ahora por la herbolaria tradicional, siempre que en su administración no intervengan los rituales y cantos chamánicos (a pesar de que, como hemos visto también, los chamanes insistan en que las plantas, sin el adecuado tratamiento ritual, carecen de eficacia).

Mas éstas son dificultades de carácter circunstancial. El problema de fondo que impide que las organizaciones de médicos indígenas puedan prosperar es otro, y guarda relación con las características de la propia actividad chamánica. El chamanismo tzeltal es una actividad esencialmente individual y más bien solitaria. Lo es la iniciación (entre los indígenas de los Altos de Chiapas no existen ceremonias de grupo, sino que la iniciación es el resultado de ciertos sueños personales que se repiten y que conceden la *ch'ul lisensia*, la “licencia sagrada”). Y sobre todo, como entre la mayoría de los indígenas americanos, la actividad terapéutica es un asunto particular del chamán: éstos nunca consultan a otros chamanes, ni existe un ámbito más o menos público en que puedan intercambiarse conocimientos, técnicas y otras actividades propias de su oficio. No hay colaboración sino una fuerte competencia. Sólo recuerdo a chamanes hablando entre sí de su actividad en situaciones de fuerte embriaguez, y en estos casos las “conversaciones” se limitan en realidad a que cada uno presuma de sus capacidades y procure desacreditar a los demás. Hay buenas razones para ello: los chamanes, en los otros mundos donde se desenvuelven sus almas para lograr las curaciones, pueden ser enemigos mortales; pueden ser los causantes de la enfermedad del paciente, y allí, según las circunstancias, tendrán que negociar o combatir a veces hasta producir la muerte.

En otras palabras, una casa de “médicos indígenas” donde las ceremonias terapéuticas se lleven a cabo en un lugar público (una especie de hospital) y donde los chamanes trabajen, si no conjuntamente, al menos uno junto a otro e incluso se vean forzados a compartir sus conocimientos, es la antítesis de la lógica terapéutica chamánica. (¿Cómo, por ejemplo, cobrar por la curación si la capacidad de curar es un don sagrado –según insisten los chamanes– que impide cobrar por la actividad?). Pese a resultar ya un lugar común, debe recordarse que los chamanes no sólo son capaces de curar enfermedades, sino de producirlas. Y esto les coloca en una situación muy distinta a la de los médicos de tradición europea. En fin, las organizaciones de “médicos indígenas” tienen un valor muy reducido como centros de conocimiento médico –en ese sentido son lugares peligrosos. Funcionan más bien como asociaciones que articulan esta práctica terapéutica con el mundo de las instituciones no indígenas: que obtienen financiación y reconocimiento, y sólo en la medida en que cumplan estos objetivos su existencia está justificada.

## Conclusión

Un museo se puede visitar por el simple gusto de la visita, y esto es perfectamente legítimo. Pero permite también ver qué se desea mostrar y notar a la vez las dificultades y contradicciones que este despliegue conlleva. ¿Qué podemos concluir, pues, de la visita al museo?

El Centro de la Medicina Maya, y con él el Museo de la Medicina Maya, está simultáneamente diseñado por indígenas y no indígenas, y está dirigido también simultáneamente a la población indígena de la región y los visitantes no indígenas. Y esta ambivalencia –el hecho de que deba resultar interesante, útil y significativo tanto a los indígenas como a los occidentales– es algo que resulta difícil de compaginar en la práctica.

Esto puede notarse en la propia puesta en escena del museo. En la medida en que está dirigido a la población indígena, el museo tiene un carácter histórico: “las cosas como eran antes”. Las casas que se presentan están construidas de adobe y techo de paja, como eran hasta hace poco –todavía se ven algunas en la región– pero como ya no son. Su disposición interior muestra únicamente objetos tradicionales: no hay radios, ni televisores, ni botellas de Coca-cola (con las que por cierto los chamanes de pueblos cercanos ofrendan a los espíritus). O las actividades que se muestran, como la fabricación artesanal de velas, han caído en desuso. El propio Sebastián Luna subraya este carácter histórico del Museo en su comentario durante el recorrido: “...los niños, para que vayan estudiando en la escuela, que tengan en su cabeza cómo vivieron antes sus padres y bisabuelos, cómo trataban de hacer las curaciones antes, antes que conocieran las otras partes, lo que es medicinas académicas, lo que es hospital académicos”.

La palabra clave es “antes”: la medicina que es presentada en el museo es algo antiguo, que desaparece, algo que los niños indígenas ignoran. Pero, de manera más sutil, este museo de historia, y con él las actividades que se desarrollan en el CEDEMM, también reivindican la “tradicionalidad” de los indígenas que habitan en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas. Sebastián Luna lo observa de una manera un poco más oblicua: “...para recopilar todo eso de la historia de lo que es la medicina tradicional, demostrar que sí, que no está totalmente distribuida [por ‘desaparecida’] lo que es costumbre indígena, o sea, nos dio la idea para demostrar con la gente que tengan la cabeza, que no estamos perdidos totalmente, sí estamos recuperando lo que es nuestra, no es cierto lo que dicen en las comunidades que no somos ya indígenas, que ya somos gente modernizada...” En las comunidades rurales, dice Luna, a los indígenas urbanos les acusan de perder la tradición, de ser “modernos”. Pero el museo demuestra que en la ciudad se continúa con la medicina tradicional, por más que ésta quede como congelada en un museo histórico, que se está “recuperando” (se reconoce aquí el eco del lenguaje político-etnográfico), aunque sea para colocarla en vitrinas.

Pero el Museo de la Medicina Maya también está dirigido a los visitantes forasteros. Y en esta versión el museo tiene un carácter etnográfico: “las cosas como son ahora (más o menos)”. Evidentemente, como sucede con cualquier museo etnográfico, se puede suponer que hay una cierta diferencia temporal entre la representación de los objetos tradicionales y lo que sucede de verdad ahora que los indios han entrado en contacto con “civilización moderna”. Con todo, la pretensión del Museo es mostrar la verdadera medicina maya. El hecho de que se haya titulado como “maya” indica hasta qué punto el museo está dirigido a visitantes internacionales, puesto que en México no se emplea este etnónimo, y también hasta qué punto los organizadores no indígenas del CEDEMM desean vincular la actual medicina indígena con el prestigio de la antigua civilización maya precolombina. Por otra parte, el abanico de no indígenas a los que está destinado el Centro y el Museo es heterogéneo. Están los residentes no indígenas de la ciudad que esporádicamente compran medicina herbolaria en la farmacia. Están desde luego los turistas atraídos por la presencia de población indígena en la región. Pero también están los miembros de instituciones públicas mexicanas y, sobre todo, los responsables de organizaciones internacionales y miembros de ONG’s. En este sentido, el museo presenta la medicina indígena “tal y como las cosas son ahora”, pero a punto de desaparecer, especialmente de no recibirse reconocimiento y financiación apropiada.

El Centro muestra este compromiso por capturar la atención de intereses y estéticas diferentes: indígenas tradicionalistas, evangélicos, rurales, urbanos, turistas extranjeros, residentes locales, agencias de financiación internacionales, instituciones de salud públicas mexicanas, etc. De ahí que el museo exhiba una mezcla simultánea de diferencias temporales, geográficas y estéticas, cuya combinación en *collage* produce un resultado extraño, de falta de, por así decir, autenticidad (sea ésta la que sea). Desde el punto de vista de los no indígenas, esta mezcla provoca una impresión de falta de “indianidad”. Como ya he observado, el centro es deficitariamente exótico (y para complicar las cosas, los visitantes extranjeros pueden acudir, por ejemplo, al cercano pueblo de Chamula, donde los chamanes ejercen en el interior de la iglesia, y aquí sí no cabe duda sobre el grado de autenticidad de la práctica chamánica).

Desde el punto de vista indígena, el problema es por supuesto otro. Probablemente una de las claves de la falta de atractivo del CEDEMM es su carácter híbrido. En principio desarrolla la medicina tradicional indígena, pero el Centro de la Medicina Maya responde al modelo médico europeo: tiene una farmacia, un hospital, un laboratorio (el huerto de plantas medicinales), un área de administración y servicios, y el añadido del museo (que es como la parte de publicidad del centro). Así presentada, la medicina indígena resulta simétrica a la europea: un dominio en el que existen distintos especialistas (rezadores, yerberos, parteras, hueseros...), un corpus canónico de conocimientos, métodos terapéuticos estandarizados, etc. Pero ni que decir tiene, la medicina chamánica no sigue este tipo de distinción institucional, y que su lógica ni siquiera lo permite.

En fin, todo en el CEDEMM está diseñado para constituir *la medicina indígena* como un objeto en sí mismo, uno que resulte además equivalente y comparable a la medicina académica europea. Y por tanto, con el cual pueda sostener relaciones de intercambio. Ahora bien, el problema, a ojos indígenas, no es que el CEDEMM adopte una lógica europea. Los indígenas de la región de los Altos acuden normalmente a médicos y hospitales públicos mexicanos. O a otras instancias médicas. De hecho, la oferta de prácticas médicas de que hace uso la población indígena es considerablemente amplia. Pero una característica que me parece esencial es que estas prácticas médicas no se mezclan. Se pueden usar consecutiva o simultáneamente. Pero cada una representa una opción distinta del resto y sus procedimientos no deben combinarse. La práctica chamánica y la medicina de los hospitales mexicanos son efectivos (dependiendo de las circunstancias) por separado. Pero no mezcladas. Y esto es precisamente lo que sucede en el Museo de la Medicina Maya. Pese al contexto de intensa interacción indígena-no indígena que se produce en la Ciudad de San Cristóbal de Las Casas, todavía es demasiado pronto para que se produzca una suerte de sistema médico mestizo o *pidgin* —una suerte de “medicina franca”, como existen “lenguas francas”. Aunque tampoco tenemos que dar por sentado que esto sucederá necesariamente alguna vez.

## Bibliografía

- CAMPOS, Roberto, RUÍZ, Adriana y ZÚÑIGA Juana  
 1982 “La automedicación en indígenas y mestizos: el caso de tenejapa, Chiapas”, *Estudios de Cultura Maya*, XVI.
- 
- FÁBREGA, Horacio  
 1973 *Illness and Shamanistic Curing in Zinacantan: An Ethnomedical Analysis*. Stanford University Press. Stanford.
- 
- FREYERMUTH, Graciela  
 1993 *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*. Gobierno del Estado de Chiapas. Tuxtla Gutiérrez.
- HOLLAND, William  
 1963 *Medicina Maya en los Altos de Chiapas*. Instituto Nacional Indigenista. México.
- METZGER, Duane y WILLIAMS, Gerald  
 1963 “Tenejapa Medicine I: The Curer”. *Southwestern Journal of Anthropology* 19: 216-234.
- PAGE, Jaime  
 1990 *Religión y política en el consumo de prácticas médicas en una comunidad tzotzil de Simojovel de Allende*. Universidad Autónoma de Chiapas. Tuxtla Gutiérrez.
- RUZ, Mario H.  
 1983 “Médicos y loktores. Enfermedad y Cultura en dos comunidades tojolabales” en Mario Ruz (ed.), *Los Legítimos Hombres. Aproximación antropológica al grupo tojolabal*, Vol III. UNAM. México.

# CUANDO EL «CUERPO» ESTÁ LEJOS

## enfermedad, persona y categorías de la alteridad entre los indígenas Pumé de Venezuela\*

Gemma Orobítg Canal  
Universitat de Barcelona  
España

Hoy en día el grupo Pumé, tradicionalmente conocido en la literatura etnográfica e histórica bajo la denominación de Yaruro, cuenta, según el *Censo Indígena de Venezuela* (1992), con 5.885 individuos. Éstos viven principalmente en las llanuras del sud-oeste venezolano.

En 1948, en la clasificación de los grupos del bosque tropical, Kirchoff define el grupo Pumé como uno de los últimos representantes de las culturas de «pescadores, cazadores y recolectores nómadas», muy diferentes de sus vecinos horticultores Guajibos y Cuivas<sup>1</sup>. Métraux<sup>2</sup> y Murdock<sup>3</sup>, en su sistematización del área cultural amazónica, definen a los Pumé como un grupo de «pescadores-recolectores» que practica una horticultura incipiente.

En todas las etnografías sobre los Pumé, desde 1934 hasta nuestros días, se señala su dispersión en una área geográfica muy amplia, que se traduce en diferencias al nivel de las estrategias de subsistencia y en otros ámbitos de la cultura. Todos los autores insisten igualmente en el papel que desempeñó, desde principios del siglo XIX, la implantación progresiva de los grupos criollos venezolanos en las llanuras del Orinoco.

Implantación con sentido de conquista que tuvo repercusiones importantes en los modos de vida, en las estructuras socio-económicas y religiosas, en el estado de salud y en la demografía de este grupo. Todos los estudios coinciden, finalmente, en la idea de una unidad cultural profunda al nivel de los principios y de las creencias sobre el hombre y sobre el mundo. En el trabajo realizado entre los años 1970 y 1980 por el antropólogo Philippe Mitrani<sup>4</sup> se hace evidente cómo el análisis de la cosmología indígena permite, en cierta medida, recuperar los elementos de una unidad étnica perdida a otros niveles, especialmente al nivel de las estructuras socio-económicas.

En realidad, el ritual del *Tohé*, su descripción y su análisis, es el centro de interés de la mayoría de los estudios antropológicos sobre los Pumé. El *Tohé* es una ceremonia nocturna que empieza en el momento de la puesta de sol y que termina al alba, cuando los primeros rayos de luz aparecen en el horizonte. Hombres y mujeres, jóvenes y adultos participan en la ceremonia. Durante toda la noche, cuatro o cinco veces por semana, repiten las melodías improvisadas por el hombre adulto que dirige la ceremonia y por los compañeros que él mismo ha elegido (generalmente todos los hombres adultos que participan en la ceremonia). Durante el *Tohé* cantan lo que «ven», cantan lo que han soñado, lo que están soñando<sup>5</sup>. Pues es en el momento del *Tohé* cuando, por la mediación del canto, los hombres y los seres míticos se comunican, como puede suceder también durante el sueño y durante el transcurso de

\* Este artículo es la traducción y la revisión de un texto publicado en 1995: «Quand le corps s'en va très loin. Maladie, personne et catégories de l'altérité chez les indiens pumé (Venezuela)», *Gradhiva. Revue d'histoire et d'archives de l'anthropologie*, 17: 85-93.

una enfermedad. Durante el *Tohé* se cura a los enfermos y se discuten los conflictos de la vida cotidiana. Como dicen los propios Pumé, el *Tohé* sirve, sobre todo, para vivir o, más concretamente, para sobrevivir.

Este texto es una reflexión sobre algunos de los datos obtenidos durante dos años de trabajo etnográfico en el pueblo Pumé de Riecito. Estos datos hacen referencia al ámbito de la salud y de la enfermedad. De hecho, el estudio de las prácticas y de las representaciones Pumé sobre la salud y la enfermedad fue el objetivo principal de mi investigación. Al inicio, ésta se inscribía en una investigación interdisciplinaria<sup>6</sup> cuyo objetivo era la elaboración de un programa de Asistencia Primaria en Salud adaptado a las particularidades del grupo Pumé.

Por esta razón, en un primer momento, me propuse reconstruir el universo de las representaciones y de las prácticas relacionadas con la enfermedad, para subrayar su arraigamiento en la realidad social. Paralelamente, quise analizar los tipos de relación que se establecían entre esta población indígena y los servicios de salud instalados en la zona<sup>7</sup>. Para llevar a cabo ambas líneas de trabajo, fue necesario estudiar la lengua y reconstruir el campo semántico de las nociones relacionadas con la enfermedad, con la curación y con el mito. Pero la necesidad de contextualizar el fenómeno de la enfermedad e inscribirlo dentro de la dinámica general de la realidad Pumé se impuso inmediatamente.

En este texto, presentaré toda una serie de datos que validan la hipótesis según la cual los Pumé tienen una interpretación cultural particular de la biomedicina. En efecto, dentro de su universo terapéutico, ya han dado un lugar particular a los recursos y a los actores de la biomedicina: los medicamentos, los médicos, el puesto de salud, el hospital, los enfermeros o los «auxiliares indígenas de medicina simplificada».

En realidad, en el caso de los Pumé de la localidad de Riecito, donde realicé la investigación, todo lo que tenía relación con el mundo exterior a la comunidad se implicaba en su representación de los problemas de salud y viceversa. Esto se evidenció, por ejemplo, en las intervenciones de distintos miembros de la comunidad de Riecito en el transcurso de una reunión convocada por el equipo interdisciplinario en septiembre de 1991. El objetivo de esta reunión era provocar un debate sobre sus problemas de salud y sobre las soluciones que los mismos Pumé consideraban oportunas y necesarias. Las intervenciones se sucedieron durante dos horas. Presentaron la salud como dependiente de condiciones generales: tener un trabajo y, por lo tanto, un salario, tener la posibilidad de comprar comida, asegurar la construcción de una carretera que facilitase los desplazamientos a la capital del Estado, la mejora de las tasas de escolarización o la instalación permanente de un médico en Riecito. La gravedad de la situación en materia de salud<sup>8</sup> fue atribuida a las carencias en todos estos ámbitos. El sentimiento general era de aislamiento y de un desinterés por parte del gobierno en lo referente a esta cuestión.

Así, pues, como reconocían los propios interesados, los problemas de salud sobrepasan los límites que les atribuye la ciencia médica. En primer lugar, conviene subrayar que los Pumé de Riecito son perfectamente conscientes de la situación de marginación y desatención que les ha tocado vivir. En segundo lugar, hay que destacar que, si para la biomedicina la enfermedad se puede definir como un proceso bioquímico y la curación como la interpretación y la resolución de problemas de disfuncionamiento orgánico, para los Pumé una y otra remiten a toda una serie de elementos y valores culturales. Éste es un tema que ya he tratado en otro trabajo<sup>9</sup> y que no abordaré aquí. En esta ocasión me centraré, a partir de la descripción de dos casos particulares, en analizar la lógica del mecanismo cultural que se pone en funcionamiento cuando alguien se enferma en Riecito. Me interesa mostrar cómo, para mis interlocutores Pumé, las prácticas biomédicas se articulan como un elemento integrado dentro de sus propias explicaciones y prácticas de la enfermedad<sup>10</sup>. Pero no sólo esto, sino también dar cuenta del hecho de que la enfermedad, desorden físico individual, siempre remite a la noción cultural de persona y a las diferentes categorías de la alteridad social. En este sentido, la enfermedad, como propone Marc Augé, debe ser considerada como una “forma elemental del acontecimiento”<sup>11</sup>. Para un análisis en esta línea será interesante mostrar y analizar la variedad de itinerarios terapéuticos, y, por lo tanto, el conjunto de explicaciones posibles, que convergen en torno a una misma experiencia de enfermedad.

Si el ejemplo Pumé es relevante desde el punto de vista de la antropología es porque confirma algunas de las aportaciones de la antropología de la enfermedad, especialmente en lo referente a la hipótesis, válida en cualquier contexto cultural, de la dimensión social de la enfermedad. Por otro lado, el esquema explicativo Pumé de la enfermedad y de su curación da cuenta de este “ensanchamiento del discurso causal” del que habla Robin Horton<sup>12</sup> y que caracteriza, según este autor, los universos terapéuticos no-biomédicos. Los relatos que voy a presentar muestran la pertinencia, para el análisis del universo terapéutico Pumé, del concepto, definido por Marc Augé<sup>13</sup> en el contexto africano, de la “coherencia virtual” del esquema que pone en relación la descripción de un síntoma, su explicación y su curación. Se trata de un esquema no-mecánico, dentro del cual varios síntomas pueden tener, *a priori*, varias causas posibles; donde ninguna explicación es, *a priori*, exclusiva de otra, y donde, finalmente, a una serie homogénea de síntomas le corresponden múltiples posibilidades de interpretación según las circunstancias, las relaciones de fuerza y la identidad social de los sujetos implicados<sup>14</sup>. Esta noción de “coherencia virtual” se opone a la de “coherencia cerrada”, según la cual a un mismo síntoma le corresponde una misma explicación, una misma denominación y un mismo remedio<sup>15</sup>. De hecho, la búsqueda de esta “coherencia cerrada” fundamenta la clásica distinción establecida por Georges Foster entre “*personalistic medical systems*” y “*naturalistic medical systems*” o, dicho en otros términos, entre las sociedades donde la enfermedad es sobre todo atribuida a la acción deliberada de los seres humanos, no-humanos o sobrehumanos y las sociedades donde la enfermedad es básicamente atribuida a la acción azarosa de los elementos naturales<sup>16</sup>. El ejemplo Pumé permite, si no refutar, al menos matizar esta distinción y, sobre todo, avanzar algunas respuestas a una de las inquietudes comunes a estos estudios antropológicos –ya sea desde la antropología de la enfermedad o de la antropología médica crítica– centrados en el análisis de los procesos de enfermedad y de los procesos terapéuticos. Se trata, como plantea Byron Good<sup>17</sup>, de toda una serie de *a priori* que tienen como referencia el saber biomédico y que determinan las interpretaciones antropológicas. La visión crítica es planteada en estos términos por el antropólogo norteamericano: Si aceptamos que la antropología de la medicina y de la salud no debe privilegiar la biomedicina como perspectiva para el estudio de las tradiciones culturales en torno a la salud y a la curación, ¿cuál deberá ser nuestro punto de referencia? Quizás, puede proponerse, a partir del trabajo que se está desarrollando, el análisis de las interacciones culturales en el campo de la salud y de la curación –tomando, en este caso, como punto de partida, las representaciones indígenas de la biomedicina– como una vía de análisis interesante.

La experiencia de la enfermedad, en el caso de los Pumé, cubre ampliamente los dos sistemas definidos por Foster. Por otro lado, la idea que ellos tienen de la persona no establece una barrera clara entre el cuerpo físico y la esencia vital. En el contexto Pumé, la explicación de la enfermedad, el tipo de cuidados que se le asocian y su curación remiten tanto al *pumethó*<sup>18</sup> (“cuerpo espiritual o esencia vital”) como al *pumé ikhará*<sup>19</sup> (“cuerpo físico”), tanto a la eventualidad de las causas físicas como “espirituales”. El individuo (*ianambo*) se define como la suma necesaria del *pumethó* y del *pumé ikhará*, y la enfermedad como la manifestación de un desorden tanto al nivel del cuerpo físico como del cuerpo espiritual. Esta representación de la enfermedad participa de una concepción muy “corporeizada” de la persona.

Aunque las traducciones tienen que ser siempre utilizadas con precaución, las equivalencias semánticas establecidas por los propios Pumé entre el *pumethó* y el término español “cuerpo”, así como entre el *pumé ikhará* y las palabras “caja” o “cuero” se presentan, en este punto, como muy significativas. Si el hombre ve y oye, si puede sentir, gustar o tocar, si habla y piensa, finalmente, si vive en esta tierra, es porque su *pumethó*, después de haberlo abandonado –durante el sueño, la enfermedad o el canto–, ha vuelto de nuevo a su *ikhará*.

En lengua Pumé se utilizan dos términos para designar el estado de la enfermedad: *guitó* y *hambotá*. Ahora bien, estos dos términos no son exclusivos al ámbito de la enfermedad. De hecho, en su uso cotidiano, el término *guitó* expresa una abundancia, un exceso. A la inversa, el término *hambó* designa una carencia, una ausencia. Paralelamente, la enfermedad se deriva bien de la presencia de un objeto ex-

traño (*guitó*) en el *pumé ikhará*, bien de la ausencia del *pumehtó* de su envoltura física (*hambotá*). Al igual que el *pumethó* y el *pumé ikhará* están estrechamente relacionados<sup>20</sup>, los términos *guitó* y *hambotá* se usan indistintamente para expresar el mismo estado de enfermedad<sup>21</sup>.

De hecho, el proceso de la enfermedad es ante todo contextual: su interpretación y las prácticas asociadas a su curación son más la búsqueda de un sentido social que la aplicación de un saber empírico ya establecido. La enfermedad en cuestión está ligada a un individuo, a un instante determinado, en relación a un espacio cultural particular y a unas relaciones establecidas con otras instancias naturales, sociales o míticas.

Las personas, los animales, los objetos, los elementos del entorno natural, hasta los *oté* (creadores o seres míticos), son susceptibles de dar (*yoro*) una enfermedad. Pero es el contexto lo que es determinante, más que tal o cual veleidad intrínsecamente perjudicial. Así, la enfermedad queda diluida en el conjunto de lo social. Su sentido sólo podrá ser aprehendido a partir del análisis de las relaciones particulares establecidas entre los *oté* y los hombres, entre los hombres y los espíritus de la naturaleza y, finalmente, entre los hombres y mujeres Pumé, entre jóvenes y adultos, entre Pumé y no-Pumé. La enfermedad siempre remite a diferentes alteridades: una alteridad individual, mítica y social en lo que respecta al *pumethó*; una alteridad entre los seres de la naturaleza y los hombres si nos referimos al *pumé ikhará*. En este contexto, la enfermedad se vincula esencialmente a la construcción de la identidad.

En lo que respecta a los mecanismos intelectuales, sólo aparecen *a posteriori*, cuando la enfermedad ya es una realidad y el enfermo o su entorno intentan averiguar cuál podría ser su explicación en el contexto presente. Las distintas interpretaciones de la enfermedad dan razón de los distintos niveles de conocimiento de los mecanismos de su cultura (míticos, sociales e individuales).

He aquí dos ejemplos que ilustran bien estas cuestiones. El primero es el de una mujer adulta Pumé. Amelia estaba gravemente enferma. Según su marido, *Ici Ai*, uno de los grandes creadores, había decidido castigarla porque cambiaba de hombre demasiado a menudo. La retenía en sus tierras lejanas, atada y encerrada dentro de una habitación con el propósito de enseñarle a comportarse correctamente. Éstos eran al menos los sueños de Amelia y lo que, primero su marido, y luego el “curador”<sup>22</sup> más reputado del pueblo, habían podido ver durante el *Tóhé*, cuando sus *pumethó* se fueron hasta las tierras de *Ici Ai*: «Ella ha estado muy enferma –cuenta el marido de Amelia. La echaba mucho de menos porque su *pumethó* estaba lejos. Canté y llegué allí (a la tierra de *Ici Ai*). Vi una mujer detrás de una ventana. Entonces hablé con el viejo que la vigilaba y le dije:

- “Vengo a buscar a mi mujer”.
- “No puede salir, me dijo, porque está aprendiendo..., está aprendiendo a trabajar y a comportarse correctamente”.

Esta mujer estaba loca... tenía muchos hombres, y era incapaz de estar con uno solo. Por esta razón estaba trabajando en la tierra de *Ici Ai*. Allí había también otras mujeres que estaban en la misma situación.

«No se puede ir...», había dicho el viejo. Y el marido de Amelia no pudo traer el *pumethó* de su mujer. No la pudo curar. Entonces la llevó a Riecito, a casa de César, personaje conocido por sus cualidades como “cantador” y “curador”. Cuatro aspectos definen las cualidades y el rol social de César y que lo configuran como *tóhe\_oamé hãvecha*. Él es:

- a) El cantante sobre cuya cabeza los *oté* (creadores) llegan para cantar durante el *Tóhé*: *tóhe\_oamé tiochia\_oamé*.
- b) El que canta lo que oye (de los *oté*): *tãré\_oamé*,
- c) El que canta bien, que es sabio y respetado porque es el único que sabe invocar a los *oté*: *hãvecha*.
- d) El que va a buscar (en las tierras de los *oté*) el *pumethó* (de los niños, de los jóvenes, de los hombres y de las mujeres que están enfermos) para traerlos de nuevo hasta sus *ikhará*: *nah\_pumethó tio di*.

César, el *tōhe\_oamé hāvecha*, relató esta curación de la que fue mediador. Y utilizo la palabra mediador porque, seguía los testimonios de mis interlocutores Pumé, son siempre los *oté*, y no los hombres, quienes curan. En su relato, César cuenta el itinerario que ha llevado a esta mujer, gravemente enferma, hasta él. Su estado era muy grave, cuenta el *tōhe\_oamé hāvecha*. No comía, estaba delgada y soñaba que su *pumethó* estaba muy lejos, atado de pies y manos. De hecho, su estado empeoró hasta tal punto que sus padres, después de haber cantado el *Tohé* para curarla sin obtener resultado alguno, consideraron la posibilidad de llevarla al hospital de San Fernando de Apure, la capital del estado Apure. Finalmente, pidieron a César que la curara, y éste cantó el *Tohé*. El *pumethó* del *tōhe\_oamé hāvecha*, como el de la mujer enferma<sup>23</sup>, se fue lejos, hasta las tierras de *Ici Ai*. Pero a diferencia del *pumethó* de Amelia, el de César no se quedó allí. Al alba su *pumethó* volvió a esta tierra juntamente con el de la mujer. He aquí el relato de esta curación:

«Amelia, la mujer de Julio de Boca Tronador<sup>24</sup>, estaba muy enferma –cuenta César–. La gente puede dar testimonio de ello, todos lo habían notado, hasta la Guardia Nacional, que en aquella época tenía una oficina en Riecito... La familia quería llevarla al hospital de San Fernando. Estaba muy delgada, muy delgada..., no podía ni tragar agua [...]. Llegó a Riecito con su marido, que la trajo en una carretilla:

- “Le traigo a mi mujer –me dijo–, está muy enferma”.
- “¿Pero si usted cantó ayer! ¿No ha conseguido curarla? Llévela a San Fernando. Yo no soy médico y tengo muchas concubinas! ¿Cómo podría curarla?... Además, si la curo, tendrá que pagarme 6.000 bolívares”.

Le dije todo esto porque estaba enfadado –no se recibe dinero por estas curaciones–. El hombre había ido diciendo que yo no curaba bien porque era un mujeriego.

Yo no quería cantar. Pero mi hermana, que vive cerca del río Cinaruco y que había venido aquel día a visitarme, me suplicó que cantara.

- “¿Dónde está el *pumethó* de su mujer?” –le pregunté al marido.
- “Ella sueña que su *pumethó* está muy lejos..., se ve lejos y atada de pies y manos”...
- “Bueno –le dije–, esta noche cantaré para ayudarles. Tráigame tabaco..., pero no voy a curarla..., yo no soy médico, voy a cantar”.

Canté toda la noche. Cuando salió el sol, la mujer parecía muerta. La familia lloraba. Yo todavía no me había dado cuenta de nada porque mi *pumethó* estaba también lejos. Volví poco a poco. Traje conmigo el *pumethó* de la mujer y lo puse en su *ikhará* (cuerpo físico).

Al alba, el *Tohé* había terminado y de repente la mujer sonrió y se peinó...

- “Ya no me encuentro mal, sólo tengo un poco de dolor en los huesos”, decía ella...

En estos relatos, expresiones como: «estaba muy delgada. No podía ni tragar agua...», «estaba muy enferma porque su *pumethó* estaba muy lejos...», que implican tanto al *pumé ikhará* como al *pumethó*, expresan el estado de enfermedad y remiten a las diferentes formas de curación. Otras expresiones como: «era incapaz de estar con un solo hombre. Por esta razón estaba trabajando en la tierra de *Ici Ai*...» vinculan la enfermedad y sus causas a la definición de las relaciones de alteridad. En el caso de Amelia, la definición de las relaciones entre los hombres y las mujeres<sup>25</sup> y entre los hombres y los seres míticos forman parte integrante del proceso de la enfermedad.

Como se puede ver, la noción de enfermedad no es independiente de la noción de persona ni del conjunto de los mecanismos que sirven para estructurar los términos de la alteridad individual, mítica y social. En el caso pumé, la enfermedad, al igual que el canto y el sueño, constituyen una mediación cultural e identitaria privilegiada. Pues es a partir de la enfermedad y de los otros fenómenos suscitados por el viaje del *pumethó*, por la comunicación entre los hombres y los *oté*, que se funda la ley social y los valores morales, así como se reorienta el conflicto y la continuidad social.

He aquí un segundo ejemplo que ilustra la importancia de la noción de persona en todo lo relacionado con la enfermedad y su curación, su lugar dentro de la gran variedad de itinerarios terapéuti-

cos posibles así como su papel central en la estructuración de los términos de alteridad y de identidad. En este ejemplo, las distintas explicaciones y tipos de curación se refieren a las relaciones entre los hombres y las mujeres, entre los hombres y los “espíritus” brujos de la naturaleza (*yaruká*), entre los hombres y los “espíritus” de las profundidades (*enanyeremé*) y, finalmente, entre los hombres y los seres míticos (*oté*).

Era el inicio de la estación de lluvias y desde hacía algunos días la mayoría de los habitantes de Riecito estaban enfermos. Los niños más pequeños, hasta la edad de tres años, eran los más afectados. Éstos era los síntomas que me describieron:

a) gripe	a) <i>pāihó guitó</i> <i>pāihó</i> significa “mucosidad” y <i>guitó</i> , “enfermedad, pero en el sentido de dolor”.
b) “puntada” (dolor agudo) en el cuello	b) <i>goroupé guitó gaipá</i> <i>goroupé</i> significa “cuello” y <i>gaipá</i> “puntada” (dolor agudo).
c) “puntada” (dolor) en el pecho	c) <i>maitó guitó gaipá</i> <i>maitó</i> significa “pecho”
d) fiebre	d) <i>taipá guitó</i> <i>taipá</i> significa “fiebre”
e) “puntada” (dolor agudo) en los ojos	e) <i>dakoé</i> “ceguera” o <i>daco guitó gaipá</i> “dolor en los ojos”.
f) “puntada” (dolor agudo) en el estómago	f) <i>habomé guito</i> “diarrea” o <i>maiupé guito gaipa</i> “dolor en el estómago”

El caso más grave era el de la hija pequeña de Rosa y de Félix, que por entonces tenía unos cuatro años. Lloraba débilmente y casi no podía ni comer. Sus padres la llevaron al puesto de salud para obtener medicamentos. El enfermero diagnosticó una fuerte bronquitis. La madre hablaba de un dolor agudo (*gaipá*) en el pecho acompañado de fiebre (*taipá*). Se administraron a la niña unos cuantos c. c. de ampicilina y un jarabe expectorante. Paralelamente, los padres mandaron a un familiar a Chainero, un pueblo vecino, para que avisara a Pancho, un “curador” reputado que podría “chupar” el dolor (*gaipá*) de pequeña.

El *ñuanomé* («el que chupa la enfermedad») llegó al mediodía siguiente<sup>26</sup>. Diagnosticó que la pequeña tenía una “puntada” (*gaipá*) en el pecho. Así lo había soñado, me contó: «Yo lo soñé..., es una cosa de *yaruka*, de brujos».

En efecto, los *gaipá guitó* –que aquí, al reproducir el término utilizado por los Pumé cuando hablan en español traduzco por “puntada”– son obra de los *yaruka* (“los propietarios de la sabana, es decir, los brujos o los diablos”) que lanzan<sup>27</sup> sobre los hombres, y sobre todo sobre los niños, objetos como trozos de vidrio, de huesos etc. que les producen la enfermedad. El *ñuanomé* («el que chupa la enfermedad») tiene que extraerlos del *ikhará* (cuerpo físico) para hacer desaparecer el *gaipá guitó*, es decir, la “puntada”.

«Vengo a cantar –me dijo Pancho, el *ñuanomé*–. Ayer me hicieron llamar porque la hija de mi sobrina está muy enferma. Llegué a mi casa ayer. Estaba en Chaparralito. Mire, todos los niños están enfermos; en Chainero también. Esta noche cantaré en casa de mi hermano. Voy a curar... si mi *santo*<sup>28</sup> me ayuda... Quiero tabaco. Curo a todo el mundo por aquí, como un médico. Lo aprendí de muy joven..., es mi *santo* quien me lo enseñó. Aquí la gente no me paga. Bueno, me dan lo que ellos quieren, pues todos son de mi familia! Son los *santos* los que me pagan (en el otro mundo); por esta razón allí soy muy rico».

La gente cantó en Riecito desde la puesta de sol hasta el amanecer. Pancho era el *tōhe\_oamé* (“músico”) que dirigía la ceremonia del *Tōhé*. Hacia las once de la noche, Pancho, después de haber dejado la dirección del canto del *Tōhé* a uno de sus asistentes, “chupó” (*ñuanó*) el cuerpo de la pequeña en la parte donde ésta sentía el dolor. Para efectuar su intervención, el *ñuanomé* se arrodilla delante de la enferma. Su esposa y su ayudante se instalan a ambos lados para cuidar de él, para encenderle los *karambá* (“puros”) y soplarle el humo en el cuello y en la espalda. Me señalaron en varias ocasiones el peligro de esta práctica: el humo, explican, sirve para evitar que los trozos de vidrio o de hueso que el *ñuanomé* debe extraer del cuerpo del enfermo se queden pegados en su pecho o en su cuello, poniendo su vida en peligro.

Así, el *ñuanomé*, arrodillado delante de la enferma, aspira una primera vez el humo del *karambá* y lo expulsa al mismo tiempo que dibuja con el brazo un semicírculo de abajo hacia arriba para dirigir el humo del *karambá*: «Es el humo que va hacia los *santos*...», explica Pancho. Después aspira por segunda vez, y, en esta ocasión, lanza el humo sobre el cuerpo de la enferma, justo en el lugar donde se supone que se siente la “puntada”. Finalmente, aspira una tercera vez y sopla de nuevo el humo sobre el cuerpo de la enferma. En ese momento empieza a “chupar”. Un ruido, como una rápida sucesión de sollozos, permite identificar la succión. El *ñuanomé* repite una o dos veces más estos gestos y estas acciones rituales.

Después, unos rugidos, como los de un felino, anuncian que el *ñuanomé* está escupiendo el objeto que acaba de extraer del cuerpo de la enferma. Entonces el “chupador” saca de su boca el objeto que causaba el dolor (en el caso de la pequeña, un trozo de vidrio). Lo muestra a todos los asistentes al *Tōhé* antes de darlo a la familia de la enferma, que lo tirará al río al día siguiente: «para alejar la enfermedad y para que no vuelva nunca más».

Llegados a este punto del relato, ya se puede observar que hay dos tipos de recursos terapéuticos que intervienen en el itinerario de curación de la pequeña: los medicamentos obtenidos en el puesto de salud, y la *ñuanó* (“succión”), que tiene lugar durante la noche, en el mismo contexto del *Tōhé*. En los dos casos sólo se trata el *pumé ikhará* o el “cuerpo físico”<sup>29</sup>.

Pero la interpretación de la enfermedad y el itinerario terapéutico de la pequeña continúa. Al día siguiente del *Tōhé*, Pancho, el *ñuanomé*, reclamaba también la necesidad de tratar el *pumethó* de la pequeña. Aunque la enferma se encontraba mejor, para su curación definitiva todavía hacía falta que César, el *tōhe\_oamé hāvecha* (el “músico” más sabio) cantara:

«Los niños se encuentran mejor... pero... el canto de los músicos jóvenes no sirve, no es suficiente. Si César canta, entonces los *santos* nos ayudarán a curar. Si él no canta, nada...». Así habló Pancho.

Se solicitó la presencia del *tōhe\_oame hāvecha*: «Esta noche cantaré, dijo César, pues la pequeña no está todavía plenamente recuperada. Yo sólo canto cuando la gente está muy enferma, cuando mis *santos* me dicen en sueños que tengo que cantar».

Durante el transcurso del *Tōhé* dirigido por César, Pancho “chupó” de nuevo el cuerpo de la pequeña. Y aquella noche los *Oté* hablaron a través del canto. Hablaron de muchas cosas, y entre ellas, de la hija de Rosa y de su enfermedad. Al día siguiente, todos repetían las palabras pronunciadas por los *Oté*. A pesar de ello, no había el menor acuerdo respecto a la explicación de la enfermedad explicitada, a través del canto, por los seres míticos en el transcurso de *Tōhé*. Los tres relatos que presento para terminar este texto dan cuenta de la variedad de interpretaciones que se pueden dar, simultáneamente y sin conflicto, frente a los mismos síntomas, para una misma experiencia de enfermedad.

La explicación ofrecida por el *tōhe\_oame hāvecha* al día siguiente del *Tōhé* era la siguiente: «Yo estaba muy lejos, sólo había *santos*. Ellos me dijeron: “Tiene un catarro en el pecho pero su *cuero* (*ikhará*) está bueno. Es solamente en el pecho...” Seguro que han mojado la pequeña. Pero su *pumethó* está lejos. Por esta razón la hija de Félix y Rosa está enferma. Ellos no fueron a buscarla. Ahora se encuentra bien. Yo busco los *pumethó* de las personas enfermas para meterlos de nuevo en sus *cajas* (*ikhara*). Si no voy a buscarlos, no se curan...»

Los otros dos relatos, el del padre y el del abuelo materno de la pequeña, sostienen que una acción fortuita realizada por gente próxima a la enferma está en el origen no solamente de la ruptura del equilibrio fisiológico (*ikhará*), sino también de la separación de los dos componentes de la persona: el *pumé ikhará* y el *pumethó*. En realidad ambos procesos son indisociables.

Según el padre de la niña, un sueño desencadenó la enfermedad. Su explicación pone en juego las categorías cognitivas del frío y del caliente –cuyo desequilibrio ha originado que el *pumethó* abandone a el *ikhará*–, sin olvidar que esta marcha del *pumethó* puede dar lugar a la intromisión, siempre posible, de un “espíritu” maligno de las profundidades en el *ikhará* de la enferma. «Cuando la mujer de Nerio (tío materno de la niña) dio a luz, –explica el padre de la pequeña– él soñó con mi hija pequeña... los *santos* lo han dicho. Nerio debería haberle aplicado enseguida un poco de su sangre sobre el cuerpo. Esta mañana se la ha puesto. Tenía que hacerlo antes del alba. Ya lo ve, la pequeña tiene *calentura* todas las mañanas hacia las ocho y a las cinco de la tarde. La *calentura* es signo de que alguien ha soñado en ella. El que tiene este tipo de sueño tiene que aplicar un poco de su sangre para curar la persona con quien ha soñado. Es verdad..., debe pincharse la lengua y verter su sangre sobre el cuerpo. Se deja que la sangre se seque y después se lava»<sup>30</sup>.

En el relato del abuelo, es la fiebre, pero también un “susto”, lo que ha provocado la marcha del *pumethó* y la enfermedad de la pequeña: «Cuando ella tenía fiebre –cuenta el abuelo materno–, alguien hizo ruido y la asustó, y el *pumethó* de mi nieta se fue cada vez más y más lejos. Los *santos* han dicho que los *pumethó* de Trifón y de José Luis se encuentran también muy lejos. Pero un avión ha venido para hacerlos volver».

En todos estos relatos, la explicación, y por lo tanto, la curación de la enfermedad, implican tanto al cuerpo físico (*pumé ikhará*) como al *pumethó*. Al mismo tiempo, la enfermedad, acontecimiento individual de orden físico, se constituye como un acontecimiento social mediador. La enfermedad se refiere siempre a las relaciones del individuo con su(s) propio(s) *pumethó*(s), de este mismo individuo o de su entorno inmediato con los otros miembros de la sociedad y de los hombres con los espíritus de la naturaleza o con los seres míticos. Las aparentes contradicciones en la explicación de las causas de la enfermedad y en la elección de los diferentes itinerarios terapéuticos responden al despliegue, para cada enfermedad individual, de estas diferentes alteridades, a partir de las cuales se construyen la identidad individual y la identidad colectiva.

La enfermedad se presenta como una de las experiencias a partir de las cuales las diferentes alteridades sociales y míticas se ponen en relación. Finalmente, la enfermedad se constituye como una acción estructuralmente y funcionalmente similar al sueño, al canto en el contexto del *Tóhé* y a las alucinaciones que se producen después de la ingestión de sustancias psicotrópicas<sup>31</sup>. La enfermedad y su curación ponen en juego oposiciones simples y relativas: interior/exterior, ida/vuelta, aquí/allá. Todas estas acciones (la enfermedad, el sueño y el canto) justifican la ampliación de la noción Pumé de realidad. Una ampliación de lo real que se puede interpretar como una liberación ficcional frente a la trágica realidad indígena contemporánea. Esta interpretación pasa por el análisis de los sentidos atribuidos al sufrimiento y a la enfermedad<sup>32</sup>.

## Notas

- 1 Paul Kirchoff, «Food-gathering tribes of the Venezuelan Llanos», HSAI, B143, *BAE*, VI. 4, Washington, D. C., 1948: 456-458.
- 2 Alfred Métraux, «La civilisation guayano-amazonienne et ses provinces culturelles», *Acta Americana* IV (3), 1946: 130-153.
- 3 George P. Murdock, *Outline of South American cultures. Behavior Science Outline*, vol. II, New Haven, Human Relation Area Files, 1951.
- 4 Philippe Mitrani, «Los Pumé», en *Los Aborígenes de Venezuela*, vol. III, Caracas, Fundación La Salle/Monte Avila Editores, 1988: 147-213.

- 5 En lengua Pumé o Yaruro existen, al menos, tres términos para expresar la experiencia del sueño: *kanehë*, *handikhia* y *handivagá*. Estos términos, a partir de sus intersecciones semánticas, completan la noción Pumé de sueño. Una noción que incluye la experiencia de la esencia vital (*pumethó*) mientras el individuo duerme –el sueño del dormir– pero también la experiencia del *pumethó* en estado de vigilia –durante el canto o la enfermedad– y en estado de semi-vigilia –después de la ingestión de sustancias alucinógenas–. En todos estos momentos la experiencia de la esencia vital (*pumethó*) es la misma: el viaje a las tierras de las *oté* (creadores). Es precisamente el viaje del *pumethó* lo que caracteriza y amplía la noción Pumé de sueño.
- Gemma Orobitg, *Les Pumé et leurs rêves. Étude d'un groupe indien des Plaines de Venezuela*, París, Éditions des Archives Contemporaines, 1998.
- Gemma Orobitg, «Soñar para vivir. Memoria, olvido y experiencia entre los pumé en M. Ventura y C. Piqué (ed.) *América Latina, historia y sociedad*, Barcelona, ICCI/UAB, 2000; 397-410.
- 6 Al principio, el estudio de las representaciones Pumé de la salud y de la enfermedad estaba inscrito en el marco de una investigación más amplia, interdisciplinaria y aplicada. Este proyecto interdisciplinaria agrupaba a médicos, biólogos, psicólogos sociales, antropólogos y etnomusicólogos del Instituto de Medicina Tropical y de la Escuela de Antropología de la Universidad Central de Venezuela.
- 7 En la zona que comprende el curso medio de los ríos Riecito y Capanaro, donde se sitúa esta investigación, hay dos puestos de salud. El puesto de salud de Riecito, que funciona más o menos desde los años 1980, está instalado en los edificios del Núcleo de Asistencia Indígena (NAI), construido por el ministerio de la Educación nacional hacia el 1965.
- 8 En nuestros días, el grupo Pumé afronta una grave situación de salud. La morbi-mortalidad infantil es muy elevada. Sus causas principales son las diarreas, las dermatosis, las enfermedades bronco-pulmonares y el sarampión. En lo referente a la morbi-mortalidad general, hay que destacar un aumento de la incidencia de la tuberculosis y, en menor medida, de la malaria. El diagnóstico biomédico insiste en la gravedad del impacto de la tuberculosis sobre esta población. Una población en la que la malnutrición y las graves condiciones de salubridad, junto con un proceso de sedentarización forzada, constituyen factores propicios para la transmisión rápida de esta enfermedad. Sin embargo, hay que tomar en consideración otros factores de orden epidemiológico para explicar este importante aumento de la tuberculosis en esta población indígena. En la zona comprendida entre los ríos Riecito y Capanaro el diagnóstico de la enfermedad, la obtención de medicamentos y, sobre todo, la continuidad en la administración de un tratamiento largo, como es el de la tuberculosis, no están asegurados. No existe la infraestructura ni el personal sanitario necesarios para atender a toda la población de la zona –1. 800 personas dispersadas en 31 emplazamientos–. Las dificultades de acceso, los problemas para administrar los tratamientos y para evacuar a los enfermos más graves hacia el centro hospitalario más cercano, el de San Fernando de Apure, constituyen otras dificultades que hay que señalar. En este punto de la expansión de la enfermedad, la estrategia biomédica insiste en la necesidad de organizar una planificación que tenga en cuenta tanto la diagnosis como la prevención de la tuberculosis.
- 9 Gemma Orobitg, «El canto que cura. Medicina occidental y medicina indígena en los Pumé de Venezuela. Un itinerario de investigación», *Arinsana*, 15, Caracas, junio de 1994.
- 10 Existe, en efecto, una interpretación Pumé de la biomedicina. Ahora bien, hay un prejuicio muy arraigado en los programas de Asistencia Primaria de Salud: el de que los indígenas no comprenden o ignoran lo que les puede ofrecer la biomedicina. Sin embargo el problema es otro. Por un lado, es importante tener en cuenta cuáles son las características de la biomedicina que llega a los Pumé: casi exclusivamente las medicinas y, como administradores de estos recursos, los auxiliares indígenas de medicina simplificadas; sólo muy esporádicamente se recibe en la zona la visita de un doctor y a más de 250 kilómetros, con las consecuentes dificultades de acceso y de desarraigo, se encuentra el hospital de San Fernando de Apure. Por otro lado, los médicos que visitan ocasionalmente la zona y los auxiliares de medicina simplificada –formados por la Comisionaduría de Salud del Estado Apure– no se reconocen en el papel que se les atribuye en el seno de la cultura indígena, y tienen problemas para aceptarlo. Esta aceptación implicaría no solamente la necesidad de conocer la cultura indígena –especialmente su universo terapéutico– sino también reflexionar sobre la biomedicina como acción cultural y como “hecho social total” tal como voy a desarrollar en este texto.
- Desde la perspectiva de la antropología aplicada a la salud, considerar la biomedicina a través del lugar que ocupa dentro de la dinámica cultural indígena permitirá evaluar los fracasos de los proyectos institucionales en el campo de la salud. Más concretamente, en el caso Pumé, la desconfianza, por ejemplo, por parte de la comunidad, hacia los auxiliares indígenas de medicina simplificada. Se trata de un proyecto que se implementó a principios de los años 1990 y que pronto encontró dificultades para su desarrollo. Para avanzar algo en relación a este punto: se hizo evidente, a lo largo del trabajo de campo, que uno de los aspectos centrales para explicar el fracaso de este proyecto –al mismo tiempo que el reducido número de auxiliares: 2 enfermeros para una zona en la que viven 1. 800 Pumé– era que estos auxiliares indígenas no se adecuaban a las categorías cognitivas indígenas que caracterizan una buena mediación, en este caso, entre el conocimiento y la práctica biomédica e indígena. He podido abordar el tema de la mediación en otro texto: Gemma Orobitg, 1998, *op. cit.*
- 11 En este sentido, Marc Augé propone que la enfermedad puede ser considerada como una “forma elemental del acontecimiento”. ¿Por qué una “forma elemental del acontecimiento”? Desde la perspectiva del antropólogo francés, la enfer-

medad –al igual, por ejemplo, que el nacimiento o la muerte– es una experiencia esencialmente individual pero que tiene inmediatamente una interpretación y un tratamiento social. En este sentido, por esta articulación, inherente a la enfermedad, entre la experiencia individual y la experiencia social, se nos propone, hablando en términos durkhemianos, este concepto de “forma elemental del acontecimiento”. ¿Qué incidencia tiene este concepto para el estudio antropológico de la enfermedad? Por un lado, insistir en la complejidad de la interrogación sobre la dimensión social de la enfermedad: la enfermedad como experiencia individual se diluye complejamente en el conjunto de lo social. Por otro lado, desarrollar a partir de la tensión entre experiencia individual y la experiencia colectiva un análisis dinámico de la realidad social: las representaciones sociales de la salud y de la enfermedad, más que dar cuenta de saberes culturales inmutables, tienen una dimensión relacional e histórica. En otras palabras, el conjunto de sentidos sociales que se atribuyen al sufrimiento y a la enfermedad se articulan con el conjunto dinámico de las relaciones sociales –alteridades e identidades–.

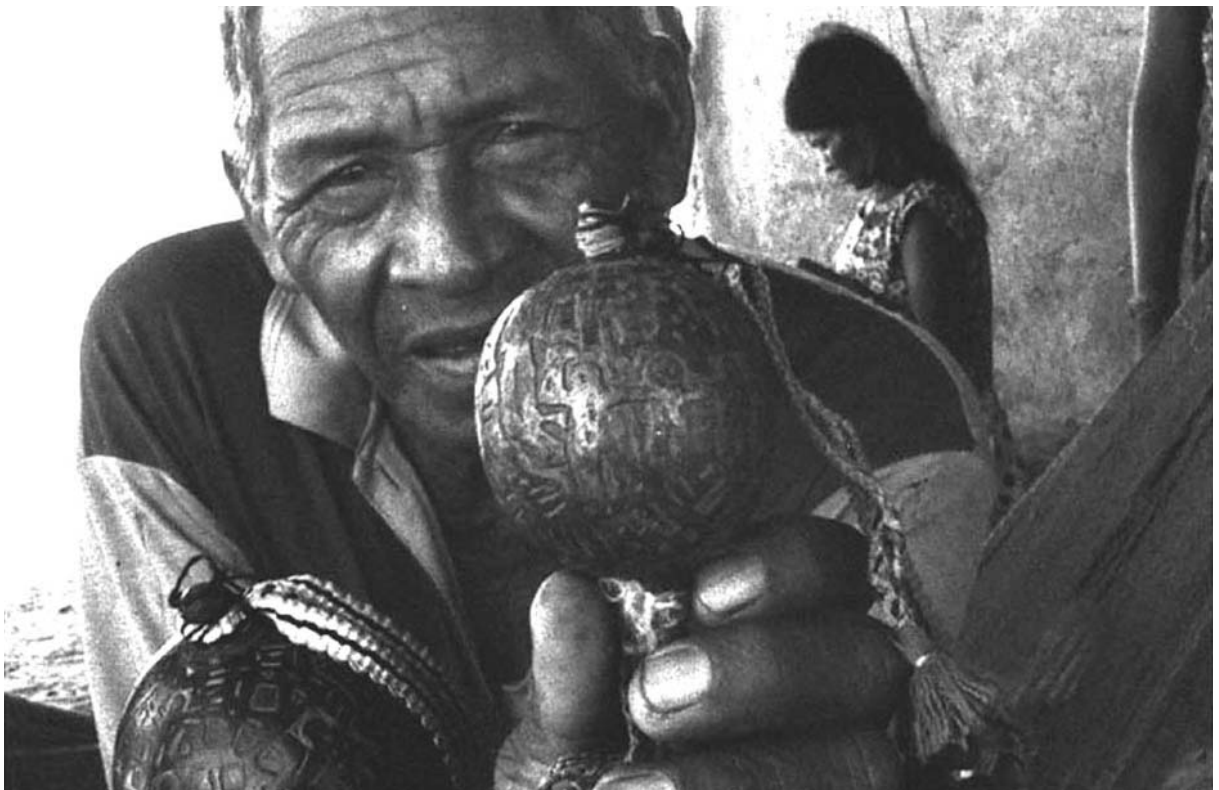
Marc Augé, “Ordre biologique, ordre social: la maladie forme élémentaire de l'événement”, Marc Augé y Claudine Herzlich (ed.) *Le Sens du Mal. Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie*, París, Éditions des Archives Contemporaines, 1984: 35-91.

- 12 Robin Horton, «El pensamiento tradicional africano y la ciencia occidental» en *Ciencia y brujería*, Barcelona, Anagrama (Cuadernos Anagrama), 1988 [«African traditional Thought and Western Science», Africa, 1967, XXVII, 1-2: 50-71 y 155-187].
- 13 Marc Augé, 1984 *op. cit.*
- 14 Marc Augé, «L'Anthropologie de la maladie», en *L'Homme. Anthropologie: état des lieux*, París, Navarin/Livre de Poche, 1986: 83.
- 15 Marc Augé, 1986 *op. cit.*: 82.
- 16 George M. Foster, «Diseases etiologies in Non Western Medical Systems», *American Anthropologist*, LXXVIII, 4, 1967.
- 17 Byron Good, *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*, Barcelona, Bellaterra, 2003 (*Medicine, rationality an experience: an anthropological perspectiva*, Cambridge University Press, 1994).
- 18 La palabra *pumethó* está construida a partir de las palabras yaruro: *pumé*, «indígena», y *thó*, «árbol y retoño».
- 19 La palabra *ikhará* está formada por las palabras Yaruro: *i* «cuero, piel», y *khará*, «hueco, vacío».
- 20 Si bien es el *pumethó*, o más concretamente, los distintos *pumethó* que, en distintos momentos, ocupan el *ikhará* de un individuo, los que configuran la identidad individual del sujeto; el *ikhará* necesita reunir unas condiciones determinadas, “no estar ni muy frío ni muy caliente” –condiciones que surgen del “buen comportamiento social”– para poder acoger a los distintos *pumethó*.
- 21 Philippe Mitrani sugiere que esta doble determinación etiológica de la enfermedad correspondería, en el caso de los Pumé, a dos formas de aprehensión de una misma realidad: individual (somática), a nivel del *pumé ikhará*, y social (psíquica), a nivel del *pumethó*. De hecho, Mitrani sostiene que la enfermedad siempre refiere a una nosología, pero también a una ontología.  
Philippe Mitrani, «Salud y enfermedad en la concepción Yaruro (Ensayo de Antropología Médica)», *Montalbán*, 8, 1978: 329-390.  
Philippe Mitrani, «Essai de systématisation de la pratique médicale Yaruro», *Actes du XLII Congrès d'Américanistes*, VI, 373-386.
- 22 Me ha parecido interesante recuperar para la descripción de estas situaciones de enfermedad y de curación los mismos términos que utilizan los Pumé cuando hablan en español. La utilización de estos términos se especifica porque aparecen entre comillas.
- 23 El canto, la enfermedad y el sueño se consideran fenómenos paralelos, pues los tres implican el viaje del *pumethó* hacia una dimensión espacio-temporal diferente a la dimensión en donde se desarrolla la vida de los hombres.
- 24 Pueblo Pumé situado también en la zona del río Riecito.
- 25 Carmen Bernand señala que en los grupos indígenas campesinos de los Andes las historias particulares en torno a la enfermedad también expresan, de forma evidente, las relaciones entre los sexos. Y esto porque la enfermedad, muy ligada a las circunstancias personales del enfermo, sobreviene cuando el individuo se aleja de los comportamientos socialmente establecidos. Por esta razón, y porque las normas sociales son específicas para cada uno de los sexos, un mismo tipo de afecciones, por ejemplo, los «accidentes», siempre tiene nosologías diferentes y, algunas veces, síntomas específicos según el sexo. Esto también se podría aplicar para el caso de los Pumé.  
Carmen Bernand, «Le machisme piégé. Maladie, malheur et rapports de sexe dans les Andes méridionales de l'Equateur», *L'Homme*, XIX (3-4), 1979: 189-203.
- 26 El término *ñuanó* está compuesto por las palabras: *ñua-*, «penetrar», y *-anó*, «abandonar».
- 27 El verbo utilizado en Pumé es *á*, «golpear, lanzar, tirar».
- 28 La traducción española dada por los Pumé del término *tio* es *santo*. Una traducción más adecuada sería la de “espíritus intermediarios”, pues los *tio* son los verdaderos intermediarios en la comunicación establecida entre los hombres y los *Oté* («los grandes creadores»).

- 29 Los medicamentos obtenidos en el puesto de salud de Riecito han ido progresivamente substituyendo a los remedios de plantas que se recolectaban en las sabanas cercanas. Tanto los remedios de plantas como los medicamentos que se obtienen gratuitamente en el puesto de salud están destinados a tratar el *ikhará* (cuerpo físico). Aunque ya se ha podido describir de qué manera el *ikhará* debe estar en buenas condiciones para recibir el *pumethó* (esencia vital).
- 30 La analogía es otra de las operaciones cognitivas que explica y da sentido, en el contexto Pumé, tanto a los procesos mórbidos como terapéuticos. Hemos visto que, por un lado, la enfermedad se explica en términos de exceso y de pérdida. La curación, en este contexto, se concreta, también a través de estos procesos cognitivos, como el restablecimiento del equilibrio perdido. La adición o sustracción del cuerpo de determinados elementos restaura el estado de salud. Por otro lado, el ejemplo de la imposición de sangre de una persona sana sobre un cuerpo enfermo como acto curativo da cuenta de la analogía como esquema cognitivo de sentido: a través de la transmisión de cualidades por continuidad y analogía se entienden tanto la enfermedad como su curación.
- 31 Las analogías entre la enfermedad, el sueño, la alucinación producida por la ingestión de sustancias psicotrópicas y la muerte se han constatado en gran número de grupos amerindios. Entre los Otomi de México, por ejemplo, estos cuatro fenómenos se presentan como los mecanismos privilegiados para la comunicación entre los hombres y los seres míticos y, en consecuencia, para el acceso al sentido oculto de los acontecimientos. En este punto, la causalidad de la enfermedad, la interpretación de los sueños, la muerte o el mito, tienen que ser integrados, como sugiere Jacques Galinier, en un contexto más amplio: todos dan cuenta de la lógica simbólica indígena, una lógica dualista basada en el principio de la antítesis generalizada que transforma el «sujeto individual» en «sujeto colectivo».
- Entre los Tareno del Brasil y del Surinam, la enfermedad se asocia al sueño, a la caza y a la muerte. Todas estas acciones, expone Edmundo Magaña, establecen entre ellas relaciones de complementariedad y de necesidad, debido a que se constituyen como los únicos puntos de intersección entre las sociedades humanas y las sociedades animales: la subsistencia de los hombres depende de la caza, para cazar es necesario establecer relaciones con la naturaleza y para esto último es necesario soñar, o, dicho en otros términos, hacer actuar el “alma”, lo que significa la supresión de las actividades vitales a través de la enfermedad o de la muerte.
- Jacques Galinier, «La persona y el mundo de los sueños Otomis», en Michel Perrin (ed.), *Antropología y experiencias del sueño*, Quito, Abya Yala, 1990: 67-78.
- Edmundo Magaña, «Zarigüeña, señor de los sueños. Una teoría Tareno», in Michel Perrin (ed.), *Antropología y experiencias del sueño*, Quito, Abya Yala, 1990: 117-143.
- 32 En efecto, existe una ampliación de los límites de la sociedad que incluye, en el caso Pumé, esta dimensión mítica –la tierra de los *óte*– con la que los hombres están en cotidiana y necesaria comunicación a través del canto, de la enfermedad y del estado que sobreviene después de la ingestión de sustancias alucinógenas. En este sentido, el ejemplo Pumé da cuenta del proceso, constatado en otros grupos amerindios en situaciones idénticas de marginación, de conceptualización de la vida a través de la enfermedad y, más concretamente, de experiencias cercanas a la muerte. En particular, este viaje del *pumethó* a las tierras de los *oté*, tan necesario para la organización de la vida social, es una experiencia muy cercana a la muerte que se concreta cuando el *pumethó* no consigue volver a su *ikhará*.
- Anne Christine Taylor, “L’oubli des morts et la mémoire des meurtres. Expérience de l’histoire chez les Jivaro”, *Terrain*, Mars 1997, 83-96.
- Gemma Orobitg, 1998, *op. cit.*



*Familia Pumé. Riecito.*



*Chamán Pumé. Foto de César Díez.*

**Bibliografía**

- AUGÉ, Marc  
1984 “Ordre biologique, ordre social: la maladie forme élémentaire de l'événement” en Marc Augé y Claudine Herzlich (ed.) *Le Sens du Mal. Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie*, pp. 35-91, París, Éditions des Archives Contemporaines.
- AUGÉ, Marc  
1986 «L'Anthropologie de la maladie», en *L'Homme. Anthropologie: état des lieux*, París, Navarin/Livre de Poche pp. 83.
- BERNAND, Carmen  
1979 «Le machisme piégé. Maladie, malheur et rapports de sexe dans les Andes méridionales de l'Equateur», *L'Homme*, XIX (3-4), pp. 189-203.
- FOSTER, George M.  
1967 «Diseases etiologies in Non Western Medical Systems», *American Anthropologist*, LXXVIII, 4.
- Galinier, Jacques  
1990 «La persona y el mundo de los sueños Otomis», en Michel Perrin (ed.), *Antropología y experiencias del sueño*, pp. 67-78, Abya Yala, Quito.
- GOOD, Byron  
2003 *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*, Barcelona, Bellaterra, (*Medicine, rationality an experience: an anthropological perspectiva*, Cambridge University Press, 1994).
- HORTON, Robin  
1988 «El pensamiento tradicional africano y la ciencia occidental» en *Ciencia y brujería*, Barcelona, Anagrama, (Cuadernos Anagrama) [«African traditional Thought and Western Science», *Africa*, XXVII, 1-2, pp. 50-71 y 155-187, 1967].
- KIRCHOFF, Paul  
1948 «Food-gathering tribes of the Venezuelan Llanos», HSAI, B143, BAE, VI, 4, pp. 456-458, Washington, D. C.
- MAGAÑA, Edmundo  
1990 «Zarigüeña, señor de los sueños. Una teoría Tareno», in Michel Perrin (ed.), *Antropología y experiencias del sueño*, pp. 117-143, Quito, Abya Yala, 1990.
- MITRANI, Philippe  
1976 «Essai de systématisation de la pratique médicale Yaruro», *Actes du XLII Congrès d'Américanistes*, VI, pp. 373-386.
- MITRANI, Philippe  
1978 «Salud y enfermedad en la concepción Yaruro (Ensayo de Antropología Médica)», pp. 329-390, *Montalbán*.
- MITRANI, Philippe  
1988 «Los Pumé», en *Los Aborígenes de Venezuela*, vol. III, pp. 147-213 Caracas, Fundación La Salle/Monte Ávila Editores.
- MURDOCK, George P.  
1951 *Outline of South American cultures. Behavior Science Outline*, vol. II, New Haven, Human Relation Area Files.
- OROBITG, Gemma  
1994 «El canto que cura. Medicina occidental y medicina indígena en los Pumé de Venezuela. Un itinerario de investigación», *Arinsana*, 15, Caracas.
- OROBITG, Gemma  
1998 *Les Pumé et leurs rêves. Étude d'un groupe indien des Plaines de Venezuela*, París, Éditions des Archives Contemporaines.
- OROBITG, Gemma  
2000 “Soñar para vivir. Memoria, olvido y experiencia entre los pumé” en M. Ventura y R. Piqué (ed.) *América Latina, historia y sociedad*, pp. 397-410, Barcelona, ICCI/UAB.

TAYLOR, Anne Christine

1997 "L'oubli des morts et la mémoire des meurtres. Expérience de l'histoire chez les Jivaro", *Terrain*, pp. 83-96, Mars.

# DEL PROYECTIL AL VIRUS

## El complejo de dardos-mágicos en el chamanismo del oeste amazónico\*

Jean-Pierre Chaumeil

Equipe de Recherche en Ethnologie Amérindienne

C. N. R. S.

París-Francia.

Las investigaciones en etnomedicina han mostrado que la mayoría de las sociedades indígenas alrededor del mundo tienden hacia concepciones exógenas o exteriorizantes de la enfermedad, que esas sociedades acentúan más las causas de la enfermedad que los síntomas, en fin, que ellas privilegian más las causalidades sociales e intencionales que las etiologías impersonales y asociales (Zempléni, 1985). Se sabe, además, que muchas de ellas conjugan perfectamente las etiologías “naturalísticas” y “personalísticas” con las cuales Foster (1976) pensaba poder agrupar, en dos conjuntos, los sistemas médicos del planeta (Augé, 1984). Nadie ignora tampoco la dificultad de establecer una distinción tajante entre “enfermedad física” y “mental” para esas sociedades en las cuales se atribuye al mal, el afectar cuerpo y espíritu a la vez.

En América del Sur, particularmente en las tierras bajas amazónicas donde predominan tales concepciones de la enfermedad, la materialización de agentes patógenos bajo la forma de objetos está muy extendida, sobre todo bajo el aspecto de proyectiles o elementos puntiagudos (dardos, espinas, esquilas de hueso, astillas de madera), filiformes (cabellos, pelos), duros (guijarros, cristal de cuarzo, pedazos de metal, dientes, etc.), pero también bajo la apariencia de diversas clases de insectos o de aves que penetran o devoran simbólicamente el cuerpo. Entre esta multitud de representaciones posibles de los objetos patógenos, los dardos retendrán nuestra atención en la medida en que son objeto de elaboraciones simbólicas muy complejas entre ciertos grupos indígenas, al punto de aparecer como la modalidad esencial de agresión y de enfermedad, así como de terapia.

Ellos constituyen, además, uno de los fundamentos de los poderes chamánicos. En forma muy somera y algo caricaturesca, la actividad chamánica intercomunitaria se despliega, en esta región, bajo la modalidad del intercambio de agresión entre unidades residenciales y se resume muy a menudo en el envío de enfermedades y otras desgracias bajo la forma de proyectiles teledirigidos, invisibles para quienes no son chamanes. Encontramos aquí el tema de la enfermedad por penetración, el cual, junto con el rapto de almas, constituyen las dos grandes categorías nosológicas amazónicas. La acción terapéutica de los chamanes consiste, en la mayoría de los casos, en interceptar esos proyectiles para capturarlos, destruirlos o devolverlos a su presunto lugar de origen.

El área de distribución de este tipo de proyectiles patógenos se extiende prácticamente por todo el interior del subcontinente (Morgado, 1987), desde las Guayanas hasta El Chaco, pero también a lo largo de Chile central (Mapuche) y en el área cultural Andina (Salomón, 1985: 492; Polia, 1988: 191-193,

\* Versión revisada del texto publicado en C. Pinzón y al. (eds) *Cultura y salud en la construcción de las Américas*. Bogotá: ICAN, 1993, pp. 261-277.

para los Andes de Piura). Sin embargo, el complejo de los dardos mágicos no aparece representado en ninguna otra parte mejor que en las regiones del alto y medio Amazonas.

La idea general que quisiéramos exponer es que, a través del estudio de este tipo de proyectiles invisibles es posible desentrañar, para un cierto número de casos, un modelo etnomédico relativamente próximo, en sus principios y mecanismos internos, de aquéllos que subyacen en toda una rama de nuestro propio sistema médico. En efecto, tendríamos aquí un complejo que podríamos llamar etnoviológico, cuya característica provendría de la naturaleza “fabricada” o “cultivada” de los agentes patógenos (y terapéuticos), así como de la fuerte codificación sociológica de su puesta en circulación. El examen de esta forma particular de representación de la enfermedad y de la terapia plantea, de hecho, la cuestión de las correspondencias o de las analogías con los modelos médicos occidentales.

### Un chamanismo de dardos

Tal como lo hemos señalado en un trabajo anterior (Chaumeil, 1994), la región del alto Amazonas ha sido marcada, desde época muy remota, por vastas redes de intercambios comerciales que conectaban las tierras bajas a los Andes y al litoral Pacífico. Estas redes, en las cuales varios grupos indígenas han jugado un papel eminente, se apoyaban tanto sobre la circulación de mercancías (cerámica, curare...) como sobre el intercambio de bienes simbólicos estrechamente ligados al chamanismo (poderes mágicos, visiones, alucinógenos, etc.).

Refiriéndose solamente a las redes chamánicas, es posible encontrar, todavía hoy en día zonas privilegiadas de intercambio (ver mapa): en la región del Huallaga-Pastaza, entre los Quichua-Lamista, Jembero, Cahuapana y Candoshi-Jíbaro (Scazzocchio, 1979), a lo largo del mismo Pastaza, entre los Quichua-Canelo, Shuar y Achuar, con una extensión hacia los Cocama (Harner, 1977), más al oeste, entre los Chayahuita y los Aguaruna (Brown, 1984); sobre el río Corrientes, entre los Shiwiari-Jíbaro, y los Quichua (Seymour-Smyth, 1986), sobre el alto Putumayo-Caquetá, entre los Siona, Secoya y Cofán (Langdon, 1981), y finalmente, sobre el Amazonas, entre los Cocama, Yagua y Ticuna (Chaumeil, 1994).

En nuestros días, los chamanes Cocama son frecuentemente considerados como los más poderosos de este vasto territorio, al punto de ser tratados a veces como héroes culturales por sus vecinos Shipibo (Roe, 1982: 87). Desde finales del siglo XIX, Ordinaire escribía:

“Los Shipibo consideran como *yutumis* (chamanes) de nacimiento a los indígenas Cocamas del distrito de Nauta, de los cuales un cierto número habita el Valle Bajo del Ucayali. Ésta es la razón por la cual los tienen en muy respetuosa consideración. Si un Shipibo rehusa venderle a usted un objeto al cual él está apegado, por ejemplo, su canoa, busque un Cocama y encárguele el negocio por su cuenta: el Shipibo le dejará la canoa por la mitad del precio que usted había ofrecido, por el temor de que el Cocama, valiéndose de sus poderes infernales, le sople en el cuerpo unos dardos de Chonta” (1892: 220)

Anotemos que los grupos arriba mencionados comparten *todos* el complejo de los dardos —mágicos; algunos de ellos, como los Yagua, piensan incluso que esos proyectiles son idénticos de un extremo al otro del territorio. Con el despliegue del chamanismo, estos últimos años, en las nuevas urbanizaciones del alto Amazonas, el tema de los dardos ha invadido igualmente el universo etiológico de las poblaciones mestizas. A raíz de una encuesta desarrollada en Iquitos en 1985-86 (Chaumeil, 1988), varios chamanes mestizos nos han hablado de un “chamanismo de dardos”, particularmente temible, proveniente de los Achuar, de los Ticuna o de los Yagua del Amazonas (estos dos últimos beneficiándose de una reputación de expertos en curare y cerbatanas); grupos que ellos califican a veces como chonteros<sup>1</sup> o tiradores, “lanzadores de proyectiles”. Ciertas sociedades disponen incluso de una clase de chamán especializado en dardos— mágicos (ver Arévalo Valera, 1986: 153), en relación con los *yubé* Shipibo). Parece, por lo tanto, que se pueda hablar aquí de un complejo chamánico de dardos, relativamente homogéneo y delimitado espacialmente.

## El universo de los dardos-mágicos

Aunque cada una de las sociedades indígenas del alto Amazonas posee en su lengua un término para los dardos – mágicos, estos últimos son sobre todo conocidos en el departamento de Loreto bajo el vocablo español “virote”. Según Luna (1986: 112); “virote” designaba las flechas de ballesta utilizadas por los españoles durante la conquista de América. El nombre fue aplicado después a los dardos de cerbatana, arma de cacería por excelencia de las sociedades del alto Amazonas; luego, por extensión, a los dardos-mágicos de los chamanes. Ciertos grupos emplean además el mismo término para los dos tipos de dardos, por ejemplo, *tsentsak* entre los Jíbaro. Otros marcan la diferencia. Así, entre los Yagua, *ramunu* designa los dardos de cacería mientras que *rimída* se aplica al proyectil chamánico<sup>2</sup>. Se utiliza igualmente la palabra quechua *yachay* (de *yacha*, “saber”) para dardo-mágico en varias regiones del piedemonte amazónico.

En una forma general, esos proyectiles invisibles son detenidos por los chamanes, quienes los conservan en su propio organismo (estómago, pecho, brazos) y los “nutren”, ya sea directamente con su propia sangre, ya sea con el humo o el jugo de tabaco que ellos absorben regularmente a lo largo de su carrera: los dardos son entonces susceptibles de crecer e incluso de autoreproducirse en el interior del cuerpo. Es opinión general que ellos emanan del mundo sobrenatural, principalmente de entidades invisibles o de espíritus de la selva, con los cuales los chamanes entran en contacto a raíz de su iniciación. Estos dardos están asociados más frecuentemente a masas viscosas o “babas”, flemas (*Ilausa*, en quechua) que los envuelven delicadamente (Yagua) o en las cuales ellas se remojan (Jíbaro) y que constituyen, de alguna manera, su forma embrionaria o matricial. Los Yagua dicen, además, que la flema impide a los proyectiles aglutinarse entre ellos bajo el efecto de su fuerza de atracción recíproca. La flema es igualmente asimilada, según estos mismos indígenas, a una sustancia lubricante que recubre las paredes internas de los principales órganos para facilitar la circulación de los dardos. Los proyectiles mágicos serían, según esta definición, ya sea un condensado o un concentrado de flema, ya sea un objeto-embrión conservado en una especie de flema-amniótica. En cualquier caso, el concepto de dardo-mágico no podría reducirse a esta sola definición. En varias lenguas indígenas, el término dardo significa también espíritu, fuerza, poder sobrenatural, energía e incluso saber (ver más arriba el concepto de *yachay*, así como la noción de *dau* estudiada por Langdon, 1979: 69-72, en relación con los Siona). Tendríamos igualmente problemas si quisiéramos definir por separado uno u otro de esos conceptos. La noción de poder, por ejemplo, en la medida en que pueda dejarse aprehender como tal, designa o implica, en la mayoría de estas sociedades, una fuerza (vital, mágica, guerrera o chamánica), el dominio de visiones o de sustancias (mágicas, olorosas, sápidas, etc.) o un saber (ritual, espiritual, esotérico). Desde esta óptica, los dardos mágicos serían al mismo tiempo tanto un principio de conocimiento, un saber, como un poder patógeno o terapéutico.

Lejos de constituir objetos inertes, los dardos son percibidos entonces como entidades vivientes, susceptibles de crecer, de reproducirse y desplazarse a gran velocidad sobre largas distancias. En relación con esto, se les compara a veces como grandes rayos o chorros luminosos: es incluso bajo este aspecto como aparecen frecuentemente a los aprendices chamanes. Se dice también que están cargados de electricidad (como el rayo) o dotados de una gran fuerza de atracción, a la manera de un imán. Como sea, estas entidades eléctricas disfrutan de una autonomía muy relativa y no existen en circulación libre en la naturaleza, pero son controladas por espíritus de la selva. Ciertos grupos, como los Achuar, disponen incluso de espíritus genéricos para cada categoría de dardos (Crépeau, 1988: 105). Los chamanes obtienen así sustancias patógenas (y terapéuticas) de instancias sobrenaturales, las cuales son, ellas mismas, fuente de enfermedad ya que son portadoras de dardos. Por lo tanto, los indígenas conocerían bien la noción de agente patógeno en el estado natural, aunque “bajo control” y no en circulación libre. Sin embargo, si esta concepción controlada, y en consecuencia voluntaria, de la enfermedad es la más común, no está presente en todas partes. Los Embera del Chocó, por ejemplo, perciben las enfermedades “so-

pladas”, como resultante de agresiones involuntarias, difusas e impersonales de los animales, de la selva o del mismo chamán en búsqueda de una víctima, concepción que hace evidentemente imposible todo trabajo de identificación del agresor y anula, del mismo golpe, el retorno obligatorio de la agresión (Lonsczy 1986: 164).

Existen varias formas de adquirir dardos: 1) Ya sea directamente con las entidades sobrenaturales (caso más frecuente), 2) Ya sea por intermedio del chamán iniciador o por compra a un chamán conocido, 3) Ya sea por herencia a la muerte de un chamán (los proyectiles liberados pasan al cuerpo del aprendiz), 4) Ya sea comunicándose en sueño con el espíritu de un chamán fallecido, 5) Ya sea quitando (por sorpresa o brujería) los dardos a un chamán enemigo. En todo caso, antes de adquirir sus primeros dardos, el chamán debe protegerse, a veces, contra los efectos deletéreos que estos dardos podrían suscitar en un organismo todavía muy desprovisto de defensas. Por lo tanto, debe deglutir varias “babas” que el chamán instructor expele generalmente desde el fondo de su estómago y las “vomita” en la boca del candidato con el fin de preparar el cuerpo de este último para su futuro papel como receptor de dardos.

Entre los Yagua, por ejemplo, el instructor llamado *hatanu*, “el-que-enseña”, transmite al novicio un primer dardo de prueba. En caso de rechazo (vómito, diarrea, dolor fuerte), la iniciación debe ser interrumpida. Esta transferencia “cuerpo a cuerpo” mediante un “boca a boca”, de sustancias potencialmente patógenas, es percibida, en efecto, como una operación extremadamente dolorosa y peligrosa, requiriendo un ayuno muy estricto. La transferencia de dardos o de sustancias análogas (madre-saliva, baba, flema) del maestro chamán al iniciado es frecuente en la Amazonía<sup>3</sup>, así como en El Chaco (ver por ejemplo, Riester, 1986: 268). No solamente las sustancias heredadas o transmitidas por un chamán en ejercicio juegan como “protección inmunitaria” frente al agente patógeno, sino que funcionan también como “inicio”, situando al novicio en posición de adquirir sustancias análogas. Lo interesante en el caso de los Yagua es que esas sustancias transmitidas del instructor al candidato no son a su vez transmisibles, a diferencia de aquéllas obtenidas directamente de los espíritus de la selva, las cuales perderán, a su turno, su transmisibilidad una vez legadas a un nuevo candidato, y así sucesivamente.

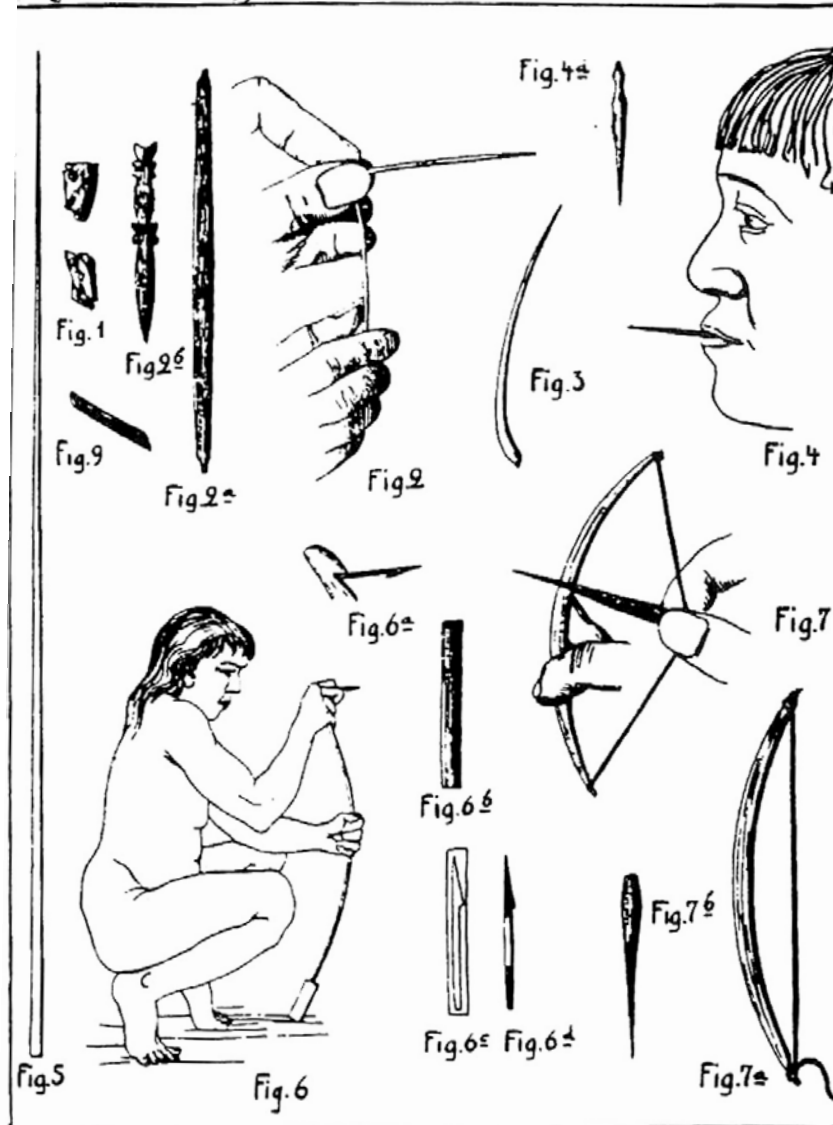
En la mayoría de los casos, el contacto con los espíritus de los dardos requiere la ingestión de bebidas alucinógenas preparadas principalmente con la liana del *Banisteriopsis Caapi*, conocida regionalmente bajo el nombre de *ayahuasca* o *yagé*, mezclada con las hojas del *Psychotria veridis*. Con el fin de constituir el depósito de dardos más diversificado posible, los chamanes deben contactar el mayor número de espíritus y multiplicar otro tanto las tomas de alucinógenos. Como regla general, los chamanes llevan perfectamente la contabilidad del número de sus dardos, de los cuales deben asegurar constantemente el suministro si quieren permanecer competitivos.

La técnica de exteriorización de los dardos se efectúa generalmente con la ayuda de humo o jugo de tabaco, el cual tiene el poder de hacer “subir” los proyectiles hacia la boca o a la extremidad de un miembro, según el caso. Entre los Yagua, por ejemplo, los proyectiles patógenos son sacados del brazo, mientras que aquéllos con uso terapéutico son expectorados. El “soplo” bucal tiene aquí una connotación médica. En cambio, el “brazo- que - mata” recuerda la antigua costumbre guerrera de los Yagua, que consistía en fabricar flautas con el hueso de brazos de enemigos muertos en combate, instrumentos cuyo soplo era reputado patógeno, en la misma forma que el “brazo chamánico”.

Una vez exteriorizados, los dardos adoptan una variedad de formas según los grupos y son clasificados generalmente por orden de tamaño, por color o según su forma (torcido, ganchudo, dentellado, espiroidal, etc.) (ver la lámina de Tessmann). Entre los Achuar, existe, según Descola (1982: 90), “una variedad considerable de tipos de dardos, caracterizados por apariencias y modos de eficacia específicos, cada clase bañándose en una saliva-madre apropiada” (ver igualmente Pellizzaro, 1978: 20-23, para los Shuar, y Luna, 1986: 110-127, para el mundo mestizo). Los Ticuna, por su parte, atribuyen a cada proyectil una esencia doble, masculina y femenina (Nimuendaju, 1952: 102), concepción que se encuentra también entre ciertos chamanes mestizos (Luna, 1986: 110).



Según Tessmann, 1930



## Nota de los editores

1) Haz de hojas con veneno, Kaschibo. 2) Forma de lanzar el dardo por los Cocama 2a) Dispositivo para lanzar ó lanzador. 2b) Proyectil 3) Proyectil mágico para "daño", de los Campa (hueso) 4) Lanzamiento con la boca del dardo mágico benéfico, de los Campa 4a) Proyectil 5) Dardo mágico de los Yagua 6) Dispositivo para lanzar dardos de los Nocama, lanzador aplanado 6a) Dardo en posición de lanzamiento ubicado en la punta tallada por el lanzador 6b) Estuche para guardar dardos elaborado de un fragmento de hueso 6c) Corte transversal del anterior 6d) Dardo 7) Forma de lanzar los dardos de los Panobo 7a) Arco 7b) Dardo Panobo.



*Fig. 1. Succión para extraer el dardo patógeno.*



*Fig. 2. Reunión de dardos para la cacería.*





▲  
*Fig. 3. Fabricación de un dardo.*



▶  
*Fig. 4. Prueba de fuerza.*



*Fig. 5. Muestra del dardo extraído.*

Más que por los dardos mismos, la evolución de la enfermedad es atribuida con frecuencia al curare, con el cual los chamanes untan la extremidad de los proyectiles invisibles (como los cazadores lo hacen con los dardos de cacería), veneno que tiene la reputación de pudrir las carnes o de aspirar la sangre, según los casos. Recordemos que todos los grupos indígenas mencionados conocían el curare, el cual estaba en el centro de un importante comercio interétnico en el pasado (Chaumeil, 1994).

Las modalidades de extracción de los dardos patógenos del cuerpo de las víctimas son sensiblemente las mismas en el oeste amazónico y consisten en masajes, soplos de humo de tabaco y succiones. Sin embargo, en ciertos casos, la extracción no es posible sino cuando el que cura tiene dardos homólogos; es decir, pertenecientes al mismo tipo de los que están presentes en el cuerpo del paciente. Estos últimos dardos serán entonces “seducidos” o “atraídos” como por imantación y no podrán resistir al deseo de reunirse con sus homólogos, asegurando, en el proceso, la curación. Se destaca aquí el carácter potencialmente patógeno y terapéutico de los dardos. Una vez capturados, los proyectiles patógenos pueden ser destruidos (sobre todo quemándolos), devueltos al supuesto agresor o a un miembro de su familia, o aún más, ser incorporados al depósito de dardos de quien cura. Vale subrayar que la mayoría

de las nociones presentadas más arriba encuentran un gran eco en la sociedad mestiza regional (ver por ejemplo Chiappe *y al*, 1985).

## ¿Un complejo etnoviológico?

### Los dardos como agentes patógenos

Al término de esta primera aproximación, el chamán mismo aparece como un “cuerpo enfermo” o un “cuerpo virus”, ya que lleva, lo hemos visto, las enfermedades en su organismo bajo la forma de dardos. Para ser más preciso, se debería decir más bien que encarna la imagen de un “portador sano”, ya que la misma sustancia patógena que de ordinario afecta a la gente vaciándola de su sangre o pudriéndolo su carne lo fortifica en tanto que chamán. En efecto, mientras más dardos lleve, es más poderoso e invulnerable a las agresiones de su rivales (ver la noción de *arkana*). Hay, por lo tanto, aquí, una primera inversión frente al elemento patógeno entre chamán / no chamán.

Pero eso no es todo. No solamente acumula el chamán en su organismo los agentes patógenos, sino que los “cultiva”, “fabrica” nuevos, nutriéndolos con el jugo, o el humo del tabaco (o con otros ingredientes). Los dardos se reproducirán entonces en su cuerpo como esquejes recién transplantados, según la bella fórmula de la metáfora vegetal. Existe además una suerte de feminización del cuerpo del chamán durante la iniciación. Se dice, por ejemplo que el saber crece dentro de su cuerpo como si fuera una planta recién sembrada: pone raíces, tronco, ramas... Leyendo a Harner, la transferencia de dardos entre los Jíbaro recuerda muy explícitamente el proceso de parto, acompañado de una *covada* (ver nota 3). El cuerpo del chamán se transforma entonces en una suerte de complejo virológico no solamente portador, sino también “productor de virus” (pero también, como veremos, de contra- virus).

---

274

---

Esta capacidad del chamán de producir el patógeno según su deseo plantea la cuestión-ya evocada- del control de sus propias facultades contaminantes frente a su entorno cercano. Fuera del caso de una contaminación involuntaria, difusa e impersonal (ver supra el ejemplo de los Embera), a los chamanes se les atribuye un perfecto control de su depósito patógeno. En caso contrario, es decir, cuando hay una agresión incontrolada (hacia los parientes cercanos), no se duda en eliminarlos físicamente (ver el ejemplo Ticuna en Nimuendaju, 1952: 106), práctica que podría interpretarse como una protección inmunitaria del grupo frente a él mismo.

Al lado del modelo binario clásico tipo agresor/agredido, existe *grosso modo* dos modelos epidemiológicos en la región considerada. Uno que yo llamaría “en rebote” o “en cadena”, en el cual el proyectil lanzado con fuerza atraviesa sucesivamente varias personas situadas en la proximidad y provoca una cascada de enfermedades. Para parar la epidemia, el que cura debe destruir el proyectil en vuelo o desviar su trayectoria. El otro modelo recuerda el “ametrallamiento”, es decir, el tiro de repetición de una miríada de proyectiles. La detención de este último tipo de agresión es difícil y se arregla, frecuentemente, con un “¡sálvese quien pueda!”

Sin embargo, en todos estos diferentes casos se observa una fuerte codificación sociológica en la puesta en circulación de los agentes patógenos que siguen las líneas imaginarias trazadas por los chamanes y que corresponden, de hecho, a las líneas de venganza y de retorno de las enfermedades entre comunidades rivales y chamanes enemigos. Se entra entonces en el dominio del chamanismo como mecanismo socio-político (ver Whitten, 1976: 141-163, para el chamanismo de dardos y la estructura del *ayllu* entre los Quichua ecuatorianos).

### Los dardos como agentes terapéuticos

Los proyectiles, así mismo, tienen valor terapéutico en tanto que fuerza o remedio aspirante; en efecto, ellos “aspiran” los dardos (generalmente del mismo tipo) alojados en el cuerpo como la haría un

imán. Estos proyectiles, dicen los Jíbaro, son seducidos por sus homólogos y podrán entonces fundirse en la flema correspondiente del chamán (Crépeau, 1988: 110; Pellizzaro, 1978: 20). Sin que constituya una regla absoluta, con frecuencia hay la necesidad de detectar, para curar, el mismo tipo de dardo que el objeto incriminado. A veces, hay que entonar el mismo canto que ha sido reconocido como causante de la enfermedad (Novati 1976-77: 29 a propósito de los Shipibo). Todo sucede como si tuviera que ver con un sistema de curación idéntico, “virus contra virus”, que inevitablemente hace pensar en el principio homeopático del contra-virus.

### **Los dardos como protección inmunitaria**

Por otro lado, los dardos forman una “armadura” (coraza, cinturón o escudo protector) alrededor del cuerpo del chamán (incluso alrededor de las habitaciones), armadura o protección cuyas mallas muy apretadas tiene la reputación de no dejar que las atraviese ningún proyectil. Este concepto de dardos-armadura está muy extendido en el Alto Amazonas, tanto en el medio indígena como en el mestizo donde toma el nombre de *arkana* (del quechua *arkay*: “impedir, bloquear, cerrar”). Este sistema de protección constituiría un tipo de autodefensa inmunitaria adquirida por el chamán que se presenta como un cuerpo parcialmente inmunizado o vacunado. Hemos descrito antes el proceso de acostumbramiento progresivo al agente patógeno (especie de “mitridatización” al virus), al cual debe someterse el novicio ingiriendo las sustancias patógenas transmitidas “boca a boca” por un chamán en ejercicio. Así mismo, durante las curaciones, el chamán sitúa frecuentemente varios dardos atravesando su garganta (los Jíbaro, por ejemplo, colocan dos, uno delante de la boca, el otro atrás, bloqueando la garganta) para capturar, inmovilizar o neutralizar el proyectil desalojado y “vomitarlo” enseguida o incorporarlo eventualmente a su depósito de dardos, a fin de evitar la molestia de verse afectado por los síndromes de su paciente, impidiendo al dardo incriminado insinuarse en su propio organismo (caso de los dardos negros entre los Yagua).

### **Los dardos como moneda de intercambio**

Limitar, por otro lado, el complejo de dardos al solo campo médico sería, en muchos casos, amputar el fenómeno de todo un campo simbólico en el cual juega un papel capital, sobre todo en los intercambios simbólicos con los seres de la naturaleza donde los dardos hacen con frecuencia el papel de “moneda de intercambio” para obtener cacería. Se sabe que el modelo general de la cacería en la Amazonía está fundado sobre una lógica de alianza e implica intercambios (que parecen en ocasiones verdaderos regateos) entre los cazadores, los chamanes y los espíritus tutelares de la cacería. En ciertos casos, la obtención de la cacería da lugar a intercambios mercantiles con tarifas especificadas en dardos. Entre los Yagua, cuatro dardos – mágicos de dos metros de largo, por ejemplo, equivalen simbólicamente a un pecarí. Parece, además, en forma general, que el chamanismo habría jugado un papel mayor, en cualquier caso más importante que hoy en día, en el manejo de las relaciones con la naturaleza (en particular para la obtención de la cacería). Su inflexión terapéutica actual sería un fenómeno relativamente reciente debido en parte a la situación de contacto y a las oleadas de epidemias que lo han acompañado.

\*\*\*

En resumen, ya sea que se consideren los dardos como agente patógeno, como agente terapéutico o como protección inmunitaria (así como las nociones de contaminación, de cuerpo virus o de cuerpo vacunado), todo sucede como si se estuviera frente a un vasto complejo “etno-viroológico”, cuya particularidad provendría del carácter “fabricado” y “controlado” de los agentes patógenos y terapéuticos que lo componen. Se podría concluir que, si fabricamos por nuestro lado las vacunas y no los virus, los

indígenas de la Amazonía “fabrican” de su lado tanto los virus como las vacunas a través de sus chamanes. En otros términos, las sociedades amazónicas no habrían esperado la llegada de la medicina occidental para comprender el funcionamiento de un sistema virológico. El examen de un aspecto de su práctica médica muestra que ellos lo conocen en grandes líneas; la diferencia radica esencialmente en los sistemas de representaciones asociados, lo cual hace que, hasta el presente, con muy pocas excepciones, las dos medicinas tienen la más grande dificultad para comprenderse. Si bien es cierto que se tiende hoy día en reconocer la pluralidad médica, se podría, sin embargo, reflexionar sobre las condiciones de un verdadero desarrollo médico en medio indígena. Esto implica una reconceptualización de la medicina indígena que no sea pensada como ineficaz, estática o cerrada sobre ella misma, así como una revisión de las premisas de la biomedicina (o de su ideología implícita), según las cuales la enfermedad afectaría a simples procesos técnicos, es decir, no sociales y no culturales.

### Notas

- 1 De *chonta* (Bactris), madera de palmera, muy dura, con la cual los grupos amazónicos fabricaban sus armas de cacería y de guerra. La asociación de los dardos con la *chonta* puede igualmente venir de las largas espinas que cubren el tronco de la palmera y que los chamanes indígenas utilizan frecuentemente como matriz simbólica de una categoría de dardo – mágico.
- 2 Por lo demás, sería interesante proceder a un análisis de estas dos categorías de dardos con las cuales se encontrarían numerosas similitudes simbólicas en los dominios animal y humano. Se sabe, por ejemplo, que un animal herido por dardos y que llega a escaparse del cazador es sometido a un “ritual terapéutico” por parte de espíritus tutelares. Según esta concepción, la muerte del animal contendría la idea de enfermedad introducida. En este caso, hombres y animales “cazados” se encontrarían en una relación análoga frente a la enfermedad.
- 3 Ver, por ejemplo, Harner: “ para dar el *tsentsak* al novicio, el chamán reescupe lo que parece... una sustancia brillante que contiene los espíritus-sirvientes. Él corta un pedazo con un machete y se le da al novicio para que se lo trague. El que lo ingiere presenta dolores en el estómago y permanece en el lecho durante 10 días bebiendo continuamente el *natema*... El chamán que proporciona el *tsentsak* sopla a intervalos regulares sobre el cuerpo del novicio, que frota sobre toda la superficie para aumentar el poder de transferencia. Durante varios meses, el novicio debe permanecer en reposo y no tener ninguna actividad sexual... Al final del primer mes, un *tsentsak* sale de su boca (1977: 137).
- 4 Los curanderos del departamento de Piura, en el Perú, clasifican tres tipos de *chonta* (dardo), según el color: los negros, los mulatos y los blancos. Los primeros constituyen la defensa principal de los curanderos en los rituales terapéuticos, pero figuran también en la panoplia de las armas mortíferas de los “Maleros” (Polia, 1988: 192-193)

### Bibliografía

- ARÉVALO Valera, G.  
1986 “El Ayahuasca y el curandero Shipibo-Conibo del Ucayali (Perú)”, *América Indígena* XLVI, pp. 147-161.
- AUGÉ, M.  
1984 “Ordre biologique, ordre social; La maladie, forme élémentaire de l'évènement”, en AUGÉ, M. & C. HERZLICH (comp.) *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* pp. 35-91 Edt. Des archives contemporaines, París.
- BROWN, M.  
1984 *Una paz incierta. Historia y cultura de las comunidades aguarunas frente al impacto de la carretera marginal*. CAAAP, Lima,
- CHAUMEIL, J. P.  
1988 “Le huambisa défenseur. La figure de l'Indien dans le chamanisme populaire (région d'Iquitos, Pérou)”, *Recherches amérindiennes au Québec*. XVIII (2-3), pp. 115-126.
- CHAUMEIL, J. P.  
1994 “Las redes chamánicas contemporáneas y las relaciones interétnicas en el Alto Amazonas”. *Revista de Antropología* 1(1), Lima, pp. 45-61
- CHAUMEIL, J. P.  
1998 *Ver, saber, poder*. Edit. C-AAA-P/IFEA/CAEA, Lima.

- CHIAPPE, M.  
 1985 *et al.*, *Alucinógenos y Shamanismo en el Perú contemporáneo*, Edit, El Virrey, Lima.
- CRÉPEAU, R.  
 1988 "Le chamane achuar. Thérapeutique et socio-politique", *Recherches amérindiennes au Québec*, XVIII (2-3) pp. 101-114.
- DESCOLA, P. & J. L. Lory  
 1982 "Les guerriers de l'invisible. Sociologie comparative de l'agression chamanique en Papouasie Nouvelle Guinée (Baruya) et en Haute-Amazonie (Achuar)", *L'Ethnographie*, 87-88 (2-3), pp. 85-109.
- FOSTER, G.  
 1976 "Disease etiologies in non-western medical systems", *American Anthropologist* LXXVIII, pp. 773-782.
- HARNER, M.  
 1977 *Les Jivaro*. Edit. Payot, Paris.
- LANGDON, J.  
 1979 Yagé among the Siona: Cultural Patterns in Visions", en D. BROWMAN & R. SCHWARTZ (eds.) *Spirits, Shamans and Stars*, pp. 63-80, Mouton publishers, Paris- The Hague.
- LANGDON, J.  
 1981 "Cultural bases for trading of visions and spiritual knowledge in the Colombian and Ecuadorian montaña", en P. FRANCIS & al. (eds.), *Networks of the past*, pp. 101-116, Calgary.
- LOSONCZY, A. M.  
 1986 "Le destin des guerriers, agression chamanique et agression guerrière chez les Embera du Chocó", *Journal de la Société des Américanistes* LXXII: 157-183.
- LUNA, L. E.  
 1986 *Vegetalismo. Shamanism among the Mestizo population of the Peruvian Amazon*. Stockholm Studies in Comparative Religion, 27.
- MORGADO, P.  
 1987 *A propos des fléchettes magiques dans le chamanisme de l'Ouest Amazonien*, Memoria de DEA/EHESS, Paris, ms.
- NIMUENDAJU, C.  
 1952 *The Tukuna*, University of California Press, Berkeley & Los Angeles.
- NOVATI, J.  
 1976-77 "Las expresiones musicales adheridas al dominio chamánico, los icaros", *Scripta Ethnologica* 4(2), pp. 27-29.
- ORDINAIRE, O.  
 1892 *Du Pacifique à l'Atlantique par les Andes péruviennes et l'Amazone*, Plon, Paris.
- PELLIZZARO, M.  
 1978 *Uwishin. Iniciación, ritos y cantos de los chamanes*. Sucua: Mundo Shuar.
- POLIA, M.  
 1988 "Glosario del curanderismo andino en el departamento de Piura, Perú" *Anthropologica* 6, pp. 177-238.
- RIESTER, J.  
 1986 "Aspectos del chamanismo de los Izocéño-Guaraní", *Suplemento antropológico* XXI, (1), pp. 263-283.
- ROE, P.  
 1982 *The cosmic zygote. Cosmology in the Amazon Basin*. Rogers University Press, New Brunswick.
- SALOMÓN, F.  
 1985 "Shamanismo y política de la última época colonial del Ecuador", *Cultura* VII (21), pp. 487-509.
- SCAZZOCCHIO, F.  
 1979 *Ethnicity and boundary maintenance among Peruvian forest Quechua*, PhD University of Cambridge.
- SEYMOUR-SMITH, C.  
 1986 "La clasificación de las personas entre los Shiwiar-Jívaro del río Corrientes, Loreto". *Anthropologica* IV (4), pp. 131-153.
- TESSMANN, G.  
 1930 *Die Indianer Nordost-Perus*. De Gruter & Co, Hamburg.

WHITTEN, N.

1976 *Sacha runa. Ethnicity and Adaptation of Ecuadorian Jungle Quichua*. University of Illinois Press, Urbana.

ZEMPLINI, A.

1985 "La maladie et ses causes", *L'Ethnographie*, LXXXI (96-97), pp. 13-44.

# “AJAYU, ANIMU, KURAJI”

## La enfermedad del “susto” en el altiplano de Bolivia

Gerardo Fernández Juárez  
Universidad de Castilla-La Mancha  
ESPAÑA

Las “almas” de los amerindios constituyen el objetivo principal de buena parte de las terapéuticas rituales practicadas por los grupos aborígenes de América. La etnografía andina no aporta grandes cosas en relación con la tipología de las “almas” que integran la persona entre las poblaciones indias de los Andes. No ocurre así entre los indígenas mesoamericanos, particularmente los de origen maya, cuyo interés por las almas y los acontecimientos que suceden a las diferentes entidades anímicas que configuran la persona han sido recogidos en diversos estudios y monografías que acuciosamente describen, incluso en términos iconográficos, el perfil de dichas entidades (Pitarch, 1996a; 1996b). Respecto a las sociedades andinas encontramos escasas alusiones. Algunas referencias de Polia (1989: 197; 1996) en el Norte peruano sobre las “sombras” en el sector de Huancabamba y en el contexto de los sanadores de las lagunas Huarinas. Berg (1985: 13) y Carter & Mamani (1982: 348) realizan algunas disquisiciones sobre los *ajayu* aymaras, pero de carácter muy general y poco específico, como apunta Molinié (1991: 83) en referencia a esta cuestión. A pesar de las informaciones constantes sobre la creencia de la pérdida del alma como enfermedad en cualquier monografía de estudios andinos, poco conocemos sobre esas almas que se “pierden”. Por otra parte, la designación de estas “almas” resulta bastante vaga y poco explícita. Las denominaciones son coincidentes respecto al “*ajayu*”, “*ánimo*”, “*coraje*”, y “*espíritu*”, por lo que respecta al dominio aymara, pero las delimitaciones entre una y otra entidad no suelen aparecer demasiado claras; así como el “*ajayu*” parece el “alma” de mayor relevancia y protagonismo, el resto, tanto el “*ánimo*” como el “*coraje*” o el “*espíritu*”, intercambian con relativa facilidad sus posiciones de referencia.

Perder una de las entidades anímicas o “almas” que poseen los seres humanos en el altiplano aymara constituye un serio problema de salud. Las “almas” de los seres humanos interesan a toda una pléyade de personajes de características excepcionales que ejercen cierto tipo de tutela ceremonial sobre la vida humana. La *pachamama*, los *achachilas*, las antiguas *chullpas* y los malignos *saxras* del altiplano anhelan las almas humanas; todos ellos pueden “agarrarlas”, *katxata*, con la intención de devorarlas<sup>1</sup>. Lo que les sucede a las almas repercute directamente en el estado de salud de sus propietarios; la pérdida de cualquiera de las entidades anímicas supone un problema médico que hay que resolver con prontitud. La gravedad del caso depende de la naturaleza del alma que se ha extraviado o que ha sido “agarrada” y, lógicamente, de la identidad del ser que la ha capturado contra su voluntad, impidiéndole regresar junto a su doliente propietario<sup>2</sup>. Hay que intervenir con prontitud para evitar que el alma sea devorada; de lo contrario, el paciente fallece. Para ello es necesario acudir a un *yatiri* o *ch`amakani*, especialistas rituales aymaras, para que liberen el alma capturada y la restituyan a la persona enferma. Ni que decir tiene que los médicos convencionales no entienden de estas dolencias ni saben cómo tratarlas<sup>3</sup>.

En realidad, los campesinos aymaras del área de Jesús de Machaca, así como los del sector lacustre de Santiago de Huata y Achacachi (provincia Omasuyo, departamento de La Paz), entre los que más tiempo he compartido, no emplean el término castellano “alma” para referirse a las entidades anímicas que cada ser humano posee y necesita para subsistir. El término “alma” se aplica a los espíritus de los difuntos<sup>4</sup>, en particular durante su visita anual para Todos Santos (Fernández, 1998a). De forma genéri-

ca, las entidades anímicas que poseen los seres humanos en el altiplano aymara reciben la denominación de *ch`iwi*, “sombra”, y son tres (*kimsa ch`iwi*) las entidades que los aymara poseen con la característica de ser sombras gemelas entre sí y con respecto a su propietario, por cuanto constituyen su “doble”. Cada una de estas tres “sombras” recibe una denominación específica: la primera y más importante es conocida como *ajayu*, término antiguo recogido por Bertonio (1622/1984, II: 108) que define como “la sombra de todas las cosas”<sup>5</sup>, pero sin referencia expresa al concepto de “alma”, como refleja Albó (2000)<sup>6</sup>. El *ajayu* es la sombra principal, su pérdida implica la muerte irreparable del doliente. Las otras “sombras” reciben denominaciones prestadas del castellano; tal es el caso del *animu*, “ánimo”, de carácter secundario frente a la primera, su pérdida puede ser corregida puesto que existe un plazo de tiempo pertinente en que el “ánimo” se presta a ser restituido al doliente para su cura satisfactoria; sin embargo, si no se toman las medidas oportunas; la pérdida del “ánimo” puede provocar una grave dolencia en el paciente, al demorar su atención, circunstancia que facilita que el “ánimo” se encuentre lejos y que haya sido devorado en un porcentaje que hace imposible su retorno, especialmente si ha sido comido su corazón, o si el “ánimo”, una vez ingerido, ha sido ya excretado por la entidad que ha protagonizado su captura; en ese caso no es posible hacer retornar el “ánimo” y el paciente no puede esperar otra cosa salvo una muerte certera. La tercera de las “sombras” recibe la denominación de *kuraji*, “coraje” y su pérdida resulta sólo un episodio sin importancia, puesto que tiende a reincorporarse sin mayores problemas a la disciplina corporativa de las “sombras”. En algunas ocasiones es posible encontrar otras denominaciones prestadas del castellano en lo que a la denominación de las “sombras” secundarias se refiere, tales como *ispiritu*, “espíritu”, *anjil tila warta*, “ángel de la guarda” o “santo”; en diferentes versiones, *animu* y “espíritu” resultan mutuamente intercambiables<sup>7</sup>. La tríada de “almas” que integran la persona entre los *jaqi* aymaras ha dado lugar a peculiares interpretaciones en similitud con la Trinidad católica<sup>8</sup>.

Los *kimsa ch`iwi* presentan una caracterización morfológica peculiar; constituyen “dobles” de la persona a la que pertenecen, como si se tratara de ropa superpuesta sobre su propio cuerpo. Su conformación se puede apreciar en las tenues variaciones de luz que se observan en la sombra de los seres humanos<sup>9</sup>. La sombra oscura e interior es el *ajayu*, la intermedia y semi oscura es el *animu* (ánimo) y la más exterior y clara, el *kuraji* (coraje), si bien las posiciones de las dos más externas, en algunas informaciones, aparecen intercambiadas<sup>10</sup>. En cualquier caso sí parece evidente el contraste entre el *ajayu*, la sombra principal oscura e interna y las otras dos “sombras” castellanizadas, tanto en la posición relativa que ocupan, más externas, como en los matices de color (Crankshaw, 1990: 104).

Los afectados por la pérdida de alguna de las “sombras” presentan una sintomatología caracterizada por la desgana, la pérdida de apetito y sueño, el “ojo blanco y hundido”, la diarrea, el aburrimiento generalizado, la pereza y, en los casos más graves, cuando el “alma” ha sido agarrada por los malignos *saxras*, la locura, que se manifiesta en los enfrentamientos familiares, las agresiones filiales y conyugales, la desnudez y falta de policía del afectado.

“De *ajayu*, la *wawa* así se mira, se cuenta sus dedos... ¡ya! Pellizcando aquí la cara. ¡Ya está!, *ajayu*. No mastica la *wawa*” (Macario Vargas, Qurpa).

¿Dónde se encuentran las sombras? A pesar de considerar la sombra física de los seres humanos como el modelo configurativo donde se ajustan las *kimsa ch`iwi*, lo cierto es que los aymara no toman precauciones específicas respecto a su sombra personal reflejo de la luz del sol. La verdadera amenaza para las “sombras” procede por parte de sus agresores que las buscan penetrando en el corazón de las personas.

“*Saxras* se llaman esos “maliños” (malignos), *saxra*, ñanqha, diablo, “maliño”, algunos dicen Satanás. De *saxra* agarran pues los “*ajayus*”, sus “*animus*”, su “*ispiritu*” siempre. Eso no más es, pero cuando los *saxras* entran los cuerpos, aquí, el corazón, el corazón entra... ¡ya! ¡Todas partes le entra, le entra!” (Manuel Coa, La Paz).

El corazón de los seres humanos, *chuyma*, parece alojar al conjunto de las “sombras” y constituye el objeto de deseo de los seres tutelares andinos. El corazón no sólo sirve de asiento para las almas, sino que es el órgano físico relacionado con el conocimiento, la sabiduría, la memoria<sup>11</sup> y la prudencia. *Chuymani*, literalmente, “el hombre que tiene corazón”, se aplica a los ancianos y a los sabios (De Lucca, 1987: 40). Por otra parte, Bertonio asigna al corazón todo lo relativo al ánimo, por un lado, así como a las vísceras y las entrañas del cuerpo, es decir, con todo aquello que está dentro del individuo, dentro de su cuerpo, dentro de la persona. Esta asignación del corazón como centro de la persona y lugar donde al parecer se alojan las “sombras” de los seres humanos que son pretendidas para devorarlas por los seres tutelares altiplánicos adquiere cierta significación amerindia si tenemos en cuenta los ejemplos de la etnografía mesoamericana (Pitarch, 1996a; 1996b; Guiteras, 1996)<sup>12</sup>. Bastien (1987) sitúa igualmente en el *chuyma* la localización de las “sombras” que él denomina *mā ajayu* (primer *ajayu*), *pā ajayu* (segundo *ajayu*), *kimsa ajayu* (tercer *ajayu*); el *chuyma* es un lugar inespecífico dentro del organismo que facilita el contacto con los principales órganos corporales del ser humano potenciado el intercambio de fluidos corporales<sup>13</sup>. Por tanto, la situación de las sombras altiplánicas adquiere una existencia dual; por un lado, en el interior de la persona, en su corazón, *chuyma*, por otro, en la “sombra” externa, *ch’iwi*, sobre la que se aprecia el contraste de matices que la luz provoca entre el *ajayu* interno y el “coraje” externo.

Las reglas terapéuticas básicas para solucionar la pérdida de alguna de las “sombras” implica diferentes estrategias para recuperar el “alma”, empleando el sacrificio complementario de alguna *waxt’a*, ofrenda ritual, en homenaje al lugar que ha capturado la “sombra”, junto con diferentes medidas para obligar a la “sombra” a retornar a su ser. En el caso de las criaturas lactantes, que se asustan con relativa frecuencia, lo normal es llamar al “alma” extraviada por la noche, en silencio que no deben alterar los perros, empleando la ropa del niño afectado, que se deposita en el lugar donde se cree que se asustó, generalmente con alguna pieza de comida, una fruta o algún dulce de los preferidos por el afectado; de esta forma el “alma” retorna complacida. En el caso de los niños pequeños, suele ser el padre quien llame su ánimo extraviado. Pedro Chura, de la comunidad de Tuqi Ajllata Alta, emplea un rosario de grandes cuentas de colores, semejante a los rosarios que utilizan los *yatiris* del área de Copacabana o en las zonas de Sagrado Corazón y Faro Murillo, en El Alto de La Paz, rematados con grandes crucifijos; en el caso del rosario de Pedro, contiene una vieja bala de fusil. La bala es su “contra” para defender el *animu* de sus hijos con eficacia. Cuenta Pedro Chura cómo, al llamar el ánimo de sus hijos, en las noches, siente la presencia de una sombra; cuando el ánimo retorna, que le hace erizar el cabello. En ese momento, tocando campana e invocando el nombre de su hijo enfermo, regresa a la casa con un poco de tierra del lugar donde el niño se asustó. Seguidamente le coloca un poco de saliva con la tierra del lugar y sal en forma de cruz sobre la frente, al tiempo de cubrirle con la ropa empleada para llamar su ánimo. Con eso suele bastar; si no se recupera, entonces acude a un *yatiri*<sup>14</sup>. Cada especialista ritual emplea diferentes técnicas para recuperar la “sombra” perdida por parte del doliente. Felipe Mamani Torres, natural de la población de Calacoto (Provincia Pacajes), me ha contado cómo sus hijos acostumbran asustarse. Su hijo Edwin se cayó en el colegio y a partir de ese momento su cabeza le dolía, no tenía apetito, ni conseguía conciliar el sueño. Felipe acudió a un *yatiri* de La Ceja, natural de la zona de Achacachi; sin decirle nada, en la consulta a las hojas de coca vio cómo, efectivamente, Edwin se había caído y la tierra lo había “agarrado”, *katxyata*. Los *saxras* y la tierra, los “lugares” pueden devorar el *ajayu* del paciente y una vez que lo “botan” [defecan] ya no se puede hacer nada, no se puede llamar, razón por la que hay que actuar rápido, con determinación. Primero pasaron una *waxt’a* para la tierra desde la propia carpita del *yatiri*. “Una *waxt’a* para *pachamama*, para que desampare el *ajayu*”, posteriormente, se llama con una campanita “Edwin *jutamay*, *jutamay*...” (“Ven, ven, Edwin, vente no más”). Previamente colocaron sobre la tierra una ropita de Edwin y unas manzanas (su fruta predilecta). El *yatiri* sabe cuándo el *ajayu* ha regresado, ya que algún animalito, insecto, se para sobre la ropa, “así como *gentecita*, sabe venir”, el *ajayu* como figura diminuta que se para sobre la ropa y la manzana. Se recupera la ropa y la fruta y se traslada al lugar del enfermo para colocarle la ropa y hacerle comer la fruta, para, de ese modo, con su

nombre reintegrar el *ajayu*. No hay que olvidarse de llevar algo de la tierra del lugar donde se ha asustado para colocárselo en forma de cruz sobre la frente”. Rápido se recuperó Edwin de su mal. Felipe achaca al lugar donde viven en El Alto la enfermedad de sus hijos. “Rayo “haiga” caído más antes. Wax-t’ a voy a pagar recién”.

Las almas anuncian su retorno valiéndose de diferentes formas, se siente su presencia como “sombra”, reflejo del cuerpo del paciente que espera protegido en el espacio doméstico, se escucha su retorno mediante pasos o gente que camina alrededor del “maestro”, sin que se vea a nadie; la presencia de las almas sobre la ropa y los dulces o la fruta del afectado se distingue bajo la apariencia de insectos, de “gentecita” o una mariposa blanca que se detiene sobre dichos productos; puede ser un pajarito que canta por la noche o bien levanta el vuelo de forma inesperada. Mario Kuka Laura, natural de la comunidad lacustre de Cumpi, introduce con respecto a la apreciación visual de las “sombras”, en concreto con relación al *ajayu*, un dato etnográfico de alcance: el *ajayu* se ve blanco cuando la persona va a morir, en los casos más graves; no se distingue su rostro<sup>15</sup>. Me comenta Mario Kuka el caso de una mujercita enferma, su hija estaba enferma y acudió a un *yatiri* que con la ropa de la niña llamó su *ajayu*. “*María está ahí [el ajayu de la niña] pero va a morir*”, era una alma blanca irreconocible en su rostro. Al mes, estando su hija ya recuperada, murió su sobrina, “*cuando no se va a morir el ajayu es como gente, viene con sus colores: a veces es un pajarito que salta, a veces... sonido se escucha cuando pasa a nuestro lado*”.

### Macario Vargas

El *yatiri* Macario Vargas, de la comunidad de Qurpa, tiene su propia estrategia ceremonial para “llamar ánimo”: “*Ahora llamando hay que hacer con campana para que escuche. Después ya he hecho con flor de clavel, blanco siempre. Después hilo hay que amarrar al enfermo. San Nicolás t’ant’a con estrella; sobre eso estoy llamando nuestra alma, espíritu; tenemos estrella; tres estrellas tenemos*”. Veamos su particular terapia asociada al “susto” con un ejemplo concreto, el caso de Hilaco, administrativo del Equipo de Salud Altiplano en la localidad de Qurpa (provincia Ingavi).

Hilaco es un joven aymara del altiplano. Vive en la comunidad de Qurpa, cerca del pueblo de Jesús de Machaqa (provincia Ingavi). Su mujer, Cleo Alaru, trabaja como auxiliar sanitario. Ambos participaron en el traslado de una mujer parturienta a la ciudad de La Paz. El caso era particularmente desesperado puesto que en su vientre ya no se registraba latido fetal alguno la criatura había muerto y la situación de la madre empeoraba por momentos. Aquel viaje por el altiplano de Machaqa hacia la ciudad resultó muy accidentado, atropellaron un perro negro en el camino por las prisas en llegar y finalmente todo fue en vano, puesto que la mujer falleció poco después de ingresada en una institución hospitalaria de la ciudad. Hilaco quedó impresionado por el suceso. A las pocas semanas un sarpullido encarnado erupcionó por todo su cuerpo produciéndole un malestar generalizado, pérdida de apetito y fiebre, dejándole postrado en cama con ciertos resabios de dejadez y abulia. El médico de la posta, un facultativo de La Paz escasamente integrado en las costumbres indígenas, diagnosticó una varicela y no se ocupó más del asunto. Sin embargo, Cleo, la mujer de Hilaco, no se conformó con el diagnóstico y tratamiento recomendado por el médico. En la mañana, antes de incorporarse al trabajo, se acercó a ver a su tío Macario, conocido *yatiri* del lugar. La lectura de hojas de coca estableció un diagnóstico sustancialmente diferente al del médico convencional. Hilaco se había “asustado”, era preciso llamar de vuelta a su *animu*, entidad anímica que había perdido en el viaje a La Paz. Por otra parte, debido a la estancia de Hilaco en la institución hospitalaria, el *yatiri* Macario consideraba que había sido atacado por el *kharisiri*<sup>16</sup>, circunstancia que explicaba su malestar, cansancio y debilidad generalizados. Esa misma noche acudimos a la posta sanitaria para llamar el “ánimo” de Hilaco, aprovechando que el equipo médico de la posta se encontraba en La Paz.

Macario en primer lugar realizó una consulta a las hojas de coca con la intención de asegurar el diagnóstico previo y confirmar el momento propicio para iniciar el tratamiento. A continuación elabo-

ró una ofrenda compleja (*Waxt'a*), destinada a diferentes seres tutelares del altiplano, especialmente a todos aquéllos relacionados con los caminos: *achachilas* (cerros de la Cordillera Real y otros de carácter locales), *pachamama*, *ch'uwa achachilas* (manantes de agua), *chullpa awichas* (restos arqueológicos) y *waras waras* (estrellas). La elaboración de la ofrenda considera a todos los comensales pertinentes, realizando un círculo en sentido levógiro, contrario a las agujas del reloj, y cumplimentando una vuelta completa al horizonte. Esta vuelta comienza por el Este, el cerro Illimani, y culmina con los cerros principales del Occidente a partir del cerro Sajama. El círculo tiene que ser trazado correctamente y hermético, “cerrado”, para que resulte eficaz. Ningún comensal que no haya sido expresamente invitado puede presentarse al agasajo que Macario efectúa al elaborar la ofrenda<sup>17</sup>.

Una vez elaborada la ofrenda, Macario se la entrega al adormilado Hilaco para que la retenga contra su pecho, sobre su “corazón” concretamente. A la medianoche se dispone a llamar su “ánimo”. Para ello solicita de Hilaco alguna de sus ropas, concretamente el *lluch'u y*, característico gorro de orejeras del altiplano. Dentro del *lluch'u*, Macario introduce un pan de San Nicolás<sup>18</sup> y unos claveles blancos. Sobre la superficie del gorro, una campana y un espejo. Con todo el conjunto sale al exterior de la posta. Es noche cerrada, hacemos lo imposible por no atraer la atención de los perros, cuyos ladridos son considerados pésimo augurio. Deposita todo el conjunto sobre el suelo. Tras efectuar una *ch'alla* de alcohol para los *achachilas* y la *pachamama*, otra de vino para las *waras waras*, otra de alcohol rebajado con agua para los *ch'uwa achachilas* y otra postrera de alcohol para las *chullpa awichas*, hace sonar la campana reclamando el retorno del “ánimo”. “*Hilaco, Hilaco, Hilaco animupa jutam, jutam, jutamay*”, (“Hilaco, Hilaco, que regrese el ánimo de Hilaco, que regrese no más”). Deposita la campana junto con el resto de objetos que ha colocado sobre un saco blancuzco en el suelo. El clavel y el pan de San Nicolás dentro del *lluch'u y*, sobre el gorro de orejeras, el espejo y la campana.

Nos retiramos un buen trecho en silencio. Macario de rato en rato se acerca para inspeccionar el preparado. El silencio nocturno ha acompañado favorablemente nuestra operación. De repente recoge todos los abalorios y entra en la habitación de la posta donde se encuentra Hilaco. Despierta al somnoliento enfermo y tocando la campana sobre su cabeza le coloca el *lluch'u* repitiendo su nombre: “¡Hilaco, Hilaco!” Con el nombre de Hilaco le ata un trozo de *kaytu*, hilo trenzado de lana de oveja, sobre el cuello. Le muestra el pequeño espejo obligando a Hilaco a que se vea y reclamando al “ánimo” que se reconozca. Finalmente, prepara una infusión, un mate, al que acompaña el pan de San Nicolás pulverizado y las flores de clavel. Hilaco bebe por completo el preparado hasta que no queda nada, sólo entonces puede reposar su cabeza de nuevo en el catre. Pocos minutos después, Macario le ofrece, para que tome, una pócima específica que su mujer ha preparado contra el mal del *kharisiri*, eso sí, con absoluta discreción; es decir, sin que Hilaco sepa cuál ha sido la causa de su enfermedad. Si descubriera que ha sido atacado por el *kharisiri* empeoraría hasta fallecer. Con las últimas recomendaciones a la mujer de Hilaco, insistiendo encarecidamente que no coma ningún alimento “fresco”, especialmente carne, nos retiramos de la posta bien entrada la madrugada con un frío gélido que nos sacude los huesos. El camino de regreso a la casa de Macario resulta tortuoso por la oscuridad cerrada de la noche; al fondo los ladridos de los perros de las estancias vecinas en aproximación inquietante y recortándose contra las luces de nuestra linterna, sombras amenazantes que Macario no duda en relacionar con el propio *kharisiri*.

La estrategia de restitución del alma o “sombra” perdida en el caso de Hilaco implica dos operaciones complejas de gran relevancia sensitiva. Por un lado, la conformación de un banquete ritual con los ingredientes de la ofrenda que ponen a prueba el atractivo culinario de los comensales implicados en la restitución de la “sombra”, quienes deben renunciar a la tutela improcedente que están ejerciendo sobre ella para que pueda reincorporarse de nuevo al enfermo. Por otro lado, un conjunto de estrategias que pretenden, igualmente de una forma sensitiva, encaminar el retorno de la “sombra” sobre el paciente. Para ello, la “sombra” debe reconocerse a sí misma e identificar a su propietario. Debe avivar su oído y acudir a los llamados efectuados de viva voz y mediante los toques de campana para alcanzar el lugar donde el *yatiri* le convoca. Debe mirarse y reconocerse en el espejo, disfrutar de la fragancia de los

claveles, degustar el sabor del pan de San Nicolás y familiarizarse con el tacto de la ropa de su propietario<sup>19</sup>. Posteriormente tiene que reconocerse a sí mismo en el doliente. Para ello el *yatiri*, le coloca el *lluch`u* sobre la cabeza, le obliga a mirarse en el pequeño espejo; le amarra un hilo trenzado sobre el cuello [kaytu] con su nombre; le hace ingerir las flores y el pan de San Nicolás. Es decir, todos los sentidos (olfato, gusto, tacto, oído y vista) son ceremonialmente azuzados para confirmar la afinidad existente entre la “sombra” perdida y su dueño. El valor sensible de la “sombra” y su corporeidad es definida empleando la referencia del único modelo que se ajusta como un guante a sus propias características sensitivas: su “doble”, es decir, el cuerpo físico del enfermo.

### Severino Vila.

En noviembre de 2001, Severino Vila Huanca, médico *kallawaya*<sup>20</sup> residente en El Alto de La Paz, me ofrecía su particular opinión sobre los “asustados” y la pérdida del “espíritu” entre sus pacientes. La conversación resulta extensa, pero ofrece información etnográfica relevante para el análisis final del artículo. He respetado el estilo de expresión oral empleado por Severino. La conversación se realiza en su domicilio de El Alto, al tiempo que atiende a un paciente afectado por el “susto”. Severino combina, como otros especialistas rituales del altiplano, la llamada del *ajayu* con la elaboración de ofrendas rituales complejas; en este caso, una “gloria mesa” o mesa “del Señor”, junto con una *pachamama mesa* destinada a la madre tierra y los lugares causantes de susto. Utilizo las notas de pie de página para aclarar algunos conceptos y remarcar aspectos temáticos que emplearé posteriormente en el último apartado del artículo. Aquí está su testimonio.

“... Siempre hay que llamarlo [el ánimo] con su *ch`ullito*<sup>21</sup>, con su azúcar, coca, todo eso va a necesitar, luego pijharemos la coquita<sup>22</sup>; de ahí vamos a empezar a preparar, con todo fe, con azucarcito, coca, clavel blanco, incienso y copal y también podemos meter sebario<sup>23</sup>, también eso; más que todo, incienso y copal y vamos a empezar, mientras pijharemos coquita”.

GF “¿Siempre haces así los casos graves de *ajayu*? ¿Haces *mesas*<sup>24</sup> siempre?”

“Sí, muchas veces... persona que no pueden dormir, también afligidos, desesperados, no quieren comida, dolor de cabeza, medio afligidos, medio afligido, alterados, muchas personas se ponen ¿no? No están tranquilos, tienen desesperaciones, entonces hay que llamar su animo, su *ajayu*, su espíritu, para que esté tranquilo<sup>25</sup>. Especialmente se llama en las tardes para que descansa o también en la mañanita, bien antes de que salga el sol, llamar animito<sup>26</sup>. Hay formas de llamar porque no es así no más también. Yo creo que vamos a hacer las cosas bien. Realmente una preparación completa vamos a hacer; parece que va a estar bien con eso. Hay que llamar, hay que hacer con toda fe; también gloria mesa del Señor vamos a hacer para la gloria mesa, pero del Señor, doce platos vamos a alcanzar. Ayuda a la salud, así también ayuda a la persona ya sea nacidos de *wawas* que son nacidos de seis dedos<sup>27</sup>, también nacidos de tierra, lunarcitos, o también tiene doce hijos, o son mellizos o trillizos; para eso hay que pasar gloria mesa, mesa blanca, siempre, especialmente día jueves o día domingo, o también puede ser... más que todo jueves... del Señor hay que alcanzar o sea blanco para que tenga... llamar su animo, su *ajayu*, “Señor tata Santiago, tata San Jeronimo, tata Santiago, tata San Juan...” rezando con oraciones, con toda fe, con toda voluntad hay que hacerlo para que sea realmente que esté sano, con inciensito en un brasero; el brasero con incienso levantamos, con su nombre del Señor tata Santiago, tata España, tata San Juan, tata San Jeronimo, nombrando “perdoname, disculpame, donde me he asustado, donde me he afligido, donde he llorado, donde están mis espíritus, mis animos, mis *ajayus*, perdonalo”. Entonces hay que alzar día jueves tiene que ser, puede ser a las once de la noche, también a la madrugada, puede ser mediodía, siempre se libra esa mesa del Señor; hay que alcanzarle también por los animales ¿no? También hay que incensiar a las ovejitas, a la vaquitas, con conciencia ¿no? Con brasero, hay que bendecirlo y rezar del Señor tata Santiago, tata España, en fin para que no “haiga” los problemas, para que no “haiga” problemas, que tenga más levantamiento, los animales también que no se enfermen, que no muera, para eso hay que hacer, el inciensito hay que alzar, mesa blanca.”

GF “¿Pachamama también vamos a preparar?”

“De pachamama vamos a hacer también igual, también pachamama, muchas cosas hay, puede ser de la pachamama cuando una persona que levanta primera vez, se ha hecho casa, un terreno quiere; a ver, no conocemos el terreno ¿no? Muchas veces el terreno puede ser del lado del rayo, puede ser también un lugar pantanoso o pedregoso, o río, o cementerio, en fin qué lugares, malos lugares existen o también, endemoniado, esos lugares, malos lugares, entonces, siempre malos lugares, también muchos lugares se filtra el agua; cuando filtra el agua ese lugar... ¡mal lugar! No es bien lugar; entonces siempre, especialmente hay que pasarle una mesita, con gallinita, puede ser cambio con conejito, también podemos alcanzar una conciencia, coca, todo clavel, q' uwa<sup>28</sup>, toda la preparación hay que hacer, hay que sanear la casa, cualquier hora se puede sanear eso. Si es posible media noche; también puede ser a medio día, tres de la tarde, mejor sería en la tarde, a la noche también para que descansa. Cuando le hacemos alcanzar la mesita entonces ya no se puede levantar muy temprano también al siguiente, a las nueve, por lo menos se levanta... hay que persignarse, entonces normalmente se levanta... hay que ch'allarlo con toda fe”

GF “¿Para el ajayu también es bueno la *mesa de pachamama*?”

“Igual, también es, se incluye porque también se pide ¿no? “disculpame donde lugar... dame fuerza, animo, coraje, valor, un camino bueno, pensamiento bueno ¡todos los pensamientos que salgan buenos! Que sea éxito todo lo que he pensado en los trabajos, en los negocios, en las ventas en el hogar, pachamama, dame fuerza, dame valor, con todo mi cariño, toda mi voluntad, esta ofrenda, esta mesita, te lo convido. Servite Madre Tierra, con cariño te lo estoy convidando esta ofrenda, este k'uchu<sup>29</sup> esta mesa...” Así lo dejamos con cariño a la Madre Tierra.”

“En ese lugar, muchas veces también enfermamos a veces, cuando la persona, cuando no pasamos la mesa... ¡nada! olvidamos totalmente, no hay los casos [no hay cura]. Muchas personas dicen que “me enfermo, me mueren los animales, me mueren mis hijos, o me he “separao” con mi familia, o también si no se separa, no hay dinero o también puede ser malos sueños, entonces sueños malos se sueñan entonces hacemos pasar la mesita, ahora si no hacemos pasar la mesita al Señor, le cae eso, entonces también puede ser Gloria Mesa o también puede ser “maldiciones”, siempre hay que cambiar con algo, con alcoholcito, con algún animal, una limpieza necesitaríamos, todo limpieza, ahora si no es con sacerdote, un cura, ¿no? Le cura, bendice la casa, ahora si no le hace sacerdote también un pastor [evangélico] bendice la casa, la familia, porque no es de uno no más eso, hay diferentes formas, las razones. Hay personas que dicen “yo no creo”, “al señor creo”, depende también. Hay que tener fe también y yo te digo, las personas que tienen fe a la pachamama y... ¡va bien!... va bien, todo lo que ha pensado adquiere... piensa comprar auto... bendice bien con su purito, se ch'allan con toda voluntad, con todo animo, se realiza ch'allarlo con la familia, entero, con todos los hijos, hijas, con todo conjuntamente acompañado para preparar la mesa, entonces le preparamos mesa, le ch'allamos con toda voluntad, toda la familia... ¡perfecto las personas! Hay otros que dicen “¿no, no me gusta!” Otros dicen...” sí, está bien” Eso es la balanza. Tienen que tener fe, tienen que tener voluntad. Ese rato tampoco no tienen que caminar los perros, no tienen que ladrar, no tienen que gritar... ¡silencio! preparar con tranquilidad, entonces se pasa la mesita y... ningún problema, no hay... con gusto se celebran, después almuerzan, comen ¡tranquilo! Se hace primero la Madre Tierra, después almuerzan los familiares<sup>30</sup>”

GF “¿Los animales también tienen su ajayu?”

“Tienen sus “espíritus” [no ajayu] por eso les inciencamos, por eso del Señor pedimos ¿no? Del Señor tata Santiago también para que se bendice, que le de una fuerza, ánimo, para que multiplique ¿no? Porque muchos animales... no pueden ni parir, sufren de parir, no pueden... entonces con inciencito hay que pedir del Señor”

GF “¿Cuántos “espíritus” tienen los animales ¿también tres, ajayu, ánimo, coraje...?”

“No, no, uno no más es eso. Cada animal tiene su valor, por eso decimos porque no le he hecho pasar mesita mis ovejas se han muerto; entonces siempre hacemos bendecir, si es posible también bendice el sacerdote ¿no? También puede bendecir... ¡nosotros también! Un sahumero, una misa, ch'alla como estamos preparando, así. Porque época de los animales, las ovejitas, las vacas, época de “ispiritu” se hace sahumar, mes de mayo ¿no? 15 de mayo... hay que sahumar mes de mayo ¿no? Hay que saber bien cuando cae “ispiritu” esa fecha es para animales; sahumean a las vacas, hacen pasar gloria misas, también puede ser la pachamama, para los animales, ¡carnavales también es eso! Para que tengan valor, para que no se enfermen, para que no se mueren “lugar, perdonale”, para que tengan voluntad o sea que un cariño para los animales con todo fe se hace eso en los carnavales y en “ispiritu”. Esas cosas no hay que olvidar. Esas cosas no hay que olvidar, en otras ocasiones olvidan...” no creo” dicen. hay que tener fe. Algunos siempre hacen pasar a los animales”. “La llama sabe asustarse, pero no hay que hacer llamar su ajayu, no se avisa, así no más se prepara inciensito, gloria mesa, le hacen pasar, eso no más. Le hacen pasar inciensito en carnavales, pero no sé escuchar que hagan llamar ajayu”.

“No de animal no [no se llama el ajayu], únicamente para que se recupere, hay muchos animales que llega el rayo, el trueno ¿no? Lo pesca un animal, a su dueño entonces tiene que hacer pagar una mesita porque si no se hace pagar mesita de rayo, de gloria, de Señor tata Santiago animales, automáticamente se apagan, poco a poco, poco a poco se terminan; entonces hay que hacer pasar del Señor de Gloria mesa de mesa blanca... le bendice “perdonale Señor tata Santiago”, con todo fe, con oración, con rezo, ya las cosas se tranquilizan... si no se hacen esas cosas se enferma el dueño, mejor se acaba, problemas entonces. Animales uno no más [espíritu], hay que bendecirlo con nombre del Señor así los animales se mantienen. Tienen su animo, su espíritu.”

GF. “El *ajayu* de las personas, cuando vos le haces llamar... ¿se ve venir?”

---

286

---

“Se viene con campanita. Sabes... a veces la gente, cuando noche no duerme o digamos en el campo hay gente que asusta la río, en la playa, cualquier lugar, digamos, la gente siempre. Cuando un perro que le ha asustado digamos ¿no?, le asusta a esa persona... ya, esa vez se ha puesto nervioso ¿no? Entonces no está tranquilo, entonces hay que levantar una tierrita en cruz, un poco, medio de cucharita haciendo cruz, “en nombre del padre, del hijo, y espíritu santo”, en medio del lugarcito...” perdonale, disculpale”, digamos a mi hijo, ¿no? Mi hijito donde se ha asustado, perdonale en este lugar, en el nombre del padre, del hijo... alzaló en cruz haciendo, alzar la tierra y lo traes, con azucarcito diciéndole...” venga su animo, venga su ajayu, venga su espíritu “... con su ch'olito ¿no? Sin mirar a ese lado ya. Llegas [a la casa del enfermo], un matesito de clavel se prepara, clavelsito con ese azúcar se prepara. Se escucha, tanto lugar, se pide, se toma; es sencillo. El paciente tiene que estar durmiendo aquí [se coloca su ropa].”

“La persona, otra clase se pone cuando estamos llamando su animo [efecto de la terapia], parece que, ... como moscas, así correteando, desesperado... cuando llega [el ajayu]... ¡tranquilo! se pasa, no se aburre, ya tranquilo pasa.”

GF “¿Ves venir alquito?”

“Si, viene alguien, desesperado con el maestro, a su lado está pasando, por eso en las tardes hay que llamar, desesperado totalmente, o si no es, pajarito “chij, chij, chij, chij, chij, chij”, es el espíritu, entonces tranquilo se pone, se prepara. Yo para llamar animo, preparo así con q'uwita, con untito de llama, clavel blanco, azucarcito, wiraq'uwita ¿no? y copalsito más, incienso. clavelstio su tikita [flor] ¿no?... donde se ha asustado voy a traer, preparo, su tierrita más, donde se ha asustado. Yo aquí preparo todo, llevo preparadito, entonces allá, tierrita más [del lugar donde se asustó], puedo llamar, entonces...” venga animo, ajayus... perdonale, disculpale, pachamama, suelte, suelte [el alma está agarrada]” ¿no? entonces el enfermo con su ch'olito todo luego preparar mate. Hago hervir un jarro de agua, entonces en ese jarro le pongo lo que he llamado animo <sup>31</sup>, las mesitas, todo pongo. Entonces hago hervir todo, tiene que ser cinco minutos, lo muevo y le hago tomar, lo hago rezar, yo también rezo, le hago tomar unas tres, cuatro cucharillas hago tomar. Después de tomar lo lavo [al paciente] el bañadorcito le echo, le lavo la manito, la carita, los piecitos; más que todo la cara. Entonces se le ha lavado, entonces, el curandero sale a echar el agua “recibite, recibite, re-

cibite”, ch’allando a los lugares. El enfermo no tiene que saber, tiene que estar acostado hasta las diez, por lo menos máximo”.

[Severino inicia el tratamiento terapéutico del paciente. Para ello se dispone a elaborar una “mesa del Señor” o “gloria mesa”. Escogemos cuarenta hojas de coca aproximadamente; realiza doce nidos de algodón para la ofrenda].

“Del rayo, del trueno, para eso, asustado, cuando uno... tristeza no sólo es sólo que llega el rayo no más, también puede ser que una persona ha renegado cuando ha llegado el rayo, se ha puesto nervioso, no puede estar tranquilo, dolor de cabeza, también afligido, afligido está ¿no? entonces, de rayo, cuando hay ardores, los punzones o se pone... no está satisfecho ¿no? no está tranquilo, entonces duele cabeza, cuando llega rayo, trueno uno ha pagado ¿no? entonces, más alteración, llega, cuando está llegando el rayo en tiempos de lluvias no es que rayo llega... no está tranquilo, uno siempre está desesperado”

[Coloca cuatro hojas de coca en cruz sobre las esquinas de cada nido. Sofía reconoce que ha cambiado la forma de “trabajar” de Severino, parece que ha influido el trabajo de su cuñado que es *ch’ama-kani*, militar por más señas. Después de las hojas de coca dispone flores de clavel en las cuatro esquinas de cada plato. Terrones de azúcar en cada una de las ofrendas, posteriormente doce “misterios”<sup>32</sup>, uno en cada uno de los platos rituales que previamente ha elegido. Todos son “de la parte del Señor”: Virgen, Sol, Calvario, Santiago, Ángel, Copacabana, Santiago, Luna, Estrella, mesa ritual... etc.; *chiwichi misa* en cada plato, incienso, unto de llama, pan de oro y pan de plata, pan de San Nicolás [*“si no hay pan de San Nicolás, pan de trigo”*]. Se fragmenta el pan de San Nicolás y se incluye en cada uno de los platos rituales. Severino busca vino o *singani* para ch’allar la gloria mesa, no sirve el alcohol]:

“Madre Tierra, señor tata Santiago, tata España, recibite esta mesita, con toda fe, con todo el amor te lo está convidando, señor tata España, tata Santiago, tata San Juan, tata San Jerónimo, con cariño y voluntad que vaya hermoso Alto Villa Victoria lugar, todos tus deseos, todos los pensamientos que salgan, quri illita qullqi illita <sup>33</sup>, buena hora que sea, éxito lugaroj madre tierra, buena hora que sea”

287

[A continuación Severino *ch’alla* con el vino blanco sobre la *mesa*, al tiempo que realiza sus invocaciones, no recojo toda la letanía, sino aquella parte específicamente relacionada con el *ajayu* y los espíritus perdidos del paciente].

“...dale fuerza, señor tata Santiago, perdónale, disculpale, este cariño, esta ofrenda, esta mesita, con toda fe, con todo amor te lo está convidando, te lo está pagando, esta ofrenda, mesita, recibite, señor tata Santiago, señor tata España, tata San Juan tata San Pedro, tata San Bartolomé, perdónale, disculpale, con cariño, con corazón, con fe, con voluntad te lo está convidando. Dale fuerza, dale valor, en su camino, en su negocio, en su trabajo, en su pensamiento, en su salud, que tenga valor, capacidad, tata Santiago, tata España, tata San Jerónimo perdónale, disculpale, dónde se ha asustado, dónde se ha afligido, dónde se ha llorado, dónde se ha renegado, perdónale, dónde se ha asustado, con cariño, con corazón, con voluntad te entregamos esta ofrenda, esta mesita. Dale un camino bueno, pensamiento bueno en sus viajes, en su trabajo ¡fuerza, ánimo, coraje, valentía! Va a salvar, señor tata Santiago, tata España, tata San Juan, tata San Pedro, tata San Jerónimo, perdónale, disculpale, Virgen de Quillacas, también, con cariño, con corazón te lo estamos entregando, te lo estamos pagando, te lo está entregando el señor... [cliente]<sup>34</sup> que vaya hermoso Alto Villa Victoria, en sus caminos en sus pensamientos, en su salud que tenga también bueno, todos sus deseos, todos pensamientos que salga. Quri illita, qullqi illita awicha, Machu Picchu, kunalugaroj, perdónale, disculpale, con cariño, con voluntad te lo entrega, con todo fe, con todo amor que vaya adelante quri illita, qullqi illita, awichas, señor tata Santiago, tata España, Virgen de Quillacas, Virgen de Gran Poder, Virgen de Señor Sentencia, Virgen de Candelaria, Virgen de Rosario, Virgen de Cotaoma; dale fuerza, dale valor, en sus caminos, en sus pensamientos, en su salud, que vaya éxito al señor... [cliente], en sus trabajos, en sus viajes, en su pensamiento, en su salud, todos los deseos que tenga, buena hora que sean, Señor tata Santiago, Señor tata España, donde se ha asustado el señor... [cliente] que tenga fuerza, que tenga ánimo, que tenga coraje, que tenga valor, que tenga ¡Venga su animo! ¡Venga su ajayu!, ¡Venga su espíritu! ¡Venga su santo! Si

está muy bueno, sin renegar, sin aburrirse, sin afligirse, sin nerviosidades, tranquilo que sea; perdónale La Paz, Chukiyawu Marka, ciudad La Paz, perdónale, disculpale en sus caminos, Watajatas, por donde los ríos, los lagos, por donde se ha asustado, perdónale, disculpale, señor tata Santiago, tata España, tata San Jerónimo, tata Bartolomé, tata Virgen de quillacas, Virgen de Bomboré<sup>35</sup>, tata Santiago, tata España y tata San Jerónimo<sup>36</sup> Virgen de Bomboré, tata Santiago, tata San Jerónimo, Virgen de las Nieves, perdónale, disculpale, con cariño, con fe, con voluntad te lo convida, señor tata Santiago, tata San Juan, buena hora que sea, en el nombre del Padre, del Hijo, del Espíritu Santo, Amén. Que sea en buena hora, pachamama, pachamama...”

[La *mesa* una vez elaborada y efectuadas las libaciones ceremoniales, se quema en el patio de la casa de Severino. Posteriormente, Severino observa el grado de combustión de la ofrenda, la dirección del humo, su color, así como el tono cromático adquirido por las cenizas, para evaluar el éxito o fracaso de su acogida. Continuamos la conversación al tiempo que inicia la segunda ofrenda, esta vez dedicada a *pachamama*, Madre Tierra].

GF: “Si no llamamos *ajayu*... ¿la gente muere?”

“Se muere. Digamos la persona, como demonio le ha “pescao” así ¿no? saxra, demonio, entonces, cuando muere, aquí como ahorcado, como chicoteado, verde, verde, ... por todas partes, corte”<sup>37</sup>. Entonces...” ¿por qué no haces llamar su animo?” “¿por qué no haces curar a tu hijo?”, diciendo; debes curar con un curandero, le dice la gente entonces...” “No he hecho curar curandero, no he hecho llamar su animo” Por causa de eso se ha muerto; aunque médico cura... ¿no le hace nada! Igual no más, como calmante no más le da, igual no más, desesperado... cualquier gente, gente grande y gente wawa<sup>38</sup> ¡igual no más!... no quieren comida, poco comen, afligido, nervioso y mueren”.

“Ese curarlo, cuando está la gente grande...” he visto un lugar fantasma, un cóndor, aparecer, en oscuro siempre... he visto, animo he perdido” dice, “otra clase me he puesto, desesperado, todos mis pelos me he parado... ¿qué será? Entonces ya no quiero comida”, dicen “no entra comida, no me llega sueño, despierto, un cacho duermo, me duele la cabeza”, dicen “¿no es qué?” Todas las cosas son esto... ellos son asustados; demonio está llevando sus espíritu, entonces cuando lleva...” no quiero comida, aburrido, afligido, desesperado, a los perros patea, algunos discuten con su madre o cualquiera, como loco se vuelve...” ¿dejame en paz!”, te puede arrojar con cualquier cosa, entonces eso cuando... ¿endemoniado! cuando demonio lleva su espíritu. Eso se cura, cataplasma, colocan con conejo, colocan gallo rojo lo podemos colocar, con él colocamos, el cortar con incienso y copal<sup>39</sup> a media espalda se coloca y así, poco a poco se cura. Ya baja, por lo menos tres horas, dos horas tiene que dormir con el ese animal agarradito, lo que va a ocupar las mesitas igual con eso también, junto con eso, acostarse, dos conejitos con su gallito agarrado, un gallo rojo, “nina gallo” [gallo de fuego]. Con ese se cura y luego dónde se ha asustado, en ese lugar tiene que quemar, tiene que pagarlo, las mesas, tiene que quemar, en lugar tiene que quemar, tiene que enterrar [el gallo, el conejo]. Donde se ha asustado, traemos tierra haciendo cruz, llamando su animo; igual se hace tomar con coquita, con q’uwita, con untito, con clavel, matesito, entonces, un poquito no más, con las sobras, se lava, no tiene que levantar, esas sobras se pueden quemar donde se ha asustado”.

[Severino inicia la mesa de pachamama. Para ello selecciona unas cuantas hojas de coca que coloca en la base de la ofrenda, para ir depositando sucesivamente flores de clavel rojo, lana blanca de llama, *wira q’uwa*, alfeñiques y dulces [figuras de llamas y botellas que coloca por cuatuplicado<sup>40</sup>], pan de San Nicolás [por cuatuplicado], nueces, *chiwchi misa* [figuras diminutas de estaño y plomo], incienso molido, sebo de llama [*llamp’u*] y un feto de llama. Coloca unas flores de clavel en las orejas del feto y embadurna completamente el feto de llama con grasa de llama<sup>41</sup>, al tiempo que inicia una plegaria].

“Buena suerte, buena fortuna, con cariño, con corazón, con fe, con voluntad te lo está convidando [cliente] que vaya hermoso Alto Villa Victoria, en sus negocios, en sus trabajos, pachamama, madre tierra, con cariño, con corazón te lo está entregando el señor [cliente], que vaya adelante en su salud, quri illita, qullqi illita, Machu Picchu, Wayna Picchu<sup>42</sup>, inti tata [sol], qilla mama [luna] choqilqarwirwinita, cerro Saja-

ma, cerro de Potosí, Mururata, Illampu, awichus, tías, tíos, dale fuerza, dale valor dale camino bueno, pensamiento bueno, hogar bueno, salud bueno, todos trabajos, todos deseos, todos pensamientos que salgan, quri illita, qullqi illita, mejores dolaristas, empresarios, cooperativas, bancarios, capitalistas, quri illita, qullqi illita, oro y plata cargado<sup>43</sup> adelante que vaya el señor... [cliente]. que vaya hermoso quri illita, qullqi illita awichu, tios, tías, perdonale, disculpale, en sus trabajos, en sus pensamientos, te está recordando con cariño, con corazón, con voluntad, te lo está entregando esta ofrenda, esta mesita, para su fuerza, para su animo, para su coraje, para su valentía, pachamama, santa tierra, tira virgen, recibite, recibite, con cariño, el señor [cliente] que vaya hermoso, el futuro, quri illita, qullqi illita, awichus, kunturmamani, quri toro, qullqi toro, Mururata, Sajama, Sabaya, Machu Picchu, Wayna Picchu, inti tata, qilla mama, dale fuerzas, dale valor, dale capacidad, dale inteligencia, un camino bueno, pensamiento bueno, todos los pensamientos que salgan quri illita, Machu Picchu, awichus, tios, tías, Akhamani, Illimani, Tiluskunas, cerro Sajama, cerro de Potosí, Machu Picchu, Wayna Picchu, pachamama, recibite, esta ofrenda, esta mesita, con cariño, con corazón, te lo está convidando; pachamama, dale fuerzas, animo, coraje, valentía lugarnoj, Madre Tierra, recibite, recibite, con toda voluntad, con todo animo, con todo corazón, te lo está convidando, te lo está entregando esta ofrenda, esta mesita. Vas a dar fuerza, vas a dar valor, vas a dar camino bueno, pensamiento bueno, salud buena [coloca el oro y la plata pan de oro, pan de plata sobre el lomo del feto] “quri illita qullqi illita, oro y plata cargado” [Se decora el cuerpo del feto con lana de llama].

“Así se ch’alla con toda fe, con toda voluntad, con todo corazón, para carnavales, para “ispiritu”, para Año Nuevo, así preparamos, por lo menos dos veces, por ejemplo puede ser Año Nuevo o también puede ser carnavales, entonces se bendice con todo fe, puede ser para los terrenos, para la casa, para construcciones, ajayu también, también para construcciones, otras personas que levantan la casa entonces se ch’alla, se bendice con todo fe, con todo animo... La casa se levanta rápido, para construir obra fina también se celebra, también, entonces con todo fe “perdoname, disculpame, esta ofrenda, esta mesita te lo convido con todo mi cariño, con todo mi fe, mi voluntad. Recibite Madre Tierra, con cariño y voluntad te lo estoy entregando”. La pachamama se recibe, si quema blanquito. es buena suerte”.

“ A ver... que sea buena suerte, buena fortuna, pachamama, Santa Tierra, Tierra Virgen, Akhamanis, Illimani, Tiluskunas, Unsiani, Machu Sillaka, Wayna Sillaka, Wayna Potosí, Iskani, kunturmamani, quri toro, qullqi toro, Mururata, Sajama, Sabaya, Pachamama, dale fuerza, dale valor, dale capacidad, dale inteligencia, en sus caminos, en sus pensamientos, kawiltu [cabildo], Mururata kawiltu, Sajama kawiltu, Illampu kawiltu, Wat’arani kawiltu, Pumasani kawiltu, Wayna Potosí kawiltu, lugarnoj kawiltu <sup>44</sup>, recibite, recibite, con todo fe, con todo animo el señor... [cliente] te lo convida, con cariño y voluntad. Dale fuerza, dale valor, dale animo, dale coraje, dale buen pensamiento, buenos lugares, en sus trabajos, en sus pensamientos, en su salud, que tenga bastante. Dónde se ha asustado, dónde se ha afligido, dónde ha llorado, perdonale, disculpale, Madre Tierra, por donde se ha asustado, por donde se ha afligido, por donde ha llorado, por donde se ha puesto nervioso, perdonale, disculpale Madre Tierra, con cariño te lo está convidando, que vaya adelante, éxito en sus viajes, en sus trabajos... ¡todos sus pensamientos que salgan muy bien. Dale un camino bueno, pensamiento bueno, salud bueno. Awichus, tios kunturmamanis, quri toro qullqi toro, Mururata, Sajama, Sabaya, pachamama, perdonales, Alto Villa Victoria kawiltu, perdonale, disculpale al señor [cliente] que vaya hermoso, Alto Victoria, Machu Picchu, Wayna Picchu, Inti Tata, Qilla Mama, Chuqilqarwirwinita, awichus, tios, tías, recibite; en sus viajes, quri illita, qullqi illita, mejores dolaristas, empresarios, cooperativas, bancarios, capitalistas, quri illita, qullqi illita que vaya hermoso, Alto villa victoria, que vaya adelante, suerte éxito, con animo y con coraje, que vaya adelante ¡Listo!?”.

[Al tiempo que reza Severino, *ch’alla* con alcohol sobre la mesa, empleando un clavel como si fuera un hisopo. Finalmente Severino prepara el paquetito ritual específico para llamar el *ajayu* del paciente. Continuamos conversando].

“Cuando está uno, uno cuando se asusta, un río, una playa, una qocha, [lago], alguna parte. ¿no? <sup>45</sup> Esa persona no puede comer, se fatiga, duele su cabeza, brincos, saltos que hace en el sueño ¿no? Grita, o llora, o también puede ser, no recibe la comida. ¡nada! o sea que tiene asco, tiene desesperaciones, cuando convi-

damos, poco come, no come mucho, tiene ¡asco! A la comida, se aflige, se pone nervioso ¿no? Entonces, en ese caso, nosotros ya sabemos que está de ajayu. Entonces hay que preparar una pequeña mesita, no es necesario mucho, ¿no? Unas coquitas, clavelsito, incienso, copal, llamp'u de llama, unto de llama, clavel blanco, o cualquier color mayormente; en qué lugar, donde se ha asustado, la tierrita hay que traer haciendo cruz, hay que traer preparado en su pecho. Será pues media hora, será una hora, en su pecho está [el preparado] si se duerme mejor, entonces, rezándose, hay que bajar la mesita con oración ¿no? Luego afuera, salimos con su gorrito, con su azucarcito, con su galletita, ¿no? Entonces llaman su animo, su ajayu, su espíritu, “venga, venga, venga”, llámalo, con su nombre, con su apellido completo, llamarlo entonces ya está llamado su animo, le damos una jarra que trae, con campanita todo llamamos, entonces un jarro con agua hervida trae, hirviendo el agua, hervida entonces le metemos los preparados, todos las mesas, azúcar, todo lo que hay que colocar lo metemos, le damos infusión, infusión unos cinco minutos hay que moverlo, batiarlo ¿no? y darle al enfermo así, despierto “despertate, tomá estito”, con oracione slo deshacemos, le damos seis cucharaditas, se toma... tres, seis cucharaditas, máximo, luego, también en un bañador le vaciamos el agua que sobre que tiene el jarro, lavamos su manito, su carita, y luego también lavando se duerme “descansate”, nosotros salimos “recibite Madre Tierra, recibite, recibite, recibite”. hay que ch'allar ese que ha lavado, entonces ch'allamos hacia fuera, qué lugar se haya asustado, qué lugar perro se haya asustado, qué lugar perro le ha ladrado, qué lugar, algún animal, lo ha asustado, la gente, el carro, el perro. el qué ¿no?... entonces “recibite, recibite, recibite, tal lugar” ¿no? demandando tal lugar “recibite, recibite, recibite”, se hace recibir y el maestro ya no vuelve el mismo lugar donde está el enfermo, se va de ahí, con su tijerita, su cu-chillito para su defensa<sup>46</sup> para que vuelva el asustado, su defensa”.

“Al siguiente [día] en la mañana, no será muy temprano a las nueve y media, ¡a las diez! máximo se levanta, el enfermo ¿no? Levanta, hay que poner su crucito con querosenito, su frente, si no es en la palma de la mano querosene o si no es carbón, quemado, negro, ¿no es qué? Manchadlo la cara en cruz, así es persignaciones ¿no? Está caminando, en los pies también, entonces así cruz para que salga hacia fuera, basta que mire la gente, basta que de vueltas hasta afuera salir ¿no? Luego se puede bañarse todo, así es la curación del ajayu”.

“Ahora, cuestión de los locos... también hay”

GF: “Locos... ¿también es del *ajayu*?”

“¡Claro, saxra es pues!”<sup>47</sup> “Puede ser esos locos... viene por mala alimentación, por debilidad, también puede ser de susto ¿no?, los locos, los ríos, malos lugares que andan ellos, porque... por debilidad se hacen pescar [su ajayu] un demonio, anchanchu <sup>48</sup>, decimos diablos, esos saxras, decimos, otra parte, demonio, entonces ellos se ven ¿no?, diablo le ve [tienen un encuentro] entonces el persona se asusta ¿no? Puuucha, se pone a vomitar, si no, sale sangre de su nariz, duele la cabeza, alterado, desesperado, hasta temblar se llega ¿no? se tiembla, “no sé qué me pasa, me he visto en río o perro o cóndor o gente me ha aparecido, me ha desposeído ahora, gente me ha parado mi frente, me ha parado, quiere trancarme, entonces yo me he puesto otra clase, querían llevarme no me he dejado llevarme, me he hecho cruz, me he persignado ya de eso me han calmado. Mal he llegado a mi casa,” dice, ¿no? Entonces, en la tarde, venga a vomitar, dolor de cabeza, no tiene ganas para nada, noches levanta, quiere correrse, quiere irse a otro lugar, para él cualquier lugar es avenida, para él cualquier lugar un camino ancho se abre, un camino chiquitito, pero ancho se abre, puede corretear, puede andar pelado o si no, sus cabellos andan parados, se desviste ya no está en su control, ya está totalmente endemoniado con los anchachus, entonces no tiene esa fuerza para andar. Hay otros que no saben, no pueden hacer nada [por curar] porque médico y médico, ¡No le hacen nada!; entonces mientras que el curandero se lo prepara, una mesita, como ahora vamos a preparar así, entonces... será un perro rojo, o puede ser un gato de tres colores, agarramos, le matamos, le abrimos la tripa, todo como para desollado, sangre caliente mismo, con incienso y copal la cataplasma ponerlo la espalda, luego, las mesas preparamos también, entonces mesas preparadas en su pecho colocamos, todo completo con incienso, q'ú-wa, todas esas cosas en su pecho con su calvario, con su gatito durmiendo y luego también de mesa negra, espinas, con toda clase de hierbas, de diferentes rocas de barbas de roca que traen los ríos, toda clase de hierbas, palos, pelos, en fin qué clases de hierbas que bota el río, todo ese también hay que hacer humear al en-

fermo, si no hay que hacer lavar con esas hierbas, pelo de chanco, barbas de choca, rocas, nido de lorito, entonces todo eso incluido, un hervor bañarlo cintura abajo y luego bajarlo todas las cosas, todo preparado, llevarlo donde se ha asustado, ahí decimos “te lo estoy pagando, perdóname, disculpale al sr... suelte su animo, suelte su ajayu, suelte su espíritu”... enciéndelo [el fuego] la tierrita hay que alzar con azucarcito hay que traer con su cholito, llamando animo, hacer tomar [al enfermo] a sus familiares hay que entregar, hacen tomar y el curandero se va con campanita hay que amarrar “perdoname”, eso sería, con queronsito se hace una cruz sobre el rostro, frente, pómulos, barbilla... ya no se molesta “.

GF: “¿Cómo se aprecia la llegada del *ajayu*?”

“Lapiqiña, cuando se llama a las wawas “ya viene”... la puerta se abre, pasos se escuchan o un pajarito llora en las mañanas, media noche”

“Ahora, llamar animo, vamos a preparar, vamos a preparar. Vamos a necesitar clavel, coca, incienso, copal, azúcar, unto y clavel... eso no más necesita, la tierrita, donde se ha asustado hay que alzarlo, así rezando hay que alzarlo en cruz”

“Hay secreto de los kallawayas, muchas veces en lugares estamos, en campo...” me he asustado” dice ¿no? le alza la tierrita un poquitito en cruz, chupar [hay que coger un poco de tierra formando la señal de la cruz y chupar o besar la tierra] o también puede ser tres veces escupir ¡taj, taj, taj!, alzar un poquito. Hay otros que hacen baño [defecar] o bien orinan hacen como k’intu. También puede ser para un asustado, agarrar flexiones del cuello, cabello de atrás, masaje de cuello, de la frente, las manos arriba, caminos cruzados, un jalón de cabello, tres veces hay que dar, p’oj, p’oj, p’oj, cuando suena p’oj tres veces... corazón volteado. Donde no hay coca, no hay nada, con salsito frotarlo, con azucarcito llamar su animito, llamar su animito, así no más, gustoso, dulce es el azúcar con su tierrita. Igual acepta su q’ulluru, negativo, quiere decir me acobardo, ¡carajo! Ya me he calmado con eso ¡carajo!, machismo, con coraje hay que ponerse ¡qué cosa...! Es así”.

[Preparado ritual específico para llamar el *ajayu*]:

“Se ponen seis hojitas de coca, también docena se puede poner, pequeña mesa, se llama su animito, su ajayu, su espíritu santo, poquito no más, ese sería los saxras, los locos, ¿no? Seis hojitas de coca, k’intu, seis hojitas de coca, clavel, rojo... ¡blanco! puede ser. Entonces viene... wira q’uwita, untito de llama... incienso, así se prepara, con toda fe, con toda voluntad, por que muchas personas dicen que... ahora copal, es bueno para dolor de estómago, luego el azúcar y también la tierrita aquí [del lugar donde se asustó]. Ahora vino o alcohol puede ser [se ch’alla sobre el preparado]

“En el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo, buena hora que sea pachamama al joven... [cliente], su animo, ajayu, espíritu, santo son con coraje, coraje, awichu, tío, recíbete... disculpale, dale fuerza, dale valor dale animos, ajayu, espíritu santo son con coraje... ¡vengan, vengan, vengan ¡, perdónale, disculpale, donde se ha asustado donde se ha afligido, donde ha llorado, donde ha dormido, perdónale, disculpale; en el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo, amen [ch’alla con vino sobre la mesa; sale Severino de la casa a llamar el ajayu del paciente con la campanita] “ En el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo, sus animos, sus ajayus, su espíritu, su santos, sus corajes, que sea tranquilo donde se ha asustado, donde se ha afligido, donde ha llorado, perdónale, disculpale. Madre Tierra, en Viacha, Oruro, camino a Oruro, camino a Santa Cruz, donde se ha asustado, donde se ha afligido, donde ha llorado donde ha renegado, donde ha dormido, perdónale, Madre Tierra, con cariño, con corazón, con voluntad te lo está convidando esta mesita. En el Nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo amén” [Repica la campana]...” Suéltelo, suéltelo, suéltelo” [El paciente tiene que retener ese pequeño preparado ceremonial sobre su pecho y tomar con agua hervida una pequeña dosis dentro de media hora.]

“Así se prepara ¿no? Todo lo metemos al agua hervida, tomas un poquito, tres cucharaditas, lo demás te lavas tus manitos si tienes carachis te limpias, luego se ch’alla con lo que se ha lavado. Ese sería”.

\*\*\*

El testimonio de Severino identifica de una forma precisa la sintomatología del “asustado”. El doliente que ha perdido su “ánimo” se encuentra desesperado, no come, ni consigue conciliar el sueño, padece una abulia generalizada, provoca enfrentamientos y conflictos domésticos y, en los casos más graves, los “agarrados” por los *saxras*, los “locos”, el paciente pierde todo control, caminando por los cerros sin ningún aderezo de policía y desnudo, enfrentándose a los parientes que pretenden socorrerle. El “susto” y la pérdida consiguiente del “ánimo”, precisa de una terapia específica que consiste en el llamado del “ánimo” en su triple vertiente, [ánimo, *ajayu*, coraje], indisoluble para Severino. La llamada del “ánimo” es efectuada conjuntamente con la elaboración de ofrendas rituales en las que Severino combina las mesas “del Señor” o “*gloria mesa*”, con la *mesa* a los “lugares” donde el paciente se asustó o “*pachamama mesa*”. En los casos extremos en que es el diablo o los *saxras* quienes agarran el “ánimo” del paciente, sacrifica un animal (gallo rojo, conejo de tres colores) conjuntamente con una *ch'iyara misa*, “mesa negra”<sup>49</sup>. Severino contempla la satisfacción culinaria de todas las entidades que pueden pretender el “ánimo” de sus pacientes, los seres de la “gloria”, los de la tierra y los malignos del inframundo. Todos ellos susceptibles de ser agasajados con la comida ritual que prefieren [sus mesas predilectas] para negociar, a base de solícitas excusas y ruegos de perdón, la liberación del *ajayu*, ánimo y coraje de su paciente. El preparado ritual específico de la llamada del *ajayu* incluye un *k'intu* de hojas de coca, clavel, *wira q'ua*, incienso, copal y azúcar. Todas ellas sustancias gustosas para el “lugar” que atenaza e impide el regreso del *ajayu*. Se trata de productos que agradan sus sentidos y estimulan la conversación entre el oferente y el destinatario ceremonial del sacrificio.

Tres son los preparados rituales que elabora Severino, así como el número de entidades anímicas [ajayu, ánimo, coraje] que poseen los seres humanos; igualmente tres son los horizontes de la cosmología altiplánica y andina comprometidos en los rezos y oraciones relacionados con el susto: los del lado de la “Gloria” [*Alax Pacha*], los “lugares” asociados a la *pachamama*, [*Aka Pacha*, “este mundo”] y los malignos *saxras* del inframundo [*Manqha Pacha*]<sup>50</sup>. El número “tres” y sus múltiplos adquieren una gran relevancia en el dominio ritual aymara; en este caso, la necesidad de consultar y favorecer a todos los seres tutelares del panteón ceremonial, los de “arriba”, los de “este mundo” y los de “abajo” refuerzan el valor otorgado al “susto” como síndrome patológico de importancia. El mundo, configurado en tres partes con intensas relaciones e interacciones mutuas, sufre con las tribulaciones de las “ánimas” de los “asustados”. En relación con el “susto” parece existir una simbólica homología entre la naturaleza trina [ajayu, ánimo y coraje] de la “persona” en el altiplano y la visión ritual, igualmente trina, del mundo que lo cobija.

No es la única homología posible. Severino considera a la casa, el hogar campesino, como entidad susceptible de originar “susto”<sup>51</sup>; así lo expresa Felipe Mamani, convencido de que la ubicación de su hogar, en una de las barriadas populares de El Alto de La Paz, es la causa de la frecuencia con que sus hijos se “asustan”, tanto es así que va a ofrecer una *waxt'a* [ofrenda ritual] a la tierra y al *kunturmamani* para solucionar el problema<sup>52</sup>. La casa campesina, el *kunturmamani*, genera “susto” es sus inquilinos cuando no se ha procedido al cuidado ritual específico durante su elaboración, consistente en marcar con sal los cimientos de la casa, ofrecer las libaciones rituales correspondientes con alcohol y *akulliku* de hojas de coca, o el sacrificio de *waxt'as*, conteniendo, en algunas ocasiones, *qarwa sullu* [feto de llama] en cada una de las esquinas del hogar; los casos más sofisticados aceptan la *wilanacha* o sacrificio de sangre de alguna llama o alpaca. Es preciso festejar al *kunturmamani*, una vez concluida la obra, al techar el hogar el tercer día de faena. La sal sobre los cimientos “da nombre” al *kunturmamani*, al igual que se emplea en los “bautizos” campesinos en ausencia del cura, e incluso en el entierro de los niños *murú*, muertos antes de su bautizo, que el *yatiri* signa con la cruz de sal sobre su frente para que entren en el jardín de Cristo<sup>53</sup>.

El “susto”, provocado por la pérdida del “ánimo”, presenta diferentes efectos en el doliente. Por un lado, alteraciones orgánicas [vómitos, hemorragias nasales, diarreas en las *wawas*, insomnio, pérdida de

apetito]; por otro, alteraciones importantes en las relaciones domésticas interparentales [peleas, separaciones conyugales] y, en los casos más graves [ejemplificados por la captura del *ajayu* por el demonio] la locura, manifestada en prácticas alejadas del consenso social que establece la cultura [desnudez del cuerpo, abandono de la higiene, frecuente lugares deshabitados]. El “loco”, la manifestación extrema de la pérdida del “ánimo”, se comporta como un ser desorientado respecto a las normas culturales del grupo, es un ser desposeído de sus señas de identidad colectivas; se aleja del entorno doméstico y escapa hacia los cerros y lugares no aptos para la residencia humana permanente; huye del grupo y de sus señas de pertenencia; el loco, “asustado extremo”, se muestra desnudo en su aderezo externo y desposeído de la referencia colectiva que ofrece la cultura; diríase refugiado en un entorno sin reglas sociales que satisfacer, como se aplica a los antiguos del *Purum pacha*. No en vano el tratamiento de llamada de “ánimo” incluye, finalmente, la signatura específica de la cruz en rostro, manos y pies del “asustado”. La señal de la cruz, con sal o tierra del lugar, querosene o carbón, sirve como icono demarcador entre el dominio de la naturaleza y el de la cultura<sup>54</sup>. La cruz signa a la “persona” para diferenciarlo del “loco”, el ser dominado por el caos y la anomia social que afecta a los *saxras* del altiplano y a quienes comparten sus inhóspitos escenarios [*anchanchus*, “condenados”...] lejos de los pueblos y las aldeas. En esta circunstancia el empleo del icono cristiano va más allá de cualquier implicación directa con respecto a la ortodoxia del cánón católico para resaltar el valor del ser humano socializado; el convaleciente de “susto” marcado con la cruz, ya sea con la sal<sup>55</sup>, la saliva paterna y la tierra del lugar donde se asustó, ya sea con el querosene o las marcas de carbón, expone públicamente su regreso al dominio de las normas sociales, al ámbito protector de la cultura; declara su renovada constitución como persona en la posesión conjunta de sus tres entidades anímicas. Para ello es necesario previamente formular un intercambio entre el “asustado” y la entidad que retiene su *ajayu*. Severino baña al paciente con las basuras e inmundicias que traen los ríos, junto con los abalorios ceremoniales del plato ritual que ha elaborado previamente. Hierve el conjunto de ingredientes y con el resultado de esa decocción baña al paciente, al menos el rostro, las manos y los pies, partes del cuerpo que serán luego, una vez purificadas con el baño, marcadas con el signo de la cruz. El resultado del baño es ofrecido en forma de libaciones rituales a los lugares causantes del susto; es decir, se está ofreciendo como bebida ceremonial el baño ritual a que se ha sometido el paciente; de esta forma las esencias corporales del paciente son introducidas en la libación ceremonial para que el causante del “susto” sacie su apetito y, a cambio, una vez conformado, libere el *ajayu* del “asustado”. La entidad que ha ocasionado el “susto” cambia el alma del paciente por los detritus de sus esencias corporales<sup>56</sup>. Este gusto de las entidades tutelares del altiplano, los lugares y *saxras*, susceptibles de causar “susto” en los pobladores aymaras, por los fluidos e interioridades humanas aparece en el testimonio de Severino, concretamente en las recomendaciones para prevenirnos del “susto”; así aconseja escupir tres veces, orinarse o defecar sobre el lugar. Por un lado, constituye una estrategia para envalentonarse y demostrar fuerza, coraje, ánimo y valor ante el lugar que pretende “asustarnos”; por otro lado, Severino lo considera un *k'intu*, como si se tratase de una ofrenda ceremonial que satisface los deseos culinarios del lugar que pretende devorar nuestro *ajayu*. De esta forma, los diferentes fluidos humanos, los productos orgánicos internos actúan a la manera de sucedáneos valiosos de las “sombras”, capaces de apaciguar el apetito de los seres tutelares del altiplano que tienen la capacidad de ocasionar “susto”<sup>57</sup>.

El reclamo de Severino ante la vuelta del ánimo, *ajayu*, y coraje del enfermo consiste en la inspiración sobre el paciente, por parte de los seres tutelares a los que agasaja con las ofrendas rituales, de fuerza, valor, valentía, “machismo”, como indica el propio Severino de una forma expresiva en su testimonio<sup>58</sup>. Los tímidos enferman con gran facilidad, me comentaba Pedro Chura en Tuqí Ajllata Alta, porque se asustan por todo. La principal arma contra el “susto” es el valor, el coraje, el ánimo, la expresión explícita de las “sombras” humanas, ante las situaciones de la vida. El discurso sobre la enfermedad del “susto” se refiere especialmente al dominio del valor entre los seres humanos. Los seres tutelares del altiplano amenazan la autonomía e independencia que el valor otorga a los pobladores andinos; anhelan esta característica humana que los emparenta con ellos mismos. La ingesta de las “sombras” de los

humanos priva a sus víctimas de esta cualidad básica en el altiplano con la que es necesario afrontar las múltiples obligaciones de la vida familiar y comunitaria; los tímidos difícilmente prosperan en el ámbito social del altiplano; difícilmente llevarán a cabo sus obligaciones comunitarias ni serán propuestos como autoridades de relevancia.

La pérdida de las “sombras” constituye una dolencia nuclear en el altiplano aymara y en otros sectores de los Andes, por cuanto incapacita al que lo sufre para la vida en comunidad, es decir para el desempeño de su calidad como *jaqi* [persona], pero además pone en peligro no sólo el cuerpo físico del paciente y su competencia como “persona”, sino la memoria histórica del grupo forjada en el seno del hogar y en el eficaz equilibrio de un mundo “terno”, tripartito, puesto en inestable amenaza con la pérdida de las “sombras”. Constituye uno de los umbrales que definen el ámbito de competencia o incompetencia de los médicos convencionales. El médico no es el interlocutor válido para solucionar dicha aflicción, por cuanto afecta no sólo al cuerpo físico del paciente, sino a los sectores habituales en los que el enfermo desempeña su vida, como son el doméstico y el comunitario, inaccesibles habitualmente a la actuación del médico<sup>59</sup>. Son los especialistas rituales aymaras quienes se encargan de la recuperación del afectado por el “susto” para que, con el regreso de las “sombras” perdidas, el enfermo retorne a su condición humana de referencia, es decir, constituido de nuevo en su integridad como persona, reafirmando la posición que le corresponde en el ámbito familiar y comunitario en el entramado de obligaciones y normas que define la cultura. No resulta casual que el especialista ritual de mayor prestigio en el altiplano aymara se vincule explícitamente con el dominio de las “sombras”. *Ch’amakani* [dueño de la oscuridad] o *ch’iwini* [dueño de la sombra] son las denominaciones aymaras usuales para este especialista ritual capaz de convocar en las sesiones de *ch’amaka* [oscuridad] tanto a los seres tutelares del altiplano en su amplia y variada tipología, como a las “sombras” cautivas o a las propias entidades anímicas de las personas causantes de la aflicción que sufre el paciente. Incluso puede hablar con las “almas” de los difuntos, al poco de producirse la defunción, para que explique ante sus familiares las circunstancias de su muerte y puedan despedirse hasta Todos Santos<sup>60</sup>. Es desde la “sombra” como el *ch’iwini* actúa sobre el pasado y el futuro, acondicionando los desperfectos que la vida ha ocasionado entre sus clientes para restaurar la confianza, el valor, el ánimo y el coraje de los afligidos. En el dominio de la “sombra”, el *ch’iwini* ofrece un nuevo sentido y valor reafirmando las posiciones del grupo en que el afligido debe incorporarse de nuevo en plena posesión de sus facultades humanas. No hace mucho tiempo José Fernández de Henestrosa me comentaba el parecer de un *yatiri* amigo suyo de Qurpa: “*Uno vive donde está su ajayu*”. No cabe aflicción de mayor gravedad entre los aymaras que la pérdida de las “sombras”.

## Notas

- 1 Carmelo Condori, de la comunidad de Tuqi Ajllata Alta (provincia Omasuyos), puntualiza: “*si ha hecho baño, no se puede llamar*”. Es decir, el *ajayu* no sólo es pretendido por los “lugares” y seres tutelares del altiplano para devorarlo, sino que lo digieren y defecan; una vez producido el proceso completo de la digestión ya no se puede intervenir para restituirlo a la víctima.
- 2 La pérdida del *ajayu*, el “ánimo” o el “coraje”, constituyen variantes específicas en los Andes con respecto a la dolencia del “susto”, bien documentada en diferentes sectores de América Latina (Rubel, 1986).
- 3 “No sabe, no sabe. No sabe llamar del *ajayu* [el médico]. Con su maquinita, así tratamiento... y sana no más. ¿Qué pasa? Yo... ¿*ajayu*?...” No hay *ajayu*, nada”, así dice [el médico]. No entiende. “Esos son *layqas* [brujos] [dice el doctor]” (Macario Vargas, Qurpa).
- 4 Los manantes de agua, ríos y lagunas, los espacios acuosos suelen ser entornos propensos al “susto” y a la pérdida subsecuente de las “sombras”; estos espacios donde la gente se “asusta” igualmente se asocian a las “almas”, es decir, a los espíritus de los muertos. Las “sombras” de los humanos parecen tener cierta querencia por estos lugares sedes de las “almas”, de los difuntos. El término precolonial para referirse a los espíritus de los difuntos era *supaya*, ahora identificado como “diablo” (Taylor, 1980 y Albó, 2000: 18)

- 5 La relación existente entre los conceptos de alma y “sombra”, en diferentes etnografías, aparece recogida en el clásico libro de Lévy-Bruhl [1927] (1985: 107-128) sobre el alma primitiva. Igualmente en el texto de Robert Lowie ([1952] 1990: 105-111) pueden observarse referencias etnográficas diversas sobre las almas humanas en su pluralidad.
- 6 Por lo que respecta al propio concepto “alma”, Bertonio emplea el término castellano “alma”, apostillando: “... porque ya saben y usan de este vocablo” (1612/1984: 39). La crónica del cura Bartolomé Álvarez ([1588] 1998: 145), publicada recientemente, aporta una interesante referencia etnográfica con respecto al concepto de “alma” entre los aymaras del siglo XVI y las repercusiones médicas de lo que parece ajustarse a la dolencia contemporánea del “susto”: “De espíritu no tenían conciencia ni vocablo con qué significar lo que a nosotros nos significa “ánima”; de donde vino que algunos, o los más, tenían que el hombre se acababa todo cuando moría; y otros dicen que lo que llaman *mullo* en lengua aimará—que es una cosa que en el hombre vive y se les pierde, no del todo sino cuando más espavorido[=despavorido] de un temor se queda casi sin sentido, como muerto o atónico— dicen que aquello les falta, o se les muere, de aquel temor. Y así dicen “*mullo apa*”, que quiere decir “el *mullo* me falta”. De este *mullo* no tienen cierta ciencia, ni saben en qué parte está ni qué parte del hombre es. Oyendo predicar del alma, han considerado que lo que ellos llaman *mullo* es el alma, por razón [de] que les decimos que cuando el alma sale del cuerpo, entonces muere el hombre. Como con aquel pavor o temor que conciben de alguna cosa súpita [=súbita] les faltan o se les amortiguan los espíritus vitales, imaginan ser el alma lo que llaman *mullo*”. Ver el comentario en nota correspondiente a la voz “mollo” de Albó y el análisis del propio Albó (2000: 16). Agradezco a Xavier Albó la identificación de esta fuente.
- 7 “Espíritu existe tres no más como *ajayu*, *kuraji* y *animu*, tres no más, entonces esos tres es cuando se muere la gente es cuando se pierde el *ajayu* ¿no? Ya no existe. Es más importante, cuando uno se asusta, ése se pierde el *kuraji* ¡nada más! El *animu* es... cuando... uno está... nervioso nada más. *Ajayu* es grave; uno pierde *ajayu* cuando muere, ya no existe en esta tierra. Entonces cuando ya el cuerpo está sin *ajayu*, entonces ya no sirve el hombre [...]. El *ajayu* se pierde cuando ya no hay posibilidad de recuperaciones. El *kuraji* es cuando uno se asusta y puede tardar [en recuperarse] meses o semanas, puede tardar ése, ése se puede curar no más, pero *ajayu*, ya no; es incurable. Incurable, ni médico, ni maestro ni nada, ya no cura nadie, porque el *ajayu* se ha ido para siempre y ya no vuelve. El *ajayu* se va cuando uno “haiga” sufrido un accidente, un accidente muy grave, un vuelque de camión o uno puede resbalar de un barranco... ¡sin vida! O uno puede ser un atropello de camiones, cuando ya, o un toro le puede cornear. Ahí ya... ya no recupera. Perdido ya su *ajayu*, ya no sirve. Entonces, cuando es *kuraji* nomás uno se cae... alguien le asustó, ese no más es fácil. Ese rapidito no más. Entonces ése [el coraje] puede aguantar meses, semanas, puede tardar ese *kuraji* ¡tarda! Hay que llamarlo eso, pero no pasa nada, se puede curar no más ése. Y el *animu* es cuando uno es nervioso nomás ¿no? Nada más. No es tan grave eso. Aunque sólo lo llama [sin maestro, uno solo]... entonces vuelve no más. Con maestro siempre o uno solo también puede, porque se nota, hablan.” (Alfio Vargas, Qurpa).
- 8 “Así hablamos nosotros de “espíritu”, de *ajayu*. ¡Más primero es *ajayu!*, de *animu* [ánimo], también *kuraji* [coraje]. Como decimos ahora estamos rezando de Dios, Dios *awki*, Dios *yuqa*, Dios espíritu santo, igual no más es tres [Padre, Hijo y Espíritu Santo]. Igual que Dios, tres también, una persona solo, igual nosotros tenemos tres estrellas... ¡Igual!” (Macario Vargas Barroso, Qurpa).
- 9 Hay que tener en cuenta la importancia de las series de luz en relación con las *k'isas* o degradaciones cromáticas en los textiles y su injerencia en las representaciones orgánicas de los tejidos (Cereceda, 1987: 184), así como en ciertos procedimientos curativos chipayas (Bouysse-Cassagne et al. 1987: 209). El matiz degradado, la transición de luz y color posee una característica de mediación entre lo sagrado y lo profano, lo dañino y lo saludable, potenciando la articulación de los diferentes elementos que integran un conjunto; como sucede en el tejido, en las mesas rituales, o en las “sombras” humanas.
- 10 “Hay una imagen dentro de nosotros, no sé si alguna vez se haya notado que cuando es un *ch'iwí* [sombra] tiene tres *ajayus*. Una sombra, uno es más oscuro, el otro es semioscuro, el otro es muy clarito. En un *ch'iwí* se nota en la sombra, en su luz, lo que sea. Ahorita no se ve bien, se ve entonces... ¡Tres se ve! Cuando te enfoca una luz, ahí ya puedes fijarte ¡tres! Clarito ya es, uno sobre ese... seguidito no más”. (Alfio Vargas, Qurpa). “Tres son los *ajayus*, se ven en la sombra de la gente, tres colores, así dicen los brujos” (Mario Kuka Laura).
- 11 El propio Inca Garcilaso de la Vega escribe en su crónica sobre los incas cómo fue aleccionado por un familiar respecto al origen de los incas: “... sobrino, yo te las diré de muy buena gana, a ti te conviene oírlas y guardarlas en el corazón (es frasi dellos por decir en su memoria)” (Vega, 1829: 46). Perder el *ajayu* del *chuyuma*, no sólo afecta a la salud orgánica del paciente, sino a la memoria social del grupo, así como a las pautas de comportamiento requeridas por la medida y la prudencia.
- 12 Los *yatiris* y *ch'amakanis* aymaras acostumbran colocar las *mesas* ceremoniales, junto al corazón del enfermo, una vez elaboradas y antes de quemarlas hacia sus destinatarios sagrados en su intento de recuperar las “sombras” extraviadas; es decir, en el lugar donde parecen concentrarse las sombras. Igualmente el paciente debe exhalar tres veces sobre el preparado ceremonial que el maestro ritual recogerá luego para quemar finalmente el conjunto. De esta forma el hálito del paciente, su cuerpo y sus “sombras” están representados en la propia ofrenda ritual.
- 13 Comunicación personal del Dr. Oscar Velasco, empleando la información del profesor J. Bastien.

- 14 En el norte de Potosí el *ajayu* es recriminado con toques de campana invocando el nombre del paciente, pero también con chicote para que no se vuelva a escapar; el *ajayu* extraviado parece encontrarse a gusto fuera del ámbito de equilibrio que las tres “sombras” propician en la persona, y por esa razón se fuerza al *ajayu* a regresar. Este retorno coercitivo contrasta con el uso cálido y gustoso del azúcar y otros alimentos dulces empleado con la intención de agasajar al alma y convencerla para que retorne complacida.
- 15 El *ajayu* de un moribundo parece transformado en “alma”, es decir, “difunto”, con los rasgos cenicientos, blanquecinos, diminutos y de indiferenciación individual, característicos de los muertos en el dominio aymara (Fernández, 1998a).
- 16 *Kharisiri, lik'í chiri, kharikhari*. Personaje que recorre los caminos solitarios de las quebradas y cárcavas del altiplano acechando a sus víctimas, a las que hace dormir utilizando determinadas estrategias ceremoniales, con la intención de extraerles el sebo o la sangre para elaborar diferentes productos (velas, santos óleos, campanas, tipos sanguíneos, grasa de automóviles... etc.). Se achaca a los curas, médicos y funcionarios del Estado, así como a los propios comunarios que se desvinculan de sus responsabilidades colectivas la sospecha de ser kharisiris. Los médicos ni entienden ni pueden curar esta dolencia (Fernández, 1999; 2000; 2001).
- 17 Este movimiento de “clausura” es corriente en el dominio ritual aymara (Wachtel, 1985). El conjunto ceremonial de **invitados** constituye un círculo cerrado, como debe serlo el horizonte ante las amenazas del granizo que pretende romper la salvaguarda ritual efectuada por la comunidad, como debe serlo, así mismo, el propio dominio comunitario y el cuerpo humano a inspiración del ejemplo perdurable de la piedra (Fernández, 1995: 280). El cuerpo humano ha de permanecer inviolado, cerrado y protegido; así es diseñado con los ingredientes de la *mesa* que conforman un objeto clausurado, como corresponde a la disposición de los convidados al banquete ritual de la ofrenda. En relación con las *mesas* rituales, su configuración y características, ver Girault (1988); Fernández (1995; 1997); Rösing (1996); Bastien (1996).
- 18 Pequeño objeto parecido a una galleta que posee una imagen estrellada sobre su superficie en bajo relieve y que suele formar parte de las ofrendas complejas.
- 19 En las sesiones rituales efectuadas por el *ch'amakani* [especialista ritual aymara de mayor prestigio en el altiplano], éste puede llamar el “ánimo” de las personas ausentes a través de su ropa, como si fueran sus “pelos”, es decir algo, orgánico que en razón del contacto establecido con el paciente ausente, sirve para convocar a su “sombra”. El pan de San Nicolás presenta habitualmente unos pequeños dibujos en bajo relieve; pueden ser la silueta de una virgen o figuras de estrellas; es el pan que contiene la imagen de la estrella la que resulta seleccionada. Macario relaciona a las “sombras” humanas con las estrellas del firmamento insistiendo en que cada persona posee tres.
- 20 *Kallawaya*: Especialista médico, naturista y ceremonial oriundo de los valles de Charazani y Chajaya, entre otras poblaciones características de la provincia Bautista Saavedra, al Norte del Departamento de la Paz (Bastien, 1996; Fernández, 1998c; Rösing, 1995; Ranaboldo, 1989; Vulpiani, 1993; Girault, 1987).
- 21 Gorro andino con orejeras. Pieza práctica de la ropa del enfermo con la que llamar su ánimo.
- 22 Pijchar: mascar hojas de coca. Práctica social y ceremonial corriente en las sociedades andinas. En las ofrendas rituales la acción de mascar hojas de coca establece las primeras conversaciones entre el especialista ritual y el enfermo o cliente, así como entre el oferente y los destinatarios ceremoniales de la ofrenda.
- 23 Sebario (*siwayru*): Se trata de mineral en polvo (hematista, oligisto micáceo...) de diferentes colores conteniendo hasta doce matices de color (Frisancho, 1988: 76; Girault, 1987: 530; Girault, 1988: 234).
- 24 *Mesa*: Ofrenda ritual frecuente en las sociedades andinas tanto quechuas como aymaras, con diferentes denominaciones. Las mesas son ofrendas complejas que incluyen una diversidad de productos vegetales, animales y minerales junto a ingredientes dulces que constituyen platos de comida ritual destinados a los seres tutelares del altiplano. Fernández (1995; 1997); Girault (1988).
- 25 Severino se refiere siempre a la tríada de entidades animicas. Aunque el problema pudiera afectar a una de ellas, Severino emplea la triple referencia. Parece indisoluble la realidad múltiple del ánimo humana: ánimo, *ajayu*, coraje. Así lo reflejan algunos ejemplos etnográficos del altiplano aymara que conozco, en los que los preparados ceremoniales y las letanías rituales alusivos al “susto” incluyen siempre referencias correlativas a la pluralidad de “sombras” que integran la persona.
- 26 Es la noche el dominio adecuado para la llamada de las “sombras”, generalmente la medianoche o la madrugada, de amanecida. En cualquier caso, en el más estricto de los silencios
- 27 Se refiere a todas aquellas personas “tocadas” por el rayo, caso de los “sojtillos”, los que tienen seis dedos en cada mano, así como los *ispa*, gemelos o mellizos.
- 28 *Wira q'uwa*. Especie aromática empleada en las ofrendas rituales.
- 29 El término *K'uchu* hace alusión a la esquina donde se aloja el sacrificio e igualmente a los propios sacrificios sangrientos de los que se dice soportan el peso de las grandes construcciones arquitectónicas en la ciudad de La Paz.
- 30 Es el orden ceremonial acostumbrado. Primero comen los seres tutelares del altiplano [*pachamama, achachilas, chullpas, saxras...* etc], sus *waxt'as, mesas* y ofrendas, luego, tras la oblación ceremonial, comen los oferentes.
- 31 La expresión de Severino parece referirse no sólo a los abalorios e ingredientes rituales, sino a las palabras empleadas en el tratamiento.

- 32 “Misterio”, “pasterio”, especie de galleta rectangular elaborada con cal y azúcar, de diferentes colores que presenta, en su anverso, imágenes en bajorrelieve alusivas, generalmente, al preparado ritual en que se incorporan. Se encuentra formando conjuntos ceremoniales o “dulce mesa”, *muxsa misa* en los mercados de remedios rituales (Martínez, 1987: 25; Berg, 1985: 125; Fernández, 1987: 219).
- 33 El término *illa* se aplica a los amuletos que pretenden la reproducción de las recuas del ganado. Si bien, de forma genérica, se aplica al principio reproductor que anima a los bienes domésticos del hogar. En el caso de los productos agrícolas se hace referencia a *mama ispalla* (ispa illa). *Quri illita, qullqi illita*, hace referencia al deseo expreso de Severino porque no falten riquezas (oro y plata) en el hogar del paciente.
- 34 Voy a obviar la identificación del paciente. Cuando Severino lo nombra colocaré entre corchetes la palabra [cliente].
- 35 Alude en este caso al célebre santuario de Bombori en Potosí, donde los *yatiri* acuden a incrementar sus poderes (Véricourt, 1999). Podemos apreciar la indiferenciación de género que Severino aplica tanto a vírgenes como a santos.
- 36 Santiago, San Felipe y San Jerónimo se constituyen en los principales auxiliares ceremoniales de los maestros rituales aymaras (Fernández, 1995; 1997).
- 37 Tras la defunción de la víctima aparecen marcas y magulladuras sobre su cuerpo, testimonio de la agresión de que ha sido objeto a consecuencia del “susto”. Al igual que las víctimas del *kharisiri*, de quienes se dice que una vez muertos se reconoce la cicatriz por la cual se les arrebató la grasa, los “asustados” que han perdido su *ajayu* revelan la causa de su muerte, una vez producida, en su propio cuerpo.
- 38 El “susto” afecta tanto a los pequeños (*wawas*) como a los adultos.
- 39 Se sacrifica el animal y se espolvorea incienso y copal sobre la herida sangrante del animal sacrificado, sobre sus entrañas cálidas y palpitanes.
- 40 “Eso es cuatro esquinas, parejos, parejita es eso”.
- 41 El feto se embadurna con los fluidos vitales de la grasa perdida. El feto se adorna de fiesta y se adereza como si estuviera vivo para que resulte grato a los comensales ceremoniales que se destina.
- 42 Severino, que sepa, jamás ha viajado al Perú, no así otros maestros *kallawayas*. No sé hasta qué punto puede haber influido el contacto con los *kallawayas* de SOBOMETRA (Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional) e incluso la relevancia turística de Machu Picchu para su inclusión en la letanía ceremonial de Severino junto a otros *machulas*, *apus* y *achachilas* de la región *kallawayas*.
- 43 El feto de llama con el oro y la plata cargado se constituye en *illa* de la fortuna para el paciente.
- 44 Los lugares a los que Severino convida en las libaciones y agasajos ceremoniales incluyen cerros de la región *kallawayas*, grandes nevados de la Cordillera Real, diferentes cerros de significación sagrada junto a otros de prestigio y relieve internacionales (caso de Machu Picchu y del Wayna Picchu o del Cerro de Potosí). En esta parte de la letanía se refiere a los “cabildos”, los lugares de reunión de autoridades consuetudinarias. Los *machulas* y *achachilas* [cerros sagrados] tienen igualmente su organización interna y sus cargos rotatorios, a semejanza de los sindicatos, mandones tradicionales y cabildos de autoridades organizados por los pobladores del altiplano (Berg, 1989; Kessel y Cutipa, 1998).
- 45 Merece la pena considerar la importancia que Severino otorga a los lugares relacionados con el agua como especialmente propensos a la producción del “susto”, a la pérdida del “ánimo” entre las personas que se acercan a sus riberas y vertientes.
- 46 Los maestros rituales del altiplano emplean pequeñas tijeras o cuchillitos, con los que disuadir a los seres que frecuentan la noche coincidiendo con sus trabajos ceremoniales.
- 47 *Saxra*: Maligno.
- 48 *Anchanchu*. Personaje maligno que habita en las cárcavas, cavernas y torrenteras del altiplano. Engaña a los seres humanos cambiando de aspecto con extrema facilidad (Fernández, 1998b).
- 49 Sobre los ingredientes y características de las “mesas de maldición” o “mesas negras”, Fernández (1995; 1997); Girault (1989).
- 50 Visión del mundo tradicional en las sociedades andinas contemporáneas, tanto aymaras como quechuas, de probable inspiración colonial. Las delimitaciones de los tres horizontes con respecto a las entidades que los ocupan no constituyen compartimentos estancos; los de la “gloria” y los de “abajo y adentro” se dan cita en “este emundo” (*aka pacha*) interactuando en los conflictos, parabienes y aflicciones de los pobladores andinos (Albó, 2000: 4).
- 51 “... cuando una persona que levanta primera vez, se ha hecho casa, un terreno quiere; a ver, no conocemos el terreno ¿no? Muchas veces el terreno puede ser del lado del rayo, puede ser también un lugar pantanoso o pedregoso, o río, o cementerio, en fin qué lugares, malos lugares existen o también, endemoniado, esos lugares, malos lugares, entonces, siempre malos lugares, también muchos lugares se filtra el agua; cuando filtra el agua ese lugar... ¡mal lugar! No es bien lugar; entonces siempre, especialmente hay que pasarle una mesita”.
- 52 *Kunturmamani*, (lit. cóndor halcón). Denominación ritual del hogar.
- 53 Así es la creencia tradicional. Los niños que mueren bautizados se ocupan de limpiar el jardín de Cristo; por eso en sus pequeños ataúdes se incluyen escobas y otros utensilios en miniatura. En el caso de que la *wawa* muera sin bautizar el *yatiri* de la comunidad, acostumbra señalarle con un poco de sal sobre la frente con la señal de la cruz para cristianizarle. Los padrinos de *rutucha* [primer corte de cabello] suelen encargarse de adecentarlo para que se presente bien ase-

- do ante Cristo en su jardín. En caso de estar bautizado, son los padrinos de bautismo quienes deben asear el cadáver, en lo posible, aunque no resulta extraño que los padrinos de *rutucha* y bautismo coincidan.
- 54 Ya he indicado cómo los campesinos aymaras e igualmente los *kallawayas* utilizan la sal en el “bautizo” de los cimientos de una nueva casa, para dar nombre al *kunturmamani* (espíritu protector de la casa) y sacar a los *saxras* de aquel terruño no habitado con anterioridad. Las similitudes en el tratamiento ritual del cuerpo humano y la casa son frecuentes en el altiplano.
- 55 La sal constituye en el dominio culinario el principal ingrediente responsable de la articulación de las viandas y de su adecuación cultural al gusto (Gutiérrez, 1988).
- 56 La comida ceremonial de los *saxras* adquiere la apariencia de basura (Fernández, 1994)
- 57 Las interioridades orgánicas de los seres humanos son contempladas como sustancias valiosas y de carácter antiguo en diferentes sociedades amerindias (Gutiérrez, 2001). En otro lugar me ocupé de este aspecto al relacionar las “sombras” andinas con el redaño y las grasas primigenias en relación con la enfermedad del *kharisiri* (Fernández, 2000).
- 58 Junto al temor o timidez, la aflicción, el enfado y la rabia constituyen posiciones morales que hacen, según Severino, susceptibles de enfermar de “susto” a los seres humanos.
- 59 Rubel (1986: 39; 1995) insiste especialmente en las dificultades de socialización, es decir, de cumplir con las expectativas establecidas por el grupo, según las diferencias estipuladas en el género, como una de las causas de producción de “susto”.
- 60 El *ch'amakani* o *ch'iwini* apaga todas las luces del recinto en que se encuentra cuando es inminente la llegada de los seres tutelares altiplánicos que lo apoyan y secundan en las consultas que le formulan sus clientes. Los *achachilas* y los “rayos”, bajo la advocación de San Jerónimo, San Felipe y San España, acostumbran a ser los principales valedores ceremoniales de los *ch'amakanis*, siempre cubiertos por la oscuridad en que se desarrolla la práctica ritual de la *ch'amaka*.

## Bibliografía

- ALBÓ, Xavier  
2000 “Preguntas a los historiadores desde los ritos andinos actuales”, *Revista Andina*, Cuzco, (en prensa).
- ÁLVAREZ, Bartolomé.  
1998 *De las costumbres y conversión de los Indios del Perú. Memorial a Felipe II*. [1588] Edición de María del Carmen Martín Rubio, Juan J. R. Villarías y Fermán del Pino Díaz, Polifemo, Madrid.
- BASTIEN, Joseph  
1987 *Healers of the Andes*. Salt Lake City. University of Utah Press.
- BASTIEN, Joseph  
1996 *La montaña del cóndor. Metáfora y ritual en un ayllu andino*. HISBOL, La Paz.
- BERG, Hans Van den  
1985 *Diccionario religioso aymara*, CETA/IDEA, Iquitos.
- BERG, Hans Van den  
1986 *La tierra no da así no más. Los ritos agrícolas en la religión de los aymara cristianos*. CEDLA, Amsterdam
- BERTONIO, Ludovico  
1984 *Vocabulario de la lengua aymara* [1612]. CERES/IFEA/MUSEF. Cochabamba.
- BOUYASSE-CASSAGNE, Thérèse, et al  
1987 *Tres reflexiones sobre el pensamiento andino*. HISBOL, La Paz.
- CARTER, William y MAMANI, Mauricio.  
1982 *Irpa Chico. Individuo y comunidad en la cultura aymara*, Edit, Juventud, La Paz.
- CERECEDA, Verónica  
1987 “Aproximaciones a una estética andina. De la belleza al tinku” En, BOUYASSE-CASSAGNE, Thérèse et al., *Tres reflexiones sobre el pensamiento andino*, pp. 133-231, HISBOL, La Paz.
- CRANKSHAW, Libbet C.  
1990 “Grupos de base, hierbas, promotores y prevenciones: Una nueva evaluación del plan internacional contemporáneo de atención de salud. El caso boliviano”. La Paz, (mimeo).
- DE LUCCA, Manuel  
1987 *Diccionario práctico aymara-castellano, castellano-aymara*, Edit. Los amigos del libro, La Paz / Cochabamba.

- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo  
 1994 “El banquete aymara: Aspectos simbólicos de las mesas rituales aymaras” *Revista andina*, 23 pp, 155-189.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo  
 1995 *El banquete aymara: Mesas y yatiris*, HISBOL, La Paz.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo  
 1997 *Entre la repugnancia y la seducción. Ofrendas complejas en los Andes del Sur*, Centro de Estudios Regionales Andinos “Bartolomé de las Casas”, Cuzco.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo  
 1998a “Todos Santos: Todos Almas”. *Revista Andina*, 31, pp. 139-159.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo  
 1998b “Iqiqu y anchanchu: Enanos, demonios y metales en el altiplano aymara” *Journal de la Société des Américanistes*, 84 (1), pp, 147-166.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo  
 1998c *Los kallawayas: Medicina indígena en los Andes bolivianos*, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo  
 1999 *Médicos y yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara*, CIPCA/ESA/OPS/Ministerio de Salud y Previsión Social, La Paz.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo  
 2000 “Creencias populares y prácticas religiosas en España y América: “Sacamantecas” en los Andes del Sur. Una perspectiva comparada”. En, VIZUETE, Carlos y MARTÍNEZ-BURGOS, Palma (coord.), *Religiosidad popular y modelos de identidad en España y América*, Edit. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo  
 2002 *Aymaras de Bolivia. Entre la tradición y el cambio cultural*. Edit. Abya-yala, Quito.
- FRISANCHO, David  
 1988 *Medicina indígena y popular*, Los Andes, Lima.
- GIRAULT, Louis  
 1987 *Kallawayas. Curanderos itinerantes de los Andes*. UNICEF /OPS /OMS, La Paz.
- GIRAULT, Louis  
 1988 *Rituales en las regiones andinas de Bolivia y Perú*, CERES / MUSEF / QUIPUS, La Paz.
- GUI TERAS, Calixta  
 1996 *Los peligros del alma. Visión del mundo de un tzotzil*. [1961] Fondo de Cultura Económica, México.
- GUTIÉRREZ ESTÉVEZ, Manuel (comp.)  
 1988 *Mito y ritual en América*, Edit. Alhambra, Madrid.
- GUTIÉRREZ ESTÉVEZ, Manuel  
 2002 “Interioridades”. En, GUTIÉRREZ ESTÉVEZ, Manuel et al, *Según cuerpos. Ensayo de diccionario de uso etnográfico*, Cicon Ediciones, Badajoz.
- KESSEL, Juan van y CUTIPA, Guillermo  
 1998 *El marani de Chikupuni*. IECTA/CIDSA, Iquique.
- LÉVI-BRUHL, Lucien  
 1985 *El alma primitiva* [1927], Edit. Península, Barcelona.
- LOWIE, Robert H.  
 1990 *Religiones primitivas*, [1952], Alianza Universidad, Madrid.
- MARTÍNEZ, Gabriel  
 1987 *Una mesa ritual en Sucre*. HISBOL, La Paz.
- MOLINIE, Antoinette  
 “Sebo bueno, indio muerto. La estructura de una creencia andina”, *Bulletin de l’ Institut Français d’Études Andines*, 20 (1) pp. 79-92.
- PITARCH, Pedro  
 1996a “Animismo, colonialismo y la memoria histórica tzeltal”, *Revista Española de Antropología Americana*, 26, pp. 183-204.

- PITARCH, Pedro  
1996b *Ch'ulel. Una etnografía de las almas tzeltales*. Fondo de Cultura Económica, México.
- POLIA, Mario  
1989 "Contagio y pérdida de la "sombra" en la teoría y práctica del curanderismo andino del Perú Septentrional: Provincias de Ayabaca y Huancabamba". *Revista Anthropologica*, 7, pp. 195-331.
- POLIA, Mario  
1996 "Despierta, remedio, cuenta..." *Adivinos y médicos del Ande*. (dos tomos) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- RANABOLDO, Claudia  
1989 *El camino perdido. Biografía del líder campesino kallawayá Antonio Alvarez Mamani*. SEMPTA, La Paz.
- RÖSING, Ina  
1995 *La mesa blanca callawayá. Contribución al análisis. Observaciones intraculturales y transculturales*, Edit. Los amigos del libro la Paz / Cochabamba.
- RÖSING, Ina  
1996 *Rituales para llamar la lluvia*, Mundo Ankari, 5. Edit. Los amigos del libro, la Paz / Cochabamba.
- RUBEL Arthur J.  
1986 "El susto en Hispanoamérica" [1966] *Arinsana*, 1, pp 29-42.
- RUBEL, Arthur J. *et al*  
1995 *Susto. Una enfermedad popular* [1984], FCE, México.
- TAYLOR, Gerald  
1980 "Supay", *Amerindia*, 5, pp. 47-63.
- VEGA, Garcilaso de la [el inca]  
1829 *Primera Parte de los comentarios reales de los incas...*, [1609] Tomo I, Imprenta de los hijos de doña Catalina Piñuela, Madrid.
- VÉRICOURT, Virginie  
1999 *Rituels et croyances chamaniques dans les Andes boliviennes*. L'Harmattan, París.
- VULPIANI, Pietro  
1993 "Etnomedicina e sistema medico ufficiale in Bolivia. Il percorso storico di un gruppo di terapeuti itineranti delle ande boliviane: I kallawayá". *Sociologia. Rivista di Scienze Sociali dell' Instituto Luigi Sturzo*, 27 (1), pp. 389-422.
- WACHTEL, Nathan  
1985 "La cuadratura de los dioses: Ritos y trabajos entre los chipayas", *Revista Runa*, 14, pp. 11-42.



*Mesa del Señor o Gloria Mesa, Severino Vila. El Alto de La Paz, 2001. Colocando las hojas de coca.*



*Mesa del Señor o Gloria Mesa, Severino Vila, El Alto de La Paz, 2001. Disposición de los claveles.*



*Gloria Mesa. Severino Vila, El Alto de La Paz, 2001.*



*Pachamama Mesa. Severino Vila. El Alto de La Paz, 2001.*



*Pachamama Mesa, Severino Vila, El Alto de La Paz, 2001. Decorando el feto de llama.*



# SALUD Y ENFERMEDAD EN EL CANDOMBLÉ DE BAHÍA

---

Andrea Caprara  
Universidad Estatal de Ceará  
Brasil

## Introducción

Los datos presentados en este trabajo son los resultados de una investigación etnográfica hecha en la ciudad de Bahía desde la segunda mitad de los noventa hasta hoy. Esta investigación pretende evidenciar el significado que la enfermedad adquiere en el contexto urbano, dedicando especial atención a la relación existente entre individuo, divinidades del *candomblé*<sup>1</sup> y espacios terapéuticos<sup>2</sup>. En particular, enfrentaré el tema de las enfermedades contagiosas y de la piel, intentando reconstruir las redes que ligan mutuamente la experiencia del individuo, la naturaleza orgánica de la enfermedad, la dimensión espiritual y religiosa relacionada con el contexto social de la cultura afro-bahiana.

Los episodios de enfermedad llegan a ser formas emblemáticas en la medida en que imponen una reflexión al pensamiento dominante biomédico acerca de una serie de problemas de fondo. ¿Cómo se combinan entre sí la experiencia del individuo y la naturaleza orgánica de la enfermedad contagiosa, en un contexto en que se involucra la dimensión espiritual y religiosa? ¿Cómo se unen las múltiples formas interpretativas de la enfermedad, la multivocalidad, la polisemia de lenguajes distintos que se cruzan y se sobrepone uno a otro? ¿Por qué existen diferentes casos documentables en Bahía de enfermos que volvieron a encontrar la salud a través de procesos de adhesión al *candomblé*? ¿Cómo mejorar los procesos anamnésicos y diagnósticos en presencia de formas e interpretaciones culturales tan diferentes?

Enfoqué el interés de la investigación, en particular, en el recorrido terapéutico de algunos individuos que, a través de la experiencia de la enfermedad, instauraron una relación con las divinidades, especialmente con *Omolu*<sup>3</sup>, modificaron su estilo de vida y las relaciones con su contexto social, volviendo a encontrar, en muchos casos, la salud. En la recolección de datos privilegié un acercamiento de etnología interpretativa, fundada principalmente en la recolección de evidencias, entrevistas abiertas, observación participativa (Denzin, 1997; Peilert y otros, 2000).

En el artículo voy a llamar la atención sobre la pluralidad de voces existentes, considerando tres contextos interesantes para la antropología médica: el primero está constituido por los espacios sincréticos en los cuales elementos de culto afro-brasileños se combinan con elementos católicos. En particular el estudio concierne a la iglesia de *São Lázaro*, lugar frecuentado por enfermos que buscan la protección de los santos Lázaro y Roque, identificados con las divinidades *Omolu* y *Obaluaiê*<sup>4</sup>. La segunda área de estudio está representada en algunas casas de culto de *candomblé de caboclo*<sup>5</sup>. Después de una serie de entrevistas previas con varias *Mães, Pais de Santo*<sup>6</sup> e *Iyaôs*<sup>7</sup> de algunas comunidades religiosas, fue estudiada especialmente una casa de culto, la de *Mãe Maria Das Neves*, localizada en el barrio *Federação* y dedicada a *Omolu*, que se caracteriza por formas sincréticas entre cultos afro-brasileños y formas de culto de tipo católico.

El tercer contexto de análisis es el de las prácticas de tratamiento que se realizan en las casas de culto de *candomblé* que empezaron un fuerte proceso de anti-sincretismo y “reafricanización”, eliminan-

do símbolos, imágenes iconográficas, prácticas de rituales que contenían elementos provenientes de otras tradiciones religiosas. Profundamente ligado al pasado, el *terreiro*<sup>8</sup> *Axé Opo Afonjá*<sup>9</sup> constituye este espacio de encuentro y reflexión.

## 1. Los ritos afro-católicos en la plaza de la iglesia de São Lázaro

La calle que conduce a la iglesia es una calle pequeña, minúscula. La iglesia está levantada cerca de una loma con una vista extraordinaria del barrio de Ondina y del mar de Bahía. Son muchos los elementos y objetos impuros que son colocados a lo largo del camino para librarse simbólicamente del mal. Numerosos *despachos*<sup>10</sup> rituales, que son cigarrillos, patas de gallina, *pipoca*, son colocados a ambos lados de la calle que es necesario recorrer para alcanzarla. Así, pues, la ambivalencia que caracteriza a las divinidades *nagô* la encontramos también en los espacios sincréticos de unión entre catolicismo popular y religiosidad afro-brasileña. El bus que va a San Lázaro, que es usado por estudiantes que se dirigen a la sede universitaria allí ubicada, el lunes es un auténtico bus-hospital: se llena de enfermos, en su mayoría vestidos de blanco, con muchas mujeres ancianas con dificultad de locomoción. El bus se mueve despacio, vehículo simbólico de un viaje en el mundo de la enfermedad, el sufrimiento y el tratamiento y curación. Un universo de marginados puebla estas ambulancias de sufrimiento y esperanza casi como en aquella *Stultifera navis* admirablemente descrita por Michel Foucault (Foucault, 1972).

La plaza frente a la iglesia es formada por un muy amplio espacio, con numerosas construcciones alrededor donde se venden bebidas y *souvenirs* religiosos. En el centro de la plaza está levantada una gran cruz. En este espacio frente a la iglesia, numerosos fieles oyen misa en el espacio abierto, bajo el sol. Un megáfono amplifica los cantos y las liturgias religiosas en todos los alrededores, que por tanto pueden oírse a varios cientos de metros de distancia. La plaza está repleta de fieles desde las primeras horas de la mañana, muchos de ellos están vestidos de blanco y llevan velas, cirios, pero sobre todo *pipoca*<sup>11</sup>, muchos canastos, fundas, contenedores, llenos de este importante elemento de oferta a *Omolu*. La analogía entre heridas cutáneas y *pipoca* es evidente, dentro de un juego de polisemia y significados que cruza el espacio religioso bahiano. Los granos de maíz, en efecto, son utilizados como elemento de oferta a este *orixá*<sup>12</sup> en casi todos los ambientes religiosos, como el umbanda, el *candomblé* de caboclo, los *terreiros* más tradicionales *jeje-nagô*<sup>13</sup>, así como en el espacio frente a San Lázaro.

El movimiento de fieles en la iglesia y en el espacio al frente es generalmente escaso en domingo. La mejor forma para conocer este espacio sincrético es llegar a la plaza de la iglesia el lunes por la mañana. La liturgia católica fue de alguna manera modificada por el hecho de que en el *candomblé* el lunes es el día dedicado a *Omolu* y, por esta razón, cientos de fieles, enfermos, hijos de *Omolu*, participan en las ceremonias religiosas que se celebran ese día. El lunes, en efecto, contrariamente a lo que sucede el domingo, en que se celebra una sola misa, son celebradas nada menos que cuatro funciones religiosas, a las nueve, a las once, a las dieciséis y a las dieciocho.

Esparcido en el suelo, en la iglesia de la plaza, está mucho maíz inflado. Es en este espacio frente a la iglesia que las *Mãe de Santo* realizan, todos los días, baños de *pipoca* a los presentes. La *Mãe de Santo* mete las manos en una canasta que contiene el maíz inflado, recoge dos puñados llenos y empieza a frotar el cuerpo del enfermo, partiendo de la cabeza y bajando a lo largo de la cadera, luego en el pecho, a lo largo de los brazos. Durante este acto de purificación, la *Mãe de Santo* invoca a *Omolu* y a *Obaluaiê* con un discurso pronunciado en forma directa, sin aquellos elementos de inversión que caracterizan las fórmulas pronunciadas en los *terreiros* tradicionales *jeje-nagô*: “Que *Obaluaiê* te bendiga, te de salud, salud, salud para tus hijos, trabajo”. Después de pasar el maíz sobre todas las distintas partes del cuerpo, la *Mãe de Santo* arroja el maíz al suelo. La persona hace una oferta, colocando algunas monedas en un canasto y se va; llega otro enfermo. Todo sucede en unos pocos minutos. Los fieles hacen cola esperando pacientemente su turno y generalmente reciben este baño de *pipoca* después de la misa en un rito de purificación sincrético con la ceremonia religiosa cristiana.

Mientras realiza este rito de purificación, la *Mãe de Santo* está descalza, en directo contacto con el suelo y, por tanto, con *Omolu*, que es una divinidad ligada a la tierra. Afirma que durante la purificación del maíz inflado, llamado *baño de pipoca*, es importante que los fieles se quiten los zapatos para tocar directamente la tierra, pero a veces eso no es posible, sobre todo cuando se forman largas colas o la persona está apurada. Durante la conversación, mirando la plaza de la iglesia con la cruz en medio y *pipoca* esparcida por todas partes, la *Mãe de Santo* suspira y revela en tono perentorio: “*aquí tem fundamento*”<sup>14</sup>. La curación es posible gracias a este contacto directo con *Omolu*, por la fe en él, en el proceso ritual de purificación que permite librar el cuerpo de la enfermedad. Ésta luego será llevada por el viento, como lo afirma la *Mãe de Santo*: “Es el viento el que se lleva la enfermedad”. Algunas personas emprenden procesos de tratamiento prolongados y caracterizados por períodos claramente definidos. Hacer una *corrente de sete dias*, por ejemplo, es uno de estos rituales terapéuticos en que la persona durante siete lunes sucesivos va a la iglesia de San Lázaro para hacer el rito de purificación, el *baño de pipoca*. El rito está acompañado por la presentación de velas en devoción al santo.

Ya que están profundamente ligados a la figura de *Omolu*, muchos de estos casos presentan patologías cutáneas, pero existen también varios casos distintos que conciernen a otras enfermedades y finalmente otra consistente proporción de personas que esperan, por medio de estos rituales, resolver una serie de problemas cotidianos ligados al mundo del trabajo, la desocupación, la escuela, o bien en el ámbito familiar para resolver casos de violencia, litigios, problemas de dinero.

También dentro de la iglesia se da una serie de rituales de purificación que pudiéramos definir paralelos: el párroco lanza sobre los fieles el agua bendita, y es considerado importante ser mojados inclusive por unas pocas gotas, así como, en la plaza de la iglesia, uno es purificado con el maíz inflado. Acompañan estas prácticas otras, como, por ejemplo, encender las espermas en el espacio interno de la iglesia, usar fósforos usados sólo con tal propósito, pronunciar palabras que tendrían efecto terapéutico. Lo que hace extraordinario este espacio de tratamiento y curación y de solución de problemas de la vida diaria, logra su ápice durante el mes de agosto, dedicado a *Omolu*.

Durante todo el mes de agosto aumenta de una manera considerable el número de fieles y el 16 se celebra la fiesta de San Lázaro. En esos días la plaza de la iglesia se llena de barracas y se asiste a un enorme flujo de fieles y la realización de numerosos rituales. No es poco frecuente hallar a hijas de santo *Omolu* que llevan en la plaza, en equilibrio sobre la cabeza, *tabuleiros*<sup>15</sup> llenos de *pipoca*. Si una *Mãe de Santo* lanza sobre ellas un poco de *pipoca*, inmediatamente las hijas de santo pueden perder el equilibrio, tener contracciones en distintas partes del cuerpo, entrar por unos pocos instantes en un estado de posesión. Estos estados de posesión o inicios de posesión, ya que desaparecen en algunos minutos, son claramente representados con movimientos corpóreos, con pequeñas contracciones y movimientos de los músculos característicos de esta divinidad.

En el espacio frente a la iglesia hay un auténtico baño de gente que a menudo, por largo tiempo, espera haciendo cola el rito de purificación con el maíz inflado. El lanzamiento de petardos saluda la llegada a la plaza de hijas de santo provenientes de distintos *terreiros*. Otros esparcen *pipoca* sobre los carros, porque no solamente los individuos sino también los objetos y los vehículos, son sometidos a los “baños” de purificación. Las ceremonias de purificación con la *pipoca* se hacen también en la casa, lanzándola al techo y ofreciéndola a los niños de la calle. Uno de los elementos clave que determina la eficacia ritual está ligado a la pureza del maíz inflado. En algunas entrevistas que realicé, las personas indican que justamente para evitar hallarse en situaciones en que el maíz esté impuro, ellas sugieren llevarse desde su casa para evitar hacer un ritual con maíz de proveniencia dudosa y que obstaculizaría los resultados del rito. En todo caso, la fe que el individuo posee respecto al *candomblé* y la existencia de los *orixá* son considerados elementos fundamentales para lograr un buen resultado terapéutico.

Dentro de la iglesia, más allá del espacio central con el altar, hay una salita lateral, con un espacio de oración, un reclinatorio con la imagen de San Roque en el centro. Esta segunda sala está dedicada a los exvotos. En todas partes, aunque sin duda menos que en la iglesia del *Señor do Bonfim*, la sala está tapizada de cabezas, manos, brazos, senos, piernas, pies de plástico, además de un considerable número

de billetes que los fieles dejan por la gracia recibida o con la esperanza de obtener la curación, un trabajo, la solución de un problema familiar, como lo veremos más adelante. Estas ofertas a San Lázaro y San Roque expresan la gratitud de la persona para el Santo, después de la solución de un problema personal. Son auténticos actos de trueque, productos de un espacio ritual y que asumen una función visual, haciendo visible la acción por medio de la representación iconográfica de las figuras involucradas en el evento. En esta iglesia también, como en la del *Señor do Bonfim*, se está asistiendo a una modificación de las representaciones figurativas con la utilización cada vez más frecuente de fotos, en lugar de dibujos o imágenes pictóricas.

Según Nuno Porto, lo que constituye la gran transformación de nuestro siglo, con la introducción de la fotografía, es la nueva definición de la comunicación entre el que ofrece y el santo: el santo, presente en los dibujos y las imágenes pictóricas, desaparece en la representación fotográfica, y es la persona misma la que llega a ser el motivo visual central de la escena (Porto, 1995). Según este autor, es posible afirmar, por tanto, que la mediación fotográfica de la relación entre santos y creyentes implica una nueva definición expresiva de esta relación (Ibídem).

Algunas personas que frecuentan la iglesia y la sala de los exvotos van para cumplir una promesa; son los llamados *pagadores de promessas*, parecidos a los famosos personajes descritos por Jorge Amado y Dias Gomes (Amado, 1995; Dias Gomes, 1987). Entre ellos, por ejemplo, está un distinguido señor que todos los lunes se presenta en la plaza de la iglesia con un canasto de pan para distribuir a los pobres. El fuerte lazo con el *candomblé*, con la cultura africana, está relacionado con el hecho de que las oraciones están dirigidas sobre todo a los espíritus de los difuntos, presentes en la vida cotidiana y que interactúan con los vivos. Existe, entre los fieles, la convicción de que esta oración dedicada a las almas de los antepasados es aún más eficaz los lunes, días dedicados a *Omolu* que, como lo vimos anteriormente, está encargado del cuidado de los huesos de los muertos y por tanto está profundamente ligado con la muerte, como su madre *Naná*.

## 2. Perfume de santo

El *terreiro* de Maria Das Neves es una casa de culto pequeña, situada en el barrio *Federação*, en Bahía. Está constituido por una sala obtenida en el interior de la propia casa. Hay que quitarse los zapatos antes de entrar; hay dos filas de bancos colocados a los lados. Las mujeres se sientan a la derecha respecto a la puerta de ingreso; los hombres, al lado izquierdo. En correspondencia a la pared de fondo está un altar con diversas figuras de santos y *orixá*. Entre éstas domina una estatua de San Lázaro, venerado como *Omolu*, divinidad protectora de la casa. Una estatua de Cristo, otra de San Antonio –que en este *terreiro* corresponde a *Ogun*<sup>16</sup>–, los Santos Cosme y Damián, que corresponden a los gemelos, los *Ibeji*, están presentes junto con los objetos rituales de los *candomblé* tradicionales, como la *Xaxará*<sup>17</sup>, la *Iko*<sup>18</sup> de *Omolu*, el *Ibiri*<sup>19</sup> de *Naná*. Ya que este *terreiro* está dedicado a *Omolu*, este *orixá* es venerado todos los lunes con ceremonias públicas en que se toca con los *atabaques*<sup>20</sup>. Uno de los dos *atabaques*, el más alto, *Rum*, es golpeado con las manos, como en los *terreiros* de Angola; el más pequeño, *Lé*, se toca con baquetas; no siempre los *agogô*<sup>21</sup> acompañan el ritmo de los *atabaques*. Los cantos para los diferentes *orixá* son un mixto de lengua *nagô* y portugués.

El ciclo anual preve también fiestas públicas, definidas como *saidas*, y dedicadas a diversos *orixá*, todos venerados siempre los lunes. La *saida* de *Naná*, de *Oxum*, de *Iansá*, pero también de *caboclo* son realizadas durante todo el año. Además de las sesiones dedicadas a *Omolu*, semanalmente se realiza, cada viernes, día de *Oxalá*, una ceremonia restringida que tiene el apodo de *mesa branca*, durante la cual se hace una sesión de oración sin los *atabaques*. Como hemos visto anteriormente, muchos son los elementos que distinguen estas sesiones de otros *terreiros*, comenzando por las ofertas. Para Maria Das Neves, que se define como persona de *candomblé*, los *orixá* no comen, no toman, no fuman, y por tanto no tiene sentido, según ella, preparar ofertas ni hacer sacrificios propiciatorios:

“Pertenezco al *candomblé* pero no creo en el uso de alimentos con propósito ritual, porque el Santo no come, no bebe, no fuma. Yo, aquí, no uso nada de eso<sup>22</sup>”.

En las ceremonias dedicadas a *Omolu*, el único elemento utilizado es la *pipoca*, que es lanzada sobre todos los presentes, pero no aparecen, como lo acabamos de decir, las ofertas de alimento que caracterizan, por el contrario normalmente a los *terreiros jeje-nagô*. Esta diferencia sustancial está ligada tanto a la elección precisa de Mãe Maria Das Neves como a sus orígenes. Ella proviene del interior del estado de Bahía, de la pequeña ciudad de Santo Amaro<sup>23</sup>. Nacida y crecida en el *candomblé*, decidió, cuando era adolescente, modificar su propio camino, cansada de engaños, falsedades, errores cometidos repetidamente en el interior del *terreiro*. Lo que es importante resaltar es la relación de Maria Das Neves con *Omolu*, una relación que dura desde hace más de cincuenta años, como ella misma lo afirma:

“Desde hace cincuenta años ofrezco flores y organizo una fiesta solemne para él”.

Pero vale la pena dar un paso atrás y entender las razones de la huida de la casa de culto originaria. De las palabras de Maria Das Neves emergen dos elementos importantes: a) el primero concierne a las dinámicas propias internas; el surgimiento de nuevas casas de culto, en efecto, es casi siempre el resultado de procesos de cisma que se dan en otras; b) el segundo concierne a una serie de apremios dirigidos contra ella que la impulsaron a elegir otro camino:

“Yo hice el santo<sup>24</sup> después de sólo 10 días de mi nacimiento, y a los siete años recibí o deka<sup>25</sup>, de ser Mãe de santo. Después de siete días, la Mãe de santo murió y yo fui criada por la Mãe pequena<sup>26</sup>. Vi muchas cosas equivocadas, no soporto tanta maldad; por una parte esta bella fiesta, todo el mundo aplaudiendo, danzando, pero allá dentro los mayores pecados de la vida. A los 19 años me fugué del *candomblé*, luego me casé en Santo Amaro da Purificação y vine aquí. Aún hoy ellos me están esperando, son cuarenta y seis años que me fui y nunca más regresé ahí dentro. Salí del cuarto en que se *raspa o santo*<sup>27</sup> a la edad de siete años. Cuando salí, mi madre me mandó a trabajar. A los 14 años fue poseída por un *caboclo* que me llamó a trabajar, a *dar passe*<sup>28</sup>, hacer *caridade*<sup>29</sup>, ver. Y así, a los 19 años, me escapé de allí porque ella no quería que me casara, que tuviera hijos, quería que me quedara allí como esclava. Yo quería tener niños, nietos, no acepté y hui”.

## Conjunciones y separaciones

En las sesiones que se celebran los lunes se manifiestan tanto los *orixá* tradicionales como numerosas entidades que no hacen parte de los *terreiros* tradicionales *jeje-nagô*. A veces, se manifiestan los esclavos de los *orixá* como Lucifer, esclavo y diablo de *Oxum*, bellissimo según las palabras del guía espiritual de la casa de culto. En realidad, es necesario resaltar el hecho de que la propia Maria Das Neves se considera protegida tanto por Dios como por *Omolu*, en un proceso de conjunción entre elementos de religión católica y *jeje-nagô* difícilmente separables. La manifestación de *Omolu* es a veces acompañada también por la llegada de otra divinidad, *Tempo*, entidad venerada en los *terreiros* de Angola con características muy similares al propio *Omolu*. Una señora, que frecuenta el *terreiro*, es poseída por *Tempo* y *Omolu*, manifestando a estos dos *orixá* en una forma característica, única, como lo describe Maria Das Neves:

Está el Viejo<sup>30</sup> que posee y se mueve así y así (copiando la danza), luego se levanta y gira alrededor, luego baja nuevamente y cuando sale, entra *Tempo*, que sigue la danza. Cuando *Obaluaiê* sale, *Tempo* entra. ¿Nunca lo has visto? Aquí hay una mujer de *Obaluaiê* que es la cosa más bella del mundo. Es muy difícil ver eso. En 46 años yo le vi sólo a ella.

## Las prácticas de curación

Lo que caracteriza a *Mãe* Maria Das Neves es su función terapéutica, que la desarrolla cotidianamente, intentando resolver los casos de enfermos que recurren a ella. Aun conociendo las prácticas de adivinación utilizadas en los *terreiros* tradicionales, como el *jogo de búzios*, juego de los caracoles, Maria Das Neves se define como una persona “vidente” con sensibilidades mediáticas, estableciendo la relación directa diagnóstica con entidades sobrenaturales: “Yo oigo al espíritu cuando habla”. A través de esta relación directa que establece con los seres sobrenaturales, define la causa de la enfermedad e intenta restablecer el equilibrio perturbado. Los casos sin duda más dramáticos, de gran impacto emocional, que ella intenta curar, son sobre todo situaciones en las cuales la persona es poseída por un *Exu* o incluso por un *egun*, entidad sobrenatural de un antepasado que es incorporada por el individuo. La compleja terapia que se realiza intenta hacer salir nuevamente al ser sobrenatural de la persona poseída:

“Cuando Eliana tenía 1 año y 8 meses tuvo lo que llaman epilepsia. Se golpeó, se golpeó realmente. Yo corrí, sabía cómo tratarla y cuando se lo hace bien ya no sucede. Así le quité la ropita y alcancé siete cruces de calles, recogiendo la basura que encontraba; la cogía y la envolvía con los vestidos. Cuando llegué al séptimo cruce, prendí fuego a todo; ese *egun* sale, a causa de los vestidos, del sudor”.

Este caso es ciertamente una representación de muchas situaciones descritas en las casas de culto como crisis epilépticas, pero interpretadas como formas de posesión de *egun*. La falta de ulteriores elementos imposibilita la formulación de un diagnóstico más preciso, pero vale la pena detenerse a considerar los numerosos elementos terapéuticos que emergen de la narración. Después de la crisis, son cogidos los vestidos de la niña y la *Mãe de Santo* alcanza sucesivamente siete cruces. En cada uno de éstos, se recoge alguna basura y se la mezcla con los trajes. Una vez alcanzado el séptimo cruce, se queman los vestidos junto con las basuras recogidas. A través de este procedimiento, cargado de elementos simbólicos, se produciría la salida del espíritu maligno del cuerpo de la víctima.

Se hace importante en el proceso terapéutico lograr cruces sucesivos, por ser las encrucijadas un lugar clave de *despachos* y *ebó*, lugar preferido de *Exu* y otros *orixá* callejeros, pero también de estos *egun*, objeto en cuestión de la posesión. El número 7 es ciertamente un número importante en la simbología numerológica ligada tanto a la tradición católica como a la africana (siete días de la semana, siete años para ser iniciados en el *candomblé*). Luego hay el proceso continuo de mezcla de basura y vestidos de la víctima, hasta la hoguera purificadora final.

Pero sólo algunos casos, como las crisis de posesión, son tratados de esta manera; en otros casos, por ejemplo, el proceso terapéutico, se funda en una terapia religiosa ligada a la tradición católica, a la medicina popular de las *rezadeiras*<sup>31</sup>, produciendo un efecto terapéutico a través de la oración. La *Mãe de Santo* cuenta ahora un caso de grave alergia generalizada en una niña de cuatro años, con anuria<sup>32</sup>. Es difícil también en esta situación, como en la anterior, establecer un diagnóstico más preciso<sup>33</sup>; lo que vale la pena resaltar es el proceso terapéutico realizado, fundado en la terapia por medio de la oración:

“Mi nieta tuvo una alergia a los cuatro años, se hinchó por completo, los ojos no lograban abrirse, tenía manchas rojas en el cuerpo, era horrible, se rascaba y no podía orinar. La llevé al médico, tomó unos remedios pero no dieron efecto. Un día la traje acá al *barracão*<sup>34</sup>, le quité el calzón y le dije que se quedara así, con las piernas abiertas, pensando intensamente en el viejo Obaluaiê. Pensé mucho en aquel santo diciendo: “Ten fe de que debes orinar. Así oramos por el viejo Obaluaiê”. Poco después ella comenzó a orinar. Ella manifestó una fe viva. Desde aquel día no tuvo nada. La alergia desapareció. Oré diciendo un Padre Nuestro, un Ave María y una Santa María. Luego oré por San Antonio:

“Si deseas los milagros, recurre a San Antonio, verás que los demonios huyen y así mismo las tentaciones, el débil se hace fuerte, se recupera lo que se ha perdido, todos los males se van, ruega por nosotros, San Antonio, para ser dignos de la promesa de Cristo. Amén. Al final ella orinó. “Tuvo fe” a los cuatro años y nunca más tuvo nada por el estilo”.

También la erisipela es una enfermedad cutánea que muchas veces es tratada con la oración:

Y así la persona ora: “Pedro Pablo fue a Roma, con Jesucristo se encontró: ¿Qué estás haciendo, Pedro Pablo? ‘Estoy en búsqueda del Señor’. ¿Qué hay allá? Existe “erisipele, erisipelao”. ¿Con qué lo curaste, Señor mío? Con la pluma de gallina negra y el aceite de los Olivos”.

Tres veces se reza el Padre Nuestro, por tres días.

Las fórmulas oratorias curan en sí por aquel extraño lazo que da a la palabra el poder de hacer, el de producir cambios reales. Esta actuación a través de la palabra fue bien descrita por Austin (Austin 1987 [1962]). Las fórmulas terapéuticas declamadas en versos, con estructuras retóricas determinadas y pronunciadas oralmente, adquieren un poder terapéutico similar, por ejemplo, a las oraciones escritas en árabe, a aquellos versículos del Corán, que los *marabout* de África del Norte dan a los enfermos que se dirigen a ellos. Oralidad y escritura en este sentido adquieren poderes similares y casi se funden en el logro del propósito.

Además del poder de la palabra de producir un acto terapéutico, debe subrayarse la capacidad de producir la curación a través del contacto físico. Como lo vimos durante las fiestas litúrgicas dedicadas a *Omolu*, varias personas enfermas se van para poder tocar a *Omolu*, personificado por la persona poseída<sup>35</sup>. En este caso la curación se produciría con el contacto físico entre la persona enferma y la divinidad<sup>36</sup>.

Además de estos casos, la actividad terapéutica está dirigida al tratamiento y curación de una serie de enfermedades contagiosas y / o cutáneas que tienen relación directa con *Omolu*. En varios casos de esta clase, que implican la presencia de manifestaciones cutáneas, heridas, inflamaciones, pápulas, con frecuencia María Das Neves usa una planta ligada a *Omolu*, la *acorana*, cuyo extracto líquido producido por las hojas es esparcido sobre las lesiones cutáneas del individuo. Además de la *acorana*, numerosas otras plantas son usadas con fines de curación. Estos procedimientos terapéuticos, a diferencia de los anteriores, que requieren una relación con lo sobrenatural, necesitan sobre todo capacidades empíricas, de conocimiento de los efectos terapéuticos de las plantas medicinales.

Los casos de Herpes Zóster, por ejemplo, aquí denominados *bolha de fogo* o también *fogo do diabo* son tratados esparciendo sobre la piel el jugo de algunas plantas especiales, como la planta de Santa María:

Entre las enfermedades de la piel, hay aquella que se llama bolha de fogo (ampolla de fuego) de Omolu. Es muy dolorosa y ya tuve una aquí, ¿ves esta mancha oscura (mostrándola)? Es la ampolla de fuego la que produce eso. Ésta es una enfermedad suya (ligada a Omolu). Cuando se cura, la piel queda de color oscuro. Ésta es una enfermedad ligada a él, pero no es contagiosa. Es llamada de fuego porque produce ampollas pequeñas que luego se ensanchan, llenas de líquido de estas dimensiones (mostrándolas), llenas de agua. Duele, duele tanto como para gritar hasta cuando madura y estalla y el agua sale. Queda esa herida roja, entonces hay que tomar folha da costa<sup>37</sup>, calentarla y colocarla encima para poderla curar, que es la hoja del Viejo. Es la ampolla de fuego, una enfermedad peligrosa. Hay también aquella enfermedad que se cura tan solo aquí en el Brasil, que no se cura en el exterior, el fuego salvaje. Ésta se cura sólo con la hoja de Santa María. Con el fuego salvaje quedas con la piel toda quemada, parece un quemado, luego aparece esa mancha que arde como si estuviera quemándose todo el cuerpo. Ésa es una enfermedad peligrosa, ésa también es una enfermedad del Viejo. Entonces se usa la hierba de Santa María, que tiene granos que parecen de uva, pero muy pequeños, se parecen a los caraços del diablo. Se extrae el zumo y se lava a la persona pasando motas de algodón por todo el cuerpo de la persona, y la enfermedad se va.

Son innumerables las plantas medicinales y los rituales terapéuticos usados por María Das Neves en el tratamiento de las distintas enfermedades. Lo que hace de fondo a estos ritos simbólicos, a los tratamientos empíricos, a las prácticas de oración es la relación de María Das Neves con *Omolu*, o *Velho*, como ella lo llama (el Viejo), que interviene siempre en todos los ritos terapéuticos.

Finalmente, otro rito practicado por Maria Das Neves es el llamado “intercambio de la cabeza”, *troca de cabeça*. El destino del enfermo es intercambiado con el de un moribundo que, con el paso al más allá, lleva consigo la mala suerte del enfermo que, así se piensa, mejora de esta forma sus condiciones de salud. En la práctica, un individuo gravemente enfermo reencuentra la vida en la medida en que una persona moribunda deja de existir. Esto se hace a través de un ritual de sustitución de la vida de un individuo por la de otro, virando la suerte de las dos personas.

Las formas de inversión simbólica presentes en el contexto bahiano, tanto de carácter verbal como ritual, nos permiten resaltar dos cosas: la primera concierne situaciones de umbral, de paso, especialmente entre la vida y la muerte, entre la salud y la enfermedad, y que deben atribuirse a las características de las sociedades agrícolas de las culturas africanas. Vale la pena subrayar el hecho de que ya están consolidadas en contextos urbanos industrializados, con fuertes características de marginalidad, exclusión, pobreza. Este juego del revés produce formas de resistencia al orden preestablecido. Sin duda vale la pena suponer que muchas de estas inversiones son una forma de expresión de una identidad amenazada, la de la sociedad negra, respecto a una sociedad blanca que ocupa, históricamente, los principales lugares de poder.

La segunda consideración concierne el contexto bahiano, en especial el *candomblé*, que desde hace más o menos una década ha llegado a ser, a pesar de una serie de fuertes limitaciones, un rito aceptado política e históricamente; la misma identidad afro-brasileña reprimida encuentra, hoy como nunca, nuevos instrumentos para sobresalir e influir en la cultura dominante. Estamos en una fase de transformación “liminoide”, como lo diría Turner, de afirmación de la identidad de uno después de tantos años de represión, y de fallida posibilidad de expresión de los elementos de culto de uno (Turner, 1977).

### 3. La experiencia de la enfermedad contagiosa en el *candomblé jeje-nagô*

En esta parte veremos algunos elementos que conciernen a la experiencia de enfermedades contagiosas y de la piel, desde una perspectiva privilegiada, la de una casa de culto importante de Bahía, parte de la historia y de la vida de la ciudad: la *Axé Opo Afonjá*. La historia y los eventos de esta casa de *candomblé* ya han sido ampliamente descritos en numerosos estudios. Se trata, por ejemplo, del texto de Edison Carneiro sobre los *candomblé* de Bahía (Carneiro, 1986 [1948]), dos libros de Mãe Estrella que citan preciosos elementos históricos y de descripción de la vida y organización del *terreiro* actual (De Azevedo, Martins, 1988; De Azevedo, 1995); el libro de Mestre Didi (Dos Santos 1988 [1962]), conteniendo una detallada historia del *terreiro*, sobre todo de la época de Mãe Senhora; el texto iconográfico del pintor Héctor Paride Bernabo, Carybé (Carybé, 1993; Fatumbi Verger, 1993), y luego los trabajos de Vivaldo Costa Lima (1977), Juana Elbein dos Santos (Elbein dos Santos Cur, 1997) conteniendo otros importantes aspectos de la vida del *terreiro*, el provocador e intrigante libro de Emilio Rodrigué que no dejó de suscitar discusiones y polémicas después de su publicación (Rodrigué, 1991).

Finalmente, quisiera citar dos últimos volúmenes de recolección de testimonios y dedicados a dos *Iyalorixá* clave del *Axé Opo Afonjá*: Mãe Senhora (Dos Santos F., Nóbrega C. Cur, 2000), y Mãe Estrella (Martins C., Lody R. Cur, 1999). Todos estos libros permiten reconstruir aquel mosaico de personajes, hechos, rituales, cuentos míticos, que constituyen los elementos principales de la fértil vida del *terreiro*.

El *Axé Opo Afonjá* está construido en uno de los barrios periféricos de la ciudad de Bahía. Cuando Mãe Aninha compró el terreno en los comienzos del siglo XX, se trataba de una área de campo fuera del centro urbano. Con el tiempo y las progresivas urbanizaciones de las áreas periféricas, se transformó en zona urbana. El espacio ritual está constituido por varias áreas principales: en primer lugar, a la izquierda de la entrada está levantado el *barracão*, amplio edificio en el que se celebran la mayoría de las fiestas dedicadas a las divinidades. Una segunda área está constituida por los domicilios de los miembros del *terreiro*. Luego están los templos dedicados a los *orixá*. En particular, a *Omolu* está dedicado un templo junto con su madre, *Naná*, la más anciana divinidad del panteón de la Tierra. Sus *assentos*<sup>38</sup> es-

tán en el mismo *peji*<sup>39</sup>, uno junto al otro, y son venerados en la misma casa. Además, a ambos está dedicado el mismo día<sup>40</sup> de la semana litúrgica, así como todos los ritos<sup>41</sup> consagrados a ellos, realizados uno tras otro. También su jerarquía sacerdotal es la misma: el *Asogba* es el sacerdote del templo de *Omolu*, y, en Bahía, así como en África, él viene a ser el líder, el pastor y el cuidador del culto (Elbein Dos Santos & Dos Santos, Deoscóredes Maximiliano, 1968).

Además, debe resaltarse el hecho de que una parte del *terreiro* está constituido por una auténtica selva virgen, parte integrante del espacio ritual. En efecto, la primera cosa que se aprende en la aproximación a un *terreiro* de *candomblé* es el hecho de que el secreto está en la planta, la fuerza terapéutica proviene de las hierbas en la medida en que su uso no sea revelado al primero que pasa. Los conocimientos y prácticas terapéuticas constituyen el patrimonio del grupo cultural. Son custodiadas celosamente en un proceso de transmisión de sabiduría establecida por reglas precisas. Toda planta pertenece a una divinidad, todas tienen funciones terapéuticas y son misteriosas, mágicas, con vida propia. En ciertas ocasiones, la simple mención del nombre ya es de por sí terapéutica. La recolección de las plantas debe hacerse con mucho cuidado, siempre en la selva, ya que *Ossain*, divinidad relacionada con la curación de las enfermedades, vive en la selva; por consiguiente, las plantas cultivadas deben ser utilizadas tan sólo con propósito nutricional. En la recolección de las plantas, el curandero debe estar en un estado de pureza, absteniéndose de relaciones sexuales la noche anterior, dirigiéndose a la selva sin hablar con nadie. Si la planta es recogida por la noche, es necesario despertarla, colocándole en la palma de la mano, sacudiéndola y murmurando tres veces: “despierten!” (Pessoa de Barros, 1993). Algunas hojas recogidas antes del mediodía pertenecen a una divinidad (*Ogun*), otras, recogidas después, a *Exu* (Ibídem).

Según José Flavio Pessoa de Barros, las propiedades terapéuticas, en este contexto, son sólo conocidas si el investigador entra en un auténtico proceso de iniciación y él mismo viene a ser el poseedor de un secreto que no podrá ser revelado, sino en parte, porque no todos los iniciados tienen acceso a los mismos conocimientos (Pessoa de Barros, 1993), tema éste que sin duda provoca un encendido debate en el campo antropológico respecto de la “justa distancia” del investigador del interés de la investigación.

## Epidemias urbanas

Quisiera presentar una historia que me fue narrada por *Mãe* Estrella en uno de nuestros primeros encuentros<sup>42</sup>:

“A mi tía Damiana le gustaba quedarse conversando en la casa de amigos y parientes hasta tarde. Ella vivía en la calle del Cielo, en la ciudad baja. En esa época hubo una gran epidemia de viruela. Las personas cubrían los muros externos de las casas con cal y quemaban los vestidos. Ella era hija de *Omolu* y por la noche tuvo que volver a la casa a pie porque se atrasó y ya no había transporte público. En una encrucijada sintió la presencia de un viejo que se colocó frente a ella. Ella se asustó, quedó sin palabras y él le preguntó: “¿Qué está haciendo aquí a esta hora? ¿Usted ya debería estar en la casa! Es muy peligroso caminar aquí de noche y estoy aquí para proteger a mis hijos”. El viejo se fue y ella llegó a la casa muy asustada. Todos se enfermaron en aquellos días, sobre todo en la calle del Cielo, salvo en la casa de Damiana”.

Frecuentes son los encuentros con los *orixá*, como en este caso de Damiana, hija de *Omolu*, que encontró esta divinidad en una noche de hace muchos años. En los días más soleados, a mediodía, o en la noche más profunda, en las encrucijadas, o en lugares alejados, varias narraciones resaltan la presencia de *Omolu*, quien participa en la vida diaria, protegiendo a sus hijos contra posibles aversiones o enfermedades epidémicas, como en este caso.

Arthur Ramos, en su famoso libro *O negro brasileiro*, nos cita otro episodio de encuentro con *Omolu* (Ramos, 1934). La persona en cuestión, que se llamaba Américo, encontró a este *orixá* saliendo

del *terreiro de Gantois*<sup>43</sup>. Este encuentro tomó connotaciones muy distintas del caso contado por *Mâe Estrella*, porque Américo había decidido dejar el *terreiro* justamente en el momento de la ceremonia en que se estaba saludando a este *orixá*. Quiso irse, contra el parecer de todos, y fue castigado por eso, como nos lo cuenta Ramos:

“... como el caso de Américo que me fue contado en el Gantois, viejo hijo de santo que decidió dejar el *candomblé*, precisamente en el momento en que estaban cantando para Omolu: “No se vaya, que pudiera arrepentirse!” –le dijeron–. No hizo caso a aquellas palabras y salió exclamando: “qué me importa!” En el camino, bien tarde, encontró a un viejo que frotó sus manos en su cara. Justo allá él cayó de inmediato y quedó tres días, al terminar los cuales lo encontraron lleno de ampollas (Ramos, 1934: 37-38).

Este caso emblemático, revela tanto elementos conocidos, como la aparición de lesiones cutáneas ligadas a *Omolu*, que surgen en Américo a causa de su desobediencia, como la idea de que la enfermedad es la consecuencia de un castigo divino, aspecto controvertido y criticado. Vale la pena subrayar otro argumento descrito por Ramos en su ensayo. En efecto, este autor resalta el hecho de que el culto de *Omolu* adquirió gran importancia, sobre todo durante las epidemias de viruela que se sucedieron en Bahía hasta los comienzos de nuestro siglo: “Durante las antiguas epidemias de viruela en Bahía, el culto de *Omolu* se difundió en forma impresionante” (Ramos, 1934: 37). Las epidemias de viruela constituyeron un aspecto clave de las relaciones entre la población, las prácticas de prevención, las relaciones con los *orixá* –en forma particular con *Omolu*– y las campañas de vacunación. Las epidemias de viruela llegaron a ser un argumento controvertido, incluso de resistencia de la población contra las campañas de vacunación, así como ya fue descrito por algunos autores entre las poblaciones africanas (Domergue-Cloarec, 1986).

Traté de describir las mismas prácticas de resistencia entre los grupos étnicos de la Costa de Marfil en otro texto, en el cual mostré cómo, a comienzos del siglo XX, entre los Baoulé, las madres frotaban a sus hijos con limón en el punto de inyección de la vacuna (Caprara, 1994). Es documentado que era una práctica muy difundida, por lo menos en el contexto de África Occidental, que se difundió también entre las poblaciones afro-brasileñas (Arcoverde de Freitas, 1988). *Detinha*, *Obagest dell’Axé Opo Afonjá*, en los trozos de la entrevista que cito a continuación describe cómo las madres intentaban en todas las formas posibles evitar la vacunación o reducir los efectos colaterales, frotando con limón el punto en que se hacía la inyección:

“En aquellos tiempos se hacía una vacunación con una pluma que raspaba la piel y cortaba la carne, y enseguida, se soplaban con un tubito justamente en este punto (mostrando). Dolía mucho, los niños lloraban mucho. Todo eso luego se transformaba en una herida llena de pus, una herida fea. Muchas madres no querían, escondían a sus niños, o bien, cuando el personal sanitario se daba la vuelta, frotaban a los niños con el limón. Pero cuando la vacuna hacía efecto, la persona no se enfermaba de viruela. Pero, quien se oponía a la acción de la vacuna, podía enfermarse. A ese punto, Salud Pública llegaba, cogía a la persona y la llevaba a un hospital de aislamiento”.

Es pues importante resaltar el temor que la población tenía de las prácticas de vacunación contra la viruela y las formas de rechazo que eran practicadas para impedir la vacunación. Así continúa, en efecto, diciendo *Detinha*:

D. “Antaño, cuando yo era niña, la gente por falta de conocimientos, cuando había una enfermedad como la viruela, ocultaba a sus hijos para que no fueran vacunados. Había otros que se cubrían de hojas de banano, porque los vestidos se pegaban a la piel; había otras que quedaban con el cuerpo completamente deformado. Hoy, que por suerte la vacunación es obligatoria, casi no se ve nada de eso<sup>44</sup>. Pero, en mi época, vi a muchas personas salir a la calle con los *tabuleiros* pidiendo misericordia a Omolu con *pipoca*, con todo para poder lograr una curación, haciendo todo eso incluso en sus propias casas. Ellos querían curar a su gente a través de la fe, porque pensaban que todo eso era responsabilidad de Omolu. Sobre todo las personas

que tenían esa religión. Un católico no intentaba curar por medio de todo eso, pero toda aquella generación del *candomblé* curaba a los enfermos precisamente con las cosas que Omolu decía, ellos jugaban a los búzios<sup>45</sup> y lo que Omolu decía que había que hacer, se hacía”.

A. C. Por ejemplo, ¿qué decía *Omolu* que debía hacerse?

D. Ordenaba que se hiciera un baño de pipoca, que se recogieran las hojas de plantas especiales que crecen en los árboles como parásitos, y que son hojas suyas y así se bañaban; a veces ordenaba que se hicieran inhalaciones de vapor con siete tipos diferentes de hojas. Y así es como eran curadas las personas, en esa época era así. Aún hoy, cuando aparecen diferentes casos de enfermedades de la piel, las personas deben pedir misericordia a Omolu. Es él quien cuida de todo eso y si el Olorum lo permite, es él quien cura. Es inútil llamar a Xangó, llamar a Ogum, llamar a Oxossi, porque el mismo Oxossi, el mismo Xangó, el mismo Ogum, deben pedir eso al propio Omolu. Omolu cura, hijo mío, ¿no es cierto?”

Prácticas de aislamiento, de inmunización, de control de las epidemias, se contituyeron y desarrollaron en Bahía con el mismo ritmo de los mecanismos de resistencia de la población, en algunos casos de aceptación y consenso, en otros de relación estrecha con divinidades como *Omolu*, dentro de procesos de sobreposición, combinación, multiplicidad de elementos distintos entre sí.

## Conclusión

El concepto de enfermedad contagiosa, para los miembros del *candomblé*, está asociado con la figura de *Omolu*. Las enfermedades como la viruela, la varicela, la lepra, el sarampión, la peste, la rubéola están ligadas a esta divinidad y evidencian, muchas veces con manifestaciones cutáneas, el estrecho lazo existente. En la manifestación de la enfermedad se establece una relación analógica entre las heridas divinas y las lesiones cutáneas, entre el carácter contagioso de la enfermedad de lo divino y la transmisibilidad a los humanos. Intenté evidenciar la multivocalidad, la polisemia de lenguajes distintos, refiriéndose a los discursos sobre la enfermedad que se cruzan, se sobreponen, produciendo múltiples formas interpretativas. Es interpretación común, por ejemplo, que el episodio de enfermedad se deba a un castigo, dado por la debilidad del individuo en el caso de que éste desobedezca algunas prohibiciones o reglas sociales. Esta interpretación es frecuente entre los miembros de los *terreiros de caboclo*, pero no es aceptada por todos: hemos visto que, en los *terreiros jeje-nagô*, se considera que la divinidad no castiga a sus hijos. Analizando tres diversas expresiones del *candomblé* de Bahía, intenté evidenciar las múltiples formas interpretativas que se cruzan produciendo formas de polisemia y multivocalidad.

## Notas

- 1 Religión afro-brasileña que proviene de diversos grupos étnicos del África Occidental: los *Jeje* del Dahomey (actual Benin) y los *Yoruba*, que comprenden a los Keto, los Ijexá, los Nagô y los Ojó, de los cuales deriva el *candomblé jeje-nagô*, y los *Bantú*, de los cuales deriva el *candomblé de Angola*. El *candomblé* debe distinguirse de otros cultos existentes, como el *umbanda* o el *espiritismo*, que no serán tomados en consideración en este artículo. Para profundizar este tema, véase (FIGGE H. H. 1975; PRESSEL, Esther, 1977; MONTERO P., 1985).
- 2 Estos distintos contenidos han sido analizados en un proyecto de investigación titulado *Esperiência y Subjetividade: a construção narrativa da doença em famílias urbanas de Fortaleza y Salvador*, y realizado en Salvador y Fortaleza, con la colaboración de la Escuela de Salud Pública de Ceará. La investigación fue financiada en el ámbito del Proyecto Noreste 2, del Banco Mundial.
- 3 Divinidad del *candomblé* ligada a las enfermedades de la piel y a aquellas contagiosas.
- 4 Un análisis del léxico permite sacar a luz la polisemia presente en los distintos heterónimos utilizados para expresar el nombre de *Omolu*. *Omolu* significa “Hijo del Señor” y *Obaluaié*, “Rey, Señor de la Tierra” (FATUMBI VERGER P., 1992). Estos dos nombres designan a la misma divinidad, pero en algunos cuentos míticos, en los discursos populares y la literatura antropológica, indican dos representaciones de la misma divinidad (CARNEIRO E., 1948), una más joven, *Obaluaié*, y la otra más vieja, *Omolu*.

- 5 Son definidos como *terreiros de candomblé de caboclo*, aquellos espacios y formas religiosas afro-brasileñas caracterizadas por la presencia de divinidades autóctonas, de raíz indígena, los *caboclo*, así como de innumerables elementos simbólicos y rituales de tipo sincrético, ausentes o por lo menos presentes de forma reducida en el *candomblé* tradicional *jeje-nagô*.
- 6 Se trata de los responsables religiosos de las casas de culto, en español, “Madres y Padres de Santo”.
- 7 Se trata de aquéllos que entraron a un proceso de iniciación.
- 8 El *terreiro* constituye el espacio ritual en que se realizan las ceremonias religiosas en honor de las divinidades llamadas *Orixá*.
- 9 El *terreiro* fue fundado por *Mãe Aninha*, Eugenia Ana dos Santos, reproduciendo elementos rituales importantes presentes en el reino de *Oyó*, en Nigeria. El último antepasado mítico del reino de *Oyó*, antes de su destrucción, probablemente en 1839, era *Afonjá*, descendiente directo del linaje de la divinidad *Xangó* (Tavares I., 2000). El nombre *Ile Axé Opo Afonjá* sirve entonces para indicar que se trata de la casa de *Xangó* (*Ilé* = casa, *Axé* = fuerza vital, energía mítica; *Opo Afonjá* = el último *Xangó* vivo antes de la destrucción de *Oyó*).
- 10 Se trata de ritos realizados con fines mágico-religiosos, consagrados a *Exu* y caracterizados por ofrendas, con frecuencia alimenticias, que son dejadas en las encrucijadas de las calles.
- 11 Pipoca: es llamada así por ser la forma onomatopéyica de pic-poc, el chisporroteo de los granos de maíz expuestos al calor. Es llamada también flores de *Omolu* y *doburu* y comparada impropriamente con el canguil. En realidad se trata del maíz sin sal y tradicionalmente hecho estallar en la arena.
- 12 *Omolu* es una de las numerosas divinidades llamadas *orixá* y veneradas en el *candomblé*.
- 13 El término *jeje* indica a uno de los grupos *fon* de Dahomey, en estrecho contacto con las poblaciones *yoruba*. El término *nagô*, en cambio, es usado por las poblaciones *fon* del actual Benin (en el pasado Dahomey) para llamar a los *yoruba*. Un sincretismo mítico religioso entre grupos *jeje* y *nagô* ya existía en el Dahomey antes y durante el período de la esclavitud y llegó a ser el modelo que caracterizó los más conocidos *terreiros* de Bahía (CAPONE S., 1999; COSTA LIMA V., 1977).
- 14 Aquí existe una fuerza divina, sólida.
- 15 El *tabuleiro* es una plancha de madera muy característica que las bahianas llevan sobre la cabeza y colocan en el suelo poniendo encima sus productos para vender (generalmente alimentos preparados en la casa).
- 16 *Orixá* ligado a las artes manuales y los instrumentos de hierro.
- 17 Cetro real constituido por un conjunto de nervios de las hojas de palma atadas juntas en forma de cepillo y decoradas con caracoles, y pequeños zapallos que contienen los polvos y los remedios (FATUMBI VERGER P., 1993).
- 18 El vestido sagrado, constituido por la *palha da costa*, o sea, rafia africana.
- 19 El cetro de *Naná*.
- 20 Tambores usados en el *candomblé*.
- 21 Instrumentos rítmicos de metal.
- 22 Siempre para subrayar las diferencias profundas que existen entre las distintas tradiciones y prácticas religiosas en el *candomblé* debe llamarse la atención sobre el libro de Raul Lody que, al contrario, se titula justamente así: *Santo também come* (El santo también come) (LODY R., 1998). Vamos a ver una discusión más detallada de estas diferencias en el capítulo 3. 1.
- 23 Lugar conocido en todo Brasil por ser la ciudad natal de Caetano Veloso.
- 24 Significa que entró en un proceso de iniciación.
- 25 La posición que uno ocupa es muy importante en la jerarquía religiosa. El nuevo iniciado, *iyaô*, después de siete años pasa a la etapa siguiente, la de *ebomi*. Éste, cuando recibe el *deka* (ceremonia que simboliza su independencia de la *Iyalorixá*) puede entonces abrir una nueva casa de culto que quedará relacionada con el *terreiro* de origen (CAPONE S., 1999).
- 26 Asistente directa de la *Iyalorixá*.
- 27 Al terminar el proceso de iniciación se cortan completamente el pelo. Los iniciados permanecen totalmente con la cabeza rapada.
- 28 La entidad, a través de la persona poseída, toca con las manos el cuerpo de otra persona, anulando aquellos efectos negativos que ésta pudiera haber recibido anteriormente. Generalmente, al terminar la fiesta ritual, se forma una cola de gente que pide poder recibir el *passe* por parte de la entidad.
- 29 Sesiones de consulta terapéutica llamadas también de *caridade*.
- 30 Como lo vimos anteriormente, se trata de un heterónimo de *Omolu*, muy utilizado.
- 31 Curanderas tradicionales que fundan el acto terapéutico en los ritos de oración.
- 32 Detención de la salida de orina.
- 33 Pudiera haberse tratado de un síndrome nefrósica, grave enfermedad renal.
- 34 Salón en el que se realizan las fiestas rituales.
- 35 Se trata de una práctica que se da en todos los *terreiros*.

- 36 En este proceso no faltan los elementos de inversión —el que produce la enfermedad tiene el poder de producir la curación a través del contacto físico—, como lo observó Carneiro en el ensayo titulado *Medico dos Pobres* (1991 [1936]).
- 37 Se trata de la *palha da costa*, la rafia africana.
- 38 Lugar y receptáculos donde se colocan los elementos consagrados que representan al *Orixá*.
- 39 Lugar consagrado en que residen los *assentos* de los *orixá*.
- 40 Se trata del lunes (*nota AC curador*).
- 41 Rituales fundamentales, preceptos básicos del sistema litúrgico.
- 42 En una noche de abril de 1996, yo había participado en la ceremonia de *axexé* para recordar la muerte de Pierre Fatumbi Verger. Había llovido mucho esa noche imposibilitando cualquier desplazamiento para volver a la casa y, al día siguiente, temprano por la mañana, *Mãe Estrella* me contó esta historia.
- 43 El *Gantois* es otro famosísimo *terreiro jeje-nagô* de Bahía.
- 44 La viruela desapareció en 1978.
- 45 Se trata del *jogo de búzios*, o sea, del juego con las conchas, las llamadas cáuris, usadas en los procesos adivinatorios en el *candomblé*.

## Bibliografía

- AMADO Jorge  
1995 *O Compadre de Ogun*, Editora Record, Rio de Janeiro.
- ARCOVERDE DE FREITAS  
1988 *Histórias da Peste e de outras Endemias*, Rio de Janeiro, PEC/ENSP.
- AUSTIN John L. (1987 [1962])  
*Come Fare Cose Con le Parole, Edizione italiana a cura di Carlo PENCO e Marina SBISÀ, [ediz. orig. How to Do Things with Words, 1962], Casa Editrice Marietti, Genova.*
- CAPONE Stefania  
1999 *La quête de l’Afrique dans le candomblé*, Karthala, París.
- CAPRARA Andrea  
1994 *Les interprétations de la contagion; Représentations et pratiques chez les Alladian de la Côte d’Ivoire*. Tesis de doctorato, Université de Montréal.
- CARNEIRO Edison  
1986 *Candomblés da Bahia*, Editora Museu do Estado da Bahia, Salvador (BA), Brasile. [1948].
- CARYBÉ  
1993 *Os Deuses Africanos no Candomblé da Bahia*, Editora BIGRAF, Salvador (BA), Brasile.
- COSTA LIMA, Vivaldo  
1977 *A família-de-santo nos candomblés jeje-nagôs da Bahia: um estudo das relações intra-grupais* tesis de Master in Scienze umane, Universidade Federal da Bahia, Brasile.
- DE AZEVEDO S. Stella MARTINS Cleo  
1988 *E daí aconteceu o encanto*, Axé Opo Afonjá, Salvador, Bahia.
- DE AZEVEDO S. Stella  
1995 *Meu tempo è agora*, Projeto CENTRHU, Curitiba.
- DENZIN Norman K.  
1997 *Interpretive Ethnography. Ethnographic Practices for the 21st Century*, SAGE Publications, Thousand Oaks, California.
- DIAS GOMES, O.  
1987 *Pagador de Promessas*, Editora Bertrand Brasil S. A., Rio de Janeiro.
- DOMERGUE-CLOAREC Danielle  
1986 *Politique coloniale française et réalités coloniales: la santé en Côte d’Ivoire 1905-1958*, Association des Publications de l’Université de Toulouse-Le Mirail, Toulouse.
- DOS SANTOS Deoscóredes Maximiliano  
1988 *História de um Terreiro Nagô*, Editora Max Limonad, São Paulo. [1962].
- DOS SANTOS José Félix, NÓBREGA Cida Curatori  
2000 *Mãe Senhora, saudade e memória*, Corrupio Edições.

- ELBEIN DOS SANTOS Juana e DOS SANTOS  
 1968 Deoscóredes Maximiliano “The *Iko at Obaluayê’s Possession Rites in Bahia*. Colloque International sur les Cultes de Possession, Paris.
- ELBEIN DOS SANTOS Juana  
 1986 *Os Nagô e a morte*, Vozes, Petropolis. [1968].
- ELBEIN DOS SANTOS Juana (Curatrice)  
 1997 *Ancestralidade africana no Brasil. Mestre Didi 80 anos*. SECNEB, Salvador Bahia.
- FATUMBI VERGER Pierre  
 1992 *Orixás, os Deuses Iorubas na Africa e no Novo Mundo*, Corrupio, São Paulo. [1981].
- FATUMBI VERGER Pierre  
 1993 “Orixás da Bahia”, in Carybé *Os Deuses Africanos no Candomblé da Bahia*, pp. 203-233 Editora BIGRAF, Salvador: (BA), Brasil.
- FIGGE H. H.  
 1975 “Spirit Possession and healing cults among the Brazilian Umbanda.” *Psychotherapy and Psychosomatics* 25, 1-6, pp. 246-250.
- FOUCAULT Michel  
 1972 *Histoire de la folie à l’âge classique*, Éditions Gallimard, Paris.
- LODY Raul  
 1998 *Santo também come* Pallas Ed., Rio de Janeiro.
- MARTINS Cléo, LODY Raul Curatori  
 1999 *Faraimará –O Caçador traz Alegria. Mãe Stella, 60 Anos de Iniciação*. Pallas, Rio de Janeiro.
- MONTERO Paula  
 1985 *Da doença a desordem. A magia na Umbanda*, Edizioni GRAAL, Rio De Janeiro.
- PEILERT A, NORBERG A & ASPLUND K.  
 2000 “From a psychiatry ward to a home-like setting: the meaning of caring as narrated by nurses”. *Journal of Clinical Nursing*, 9, pp. 689-700.
- PESSOA DE BARROS J. F.  
 1993 *O segredo das folhas. Sistema de Classificação de Vegetais no Candomblé Jêje-Nagô do Brasil*. Editora Pallas, Rio de Janeiro.
- PORTO Nuno  
 1993 “A Noção de pessoa na experiência religiosa: interpretação de ex-votos fotográficos”, in Fraguas Fraguas A, Fidalgo Santamariña X. A. Gonzáles Reboledo X. M. Coordenadores, *Romarias e Peregrinacións*, pp. 143-165, Simposio de Antropoloxía, Consello da Cultura Galega.
- PRESSEL Esther  
 1977 “Negative Spirit Possession in Experienced Brazilian Umbanda Spirit Mediums”, in Vincent Crapanzano and Vivian Garrison, Cur. *Case Studies in Spirit Possession*, pp. 333-364, John Wiley and Sons. New York.
- RAMOS A.  
 1934 *O Negro Brasileiro*, Civilização Brasileira, Rio de Janeiro.
- RODRIGUÉ Emilio  
 1991 *Gigante pela própria natureza*, Editora Escuta, São Paulo.
- TAVARES Ildásio  
 2000 *Xangô* Pallas, Rio de Janeiro.
- TURNER Victor  
 1977 *Comments and Conclusion*, pp. 276-295, in Barbara BABCOCK (curatrice) *The Reversible World. Symbolic Inversion in Art and Society*, Cornell University Press, Ithaca y London.



*Ritos afro-católicos en la iglesia de São Lázaro  
(Foto de María Caputo).*



*Ritos afro-católicos en la iglesia de São Lázaro  
(Foto de María Caputo).*



*Ritos afro-católicos en la iglesia de São Lázaro  
(Foto de María Caputo).*



*Terreiro de Candomblé de María das Neves  
(Foto: Claudia Brito).*



*Terreiro de Candomblé de Maria das Neves  
(Foto: Claudia Brito).*



# CONCEPTOS Y CLASIFICACIONES TRADICIONALES MAPUCHE DE LA BIODIVERSIDAD VEGETAL

---

## Una investigación etnobotánica basada sobre un enfoque intercultural, participativo y aplicado al desarrollo

*Luca Citarella, Pelayo Benavides, Rosendo Huisca,  
María Lara Millapan*  
Pontificia Universidad Católica de Chile

### I. Introducción: el marco conceptual de referencia

---

323

---

El enfoque del análisis respecto al conocimiento tradicional mapuche sobre la biodiversidad vegetal, tema central del presente trabajo, se sustenta en consideraciones más amplias que sólo las del campo antropológico, botánico o etnobotánico. Se fundamenta también en una revalorización epistemológica de los modelos tradicionales de construcción del conocimiento en distintas comunidades humanas, así como en los cuestionamientos a modelos cognitivos hegemónicos como únicas vías posibles de validación del saber.

A partir de los modelos imperantes en la modernidad en occidente, en la que la representación de la realidad era posible, como referente objetivo y verdadero, se generó un barrido de contenidos y formas tradicionales de conocimiento, en diversas áreas, mediante procesos acelerados de colonización. En la medida que existía un modelo –y sólo uno– correcto, la diversidad cognoscitiva fue progresivamente reducida y, donde fue posible, anulada para ser reemplazada por dicho modelo.

Sin embargo, desde inicios del siglo XX, en el seno de la filosofía y de la propia ciencia positiva, comenzó a desarrollarse un movimiento de cuestionamiento a la postura hegemónica acerca del acceso a una realidad externa, objetiva y “verdadera”, a partir de ciertas metodologías privilegiadas.

Los cuestionamientos progresivos desde la filosofía, influidos por Wittgenstein (segundo) y específicamente por autores dedicados a la filosofía de la ciencia, como Karl Popper, Thomas Kuhn, Paul K. Feyerabend, Imre Lakatos, etc., fueron evidenciando las debilidades estructurales y contradicciones presentes en los postulados del neopositivismo y la ciencia así denominada “dura” (Pérez, 1998). Las posturas más recientes del pragmatismo o antiesencialismo, relacionadas con el constructivismo (desde autores como Hilary Putnam y Richard Rorty) han afianzado aún más la crítica a modelos hegemónicos del conocer, en la medida que el acento se ha puesto sobre la utilidad y la adaptación, y no sobre la fiel representación de la realidad.

En el ámbito de la antropología, estas posiciones críticas se han reflejado en el nacimiento (ya a partir de finales de los setenta) del enfoque “émico” que pretende contraponerse al enfoque “ético”, que había guiado los estudios antropológicos en las últimas décadas siguiendo una óptica manejada por el

observador externo. El enfoque “émico” apunta al estudio de los fenómenos culturales, a través de la perspectiva, las categorías conceptuales y lingüísticas de los propios representantes de la cultura. Esta perspectiva, en cambio, ambiciona rescatar significados profundos, explicados e interpretados por los mismos investigadores indígenas, rescatando las categorías lingüísticas que fundamentan la cultura. Este último enfoque abre nuevas perspectivas en la investigación del saber indígena como una forma de etnociencia. Permite corregir apreciaciones etnocéntricas o sesgadas, contenidas en algunas investigaciones precedentes. Permite reconocer las potencialidades del saber tradicional como ámbito alternativo y complementario a la ciencia occidental. Permite elaborar descripciones más precisas sobre el acervo cultural tradicional, a través la aplicación más efectiva del enfoque cognitivo y de la etnociencia.<sup>1</sup>

Estas posturas intelectuales y académicas se han visto finalmente reforzadas por otras provenientes de los propios pueblos indígenas y grupos culturales afectados en sus reflexiones acerca del post-colonialismo, de autores como Franz Fanon, Linda Tuhiwai Smith y Vine Deloria, entre otros.

Uno de los cuestionamientos principales, si no el más importante, en este ámbito, es él que se refiere a la posición de los pueblos indígenas (y de sus conocimientos) como *objetos* de investigación. Se critica la postura colonialista y depredadora adoptada por la investigación académica tradicional en su relación con las culturas indígenas. En efecto, estas culturas y sus representantes han sido históricamente apartados de una reflexión activa y participativa sobre su patrimonio cultural y sometidos a un proceso de “expropiación cognoscitiva” de parte de investigadores que, al contrario, a menudo se han beneficiado (y en muchos casos han lucrado) con datos e información recopilados en contextos indígenas. Respecto a la palabra misma y sus connotaciones, Tuhiwai Smith (1999) plantea:

---

324

---

From the vantage point of the colonized, a position from which I write, and choose to privilege, the term ‘research’ is inextricably linked to European imperialism and colonialism. The word itself ‘research’, is probably one of the dirtiest words in the indigenous world’s vocabulary. When mentioned in many indigenous contexts, it stirs up silence, it conjures up bad memories, it raises a smile that is knowing and distrustful. (...)

It galls us that Western researchers and intellectuals can assume to know all that it is possible to know of us, on the basis of their brief encounters with some of us. It appals us that the West can desire, extract and claim ownership of our ways of knowing, our imagery, the things we create and produce, and then simultaneously reject the people who created and developed those ideas and seek to deny them further opportunities to be creators of their own culture and own nations.<sup>2</sup>

El cambio fundamental buscado por algunas posturas críticas es que el conocimiento acerca del acervo cultural de los pueblos originarios no esté solo en manos de investigadores externos, sino que esté bajo el “control” de aquéllos que lo han ancestralmente generado (Tuhiwai Smith 1999).

Si bien las posiciones se diversifican al respecto -desde un “exclusivismo” indígena en cierto tipo de investigación, a una visión de complementariedad intercultural de equipos-, parece haber concordancia en que en el control y regulación de dichas investigaciones participen directamente las comunidades locales, abandonando el papel pasivo que les ha tocado desempeñar en los planteamientos y metodologías de la investigación tradicional. Esto permitiría regular qué es lo que se permite investigar, revisar fundamentos y objetivos, analizar los beneficios de la investigación, reglamentando también los temas de derecho de propiedad intelectual.

Las mencionadas críticas plantean no sólo una revisión de las metodologías empleadas, protagonismos y beneficios de las investigaciones, sino también el desarrollo de una nueva mirada sobre el conocimiento indígena y a los propios métodos de construcción de dichos conocimientos, tradicionalmente anulados y deslegitimados por los enfoques científicos occidentales.

## La etnobotánica

A partir de las anteriores consideraciones, cabe señalar y analizar los acercamientos por parte del mundo científico “occidental” a los conocimientos botánicos de otras culturas. De esta manera, una disciplina en particular, dentro del campo antropológico, se ha especializado en el estudio de los conocimientos tradicionales en torno a las plantas: la etnobotánica.

A fines del siglo XIX, los investigadores del área biológica comenzaron a reconocer el estudio del conocimiento biológico tradicional como una disciplina separada; John W. Harshberger comenzó a utilizar el prefijo *ethno* para indicar el estudio de la historia natural de poblaciones “locales”. En 1896 utilizó el término “etnobotánica” en una publicación, comenzando a reemplazar términos como “botánica aborígen” o “etnografía botánica”.<sup>3</sup>

A partir del siglo XX se evolucionó desde los estudios de botánica aplicada, que se ocupaba de la utilidad de las plantas identificadas a conceptos como el de “etnociencia” en los años cincuenta y sesenta, y al de “etnoecología”, acuñado por Conklin en 1954 (diferenciando los conocimientos de la práctica, y estudiando sus interrelaciones). Dicho avance fue posible gracias al trabajo de distintos antropólogos y etnolingüistas, que se concentraron en categorías empíricas, reglas sociales, sistemas simbólicos y modos de conducta que reflejaran cómo las personas percibían el mundo natural.<sup>4</sup>

Dentro de esta línea de investigación, las organizaciones taxonómicas y las etnocategorías producidas por los mismos representantes de la cultura se tornan en objeto privilegiado de estudio, tanto en lo que se refiere a clasificación e interpretación de enfermedades, por ejemplo, como a los aspectos y fenómenos relacionados con taxonomías botánicas o zoológicas; en suma, con categorizaciones del saber en general.

De esta forma, la reconsideración de formas tradicionales de conocimiento, sobre todo de aquellas relacionadas con el mundo vegetal y animal, han seguido despertado el interés de distintas disciplinas científicas (la biología, la química), acompañándose además de nuevos acercamientos de parte de la antropología. Así, autores de renombre, como Claude Levi-Strauss (1997, 1ª Ed. 1962), Brent Berlin (1992, en WWF, UNESCO, Royal Botanic Garden KEW. *Ethnobiological classification: categorization*) y otros han profundizado en el tema y han generado un corpus de información considerable al respecto, en especial sobre las formas de clasificación de los conocimientos generados por diversas culturas. Berlin, en particular, ha tratado incluso de establecer cierto formato general, común a la forma de construir y articular etnoclasificaciones, en su trabajo titulado *Ethnobiological Classification: Principles of Categorization of Plants and Animals in Traditional Societies* (1992).

Este último tema es el que se aborda de manera más específica en la investigación etnobotánica dentro del proyecto marco denominado *Taller Intercultural*, del cual se entrega una descripción más exhaustiva a continuación.

## II. El proyecto del taller intercultural y la investigación etnobotánica

### II. 1 Contextos y objetivos

Como se hacía mención anteriormente, el proyecto en cuyo marco se genera la información aquí expuesta se denomina *Taller Intercultural*. Es una iniciativa llevada a cabo por la Pontificia Universidad Católica de Chile –Sede Villarrica<sup>5</sup>, financiada además por la Unión Europea y la ONG italiana *Crocevia*. El proyecto contempla múltiples líneas de acción que apuntan en su conjunto al estudio, análisis y aprovechamiento sostenible de los recursos naturales y de la biodiversidad presentes, con el objetivo de activar procesos de desarrollo en beneficio de los actores sociales locales.

La investigación abarca el territorio de un grupo de comunidades indígenas ubicadas en el área de las comunas de Villarrica y Panguipulli (IX y X región de Chile).

La investigación se está desarrollando en torno a tres líneas de acción:

- *Ambito botánico*: el Departamento de Botánica de la Facultad de Agronomía y Ciencias Forestales, de la Pontificia Universidad Católica de Chile, <sup>6</sup> lidera este componente, que tiene el objetivo de catastrar el patrimonio de biodiversidad del área y evaluar las potencialidades de explotación sostenible de los recursos naturales vegetales. Se pretende generar una plataforma de conocimientos para propuestas de desarrollo que apunten al aprovechamiento sostenible de estos recursos: mieles, plantas medicinales, aceites esenciales, frutales nativos y otros productos locales.
- *Ámbito cartográfico territorial*: en este ámbito se apunta a elaborar un mapeo en sistema de información geográfico que permita la visualización integral del patrimonio natural del área, las situaciones de riesgo ambiental, y, por otra parte, visualizar el capital social y cultural de las comunidades indígenas involucradas en el trabajo. La idea es poner a disposición de las comunidades locales y de la Universidad este patrimonio de conocimientos para poder mejorar la focalización de las acciones de desarrollo que se implementan en el territorio, apuntando hacia las áreas de mayor riesgo ambiental y social.
- *Ambito etnobotánico*: en este ámbito se pretende describir el conocimiento tradicional sobre plantas y recursos vegetales, intentando, por una parte, “visibilizar” un saber no reconocido por la cultura oficial, y por otra, rescatar una serie de conocimientos y tecnologías locales para el aprovechamiento sostenible de los recursos naturales vegetales.

El trabajo que se presenta continuación describe algunos alcances preliminares de esta última línea de investigación que aborda las formas tradicionales mapuche de conceptualizar y clasificar la biodiversidad vegetal, las plantas y las plantas medicinales.

*Más específicamente, se pretende:*

- Contextualizar el conocimiento sobre la biodiversidad en el marco de la cosmovisión indígena mapuche.
- Generar una taxonomía del conocimiento mapuche sobre la biodiversidad, plantas y plantas medicinales.
- Elaborar un glosario intercultural sobre plantas.
- Realizar dentro del glosario un análisis etimológico de los nombres en *mapudungun* de las plantas, en un formato matriz en el cual se reconstituyan diversos niveles de información (se adjuntan algunos ejemplos como anexos).
- Elaborar material educativo que permita una adecuada (y culturalmente pertinente) devolución del conocimiento producido a las comunidades locales, enfatizando la elaboración de textos educativos para escuelas primarias rurales.

El objetivo de la investigación propuesta es el de “*Contribuir al rescate y a la valorización de conocimientos tradicionales mapuche presentes en los territorios seleccionados a través de una investigación etnobotánica participativa, respecto de los recursos vegetales nativos e introducidos existentes y/o de relevancia para los grupos involucrados*”. Con base en lo anterior, la recopilación de información sobre conocimientos botánicos tradicionales se ha concentrado - aparte de una búsqueda bibliográfica - en datos de terreno obtenidos en la zona de *Pukura* (IX región, Comuna de Villarrica) y en la zona de *Chawra* (Chaura) (X región, Comuna de Panguipulli).

## II. 1 Aspectos metodológicos

Desde el punto de vista metodológico general; la investigación se inspira en tres principios básicos:

### 1. Investigación participativa

Un elemento prioritario de la metodología utilizada es su carácter *participativo*: la investigación contempla el involucramiento *real* de la población mapuche en todas las etapas de implementación de la iniciativa. Esto se refleja en los siguientes aspectos:

- *Negociación del proyecto con las organizaciones indígenas presentes en el territorio.*

Con el fin de generar un trabajo conjunto que respetara los intereses de las partes involucradas en distintos ámbitos, se generó un acuerdo escrito por ser firmado por las organizaciones mapuche que se involucraran en el proyecto, un acuerdo que sirviera de marco regulador a las diversas acciones que se llevaran a cabo en el proyecto.

Este acuerdo se basó fuertemente en un documento de la *WWF Internacional*<sup>7</sup>, que estipula lineamientos generales por ser considerados en la negociación de condiciones para realizar investigaciones en el campo de la biodiversidad en territorios indígenas. Se busca, centralmente, que los beneficios de la investigación no queden sólo en manos de los investigadores e instituciones, sino que se distribuyan de forma equitativa, con reconocimiento del patrimonio natural y cultural implicados; de los derechos de autor y coautoría, propiedad intelectual indígena, honorarios por servicios, devolución de información y capacitación, entre otros. Además, se formaliza un protocolo de comportamiento de los investigadores entre las comunidades locales, que promueva el respeto a las costumbres locales, así como a las áreas del conocimiento que eventualmente no quieran ser compartidas con agentes externos.

Por último, el acuerdo también basó algunos de sus fundamentos en el *Convenio de Río de Janeiro sobre la Diversidad Biológica*—el que también fue entregado a la principal organización mapuche participante—, en la medida que éste constituye un referente internacional imprescindible en la actualidad.

- *Participación de investigadores-monitores indígenas*

Un grupo de alrededor de 10 jóvenes mapuche, seleccionados por la Corporación Mapuche *Kom Kelluhayin*, está participando activamente en el proceso de desarrollo de la investigación: los monitores han desempeñado un papel fundamental en la negociación con organizaciones indígenas, la definición de los objetivos de la investigación, la identificación de los actores locales en los territorios y, por supuesto, el proceso de recopilación de datos e información.<sup>8</sup>

Otros profesionales e intelectuales mapuche (pedagogos, lingüistas<sup>9</sup>, etc.) están también realizando significativos aportes en la perspectiva de entregar el punto de vista indígena en el análisis y reconstrucción de los datos obtenidos en terreno.

- *Capacitación de los investigadores- monitores mapuches*

Los monitores e investigadores mapuche participan de un programa de capacitación—acción que tiene el objetivo de transferirles conocimientos, competencias y metodologías (en botánica aplicada, cartografía y manejo de sistemas geográficos de información, comunicación audiovisual, investigación-acción e investigación cualitativa), de manera de permitir un mayor protagonismo de los monitores en las etapas de recopilación de los datos y posteriormente de análisis y procesamiento del conocimiento para fines aplicados y de desarrollo.

## 2. Investigación-acción

El proceso investigativo tiene el objetivo prioritario de realizar una contribución a la mejora de la calidad de vida de la población. La idea es que los conocimientos generados sobre los recursos naturales vegetales, las plantas, las hierbas medicinales puedan producir un beneficio directo para las comunidades que participan de la investigación. Esto, a través de la activación de proyectos que permitan el aprovechamiento sostenible de los recursos en áreas tales como: aceites esenciales, cultivo y comercialización de plantas medicinales, frutales nativos, mermeladas y otros productos típicos del área. En el caso específico del componente etnobotánico, la idea es poder contribuir al fortalecimiento de la identidad cultural local, a través del rescate y difusión de un patrimonio de conocimientos que históricamente han caracterizado la cultura mapuche y que se encuentran actualmente en proceso de acelerada pérdida y deterioro.

## 3. Enfoque intercultural

El enfoque intercultural representa otro principio rector de la investigación: se trabaja en una perspectiva de rescate, fortalecimiento y desarrollo de la identidad cultural originaria, entendiendo esta identidad no como un modelo único y establecido en el tiempo, sino como un núcleo y un acervo cultural que actualmente vive un proceso de transformación derivado del contacto histórico con la sociedad dominante; se trabaja en torno a un concepto de interculturalidad que asume la posibilidad de cambio cultural, y que contempla también la posibilidad de que la cultura mapuche se apropie de una serie de instancias culturales que no le son propias, tales como la escritura, la formalización del conocimiento, la adopción de elementos de la tradición científica (botánica, geográfica, por ejemplo), elementos que los propios representantes de la cultura consideran necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas.

En este caso, al revés de lo ocurrido hasta ahora, el cambio tiene que ser pensado como proceso dirigido a servir al pueblo mapuche, y a proyectar su identidad y diferencia en el proceso histórico futuro.

## 4. Metodología cualitativa de investigación

El componente etnobotánico de la investigación se está llevando a cabo utilizando los procedimientos de la investigación cualitativa y las formas de recopilación de datos propias de la antropología y sus distintas subespecializaciones (antropología médica, antropología cognitiva, etnolingüística, etc.).

Se han identificado en las comunidades participantes de la investigación algunos “informantes” claves: sabios y conocedores de la cultura mapuche, con los cuales se está interactuando para la reconstitución del conocimiento local. Vale la pena señalar que este proceso se realiza respetando los tiempos y los intereses de las personas, y que a menudo estos intereses no coinciden con las expectativas y las necesidades de los investigadores externos. Otro elemento que se quiere recalcar es que existe entre las comunidades mapuche particular recelo con el tema de la “investigación”, y en particular con el hecho de compartir conocimientos vinculados con aspectos más íntimos de la cultura (el tema simbólico-religioso, por ejemplo); por otra parte, es también frecuente encontrarse con situaciones en las cuales el proceso de aculturación y contacto cultural está generando pérdida de conocimientos (como la lengua, por ejemplo), que son esenciales para dar cuenta de los elementos culturales que se pretende investigar. Ello ha implicado que, en el avance del trabajo, se tengan que tomar en cuenta todos estos aspectos y, sobre todo, la necesidad de establecer vínculos de confianza y conocimiento recíprocos entre el investigador externo y la población local.

## 5. Fuentes bibliográficas

Paralelamente al trabajo de campo, se está realizando un proceso de recopilación bibliográfica e investigación de fuentes secundarias que tiene el objetivo de dar sustento a las hipótesis y preguntas de investigación que el equipo está verificando en terreno acerca de la visión del mundo vegetal por parte de la cultura mapuche, sus categorías, nombres de árboles y plantas, etc. Las fuentes de obtención de la información han sido divididas en:

### Fuentes históricas

En este ámbito, se ha trabajado con textos en el área específica de los estudios botánicos con enfoque etnológico; el principal trabajo de Félix de Augusta, su *Diccionario Araucano*,<sup>10</sup> ha sido sometido a una revisión completa y exhaustiva, para así recopilar todos los nombres de plantas registrados -elaborándose un listado “principal”-, así como una serie de otros conceptos del *mapudungun* relacionados con la diversidad vegetal. Se seleccionó este texto principalmente por la antigüedad de sus datos, considerando la mayor probabilidad de que fuesen provenientes directamente de hablantes mapuche de ese entonces.

Así también se ha obtenido información que complementa dicho listado, del texto de Pascual Coña (transcrito y traducido por Ernesto Wilhelm de Mösbach), *Testimonio de un Cacique Mapuche*<sup>11</sup>, de los capítulos referidos a su visión acerca de las plantas y árboles de los territorios mapuche, y de los conocimientos traspasados a él por parte de sus antepasados.

Por último, se ha utilizado como base el texto que probablemente es la recopilación más completa en el ámbito etnobotánico de plantas y denominaciones mapuche, la *Botánica Indígena de Chile*, de Ernesto Wilhelm de Mösbach, trabajo editado por primera vez desde 1929 a 1936 en entregas sucesivas de la “Revista Chilena de Historia y Geografía”, aunque las versiones-ediciones posteriores se publicaron en la forma del ya mencionado trabajo de Pascual Coña.<sup>12</sup> La edición utilizada en la investigación está actualizada y ordenada a la manera de un manual botánico, con índices de nombres científicos, indígenas y vulgares.

### Fuentes bibliográficas recientes

En cuanto a las fuentes más actuales utilizadas respecto del análisis etnobotánico, se han seleccionado dos obras en particular que profundizan en las áreas cognitivas y simbólicas en torno al mundo vegetal según la perspectiva mapuche, con un respaldo de revisiones exhaustivas de otras muchas fuentes. Éstas son *Medicinas y Culturas en la Araucanía*<sup>13</sup> y *Hierarchy, Utility and Metaphor in Mapuche Botany*<sup>14</sup>; vale la pena señalar que el trabajo de taxonomías y clasificaciones etnobotánicas mapuche que se desarrolla en el presente documento se basa especialmente en el segundo estudio.

También se ha complementado información botánica con el trabajo de Hoffmann (1982/1997), *Flora Silvestre de Chile: Zona Araucana*<sup>15</sup>, el que ha sido utilizado principalmente en la elaboración del glosario de plantas que es parte del proyecto y que se describirá más adelante.

## III. La cosmovisión y el conocimiento tradicional sobre plantas y biodiversidad

Abordaremos el tema de la relación entre cosmovisión, concepción de la biodiversidad y del mundo vegetal, siguiendo tres tipos de aproximaciones:

- En primer lugar, describiendo algunos elementos de la epistemología mapuche y de la forma de construir el conocimiento de la cultura originaria.
- En segundo lugar, intentaremos situar la mirada sobre el mundo vegetal en el más amplio contexto de la cosmovisión tradicional, apuntando al estrecho vínculo entre mundo sobrenatural (*wenu mapu*) y mundo natural (*nag mapu*).
- En tercer lugar, introduciremos brevemente algunos conceptos que son fundamentales para dar cuenta de la forma holística e integradora a través de la cual la cultura mapuche se aproxima al mundo natural y al mundo vegetal.

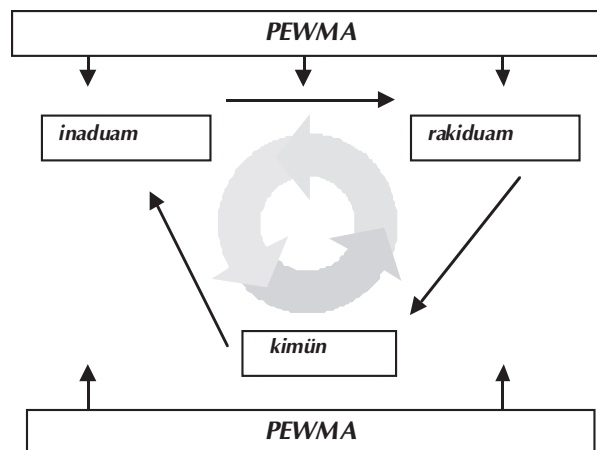
Todos estos elementos serán propedéuticos e introductorios para poder describir, en la sección siguiente, las taxonomías vegetales del mundo mapuche y la clasificación específica sobre plantas medicinales.

### III. 1 Epistemología mapuche

En primer lugar, es necesario comprender que las estructuras analíticas rígidas y jerárquicas a las que la ciencia occidental está acostumbrada, construidas por categorías cognitivas particulares que sirven a ciertos propósitos estructuralmente definidos por el método, no son parte del acercamiento tradicional mapuche a la clasificación vegetal, ni en general, son parte de la epistemología y la forma de concebir el mundo de las comunidades indígenas. Si bien existen algunos puntos en común, la flexibilidad y dinamismo presente en las así llamadas “clasificaciones *folk*” trasforma los esquemas y hace que cualquier intento por constreñirlos de manera categórica sea inadecuado y falaz.

Para llegar a la conceptualización y clasificación del mundo vegetal es necesario partir de una visión más amplia de la relación entre hombre, universo y conocimiento, y describir en particular las distintas formas y niveles del saber que reconoce la cultura mapuche. Al respecto, es importante revisar y destacar los distintos pasos y niveles que se siguen en la construcción de ciertos conocimientos.

Según explica el profesor Rosendo Huisca, originario de *Chawra* (Chaura) existen tres diferentes pasos en el proceso del “saber” en la cultura mapuche: el *rakiduam*, el *inuduam* y el *kimün*. Para llegar al *kimün* (saber, entender, conocimientos), se sigue un proceso similar a un sistema de retroalimentación, con reactualizaciones progresivas revisadas por los miembros de la comunidad; este proceso se evidencia de manera especialmente clara en todo lo que rodea y concierne al *pewün*, o reunión de toma de acuerdos. Los pasos consecutivos, que no son unidireccionales sino que cada uno alimenta también al anterior por su carácter cíclico, estarían conectados en un sistema como el siguiente:



Este sistema se vería además condicionado en cada una de sus partes por los *pewma*, los “sueños”, ligados más bien a la característica y acción de “ver”. Como fuente privilegiada de información revelada, influyen en cada instancia del proceso.

### El *rakiduam*

Como primer paso, vendría el llamado *rakiduam*, que en español se podría entender como “pensar”, “razonar”, “analizar” y/o “concluir”. La raíz etimológica del término se asocia a *rakin*, o “cuantificar”, y más específicamente provendría de *raki*, “contar”, “relatar”, sumado al término *duam*, “atención” o “atender”. De esta manera se puede tener un *rakitun*, que se entiende como la acción completa y extensa de “relatar”, uniendo un hecho con otro hecho, explicitando en el discurso una serie de razones, de fundamentos del argumento central del planteamiento expuesto. Como explica en sus palabras el profesor Rosendo Huisca: “*Si la conversación es con razón / razones, se llega a la razón*”.

Se enfatiza, además, la necesidad de entender el relato en *mapudungun*, por su carácter no exhortante o no directivo; en este sentido, se explica que un cierto tipo de mensaje en *mapudungun*, traducido al español, sonaría autoritario y por ello sería de mala educación, poco cortés, en lugar de entenderse en el plano del consejo bien intencionado o de una “sugerencia racional”, comprendiendo su ligazón con el contexto. Esto se engarza con el estatus cualitativamente diferente de la interrelación en lengua *mapudungun*, que influye incluso en la posición adquirida entre los hablantes; así, se explica que “*al hablar o decirlo en mapudungun, uno está investido de un derecho*”.<sup>16</sup>

El *rakiduam* puede también convertirse en *welun*, es decir, seguir un camino equivocado, o “errar”; esta calificación se formaliza en la instancia denominada *inaduam*, el momento de la consulta a los mayores, a los más expertos sobre los planteamientos pensados y analizados, como se detallará más adelante.

Lo ya expuesto es coherente con una de las bases metodológicas mapuche en la entrega y construcción conjunta de conocimientos, la entrega de una enseñanza a través del relato, siempre apropiado al contexto y a la persona. Esto se evidencia, como explica la profesora María Lara Millapán, en los *epew*, los cuentos que conectan a distintas generaciones con valores centrales, y también en los *piam*, “dichos” que permiten pensar, analizar, cuestionar y “ordenar el pensamiento”, es decir, que permiten el *rakiduamün*.<sup>17</sup>

### El *inaduam*

La descomposición del concepto da lugar a otros dos; *ina*, que significa “seguir”, “perseguir”, y *duam*, que, como se citaba anteriormente, significa “atención” o “atender”. Así, *inaduam* se entendería como una instancia para “consultar”, “indagar”, “dialogar” y/o “conversar”. De hecho, se podría distinguir aún mejor entre la instancia de consulta -el *inaduam* mismo- y los métodos o vehículos utilizados, a saber, el *nütram* o “conversación” y/o el *ngülam*, la “orientación” por parte de un otro significativo.

Se entiende, por tanto, como la necesaria búsqueda de fundamentos y de opinión más experta ante nuevos problemas, nuevas discusiones de asuntos variados o replanteamientos de problemáticas antiguas, entre otros. Es aquí donde, como ya se explicó anteriormente, se sancionan los planteamientos, análisis, consultas, incorporaciones novedosas, etc., como adecuadas o no, como acertadas o erradas, según el conocimiento tradicional y el parecer de los más “antiguos”.

Se constituye, entonces, como una segunda instancia de consulta (luego del *rakiduam*) a otra fuente que conoce más y generalmente cuenta con más experiencia y edad, o con competencias especiales. Dentro de éstas se puede contar a el/ la *machi*, el/la *pelon*, que se entendería como “el que ve”, a través de distintas vías, interpreta y da razones para guiar asuntos. Esto último lo puede hacer por interpretación de los *pewma* (sueños) o también a través de *werküpillü*, de un espíritu mensajero que es en-

viado a consulta. En la mayoría de los casos, la consulta, en términos tradicionales, va hacia el más antiguo; al padre, primera fuente de consulta por jerarquía y respeto al protocolo, y si no está, se consulta al *malle* (tío paterno); de lo contrario, se acude a la *pal'u* (tía paterna) u otras personas mayores.

El *kimche*, la persona que sabe, ha debido pasar por todas estas etapas, a través de muchos años, siguiendo el orden establecido que permite asegurar un conducto de múltiples etapas de análisis racional y verificación con el conocimiento tradicional acumulado.

### *El kimün*

De la forma descrita, entonces, se llega al *kimün*, al saber mapuche, al conocimiento sancionado, atesorado y conservado por generaciones, revisado y renovado en ciertos aspectos a través de este proceso que involucra a múltiples personas, grupos y comunidades. Este conocimiento se da en la repetición de los hechos, en el recuerdo de acontecimientos y conversaciones, actualizándose el *kimün*.

Cuando no se reactualizan los conocimientos tradicionales, se abre el espacio para el *ka dungu*, u otras formas de realización de las cosas; el *ka mongen*, otra forma de vida; el *ka rakiduam*, u otras formas de pensamiento. Éstas se pueden relacionar con el *ngoyman*, es decir, con el pensar de forma equivocada, errar a nivel cognitivo, y con el *welun*, que es la equivocación en su expresión observable; este tipo de equivocación no es simple o no intencionada, sino que se deriva de un quiebre respecto a la manera correcta de hacer las cosas. Así se entiende, por ejemplo, el *welu dungun*, como la manifestación verbal de una impertinencia y/o imprudencia.

Es importante recalcar que se derivan consecuencias del *welu*, muchas veces asociadas a la salud, producto del quiebre de un equilibrio mantenido por mecanismos tradicionales como los ya aludidos. Existe al respecto una consideración especial frente a la actitud de apertura o cierre que tenga el individuo respecto del *ngülam* de sus mayores cercanos, de sus amigos y familiares. Aquél que es presa del individualismo, que no se encuentra abierto a generar *rakiduam* con otros, a abrirse a sus consideraciones y a seguir el ciclo tradicional expuesto -que fundamenta y se fundamenta en el *kimün*- se arriesga a equivocar su camino, a desequilibrar su propia vida y la de sus relaciones cercanas.

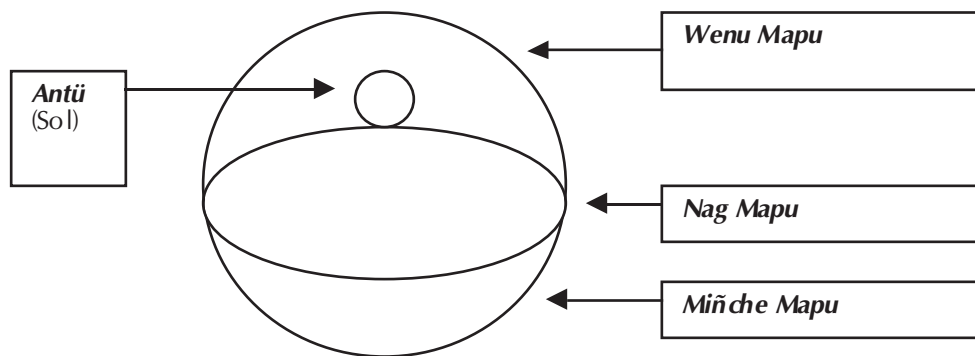
Parte importante del proceso de reactualización del *kimün*, por tanto, es el *tukulpan* o *konumpan*, conceptos que aluden a “hacer entrar”, incorporando algo casi físico a uno mismo, como metáfora del recordar. Es la repetición de lo dicho, enseñado y/o entregado por los antepasados, que sirva de base de cotejo y comparación frente a nuevos asuntos que involucren a la comunidad, a las familias, sobre todo en el plano de la ritualidad; de esta forma, la innovación o incorporación de nuevos elementos culturales se realiza a través de este proceso, pero después de repetidos ciclos de análisis y comparación<sup>18</sup>.

Por último, es importante destacar que esta manera tradicional de construir los conocimientos, de mantenerlos y también de modificarlos, no se encuentra en ningún momento desconectada del marco de referencia de la cultura mapuche, que condiciona y determina sus dinámicas, así como sus elaboraciones a través del tiempo.

## **III. 2 Cosmovisión mapuche**

La cultura mapuche concibe el mundo como dividido en tres dimensiones. Existe el *Wenu Mapu* (o mundo de arriba), mundo espiritual donde viven las divinidades, los espíritus ancestrales y espíritus auxiliares positivos. En el *Wenu Mapu* vive también la familia divina (*Kuse*: anciana; *Fucha*: anciano; *Ülcha*: joven mujer; *Weche*: joven hombre), así como el gran espíritu denominado *Ngenechen*. El cielo tiene una connotación positiva, asociados a los colores blanco, amarillo (y en particular n. d. r.) y al azul. Según la percepción más generalizada, la dimensión del mal o *Minche mapu* (mundo de abajo) es el revés del *Wenu mapu*: está asociado a los muertos, a los malos espíritus, a los colores rojos y negros y la actividad volcánica.

La dimensión terrestre (*la tierra central*)<sup>19</sup> o *Nagmapu (mapu)* donde viven y trabajan los mapuche es el escenario donde se desenvuelve la vida cotidiana y el espacio de encuentro y confrontación entre el bien y el mal, la salud y la enfermedad, lo propio y lo foráneo<sup>20</sup>. Según Marileo, esta dimensión está representada simbólicamente en el *Kultrung* (el tambor ritual de la/el *machi*) y se divide en 4 partes: el *Puel Mapu* (la Tierra del Este), el lugar donde nace el Sol, hacia donde rezan las/los *machi* y las autoridades de la comunidad y que tiene una connotación benéfica asociada a la fertilidad, la abundancia y a los espíritus positivos; el *Willi Mapu* (la tierra del Sur), asociada a vientos benéficos y a la salud; el *Piku Mapu* (la Tierra del Norte), relacionada con los vientos malignos y la llegada de los españoles; el *Lafken Mapu* (la Tierra del Oeste), que tiene una connotación negativa asociada al lugar de los muertos y de los espíritus malignos.



Un elemento de fundamental importancia es entender que, desde el punto de vista de la cultura mapuche, estos niveles del mundo no son ámbitos estáticos, separados, sino que existe una constante interacción entre las tres dimensiones del mundo. Esta interacción es la que genera la vida entre los hombres, la naturaleza, así como entre las plantas y el mundo vegetal.

Nuestros antepasados y nuestros ancianos conciben al hombre como parte integrante de la naturaleza e interrelacionado con todos los elementos que los rodean. Debido a lo anterior el hombre mapuche es muy respetuoso de la naturaleza: pide permiso y agradece al Mapu-Kuse- Fucha, luego coge sólo lo que necesita, lo justo y necesario (un animal, pájaro, árbol, plantas medicinales, etc.). Utilizando el habla de la tierra, de los animales, del bosque, de los insectos, de los ríos, del viento, de la lluvia y de la vertiente, del amanecer y del anochecer, nuestro pueblo creó sistemas de comunicación: un modo de dialogar, de comunicar, de recibir y transmitir mensajes: creó entonces lo que llamamos hoy el mapudungum, literalmente el “habla de la tierra.”<sup>21</sup>

Una de las nociones más características de la cultura mapuche (así como de la gran mayoría de los pueblos indígenas latinoamericanos) es que el universo y la naturaleza están organizados sobre la base de dicotomías. Efectivamente, los mapuche categorizan el cosmos en términos de unidades opuestas y complementarias. La naturaleza y los hombres existen en la dualidad y a su vez la contienen (bien y mal; derecha-izquierda; hombre –mujer; mundo natural– mundo sobre natural; fresco-cálido; salud-enfermedad, etc.). Esto repercute en la conceptualización del mundo natural y vegetal, donde también encontramos unidades de estas características: por ejemplo, en la categorización de las plantas frescas y cálidas. Ambas realidades no pueden ser separadas, y es a la luz de esta perspectiva que hay que dispo-nerse a analizar también la categorización del mundo vegetal entre los mapuche.

### III. 3 Conceptos holísticos e integradores sobre plantas y biodiversidad

En esta sección queremos introducir algunos conceptos que, desde nuestro punto de vista, son fundamentales para entender el conocimiento mapuche del mundo natural vegetal, las plantas, las plantas medicinales. Ellos se expresan en *la palabra oral*, los *epew*, los relatos que los ancianos transmiten a los niños y las nuevas generaciones.

Según Elikura Chihuailaf (1999), el sentido de totalidad del mundo característico de la cultura mapuche nace de la “complicidad” e integración del hombre con el mundo de la naturaleza: las plantas, las flores, los árboles, las nubes, y los animales presentes en él.

Desde la perspectiva mapuche, cada árbol, flor, fruto, raíces, animales, cada ser existente es sagrado. Es por ello que se pide permiso antes de ingresar y se extrae sólo lo que se va a ocupar. Es una manera de vivir ordenados en el tiempo, en el espacio, en el entorno, buscando siempre el equilibrio y la armonía.

De esta integralidad del mundo (*Wenu mapu- Nagmapu, Minchemapu*) nacen también los principales elementos que componen la naturaleza y que presentamos a continuación:

#### *Itrofil Mogen*

El *Itrofil Mogen* puede ser traducido en el mundo contemporáneo y científico como el equivalente de *biodiversidad*. Según Chihuailaf (1999), se distingue en él tres raíces: *Itro*, que indica la totalidad sin exclusión; *Fil*, que indica la integridad sin fracción, y *Mogen*, que significa la vida y el mundo viviente

---

334

---

“En su totalidad el concepto *Itrofil Mogen* se refiere al conjunto del mundo viviente, comprendiendo e insistiendo en su unidad y su equilibrio. Para nuestras comunidades ese concepto es al mismo tiempo la biodiversidad y la biosfera, sin limitarse sólo a consideraciones de orden natural. Así el concepto es ligado el medio ambiente comprendiendo en sus dimensiones físicas, sociales y culturales, ya que nosotros los mapuches nos consideramos parte integrante de toda la naturaleza.”<sup>22</sup>

#### *Mawida/Mawidantu*

Es un lugar sagrado mapuche donde existe un bosque tupido y a la sombra. Es un conjunto de árboles, plantas, flores, animales, aves, insectos, entre muchos otros seres de la naturaleza. Es el lugar donde se extraen gran parte de los remedios (*lawen*) ya sean plantas, flores, raíces o minerales. Se debe ingresar en él considerando la posición de las energías que fluyen según el tiempo y según el espacio del día, pidiendo antes permiso a los *Ngen Mawida*, hablando con pleno respeto el idioma de la tierra sin olvidar de recompensarle.

#### *Ngen*

En los espacios sagrados, habita la familia originaria, las energías, *pillüs*, existen los *Ngen* dueños y los *Alwes* (espíritus de los antepasados).

#### *Ngen mawida*

En cada río, cada vertiente, en cada bosque, en cada lugar sagrado, para el mapuche existe un *Ngen*; es decir, un dueño de ese lugar. Una fuerza, un espíritu que resguarda y transmite su energía (po-

sitiva o negativa, según el comportamiento del hombre). Él hará realidad nuestros sueños si sabemos llegar a él; de lo contrario, enfermará nuestro ser. Los mayores aconsejan andar con respeto en el *mawida* y cerca de los lugares sagrados, no andar a gritos, no correr por cualquier parte, para no interrumpirlos.

### *Aliwen*

Es el árbol vivo, antiguo, que tiene raíces profundas en la tierra y puede conectar al hombre con el cielo y los niveles superiores del Universo

### *Foye*

Es uno de los árboles que se ubica en el *rewe* y que conecta a la persona mapuche con las dimensiones del universo, ya que sus raíces se hunden en el *Minche Mapu* debajo de la tierra y sus ramas más altas alcanzan el *Wenu mapu* (tierra de arriba), lugar donde se manifiesta la divinidad. Sus propiedades absorben aquellas energías negativas que enferman el hombre o a la mujer mapuche, ya sea niño, joven, o adulto.

### *We tripantu*

Es literalmente *la nueva salida del sol* (*We*: nuevo; *Tripantu*: salir; *Antü*: sol). El comienzo del ciclo anual de la tierra que comienza con la lluvia que purifica la tierra para la renovación de la naturaleza y luego los brotes de las plantas, el inicio de los nuevos sueños o sembrados.<sup>23</sup> Es la fecha en que se produce la noche más larga del año y el inicio de las lluvias más intensas, que coincide con el nuevo ciclo de producción y de conversación con la tierra. En el *We Tripantu* los hombres se bañan en el agua para simbolizar la unión con el nuevo ciclo vital. En el transcurso de la mañana, cada cual se da el tiempo para salir a caminar por el campo y encontrarse con la naturaleza: la gente de la comunidad, el agua, los bosques, los pastos, las plantas, los pájaros y las nubes.

### *Lawen*

Son los remedios dejados por las divinidades a los hombres para salvaguardar la vida y combatir la enfermedad. Cada *lawen* posee *pullü*, una fuerza, un espíritu que le otorga el don de curar. Los *lawen* pueden ser plantas, raíces, cortezas, minerales, helechos. Tienen propiedades medicinales y también propiedades simbólicas y espirituales. Algunas plantas son reveladas a las/los *machi* por *pewma* (sueños) donde los espíritus auxiliares sugieren el paquete de remedio por utilizar.

“Para hacer que mis enfermos mejoren, hago un tratamiento, yo oro. Chau Dios me dice lo que debo hacer. Yo hago remedios de hierbas. Algunos remedios los aprendí cuando niña. Los más poderosos Chau Dios me los enseña en los sueños.”<sup>24</sup>

### *Pewen*

Es el árbol sagrado de los *pewenche*. Se instala al centro del *rewe* y del espacio del *nguillatun* para permitir la comunicación con los dioses. Así mismo, el *pewen* representa la base de la cultura material del pueblo *pewenche*. Los frutos del *pewen* (*nguillío*) permiten la sobrevivencia de las comunidades: el

*nguillio* (piñón) se come, se cocina, se tuesta y se transforma en harina y se conserva. Durante las veranadas los frutos son recogidos, pidiendo permiso a los *ngen*, y son conservados para los duros períodos de invierno.

### **Rewe**

Es el espacio sagrado, de la pureza, donde la/el *machi* instala su tronco (de canelo, laurel o *pewen*) y donde se realiza la comunicación y conexión con los dioses y el mundo sobrenatural.

### **Pewma**

Son los sueños, aquéllos donde se reproduce y se representa la vida. Es a través de ellos que se reciben los mensajes, consejos y orientaciones de los espíritus de los antepasados, con el fin de recuperar el orden de la persona y la tierra. A través de los sueños las personas se pueden enfermar y los mismos sueños pueden indicar a la persona (o a los médicos tradicionales) el camino de la sanación, sugiriendo remedios y plantas con las cuales curarse. A través de ellos es la cultura que habla, otra cara de la realidad donde *Ngenechen*, los antepasados, los miembros de la familia (vivos y muertos) interactúan en un mundo tan verídico como el de la vigilia.<sup>25</sup>

## **IV. Clasificaciones y taxonomías vegetales mapuche**

### **IV. 1 Aspectos generales**

En la fase preliminar de la investigación, la actividad se ha concentrado en comparar y cotejar los datos sobre clasificación general “tradicional” de los vegetales desde la perspectiva mapuche, expuesta principalmente en el trabajo de Juan Carlos Gumucio (1999), con aquéllos que se han obtenido en terreno y de otras fuentes bibliográficas. Al respecto, el autor explica en una nota introductoria:

This taxonomy is based on earlier studies for example Moesbach (1992) and Gunckel (1960). An important consideration has been to integrate into the taxonomy the way in which knowledge of plants and their names are actually expressed. The various ways in which plants are named is discussed as an important basis for how plants are connected to other aspects of reality.<sup>26</sup>

Es importante destacar el hecho de que Gumucio (1999) advierte a través de su estudio sobre el riesgo de traslape de visiones y enfoques respecto de la biodiversidad vegetal; señala, es decir, la facilidad con que la visión occidental puede sobreponerse a la forma tradicional de ordenar el conocimiento botánico, llegando a sesgar en extremo los datos entregados por informantes o encontrados en fuentes bibliográficas.

Gumucio (1999) resume la visión general de las categorías tradicionales mapuches del mundo vegetal en el siguiente cuadro:

**Cuadro 1: Arreglo esquemático de la taxonomía botánica mapuche<sup>27</sup>**

Aliwen		Árboles como trasfondo
<i>Kachu</i>	<i>Kuri</i> <i>Ñocha</i> <i>Ñadi</i> <i>Troltro</i> <i>Küla, Koliu</i> & otros taxones genéricos Taxones específicos	Ortigas Juncos Cañas Cardos Bambú
<i>Foki</i> <i>Ampe</i> <i>Poñ poñ</i> <i>Kallampa</i>		Enredaderas/ trepadoras Helechos Musgo Hongos

Gumucio (1999) afirma respecto a este ordenamiento que las categorías tradicionales principales se limitan más bien a los *foki* y a los *kachu*, como más distintivas. Sin embargo, reconoce que a través del tiempo y producto del contacto con los esquemas occidentales, otras categorías podrían haberse reordenado en un esquema más amplio.

Según el autor, la clasificación general es amplia y no muy ramificada, de la que se desprende un número considerable de taxones genéricos que, en general, coinciden con géneros distinguidos por la ciencia occidental. Se derivan como taxones monoespecíficos, partiendo directamente desde los niveles de “formas de vida” (Gumucio, 1999).

Como aspecto final a destacar por parte del autor, los informantes no parecieron interesarse mayormente por un esquema unificado y jerárquico de ordenamiento de las plantas, distinguiendo grupos y derivaciones. Más bien mostraban un interés particular por discutir los nombres y tipos de plantas según su conexión con otros elementos de la naturaleza (los animales, por ejemplo), así como asociaciones a su riqueza y cambios permanentes (Gumucio, 1999).

A este respecto, en el trabajo realizado en terreno para la presente investigación, también se encontró, en general, escaso interés por los ordenamientos jerárquicos y sistemáticos de los vegetales, si bien se reconocían grandes grupos como los *foki*, *kuri*, etc. La excepción fue, sin embargo, la sistematización encontrada en torno a los árboles, sobre todo en su aspecto material-práctico, la cual se explicará posteriormente.

El acercamiento a la información sobre los vegetales partía en la mayoría de los casos por el nombre particular de una especie dada, y posteriormente ante la pregunta por su categoría mayor, se tendía a buscar a qué correspondería, casi por descarte. No pocas veces la pregunta por un concepto genérico en *mapudungun* -en el caso de los árboles, por ejemplo- tendió a confundir al informante o a que respondiera que sólo se le clasificaba según su nombre particular, simplemente *mañiú*, *raral* o *walle*, etc.

#### IV. 2 Los *lawen* y sus clasificaciones

El concepto de *lawen* está íntimamente relacionado con los elementos de la cosmovisión indígena anteriormente señalados.

El contexto más general que le otorga sentido a la conceptualización y utilización de los *lawen* entre los mapuche es su visión del cosmos: dentro de esta visión las plantas medicinales poseen un contacto directo con los espíritus de la naturaleza y los dioses que han dejado estos remedios para que los hombres hagan buen uso de ellos.

En cuanto a la clasificación de los *lawen*, el texto de *Medicinas y Culturas en la Araucanía* entrega una serie de criterios generales al respecto, con algunas subcategorías asociadas:

Los lawen vegetales se pueden clasificar desde cuatro perspectivas. Según la primera, y dependiendo de cómo se perciba su consistencia, será: fūri lawen o plantas fuertes, hediondas, y ñochi lawen o plantas suaves. Una segunda clasificación se refiere a lo que se percibe como su estado y pueden ser cálidas o frías. La tercera se relaciona con la persona que utiliza la planta, por ejemplo, machi lawen; éstas se subdividen según el lugar donde crecen las plantas y son lawen ko o plantas de agua, plantas de aire y plantas de tierra. Una última categoría atiende al sexo y forma de reproducción de la planta, distinguiéndose wentru lawen o plantas macho, y domo lawen o plantas hembra.<sup>28</sup>

Pese a que a los *lawen* no son considerados como una categoría específica aparte en el esquema general de Gumucio (1999), en Citarella et al. (2000) la conceptualización respecto a las etnocategorías de plantas es distinta, aunque la traducción del término *lawen* en ambas refiere - en la mayoría de los casos- a “medicina”:

Una primera gran clasificación se encuentra bajo el concepto de lawen, que se puede traducir como remedio, ya que hay lawen de piedras, orina, pelos, etc. Para las plantas existe el término kachu lawen, que literalmente se traduce como remedio de pasto. Esta palabra ha perdido en parte su vigencia y actualmente se le denomina sólo lawen. Sin embargo, existen otros remedios vegetales que no entran en esta categoría, como los palos, troncos, raíces, etc.<sup>29</sup>

Se ha observado que el término en cuestión se incorpora a nombres de plantas, dando lugar a cierta ambigüedad en su utilización y comprensión. En algunos casos se interpreta el término como un sinónimo de “planta” o “hierba”, mientras que en otros casos se interpreta como “medicina” o “remedio”. Sin embargo, la evidencia parece inclinarse por la segunda acepción, idea que se ve reforzada por el hecho –explicado en el extracto anterior– de que existen *lawen* compuestos por partes de la planta o el árbol; que se habla de *lawen* que mezclan diferentes componentes y que existan no sólo *lawen* de tipo vegetal sino también de tipo mineral (Ej: *kalfū lawen* = sulfato de cobre).

Es así como se plantea la hipótesis de que las plantas que tenían fines medicinales poseían tradicionalmente, además, un nombre común que no hacía alusión a su condición curativa. Esta situación muestra cierta evidencia de manera más clara por casos de doble denominación, es decir, de plantas que poseen en *mapudungun* un nombre dado y además otro que es compuesto con la palabra *lawen*. A continuación se exponen ejemplos de ello<sup>30</sup>:

**Cuadro 2: Casos de doble denominación**

Nombre científico	Nombre mapudungun	Nombre mapudungun con acepción medicinal
<i>Gnaphalium sp.</i>	<i>weñanwe</i>	<i>diuka lawen</i>
<i>Arachnitis uniflora</i>	<i>payun</i>	<i>wentru lawen</i>
<i>Equisetum bogotense</i>	<i>ñichai-ñichai</i>	<i>kalcha lawen/ kelū lawen</i>
<i>Sarmienta scadens</i>	<i>Fotrid/ llanka foki</i>	<i>ütal lawen</i>
<i>Lycopodium paniculatum</i>	<i>ñal-ñal</i>	<i>llanka lawen</i>
<i>Ourisia coccinea</i>	<i>ewelpue</i>	<i>pukon lawen</i>
<i>Cestrum palqui</i>	<i>palki</i>	<i>alwe lawen</i>
<i>Valeriana virescens</i>	<i>lik lolkin</i>	<i>choike lawen</i>

Esta condición de doble denominación podría haberse perdido en algunos casos quedando sólo los nombres asociados al término *lawen*, como también se sugiere en la cita anterior, aunque limitado al caso de los *kachu lawen*. Ahora bien, esta situación también puede haberse dado en el sentido inverso, con nombres de plantas que perdieron su posible referencia medicinal.

Esto último transformaría de cierta forma al término *lawen* en una categoría funcional, con gran complejidad simbólico-religiosa asociada. En este sentido, es importante enfatizar que la categoría de *lawen*, su uso ritual y las concepciones de base respecto a aquella cambian la categoría cognitiva del elemento, pasando a ser mucho más que una planta, con claras vinculaciones con otros planos de la cosmología mapuche. En este sentido, se afirma que:

El estudio y la comprensión de las plantas medicinales utilizadas en la medicina tradicional no puede separarse del contexto sociocultural del que forman parte, puesto que éste es el que, en última instancia, le otorga valor terapéutico. La idea ha sido planteada por varios autores: Evans Pritchard, Lastra, Pedersen.<sup>31</sup>

Aquí juegan un papel fundamental las normas culturales de recolección, las ceremonias y el uso que les da la/el machi. Además, se suma a lo anterior la concepción de que estas plantas poseen *püllü* o “espíritu” y están afectas a una serie de reglas que determinan su crecimiento y utilización por parte de los seres humanos. De hecho, si las normas son transgredidas, el *püllü* de la planta u otra fuerza puede actuar en contra del individuo que ha roto el equilibrio cósmico, social o natural (Citarella et al., 2000).

Es por eso que las normas regulan desde la manera de elegir la planta, forma, espacios y actitud en la recolección, hasta su preparación y utilización. El contexto que rodea el uso de la planta es el que le da el valor como “materia médica”, en el sentido del término que usa Evans Pritchard.<sup>32</sup>

La categorización de *lawen* no se limita a una sola clase de vegetales (no sólo al caso de los *kachu* que se explicaba anteriormente), como se muestra en el siguiente esquema, que utiliza la clasificación general de Gumucio (1999) como base:

**Cuadro 3: Tipos de Lawen y categorías correspondientes**

Clase vegetal	Lawen específico
<i>Aliwen / mamüll*</i>	<i>Alwe lawen (Palki) (Cestrum palqui)</i>
<i>Foki</i>	<i>Ital lawen (Fotrid) (Sarmienta scadens/ S. repens)</i>
<i>Añpe</i>	<i>Filu lawen (Asplenium dareoides)</i>
<i>Kachu</i>	<i>Choyke lawen (Lig lolkin) (Valeriana virescens)</i>
<i>Poñ poñ</i>	<i>Llanka lawen (Lycopodium paniculatum)</i>
Elemento/parte del vegetal	<i>Koshai lawen (savia del Kilon)</i>
Elementos no vegetales	<i>Kallfü lawen (Sulfato de cobre)</i>

#### IV. 3 Otras consideraciones desde la perspectiva local

Respecto a las categorías de clasificación mapuche sobre la biodiversidad vegetal registradas y comentadas en la zona de estudio, llama la atención el hecho de que parece no haber manejo del término *aliwen* como uno que refiera genéricamente a los árboles. En algunos casos se asoció el concepto a árboles ya crecidos, con características de madurez particulares, pero no a la clase vegetal general.

Si bien la aseveración de Gumucio (1999) - respecto al escaso interés por manejar categorías amplias y jerárquicas en el conocimiento mapuche tradicional- parece ser coherente con la información obtenida hasta el momento en terreno, sin embargo, se pudo registrar un uso particular y frecuente del término *mamüll* para referirse a los árboles de manera más genérica, entregando una visión alternativa al respecto.

El concepto *mamüll* en *mapudungun* tiene una serie de significados asociados, y es frecuentemente utilizado de manera compuesta para nombrar partes de los árboles e incluso organismos que se vin-

culan a éstos. Se entendería como madera, leña, palo e incluso tronco en algunos casos (Augusta, F., 1916/1996)<sup>33</sup>, según fuentes bibliográficas con información de larga data.

Sin embargo, informantes de comunidades de la comuna de Villarrica y Panguipulli utilizan el término *mamüll* para referirse a un árbol de manera independiente de su nombre propio. Especialmente en el último caso, don Benjamín Caniulef, de la comunidad de *Pukura* (Pucura), en un recorrido por sus terrenos da cuenta de toda una clasificación ramificada utilizando el término, refiriendo su conocimiento a lo que le enseñó su padre y abuelo en las labores de “madereo” en la montaña. En el siguiente cuadro se resume parte de dicha clasificación:

**Cuadro 4: Clasificación de tipos de árboles-Pukura (X región, Chile)**

Concepto	Criterio		Casos específicos
<i>Mamüll</i>	Edad: • Joven • Viejo	• <i>Walle</i> • <i>Pellin</i>	<i>Koyam mamüll</i> (Robles)
	Sabor: • Fuerte/acre • Dulce	• <i>Füre mamüll</i>	<i>Natrüng</i> (Natre) <i>Foye</i> (Canelo) <i>Ülngu</i> (Ulmo)
		• <i>Kochü mamüll</i>	<i>Koywe</i> (Coigüe) <i>Külon</i> (Maqui)
	Color: • Maderas blancas	• <i>Lig mamüll</i>	<i>Mañiu</i> (Mañío) <i>Tmen wayun</i> ()
	Olor: • Desagradable • Agradable	<i>Nümü mamüll</i>	
		• <i>Weda</i>	<i>Wawan</i> (Tepa)
		• <i>Kümeý</i>	<i>Kollü mamüll</i> (Arrayán)
	Asociación simbólica: • Mal • Bien	• <i>Weda mamüll</i>	<i>Paulun</i> (Canelilla)
		• <i>Kümeý mamüll</i>	<i>Triwe</i> (laurel)

Como se puede apreciar, la flexibilidad presente en las clasificaciones tradicionales se mantiene, evidenciándose, en este caso, en la subcategoría de “maderas blancas”. En ella el término *mamüll* haría referencia más bien a la madera, a la materialidad con fines funcionales que compone al árbol, y no al árbol como clase general. Sin embargo, en otras subcategorías sí se mantiene el término aludiendo a una clasificación genérica de un tipo de organismos vegetales.

Respecto al tema de los *lawen*, una consideración interesante fue entregada por la señora Margarita Huisca, de la comunidad de *Chawra* (Chaura), en un extenso *nütram* (conversación) llevado a cabo en su hogar. Consistió en la división clara, a su juicio, entre los denominados *kachu lawen* y los *mamüll lawen*; la diferenciación tan clara de ambas categorías involucra los dos aspectos desarrollados anteriormente. Por una parte, la concepción de los *lawen* no sólo como plantas o asociados a plantas, sino también a otras especies vegetales; y en segundo lugar, la conceptualización de una categoría amplia y genérica para los árboles, en este caso, refiriéndose a los que tienen propiedades medicinales, al adicionarle el término *lawen* en su clasificación.

Otros elementos referentes a categorías generales y distinciones aparecieron en su conversación acerca de la diversidad vegetal, que vale la pena destacar. Por una parte, el concepto *Fun* para referirse a frutos en general; el término *Punku* para referirse a una serie de tubérculos distintos, diferenciando és-

tos de la parte de la planta que sobresale a nivel del suelo, llamada *Kaywe*; y su distinción entre lo *Aniümka*, lo “plantado”, o literalmente “asentado”, respecto de la condición *Chopray*, que refiere a lo que crece de manera silvestre.

Estos últimos alcances refuerzan el interés y la necesidad de indagar más en las visiones tradicionales sobre clasificaciones manejadas por habitantes de las comunidades seleccionadas, considerando además la ya comentada condición preliminar del estudio en cuestión.

#### IV. 4 Elaboración de un glosario intercultural de plantas en áreas mapuche

Uno de los objetivos básicos de la investigación es elaborar un glosario intercultural de plantas en el cual se sintetice tanto el conocimiento botánico occidental como el conocimiento tradicional.

Para la elaboración de este glosario, el grupo de investigadores se ha basado sobre un “listado madre”: el *Diccionario Araucano* de Félix de Augusta. Este listado ha sido complementado y ampliado, accediendo a distintas fuentes tanto de tipo histórico como reciente: la información se ha organizado en una matriz compuesta por diversas columnas, utilizando para ello el cruce de datos entre las fuentes bibliográficas históricas y las recientes, antes mencionadas.

El listado total alcanza, a la fecha, un total de 350 plantas, que son registradas de acuerdo a un enfoque de tipo intercultural. Esto se traduce en que cada planta va siendo registrada con su nombre vulgar, el nombre en *mapudungun* y su nombre científico. Cada nombre en *mapudungun* va, a su vez, siendo analizado etimológicamente por el profesor Rosendo Huisca, registrando su significado y raíces idiomáticas, anotándose además en una columna aparte observaciones generales obtenidas de la bibliografía, así como de informantes clave.

A continuación se detallan los temas que comprende el glosario, mientras que en *el anexo a este texto* se puede encontrar una tabla que representa un ejemplo de cómo se esta organizando la información:

- a) *Nombre vulgar*: nombre o nombres dados en español, utilizado(s) en Chile y/o Argentina, o provenientes de Europa.
- b) *Nombre en mapudungun*: nombre que se le da en el idioma mapuche; a veces existe más de uno, tal como en los nombres vulgares.
- c) *Nombre científico*: nombre dado por la botánica a cada especie, según la notación formal internacional.
- d) *Etimología*: descomposición de los nombres en *mapudungun*, con traducción de significados.
- e) *Aplicación (uso empírico)*: utilización de la planta medicinal según el diagnóstico de la medicina popular, para las afecciones identificadas por la misma.
- f) *Formas de uso*: forma en que se aplica o administra la medicina.
- g) *Partes usadas*: áreas específicas de la planta o árbol que son utilizadas con fines medicinales.
- h) *Composición fitoquímica*: tipo de compuestos identificados mediante análisis químicos de laboratorio.
- i) *Propiedades descritas*: tipo de efectos fisiológicos benéficos que son observados a partir del uso de la planta con fines medicinales.
- j) *Distribución*: a nivel del territorio nacional, entre cuáles límites o zonas se distribuye la especie.
- k) *Hábitat*: características específicas de los lugares en que crece la especie en cuestión.
- l) *Descripción botánica*: descripción de las características de las plantas según la información botánica oficial.
- m) *Observaciones*: información particular sobre percepciones, usos culturales u otras características acerca de la planta o sobre aspectos asociados.

En el área donde se ha encontrado mayor cantidad de diferencias entre los distintos registros es precisamente en la de los nombres en *mapudungun* y sus significados, probablemente porque en muchos de los textos no se ha trabajado directamente con el punto de vista mapuche en la transcripción de los términos y su interpretación. Es por lo anterior que, en el glosario que se está construyendo en esta investigación, esta área se trabaja de manera minuciosa, con una persona que pertenezca a la cultura en cuestión, con dominio del *mapudungun* como lengua materna y con conocimientos sobre la perspectiva cultural distinta frente a ciertos datos sobre el mundo vegetal. Esto permitiría contextualizar de manera apropiada la información, rescatando un punto de vista étnico a través del lenguaje, en el análisis generado por parte de la investigación.

Cabe hacer mención en esta sección a una fuente de información en línea utilizada para la comparación de nombres y la identificación de ciertas especies en que faltaba información. Se trata de un sitio web mapuche a cargo del grupo *Aukamapu*<sup>34</sup> de Argentina, dedicado a la recopilación de la obra del autor mapuche *Aukanaw*. En dicha fuente se encuentra un extenso listado de plantas con sus variantes en *mapudungun*, nombre vulgar o vernáculo y el nombre científico, ordenados para una búsqueda rápida<sup>35</sup>. Además, cuenta con algunos ejemplos de plantas con gran cantidad de información asociada, de tipo botánica, histórica, cultural mapuche, farmacológica, entre otros<sup>36</sup>.

Dentro de los objetivos del proyecto Taller Intercultural, en el que también se está trabajando, está el de traspasar la información del glosario intercultural a un sistema en línea y a un CD ROM, en formato interactivo, que pueda mostrar a través de fichas los distintos tipos de información colectados, asociados a mapas de distribución y fotografías de las plantas y árboles completos, así como de sus partes. Esto último sería posible gracias al abundante registro fotográfico digital realizado durante los catastros botánicos en los distintos territorios comprendidos, así como por el registro de muestras en escáner.

---

342

Todo lo anterior permitiría su uso en el ámbito educacional, con posibilidad también de obtenerse material editable, traspaso a láminas o a otros medios que resulten apropiados para la devolución de información a las organizaciones y personas involucradas en el proyecto e investigación.

## V. Observaciones finales

A manera de conclusiones parciales, es importante recalcar lo planteado por Gumucio (1999), respecto a la diferencia que existe entre el conocimiento tradicional mapuche y la ciencia occidental en la forma de construcción y organización del conocimiento (y en particular las organizaciones taxonómicas). Mientras en la ciencia occidental el saber se estructura en torno a clasificaciones abstractas, rígidas y jerárquicas que suponen una clara distinción entre un “yo observante- y un objeto observado”, ámbitos claramente separados del saber (mundo vegetal, mundo animal, objetos animados -objetivos no animados), en el mundo mapuche estas categorías cumplen sólo parcialmente el rol de dar cuenta de la forma tradicional de concebir y organizar el vínculo con la naturaleza, la biodiversidad y el mundo vegetal. La razón en la base de lo anterior no es una falta de capacidad de abstracción de dicha cultura –lo que se ve refutado por su complejo entramado de relaciones simbólico-religiosas, o por las múltiples ramificaciones y subcategorías vegetales que sí se forman a partir de algunas mayores–, sino en la funcionalidad de aquellas clasificaciones que tienen que plantearse desde el marco de referencia cultural mapuche.

Se vuelve, por tanto, sobre el problema epistemológico de base, es decir, a los esquemas y estrategias de tipo cognitivo que se articulan a partir de concepciones del mundo fundamentales. Tal como la separación “sujeto-objeto” sigue influenciando nuestra mirada occidental al investigar y construir conocimiento, la inmersión en una red de relaciones “entre sujetos” (hombre-naturaleza-mundo sobrenatural) es lo que parece primar en la mirada desde el marco epistemológico mapuche, o más correctamente, desde el *kimün* y los pasos para su construcción y reactualización - *rakiduum*, *inaduum* -, descritos anteriormente.

Por otro lado, no se puede perder de vista el hecho de que las formas mapuche de clasificación vegetal han experimentado alteraciones debido tanto al intercambio con el mundo occidental como a su inherente dinamismo. Por esto también deben ser consideradas las variaciones territoriales y generacionales al respecto en la recogida y análisis de datos, evitando una actitud de recorte “purista” de la información, que no reconozca la cultura “viva” local.

Por último, resulta fundamental que cualquier consideración que se haga respecto de los datos recogidos y sus sistematizaciones no pierda de vista los sesgos culturales y epistemológicos propios, y se haga un esfuerzo por comprender “desde adentro”, desde la propia perspectiva mapuche, el valor de una construcción de conocimientos distinta, que destaca otros aspectos presentes en la naturaleza y su compleja articulación de relaciones, desde los planos más concretos a los más abstractos.

*Así como en un reconocimiento geográfico necesitamos de un guía para que oriente nuestros pasos encabezando los movimientos, debido al profundo conocimiento que tiene del territorio, así también necesitamos de guías experimentados para recorrer las tramas del conocimiento de otras culturas. Con ello, se debe aceptar el hecho de que surgirán tantos caminos como guías del territorio existan, y que ninguno podrá dar cuenta cabal de la extensión de lo recorrido. Es precisamente ahí, sin embargo, donde radica el asombro, el interés por conocer, comprender y valorar el mundo de la “diferencia”.*

## Notas

- 1 Grebe, María Ester (1988). La medicina tradicional: una perspectiva antropológica. *Enfoques en Atención Primaria*, N. 3, año 3. Santiago de Chile: PAESMI.
- 2 Tuhiwai Smith, L. (1999). *Decolonizing Methodologies. Research and Indigenous Peoples*. University of Otago Press: Ed. Zed Books Ltd. Pág. 1.
- 3 WWF, UNESCO, Royal Botanic Garden KEW. *Historical framework of ethnobotany* [www.kew.org/peopleplants/regions/thailand/lecture5.htm](http://www.kew.org/peopleplants/regions/thailand/lecture5.htm)
- 4 Op. cit.
- 5 La sede de Villarrica de la Pontificia Universidad Católica es dirigida por el profesor Fernando Burrows que, desde hace décadas, ha liderado los procesos de investigación y desarrollo realizado con las comunidades indígenas mapuche del área.
- 6 El departamento de Botánica es dirigido por la profesora Gloria Montenegro, Premio Nacional de Ciencias en Chile.
- 7 Laird, S. (1999). *La Práctica de los Acuerdos Equitativos entre Comunidades e Investigadores sobre la Biodiversidad*. WWF Internacional: Unidad de Poblaciones y Conservación de la Naturaleza (documento en línea: [www.panda.org/downloads/policy/agree\\_sp.doc](http://www.panda.org/downloads/policy/agree_sp.doc)).
- 8 Actualmente los monitores que están participando en la investigación son los siguientes: Mario Coliñanco, Rubén Caripán, Angélica Antilef, Juan Alcapán, Juan Paillamilla; y en el área específicamente comunicacional, Juvenal Nirian, Carlos Calfipán y Nery Cifuentes.
- 9 Cabe destacar en ese ámbito la fundamental participación del profesor Rosendo Huisca, lingüista, *kimche* mapuche y originario de la comunidad de *Chawra* (Chaura), donde se ha realizado parte de la investigación, así como de la profesora María Lara Millapan, actualmente docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile -Sede Villarrica.
- 10 Augusta, Félix. (1916/1996). *Diccionario Araucano* (1ª Ed.). Santiago de Chile: Ediciones Cerro Manquehue.
- 11 Coña, P. (1930/1995). *Testimonio de un Cacique Mapuche* (5ª edición). Santiago: Pehuén Editores.
- 12 Mösbach, E. (1992) *Botánica Indígena de Chile*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- 13 Citarella, L. (compilador), Citarella L., Conejeros, A. M., Espinossa, B., Jelves, I., Oyarce, A. M., Vidal, A. (2000). *Medicinas y Culturas en la Araucanía*. Santiago de Chile: Editorial Sudamericana.
- 14 Gumucio, J. C. (1999). *Hierarchy, Utility and Metaphor in Mapuche Botany*. Uppsala, Sweden: Acta Universitatis Upsaliensis.
- 15 Hoffmann, A. (1982/1997). *Flora Silvestre de Chile: Zona Araucana* (4ª Ed.). Santiago de Chile: Ediciones Fundación Claudio Gay.
- 16 Rosendo Huisca (2003); apuntes inéditos para el proyecto Taller Intercultural, PUC, Sede Villarrica.
- 17 María Lara Millapan (2003); apuntes inéditos para el proyecto Taller Intercultural, PUC, Sede Villarrica.
- 18 Rosendo Huisca (2003); apuntes inéditos para el proyecto Taller Intercultural, PUC, Sede Villarrica.
- 19 Para encontrar una más detallada exposición sobre cosmovisión mapuche, ver Marileo, A. “Mundo Mapuche”, en Citarella, L., et al. (2000). Op. Cit.
- 19 Ver Bacigalupo A. M. (2001). *La Voz del Kultrung en la Modernidad*. Santiago de Chile: Ediciones Pontificia Universi-

- dad Católica de Chile. Págs. 18-19.
- 20 Marileo, A. “*Mundo Mapuche*”, en Citarella, L., et al. (2000). Op. Cit. Pág. 104.
- 21 Chihuailaf, E. (1999). *Recado confidencial a los chilenos*. Santiago de Chile: Lom Editores. Pág. 52.
- 22 Chihuailaf, E. (1999). Op. Cit. Pág. 55.
- 23 Bacigalupo A. M. (2001). *La Voz del Kultrung en la Modernidad*. Santiago de Chile: Ediciones Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 24 Ver Citarella, L. (compilador) et al. (2000). Op. Cit. Pág. 123.
- 25 Gumucio, J. C. (1999). *Hierarchy, Utility and Metaphor in Mapuche Botany*. Uppsala, Sweden: Acta Universitatis Upsaliensis. Pág. 69.
- 26 Gumucio, Juan C. (1999) *Hierarchy, Utility and Metaphor in Mapuche Botany*. Uppsala, Sweden: Acta Universitatis Upsaliensis. Pág. 94.
- 27 Citarella, L. (compilador), et al (2000). Op. Cit. Pág. 281.
- 28 Citarella, L. (compilador), et al (2000). Op. Cit. Pág. 281.
- 29 Gumucio, J. C., (1999) *Hierarchy, Utility and Metaphor in Mapuche Botany*. Uppsala, Sweden: Acta Universitatis Upsaliensis. (“Botanical Families and Mapuche Plant Names”. Págs. 174-190).
- 30 Citarella, L. (compilador) et al. (2000). Op. Cit. Pág. 269.
- 31 Citarella, L. (compilador) et al. (2000). Op. Cit. Pág. 271.
- \* Nota: se ha sumado el término *mamüll* en la clasificación referente a “árboles” debido al uso considerable que se hace del mismo en las zonas dentro de la comuna de Villarrica y aledañas a ella, en que se ha concentrado la investigación de la PUC.
- 32 Nota: es importante recordar que la primera edición del diccionario de Félix de Augusta data de 1916; el texto utilizado para el presente trabajo es una reimpression de dicho documento, en otra editorial.
- 33 [www.geocities.com/aukanawel/ruka/chillka/meliad.html](http://www.geocities.com/aukanawel/ruka/chillka/meliad.html)
- 34 [www.geocities.com/auka\\_mapu/documentos/catalogusplantarum/index/intro.html](http://www.geocities.com/auka_mapu/documentos/catalogusplantarum/index/intro.html)
- 35 [www.geocities.com/aukanawel/obras/cienciasecreta/plantas/intro.html](http://www.geocities.com/aukanawel/obras/cienciasecreta/plantas/intro.html)

## Bibliografía

- AUGUSTA, F.  
1996 *Diccionario Araucano* (1ª Ed.). Santiago de Chile: Ediciones Cerro Manquehue. [1916].
- BACIGALUPO A. M.  
2001 *La Voz del Kultrung en la Modernidad*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- BRAGG, K., HAUENSTEIN, E. & LATSAGUE, M.  
1986 «Transecto etnobotánico del sector mapuche». *Cultura, Hombre, Sociedad*, pp. 57-80, Pontificia Universidad Católica de Temuco.
- CITARELLA, L (compilador)  
2000 *Medicinas y Culturas en la Araucanía* (2ª Ed.). Santiago de Chile: Editorial Sudamericana.
- COÑA, P.  
1995 *Testimonio de un Cacique Mapuche* (5ª Ed.). Santiago: Pehuén Editores. [1932].
- CHIHUAILAF, E.  
1999 *Recado Confidencial a los Chilenos*, Santiago de Chile: Lom Ediciones.
- DÁVALOS, Pablo  
*Metodología de la Investigación Científica*. Documento de trabajo Universidad Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas.
- FEYERABEND, Paul  
1984 *Tratado contra el Método*. Madrid: Tecnos.
- GOULD, J.  
1986 *El Pulgar del Panda*. Madrid: Artes Gráficas EMA S. A.
- GREBE, María Ester  
1988 “La medicina tradicional: una perspectiva antropológica”. *Enfoques en Atención Primaria*, N. 3, año 3. PAESMI, Santiago de Chile.
- GUMUCIO, J.  
1999 *Hierarchy, Utility and Metaphor in Mapuche Botany*. Uppsala Studies in Cultural Anthropology, 27. Uppsala Universitet.

- GUMUCIO, J.  
 1989 “Anümka pu püllü, plantas espirituales mapuche”. *Actas de Lengua y Literatura Mapuche* 3, pp. 277-287, Universidad de la Frontera.
- HOFFMANN, A.  
 1997 (*Flora Silvestre de Chile: Zona Araucana* (4ª Ed.). Santiago de Chile: Ediciones Fundación Claudio Gay. [1982].
- KUHN, Thomas  
 1971 *La Estructura de las Revoluciones Científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- LEVY-STRAUSS, C.  
 1977 *El Pensamiento Salvaje*. Colombia: Fondo de Cultura Económica.
- MARILEO, A.  
 2000 “Mundo Mapuche”, en CITARELLA L. (compilador) et al. *Medicinas y Culturas en la Araucanía*. Santiago de Chile: Editorial Sudamericana.
- MöSBACH, E.  
 1992 *Botánica Indígena de Chile*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- PÉREZ, C.  
 1998 *Sobre un Concepto Histórico de Ciencia: de la epistemología actual a la dialéctica*. Santiago de Chile: Universidad ARCIS/LOM Ediciones.
- RAMÍREZ, A.  
 2001 Problemas Teóricos del Conocimiento Indígena. Presupuestos e inquietudes epistemológicas de base. *Revista Yachaikuna*, marzo, 1.
- RORTY, R.  
 2001 *¿Esperanza o Conocimiento? Una introducción al pragmatismo* (2ª Ed.). Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- TUHIWAI SMITH, L.  
 1999 *Decolonizing Methodologies. Research and Indigenous Peoples*. University of Otago Press: Ed. Zed Books Ltd.
- TUHIWAI SMITH, L.  
 1999 *Kaupapa Maori Methodology: Our Power to Define Ourselves*; a seminar presentation to the School of Education, University of British Columbia.

### Información en línea

- Laird, S.  
 1999 *La Práctica de los Acuerdos Equitativos entre Comunidades e Investigadores sobre la Biodiversidad*. WWF Internacional: Unidad de Poblaciones y Conservación de la Naturaleza (documento en línea: [www.panda.org/downloads/policy/agree\\_sp.doc](http://www.panda.org/downloads/policy/agree_sp.doc)).
- Tradición Espiritual Mapuche: Obras de Aukanaw. [www.geocities.com/aukanawel/ruka/chillka/meliad.html](http://www.geocities.com/aukanawel/ruka/chillka/meliad.html)  
 WWF, UNESCO, Royal Botanic Garden KEW. *Conservation of the environment seen through the prism of local representations*  
[www.kew.org/peopleplants/wp/wp3/conservation.htm](http://www.kew.org/peopleplants/wp/wp3/conservation.htm)  
 WWF, UNESCO, Royal Botanic Garden KEW. *Historical framework of ethnobotany*  
[www.kew.org/peopleplants/regions/thailand/lecture5.htm](http://www.kew.org/peopleplants/regions/thailand/lecture5.htm)  
 WWF, UNESCO, Royal Botanic Garden KEW. *Ethnobiological classification: categorization*  
[www.kew.org/peopleplants/regions/thailand/lecture12.htm](http://www.kew.org/peopleplants/regions/thailand/lecture12.htm)

Ejemplo de Tabla de información botánica:  
(Fuentes de información: Gumucio, 1999; Citarella et al., 2000; Augusta, 1997, prof. Rosendo Huisca 2003)

Nombre común	Nombre mapudungun	Nombre científico	Etimología mapudungun	Uso empírico	Forma de uso	Partes usadas	Composición fitoquímica
Nanco	<i>ñamku l'awen'</i>	<i>Linum chamissonis</i>	<i>Namku</i> : águila <i>l'awen'</i> : remedio	Enfriamiento/ Dolores de estómago	Infusión	Toda la planta	Mucílagos/ Alcaloides
Catqueja/ Lengua de Gato/ Chilca	<i>ñüptid</i>	<i>Baccharis salicifolia</i>	<i>ñüptid</i> : pegadizo	Desconchado/ Cortadura de carne	Infusión/ Cataplasma	Hojas	
Salvia/ Palqui	<i>alwe l'awen' palki</i>	<i>Cestrum palqui</i>	<i>alwe</i> : alma de muertos <i>l'awen'</i> : remedio	Nervios/ Infección interna	Infusión/ Cocimiento	Ramas Hojas	Aceites esenciales: D y L alcanfor, alfa-tuyona, cineol, tanino, sustancias amargas, ác. orgánicos, safonina ácida y un glucósido
Fucsia/ Chilco	<i>chilko</i>	<i>Fuchsia magellanica</i>	<i>chill</i> : acuoso <i>ko</i> : agua	Problemas menstruales, <i>choywe kuitran</i> (sobre parto), abortivo, dolor de cabeza	Infusión/ Cocimiento	Flores	Glucósidos 17; taninos; resina y gomas
Huique/ Deu/ Matarratones	<i>wiwe dew</i>	<i>Coriaria ruscifolia</i>	<i>dewü</i> = ratón	Dolores de cabeza, trastorno, reumatismo	Baño/ Infusión	Hojas	
Arayán	<i>kollü mamüll</i>	<i>Luma apiculata</i>	<i>kollü</i> : rojizo <i>mamüll</i> : madera	Diarrea, disenteria, empacho	Infusión	Ramas Hojas	Glucósidos flavonoides, quercetina, camfetol miricetina; Taninos, aceites esenciales

## EPÍLOGO

# Reflexiones en voz alta acerca de las precisiones e imprecisiones de la llamada Salud Intercultural

Luisa Abad González  
Universidad de Castilla La Mancha  
España

La Historia de la Medicina, en el amplio y heterogéneo territorio que hoy denominamos América Latina, es la historia de una negación. Es el resultado del sumatorio de una larga serie de términos que históricamente se han empleado y se han ido manteniendo para relegar a un segundo plano un sistema médico que hoy es “diferente” al nuestro, pero que, en sus orígenes, no lo fue tanto.

Paradójicamente, la actual América Latina y la intelectualidad de... (-confieso que no sé cómo llamarlo...) “occidente”, “norte”, “mundo desarrollado”... no sé-, se sienten orgullosos de una medicina de corte arqueológico, donde el regocijo se halla en encontrar instrumentos de cirugía (neurocirugía sobre todo) y otras especialidades, herencia de los incas, aztecas o mayas –el caso es que sean imperios–, y, al igual que se refleja en la propia sociedad latinoamericana, –lo *indígena* actual y, por tanto, su medicina–, quedan relegados a categorías tales como *etnomedicina*, medicina *popular*, medicina *ancestral* (en el mejor de los casos), medicina “*tradicional*”..., o enmascarados en términos como chamanismo, hechicería, brujería, fitoterapia, yatiris, parteras, yerberos, “especialista ritual”... y un largo etcétera de subterfugios para eludir las palabras médico y medicina (que parecen ser atributo específico de nuestra sociedad).

La verdadera medicina es la nuestra (la académica), la otra... es etnomedicina. Nosotros no somos “etnologizables”; los demás, sí. La medicina *popular* nos sugiere o evoca algunas veces el uso de terapias *accesibles* a las personas, pero otras -las más-, se trata de remedios de dudosa eficacia e, incluso, contraproducentes con el proceso patológico. La medicina *ancestral* sugiere un estancamiento en el pasado que, para unos, puede significar validez y eficacia dado que se hacen las cosas tal y como la “tradicción” lo indica; pero para otros puede significar la no innovación, el desconocimiento de una realidad y por tanto ofrecer inseguridad.

Los antropólogos, los médicos, la sociedad, jugamos con las palabras y les damos significados –o significantes– a cada una, dotándolas de mayor o menor eficacia y validez. Pero quizá seamos los primeros causantes de la *incomunicación* entre los dos sistemas al no reconocer que ambos tratan por igual al *ser*, a la *persona humana*. Hay una sola *medicina* como hay un solo *ser*: el *hombre*. En un lado y otro del océano hay *medicinas* como hay *hombres* que, o bien las practican, o bien las experimentan en sí mismos.

Creo firmemente el hecho de que el problema de la aplicación de la llamada salud intercultural no radica sólo en el desconocimiento -por parte de los médicos formados en la academia reglada- de los códigos simbólicos o pautas culturales de los diferentes y no tan distantes mundos indígenas<sup>1</sup>. El problema radica en la grave crisis que sufre la medicina (académica) en relación a los niveles, grados, tonos y modos de comunicación entre el médico (entendido como persona que sabe curar) y el paciente (entendido como ser doliente, que se sabe o se considera enfermo, y que precisa de la ayuda especializada).

Resulta curioso que nuestra “omnisapiente” sociedad se haya ido alejando tanto del hombre y se haya dedicado sólo a atender las causas y tratamientos de la enfermedad –entendida como patología y

no como proceso adverso del ser—. Se produce entonces una disonancia cognitiva en tanto y cuanto la actitud que debería tener un médico hacia su paciente (que espera y desea conseguir la empatía) no se corresponde con la conducta real hacia éste. La disonancia cognitiva es percibida como un estado emocional displacentero en el que subyace la génesis de una probable situación de conflicto.

Quizá se entienda mejor si ofrecemos una mirada retrospectiva hacia el ideal platónico del médico: “El saber de un médico no es completo si no sabe producir efectos con su palabra en el alma del enfermo; a esta operación esclarecedora de la palabra la denominamos *khatarsis*”<sup>2</sup>. Esta concepción no dista mucho de la cosmovisión de los aymara bolivianos cuando dicen que “no hay enfermedades del cuerpo, todas las enfermedades son del espíritu”<sup>3</sup> y por eso en esa dirección van encaminadas las acciones de los yatiris.

También se habla en la relación médico-paciente de “entrecruzamiento de deseos”, en donde se conjugan dentro del propio acto médico las esferas de lo personal y lo subjetivo tanto de una como de otra parte<sup>4</sup>. Cuando el discurso del médico no se correlaciona con el discurso esperado por el paciente (esfera del deseo) surge el conflicto y la disonancia. Para que exista curación -en nuestra sociedad y en las sociedades indígenas-, el discurso (deseo) del paciente y el discurso (deseo) del médico han de encajar a la perfección como si de dos piezas de un *puzzle* se tratara.

Desgraciadamente esta disonancia y este conflicto se repite hoy demasiadas veces en nuestro sistema de salud (tanto público como privado). Y es esa brecha o herida abierta la que retroalimenta -dentro de un círculo vicioso- a una medicina académica que actúa a la defensiva, y a unos pacientes que han perdido la confianza en la persona que les va a ayudar a restablecer su salud. La medicina defensiva se aleja más y más de esa concepción platónica o aymara de lo que tiene que ser una persona que “sabe” o que cura. Esa confianza en el médico (véase yatiri, chamán, especialista ritual, etc.), sin embargo, no se ha perdido en el mundo indígena, muy a pesar de los insistentes intentos de la OPS en la década de los ochenta y noventa por introducir la medicina “occidental” basándose en las contundentes cifras ofrecidas por los respectivos países sobre las tasas de mortalidad materno infantil, perinatal, etc., causadas por enfermedades infectocontagiosas, principalmente, y que llevaron a muchos pueblos indígenas a idealizar y sobreestimar la capacidad de los “remedios”<sup>5</sup> frente a sus propios especialistas o terapias.

En este contexto de disonancia se desenvuelven hoy los jóvenes médicos recién egresados de las universidades, cuya formación adolece de graves carencias en lo que respecta a la relación médico-paciente<sup>6</sup>. Debido al propio proceso de globalización y homogeneización que se está produciendo en nuestra sociedad, este fenómeno no es exclusivo de España o de Europa, sino que se extrapola a las grandes ciudades latinoamericanas donde radican los hospitales y la universidad. Si a esto añadimos la escasa o nula formación antropológica de los licenciados en medicina o en otras Ciencias de la Salud -en uno u otro continente- podemos entender mejor el porqué de las dificultades en la aplicación de la llamada salud intercultural.

Un tercer elemento que no quiero dejar de analizar son las relaciones de poder y la mediación (intermediación..., ¿injerencia?). Para que la salud intercultural sea un hecho cada vez más tangible y cuantificable en la América Latina indígena, es necesaria la participación real y no tutelada de los verdaderos actores sociales de las comunidades. En el caso concreto de la salud, verdaderos actores serían todos aquellos miembros de la comunidad que hayan sido elegidos en asambleas o cualesquiera otros medios comunales de designación de tareas encaminadas al bien común: sanitarios/as; promotores de salud, yatiris, chamanes, kallawayas, madres de familia, ancianos, etc.

Sabemos que la mayoría de los programas o proyectos dirigidos en relación a la salud se acaban poniendo, antes o después, en manos de los llamados *expertos*. Muchas veces se toman decisiones que resultan trascendentales para el proceso de una comunidad u organización indígena con la sola visita de unos pocos días en el terreno de la acción de estos tecnócratas. A veces, ni siquiera existe una visita física de esos pocos días, sino que se deja a terceras personas que aporten su opinión sobre la resolución de un programa o proyecto<sup>7</sup>. Sería deseable que toda labor de interculturalidad se planteara desde la rigurosidad y el trabajo sistemático, esto quiere decir que hay que romper con la idea de que quienes pue-

den y deben opinar sobre estos asuntos son los expertos –profesionales y *gente competente*– frente a los propios interesados –no profesionales y por tanto *no competentes*–<sup>8</sup>. Debe fomentarse y apoyarse cualquier iniciativa encaminada a reforzar la conciencia y autoestima sobre el propio derecho de los *especialistas indígenas* a poner en práctica sus respectivos sistemas de salud y debe crearse, en las universidades, un espacio de diálogo que permita, por un lado, retomar la filosofía perdida en cuanto a la relación médico-paciente y fomentar la formación de técnicas que mejoren esta relación. Por otro lado, sistematizar la formación antropológica de los profesionales de las Ciencias de la Salud teniendo como docentes principales a los verdaderos actores sociales que hemos mencionado antes. Eludamos por un momento a los intermediarios, permitamos el diálogo pueblos con pueblos y hombres con hombres, hablando de un tema que preocupa a todos por igual aunque se vivencie de modos particulares: la salud y la enfermedad.

## Notas

- 1 Para ello, consultar el Documento de la OPS/OMS-Honduras (2002), sobre el Concepto de Salud y Enfermedad en las culturas étnicas de América Latina (Cuadro de las páginas 10 y 11) y sobre los Agentes de Salud de las culturas indígenas de América Latina (Cuadro de las páginas 13, 14 y 15).
- 2 Citado en Rosa Gómez Esteban, 2002, Pág. 45.
- 3 Ochoa de la Maza, Bustos Pérez y Raby Raby, 2000, Pág. 18.
- 4 Rosa Gómez Esteban, 2002, Pág. 70.
- 5 Medicamentos o fármacos.
- 6 “El médico debe abordar inicialmente la enfermedad, pero también sabemos que, en ocasiones, el paciente consulta cuando ha convertido la lucha contra sus problemas en enfermedad. Por ello, uno de los objetivos en la formación sería el aprendizaje de instrumentos que faciliten relaciones que conduzcan a la participación, colaboración, confianza y mejora de las defensas psicológicas del paciente contra la enfermedad.” Gómez Esteban, 2002, Pág. 91.
- 7 Hemos visto este tipo de actuación con cierta frecuencia en Perú. Los *expertos* son contratados por las instituciones para que evalúen los proyectos. Por emitir esos informes se llevan considerables sumas de dinero en calidad de honorarios. Para emitir algunos de sus juicios, recaban información de terceras personas que sí conocen la zona o el proyecto por evaluar. La capacidad de decisión y de autonomía de los pueblos indígenas se va perdiendo paulatinamente en todos y cada uno de estos peldaños hacia la escalera del poder (instituciones financieras-ONGs, etc.).
- 8 “En sus labores de asesoramiento, los expertos se ubican en un espacio intermedio entre la ciudadanía y los dirigentes” Juan Martín Sánchez y Osmar González, 2001, Pág. 3.

## Bibliografía

- AGUIRRE BELTRÁN, Gonzalo  
1992 “Introducción”. *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*. Págs. 21-25. F. C. E. México.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo  
1999 *Médicos y yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara*. CIPCA, La Paz.
- GÓMEZ ESTEBAN, Rosa  
2002 *El médico como persona en la relación médico-paciente*. Editorial Fundamentos. Madrid.
- HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, Hussbel, AMAYA, Jorge Alberto y CHÁVEZ DE AGUILAR Marina Alicia  
2002 *Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas de Atención Primaria de Salud: El Caso de los garífunas de Honduras*. OPS/OMS-Honduras, Washington, D. C.
- OCHOA DE LA MAZA, Oscar, BUSTOS PÉREZ, Germán y RABY RABY, Cynthia  
2000 *Seminario de Salud Intercultural y políticas públicas*, MIDEPLAN, MINSAL, Santiago de Chile, pp. 13-23.
- MARTÍN SÁNCHEZ, Juan y GONZÁLEZ, Osmar  
2001 “Ideólogos y expertos en el Perú reciente”. Comunicación en CD ROM del *VIII Encuentro de Latinoamericanistas Españoles*. Madrid, Casa de América, I. E. P. A. L. A.

YÁNEZ, Carlos (Ed.)

1998 *Nosotros y los otros. Avances en la afirmación de los derechos de los pueblos indígenas amazónicos.* Serie Informes Defensoriales, N° 12. Defensoría del Pueblo. Lima.