

**MEDICINA POPULAR Y MEDICINA
CIENTIFICA: ¿DOS DISCURSOS
NOSOLOGICOS Y UNA TRADUCCION
IMPOSIBLE?. ALGUNAS REFLEXIONES
SOBRE EL PROBLEMA DE LA
INTEGRACION CULTURAL EN
AMERICA LATINA DESDE ESTA
PROBLEMATICA**

Yolanda Guío Cerezo

Medicina popular y medicina científica

A pesar del triunfo de la perspectiva científica, en Occidente siguen existiendo prácticas y creencias sobre la salud y la enfermedad que chocan frontalmente con los postulados de la ciencia médica. Y no se trata, como piensan algunos, de simples «supervivencias» —en el sentido antropológico que tuvo este término— sino que ponen de manifiesto la fisión que cada vez separa más tajantemente «la cultura científica» de la «cultura popular» en la sociedad Occidental. Históricamente en nuestra cultura (como en otras) ha habido una separación entre el sector que ha legitimado su cono-

cimiento especializado erigiéndolo en «cultura oficial» —calificativo sobre el que volveremos— y el resto de la población. De esta forma aquél ha sido entendido como el saber, o la cultura por antonomasia, y se ha descalificado —dándolo frecuentemente por inexistente, erróneo, vanal o imitativo— el que circula en los ámbitos menos oficialistas.

Por supuesto que en culturas como las que reciben el nombre de «tradicionales» o «primitivas» —epíteto que no vamos a discutir a pesar de nuestra disconformidad con el sentido peyorativo que encierra— la distancia entre el conocimiento de los especialistas médicos y el del resto de los integrantes de su sociedad no es comparable con la existente en la historia de la cultura occidental, sobre todo, en la actualidad. La diferencia fundamental estriba en que mientras que en las primeras los especialistas comparten, a grandes rasgos, con la mayoría restante las premisas básicas sobre el tema, no ocurre lo mismo en la segunda donde los médicos se erigen en detentadores monopolistas del saber médico que se considera legítimo. En este sentido bien cabe hablar de dos culturas, una «oficial» y otra «subalterna» o «popular», pero ya volveremos sobre ello.

Lo dicho viene a recordarnos la clásica polémica durkheimniana sobre la «solidaridad mecánica» y la «orgánica» [1985-(1893)]. Según Durkheim las sociedades que llamamos primitivas son un ejemplo de integración cultural y normativa (solidaridad mecánica), pues todos sus miembros comparten valores y creencias que les permiten cooperar provechosamente, en tanto que, a medida que avanza la «civilización» —cuyo ejemplo cumbre sería nuestra sociedad—, se produce la integración funcional, es decir, aquella que deviene de la división del trabajo, hecho económico y moral, que conlleva el deber de la cooperación de los especialistas (solidaridad orgánica).

Hoy por hoy, no hay duda de que la existencia de esta gran falla entre la cultura «popular» y la «académica» —que parte de y monopoliza el sector oficial— plantea importantes problemas —frecuentemente minimizados— de integración cultural en la misma sociedad occidental, pero éstos se dan aún más en sociedades que se han visto abocadas al contacto uniformador e imperialista de Occidente. Este es el caso de América Latina, donde la conquista y colonización del Nuevo Mundo puso en desigual relación a culturas tan dispares como las autóctonas y la ibérica. De esta singular relación surgió lo que denomina Foster (1962) «cultura de conquista»; al transformarse la cultura indígena en otra que no es propiamente indígena (en cuanto al origen de muchos de sus aspectos —de tradición hispana.—) pero que tampoco es propiamente española o

portuguesa, y, por tanto, representante de la cultura occidental. La transformación, ya se haya dado por vía forzada (evangelización, reducción de pueblos de indios, etc.) o espontánea (con el contacto cotidiano directo con los colonizadores), ha originado una nueva y distinta modalidad de cultura «subalterna» —por cuanto desvalorizada y marginada— que en la actualidad no sólo repite en América el fenómeno de la disfunción cultural —de la que hablamos— en Occidente sino que lo magnifica hasta el esperpento.

Pero antes de seguir creemos conveniente especificar más concretamente lo que entendemos por cultura «popular» o «subalterna», y «oficial» o «dominante», pues términos como éstos de tan frecuente utilización, vienen a ser lugar común de confusión si no se determina el alcance y sentido que se les está dando. Para ello seguiremos a Dolores Juliano (1986) (1) quien ha hecho un intento serio de acercarse al análisis de la cultura popular no cayendo en la fácil trampa del ruralismo (donde cultura popular = cultura rural), en la del folklorismo (que tiende a fijarse en aspectos o manifestaciones culturales concretos que con frecuencia se piensan exclusivamente como «supervivencias» (2) de épocas pasadas), o en la tendencia, también frecuente, de confundir «cultura de masas» (3) y cultura popular. La cultura oficial o dominante es la que se caracteriza «por su capacidad para realizar elaboraciones de gran alcance (por ejemplo sistemas científicos o filosóficos) y su condición normativa. Recibe y estructura aportes individuales (sabios, artistas). Establece los patrones estéticos, legales, religiosos y económicos que dirigen la actividad de los demás sectores. Tiene poder de decisión y goza de prestigio». La cultura popular está «basada en relaciones cara a cara, organiza áreas definidas de sus relaciones sociales y de sus intercambios con el medio. Responde a especificaciones locales (o, al menos, de menor extensión que las de la cultura dominante). Es una cultura desvalorizada, propia de aquellos que no detentan el poder, de las clases subalternas. Carece de poder de decisión para establecer normas fuera de su limitado ámbito, y aun dentro de éste sus elaboraciones sufren la confrontación (muchas veces desfavorable) con las que provienen de la cultura oficial. Tiene cierto nivel de organización propia (por eso puede ser considerada cultura), pero su funcionalismo está constantemente expuesto a ser redefinido o manipulado según los intereses de la cultura mayor (por eso es «popular» o «subalterna»)» (Juliano, 1986, 7).

En la historia de Occidente la cultura «popular» y la «oficial» han estado constantemente interrelacionadas, influyéndose mutuamente, aunque

siempre una desde el poder (=«centro») y la otra desde el «margen», y en tanto que ésta ha sido subordinada se ha visto obligada a aceptar —a muy grandes rasgos— los principios morales fundamentales de la hegemónica, pero en América, con la conquista y colonización, se produce en este continente el contacto entre las culturas autóctonas y la occidental en sus dos versiones: oficial y popular. La aculturación a que la cultura occidental europea obliga a aquéllas las hace —como ya hemos dicho— distintas de las que eran originalmente (periodo prehispánico), pero no ajenas a sí mismas, es decir, no anula la originalidad de su alternativa cultural, y al mismo tiempo las convierte en subordinadas. Las culturas indígenas siguen siendo *indígenas* en cuanto que no han perdido la originalidad de su pensamiento sobre el mundo —aunque el devenir histórico las haya compelido a una dolorosa adaptación—, pero se convierten en «cultura popular» desde el momento en que su existencia y evolución está marcada por el dirigismo de la cultura «oficial», que; desde que se implantó con la administración colonial española, pasando por la emancipación y hasta la actualidad de las distintas nacionalidades latinoamericanas, tiene signo occidental.

Hablemos más concretamente ahora de las diferencias que se plantean en ambas culturas, la «popular» y la «oficial», en el campo temático que nos interesa, el de la medicina.

Las características que definen la medicina «científica», (que se considera, como vimos, exclusiva y forma parte de una estructura sociopolítica, socioeconómica, socioideológica y sociocientífica hegemónica) son —según E. L. Menéndez (1981: 322)— «biologicismo, ahistoricidad, pragmatismo eficaz, y mercantilismo». Esta medicina se desarrolla en el medio urbano, sobre todo a partir del XVIII en Occidente, es legitimada por el Estado y, como consecuencia, se convierte en un foco más de expansión de una ideología de corte mecanicista, evolucionista y positivista, característica de la «cultura oficial» de estos estados, especialmente de las ciencias naturales y la economía.

Por el contrario, la medicina «popular o tradicional» se caracteriza —en términos generales y siguiendo al mismo autor— por «su socialidad, totalidad psicosomática, ahistoricidad y eficacia psicosocial» (*idem*: 322). No tiene por qué circunscribirse al ámbito rural (4), aunque en este ámbito, por su lejanía de los focos urbanos donde predomina la medicina «oficial», tiene una mayor autonomía y, por tanto, se halla más presente en la mentalidad y vida social de la comunidad. La medicina popular sufre la desvalorización, marginación y subalternidad que ya comentamos como propia de

la «cultura popular», y ello le obliga a un cierto ocultamiento que, aun siendo producto de una «autoconciencia de atraso», no deja de ser una forma de resistencia conservadora —por su tradicionalidad— y al mismo tiempo creadora —por la transformación ideológica que produce de las ideas y postulados de la medicina «oficial» (5)—.

Pero a nuestro modo de ver, la diferencia más radical que separa a una y a otra, repercutiendo en todo lo demás, es su distinta visión de la naturaleza. La medicina «oficial», siguiendo el parámetro científico, reconoce a la naturaleza como sujeta a reglas, conoscible a través de la razón, y, en tanto que conoscible, dominable (hasta donde alcance el progreso) con la sola ayuda de una ciencia de corte experimental-mecanicista; asimismo, la considera autónoma del mundo sobrenatural (a diferencia del pensamiento griego, principal instaurador de la visión de la naturaleza como algo racional) (6), y donde cabe el «azar» de los científicos, concepto clave como veremos.

La medicina «popular» piensa a la naturaleza como receptáculo de manifestaciones sobrenaturales, que no todos pueden conocer. El total conocimiento de la naturaleza no es algo posible con la sola razón, requiere una iniciación o experiencia de tipo místico que revele su dimensión mágica y las ocultas relaciones entre los «seres» (incluso los «sobrenaturales») y cosas que pueblan el universo (7), responsables y causantes de todo lo que no es accesible directamente por los sentidos o la razón. Si todo tiene causa, natural o sobrenatural, nada se deja al azar. Estamos ante lo que a partir de ahora llamaremos «pensamiento o mentalidad mágica», que no niega el conocimiento científico o experimental sino que lo concibe como una forma de saber limitado. Además, mientras que el pensamiento científico tiende a aislar su objeto de estudio, seccionando la realidad en su esfuerzo analítico, el «mágico» constantemente reflexiona sobre el todo, concibiendo la realidad desde una perspectiva holística; mientras que aquél (el científico) se basa en la demostración empírica y detiene su discurso —de ahí su seccionamiento— cuando ésta no es posible, el «pensamiento mágico» opera siempre estableciendo una relación semántica entre todos los elementos que intervienen en él (y en su práctica), es decir, en él predomina un conocimiento que, sin prescindir de acciones técnicas, trata a éstas como si se tratara de un lenguaje simbólico donde se producen relaciones metonímicas (la magia «contagiosa» de Frazer) y metafóricas (la magia «simpática»), y donde el mago interpreta los indicadores como si fueran señales (8). Pero ya volveremos sobre ello.

El «pensamiento mágico» está presente de forma más o menos solapada en las sociedades «cientifistas» (9) —es decir, aquellas donde se oficializa una ideología que entiende la ciencia como modelo de conocimiento, por excelencia— y no se puede decir que los médicos o la medicina esté libre de este tipo de pensamiento. De hecho, históricamente en Occidente y hasta finales del XVIII la ciencia se ha regido en gran medida por él, sin dejar por ello de considerarse ciencia, lo que ocurre es que ahora más que nunca el «modelo científico» no le deja cabida. Pero no olvidemos que una cosa es el modelo y otra los científicos, que han sido socializados en una sociedad que, aunque «cientifista», no es científica, y donde el «pensamiento mágico» está más presente de lo que nuestro consciente quiere reconocer.

Sería interesante estudiar hasta qué punto la importancia capital que se da al contagio por gérmenes y a la higiene en la última etapa de la medicina, no tiene nada que ver con los conceptos de pureza y contaminación que rigen de forma fundamental, sobre todo en un nivel inconsciente, la concepción no científica de la salud y la enfermedad —como estudios de diversos antropólogos proponen (10)—: el hecho de que los hospitales sean caldo de cultivo de gérmenes y que sea la infección la causa más frecuente de la muerte de muchos enfermos graves (en las UVI, etc.), aunque no siempre se diga, parece hacer del ejercicio obligado de la desinfección de médicos y auxiliares más un ritual que un ejercicio científico. También, en relación con este aspecto, algunos piensan que existe una carga ideológica subyaciendo en esta «política (del sector médico) que considera la enfermedad como culpa y al paciente... como un pecador que, por ignorancia, culpable o premeditadamente ha transgredido las leyes modernas y sacrosantas de la profilaxis» (Márquez y Pérez, 1982: 165).

La medicina «científica» tampoco está al margen de éticas e ideologías predominantes. Como manifiesta Durán, «en la práctica médica occidental, la ética judeo-cristiana y su reverencia por la vida sobrevive junto a actitudes utilitarias respecto al sufrimiento y al dolor... De su fuerza relativa (de estos principios éticos) depende la adopción de unas u otras medidas de política sanitaria y de tratamiento a los enfermos. Por ejemplo, el mantenimiento del valor del individualismo potencia la importancia de las relaciones entre paciente y médico: pero ese mismo valor del individualismo lleva en sus consecuencias sociales a la exclusión de los cuidados médicos de grandes sectores de población que no pueden ofrecer, por sí mismos, unas ventajosas relaciones «individuales» de intercambio a los profesionales de la medicina. De ahí que en el seno de las grandes instituciones hospi-

talarias o de la Seguridad Social coexistan los idearios de los reformadores socialistas y religiosos con los restos, aún reverdecientes, del liberalismo utilitarista» (1983: 33-34).

Las llamadas «medicinas alternativas» o «paralelas», que están en gran auge actualmente, sobre todo en los medios urbanos, son consideradas con frecuencia como más cercanas a la medicina científica que a la popular-tradicional: a su localización urbana se viene a sumar la imitación que hacen de algunos de los modos de funcionar de aquélla —sobrecargándose como diría Granero Xiberta (1988: 20) de un simbolismo de origen médico y científico—, y su constante empeño en llamarse ciencias. Pero aun siguiendo valores propios de la medicina hegemónica no dejan de cumplir funciones arquetípicas de la medicina «popular». Como aquélla (la hegemónica) presentan un *corpus* fuertemente sistematizado, pero superan su carácter localista —la enfermedad se localiza en los órganos afectados— y su saber limitado, siguiendo la visión holística del ser que impera en la concepción «popular»; y ello a pesar de su tendencia a la especialización (iridología, quiropráctica, reflexoterapia, etc) que, por otro lado, no es semejante a la de la medicina oficial dado que tratan cualquier enfermedad. Particularmente creemos que estos agentes terapéuticos, dado que mantienen concepciones y valores característicos de la clientela (entre ellos se encuentra con cierta frecuencia el de la creencia en su propio «carisma»), deben considerarse parte de la «medicina popular».

Dos de las corrientes de la «medicina alternativa» que más auge tuvieron en el siglo XIX y que han influido en gran manera en el desarrollo de ésta son el espiritismo kardecista y el mesmerismo. En ambas están en juego elementos fundamentales de la tradición popular, como es la creencia en la aparición de los espíritus de los muertos y la consideración de la existencia de una «fuerza» invisible y poderosa en el universo, que los mesmerianos consideran de naturaleza magnética.

Un aspecto fundamental que distingue a la medicina «científica» de la «popular» —que ya apuntamos— es la diferente forma que ambas tienen de explicar la enfermedad; mientras que aquélla es eminentemente empírica ésta es eminentemente racionalista, como nos hace ver Méndez Domínguez en su estudio sobre las teorías médicas en Guatemala. Entendiéndose en este caso el racionalismo tan sólo como una forma de pensamiento lógico sobre el proceso salud-enfermedad. En el discurso popular sobre la enfermedad —en palabras de este autor— «los componentes de las cadenas causativas y los estados de salud con frecuencia están relacionados a través

de constantes e inversiones semánticas, formando así paradigmas»; por el contrario, en la medicina occidental «por ejemplo, se piensa que un componente de la cadena de curación funciona no debido a su relación semántica con los demás componentes de la cadena etiológica, sino debido a una relación empírica». Para ello el autor nos pone un ejemplo: de acuerdo a nuestra experiencia advertimos que el agua apaga el fuego, de ahí se pasa a considerar que el fuego y el agua son semánticamente opuestos, y la «gente puede empezar a pensar que el agua extingue el fuego por necesidad lógica. Cuando la experiencia se maneja en formas «semánticas» decimos que existe una perspectiva racionalista de la realidad» (Méndez Domínguez, 1986: 299-300).

Aun así, como nos recuerda este mismo autor —en consonancia con lo que apuntamos al respecto de la idea de contaminación—, un análisis de la medicina occidental puede sorprender a todos, incluidos los médicos, por la abundancia de «argumentos racionalistas» (*idem*: 301). Por otro lado, en la medicina popular también existe una importante proporción de visión empírica, pero en lo que se refiere al discurso sobre la etiología de la enfermedad (que es lo que más interesa a la medicina popular, y a partir de lo cual cobra sentido todo el resto de los elementos que forman parte del proceso de la enfermedad y la curación) domina la perspectiva racionalista.

El problema de la integración

La cultura occidental tiene un sistema médico, representado por sus especialistas, que siendo utilizado por la mayoría de los ciudadanos no conoce muy profundamente, a veces ni siquiera superficialmente, el pensamiento que sobre su proceso de enfermedad tienen la mayoría de los pacientes; a ello se suma la imposibilidad de éstos para aprehender los términos médicos en los que los especialistas se expresan —cuando lo hacen—, no sólo por su no aprendizaje científico, sino además —lo que es más grave— por la frecuente propensión de éstos al mutismo explicativo. El proceso comunicativo médico-paciente, teniendo en cuenta estas frecuentes circunstancias, no puede ser menos halagüeño.

Si este problema se traslada a zonas indígenas la agudización del mismo es inevitable. A ello se enfrentan con más o menos interés, con más o menos suerte, los gobiernos iberoamericanos. Los programas de salud es-

peciales para estas áreas son una realidad desde hace tiempo en países como México, pero la problemática no puede decirse que se haya resuelto todavía. La respuesta, si la hay, se encuentra en el estudio del fenómeno de la integración cultural, entendiendo que el término integración no supone conceptos con los que frecuentemente es asociado como el de asimilación, y reconociendo que este estudio ha de partir del análisis de la conceptualización no «médica», es decir no «científica», de la salud y la enfermedad, en el que se revela la profunda imbricación entre ésta y la cultura «popular» o «tradicional» en que se enmarca.

Muchos filósofos de la cultura, y otros tantos antropólogos, han pensado que la integración cultural es un valor positivo al que toda cultura debe tender, o, en todo caso, un tema a estudiar, pues como indican Parsons y Shils «la coherencia interna de un conjunto de pautas culturales es siempre un problema crucial para el estudioso de la cultura» (1951: 21). Aun así la integración cultural ha sido objeto de pocos análisis teóricos o estudios empíricos, y los que existen presentan multitud de interrogantes y desacuerdos sobre el alcance del problema. Desde posturas como la de Ruth Benedict (1934), quien piensa fundamental para una cultura la existencia de un principio rector que rija la diversidad de los elementos culturales, hasta la de Opler (1945), que considera que lo apuntado por ésta puede llegar a ser socialmente patológico, o la de otros que opinan que puede impedir la creatividad, hay una gran variedad de posturas valorativas sobre el tema (11).

No está claro el límite entre la integración cultural y la social, y además se habla de diversos tipos de integración: normativa, configuracional o temática, funcional, comunicativa, lógica, conectiva, estilística, etc.

Sorokin insistía en la distinción entre los sistemas integrados por la interdependencia funcional y los integrados por la coherencia lógica y significativa. Parsons (1960) — autor de algunas de las obras más aclaratorias (12)— recuerda la teoría citada de Durkheim añadiendo que la solidaridad mecánica y la orgánica están conectadas en un nivel superior, pues ésta también necesita de unas normas de tipo económico (propiedad, contratos, relaciones mercantiles) para que sea posible: por tanto es también una forma de solidaridad normativa, como la mecánica, pero no se encuentra subordinada a ella puesto que tienen el mismo nivel de institucionalización. Bajo el término de «solidaridad difusa» pretende este autor expresar la adhesión a valores comunes y dar nombre a la categoría superior en que estas dos solidaridades se hallan unidas.

Nosotros pensamos, de acuerdo con muchos científicos que han tratado el tema, que la cultura es ante todo simbólica y que la integración cultural tiene que ver con las relaciones entre esos símbolos. Como hemos manifestado, creemos que aunque haya una estrecha y constante interrelación entre la cultura «oficial» y la «popular» se trata de dos culturas y, por tanto, de dos sistemas de símbolos, no siempre traducibles de una a otra, máxime si la cultura popular es la que denominamos como «indígena». El dominio de la orientación racionalista —en el sentido positivista del término— es muy desigual en una y otra; ni siquiera el catolicismo y el protestantismo (de considerable influencia en Brasil), religiones «eruditas» e históricamente ligadas al poder central y oficial, satisfacen esa necesidad de sentido mágico-religioso que tiene la población «popular», dado que tienden «cada vez más a negar el sentido religioso de la enfermedad» (13), siguiendo las palabras de Giobellina (1986: 38) quien estudia el caso brasileño. Loyola, en un estudio anterior en el mismo país (1984: 88-89), en consonancia con lo advertido, indicaba que la Iglesia católica en Brasil sólo ofrece asistencia médica («las hermanas») siguiendo los cánones de la medicina académica, a diferencia de otras agencias religiosas como Umbanda, Candomblé, Pentecostales, etc. Nos consta que esa tendencia «academicista» de la iglesia católica es general en todo su ámbito de acción, y, por tanto, en los demás países.

Redfield (1941) en su estudio sobre Yucatán, piensa que en las comunidades donde se produce una mayor interconexión cultural se evita la sensación de angustia e inquietud que produce la falta de coherencia, en tanto que ésta es una necesidad humana. No obstante, ni siquiera está claro si todas las culturas o grupos humanos tienen el mismo concepto y vivencia de lo que es la coherencia.

A pesar de todos estos estudios aún no están respondidos, y a veces ni planteados, los principales problemas que plantea la relación entre la medicina «popular» y la «científica». Vamos a acercarnos a ellos con la ayuda de otros autores, teniendo como punto de mira preferente el ámbito iberoamericano.

En el caso de las poblaciones indígenas lo principal, creemos, es entender que el médico, el hospital, representan para el indígena rural una de las encarnaciones de un estado —del que no termina de saber qué límites ni qué sentido tiene—, que está en manos del grupo social hegemónico al que el médico pertenece, con otra lengua, otro código de valores, otra cosmovisión, y muy frecuentemente otra raza; grupo que, en general, siempre se cree superior —lo que es interiorizado por el propio indígena— y represen-

tante de lo auténtico, y en manos del cual éste (el indígena) pone su salud sin compartir los mismos pensamientos sobre ella. Ello plantea problemas de integración socio-cultural tan importantes que para muchos, aquéllos que siguiendo la ideología nacional que rige en América Latina entienden que la nación tiene su base en una misma cultura, son una revelación patente de la desintegración nacional que debe evitarse.

Dado este sentimiento de incomprensión, de humillación, de «otredad» que siente el indígena frente al sistema médico occidental, los problemas con los que se han encontrado los programas estatales de salud en las áreas indígenas —con un alto porcentaje de morbilidad— han sido y son importantes. Y han obligado a plantearse a los gobiernos afectados el problema de la integración cultural, pues —como manifiesta Levine (1975: 111)— «gobernantes y reformadores se han guiado por este concepto en sus esfuerzos de encontrar las innovaciones y los modos de introducir cambios que «encajen» más adecuadamente en las culturas existentes». Lo que se ha dado en llamar «Antropología para la salud» ha centrado su interés en modificar la medicina popular desde los parámetros que rigen los conceptos, clasificaciones y cadenas causativas de la medicina occidental académica; ejemplo de ello son los trabajos de Bates (1953), Adams (1955), Gordon (1958), Francis (1959), Paul (1963) y Suchman (1968).

Por el contrario, la «etnomedicina» ha intentado acercarse aun más al conocimiento de la cultura autóctona a partir de las creencias y prácticas médicas que sus miembros tienen. Con ello pretende dos fines relacionados y que son comunes a todo ejercicio antropológico: acercarse al conocimiento del fenómeno humano, como ser cultural y simbólico, y abogar por el respeto de lo diferente, pues sólo se respeta lo que se conoce. Indirectamente puede conseguir que los médicos y personal sanitario se acerquen al paciente indígena con mayor comprensión, lo que aumenta su eficacia, e invita a reflexionar sobre los propios fallos de su disciplina.

Entre estos fallos cabe mencionar sobre todo —y generalizando siempre— la deficiente relación médico-paciente; veámos algunos de los problemas más frecuentes: en la medicina «científica» frecuentemente se impide al enfermo la explicación o indagación de su enfermedad en relación con su biografía (en la que consciente o inconscientemente, en muchas ocasiones, piensa que están los factores que él considera desencadenantes), lo que produce frustración dado que al enfermo le importa más lo que le importa es por qué tiene una enfermedad; no menos perjudicial es la angustia que produce en el paciente el desconocimiento o incomprensión

del diagnóstico (o el desacuerdo con la forma localista de entender la enfermedad), y el rechazo o desconfianza que le producen ciertos medicamentos:

Todo ello viene a señalar que, teniendo paciente y médico dos conceptualizaciones diferentes del problema, éste ignora la de aquél porque la desprecia y, con ello, aparte de hacer un ejercicio de soberbia (quizás inconsciente) con un tema crucial como el de la enfermedad y la muerte —ejercicio totalmente contrario al espíritu científico (no olvidemos que las enfermedades psicosomáticas vienen a respaldar algunas de las intuiciones que tenía el conocimiento popular, y que la penicilina se ha utilizado tradicionalmente en forma de moño sobre heridas, antes de su «descubrimiento») —, dificulta una mejor y más rápida recuperación del enfermo: pues el miedo, la ansiedad, la desconfianza y la humillación no son los sentimientos más adecuados para recuperar la salud. Precisamente son dos médicos españoles, Barona Vilar y Valladolid López, los que en sus trabajos de antropología médica (en el País Valenciano) advierten el origen del problema desde nuestra misma óptica: «La concepción que el enfermo tiene de su enfermedad condiciona sustancialmente la relación terapéutica ante el médico. La relación médico-enfermo se convierte, desde esta perspectiva, en el enfrentamiento real entre dos culturas» (1988: 49).

A este respecto se manifiesta F. Giobellina —en un estudio sobre la función terapéutica de Umbanda (cf. 1986: 35)— con las siguientes palabras: «El rechazo por parte de la medicina de aquellos clientes que no se atienen a sus reglas de juego (14) es correlativo al que muchos de éstos tienen de la medicina cuando experimentan y tienen tantas oportunidades para ello, la falta de respeto y atención a «su caso». Quien además señala —en consonancia con lo que indicábamos— que es «este corte entre dos órdenes simbólicos heterogéneos lo que subyace al enorme lugar ocupado por las agencias religiosas de cura en Brasil, las que no operan en un registro simbólico diferente al de sus clientes, y no tanto a causas «objetivas» como la falta de atención médica o el emperoramiento de las condiciones sanitarias... «La medicina oficial —continúa este autor— a la que en la mayoría de los casos acude el enfermo, dando así testimonio lógico de su reconocimiento, no exige a su cliente participación alguna en su propio universo simbólico. Las prescripciones de todo tipo (alimentos, higiénicas, medicaciones, etc.) que el médico puede dar al enfermo no implican complicidad ideológica alguna sino una acción del primero sobre el segundo en la que éste puede a veces operar como instrumento. Si bien la confianza que el paciente puede sentir por la capacidad de la

«agencia oficial» a veces llega a ser un factor coadyuvante en la cura, las creencias de aquél no están realmente movilizadas en la técnica terapéutica» (*idem*: 37). No obstante, no hay que olvidar, pensamos, que dicha confianza puede estar respaldada por la credibilidad y sobrevaloración del conocimiento letrado que comparten médicos y pacientes, aunque en el caso de los segundos por interiorización del modelo de saber que presenta la cultura oficial, y que aún así —como hemos visto— no deja de estar contestado por este sector (de ahí la credibilidad en curanderos iletrados).

Así pues, aunque es cierta la relación de interdependencia —en términos de complementariedad— entre los dos sistemas culturales médicos a través de la relación médico-paciente, y su mutua influencia —sobre todo la «científica» en la «popular» aunque teniendo en cuenta las limitaciones que ya advertimos—, también lo es su relación de oposición. «Las oposiciones entre las dos medicinas —indica Loyola (cf. 1984: 194)— se traducen, por otro lado, en oposiciones de clase»; para esta autora la población de Sta. Rita (Rio de Janeiro), al mismo tiempo que «reivindica el acceso a las terapias ofrecidas por la medicina oficial...; puede —gracias a la existencia de esa alternativa constituida por la medicina religiosa, más próxima a sus representaciones del cuerpo y de su relación con el mundo— sustraerse parcialmente a la imposición de la visión del mundo de las clases dominantes, vehiculizada por la medicina erudita, y contrarrestar la relación de dominación y de posesión de sí misma que resulta de la práctica de la medicina oficial. Ella puede, incluso, afirmar su propia identidad y reivindicar un saber propio sobre el cuerpo y la enfermedad que llega a contraponerse a las interpretaciones médicas dominantes» (*idem*: 194-195).

El médico mexicano Mario Humberto Ruz, en un artículo sobre esta problemática relación en dos comunidades Tojolabales (México), se lamenta de que la mayoría de los estudios antropológicos sobre los grupos indígenas de América Latina «se ha limitado, por lo general, a descripciones minuciosas de la herbolaria o las practicas rituales», siendo muy pocos los que han «incidido en una de las facetas más dramáticas del enfrentamiento entre dos diversas concepciones culturales: la relación médico-paciente» (1983: 145). En sus primeras páginas este autor se explaya sobre los problemas que rápidamente hemos indicado en la relación médico-paciente (15), así como sobre los prejuicios de los médicos a quienes acusa de cómplices de lo que domina «racismo sociocultural» que practican los grupos dominantes. Refiriéndose a estos prejuicios reproduce una cita de A. Beltrán

(1980: 256) —médico mexicano también, y antropólogo— que dice así: «... (el) aceptar la importancia de la causalidad emotiva como motivación de enfermedad, libera al investigador, y a quienes con él se asoman al paisaje apasionante de lo irracional, de prejuicios racionalistas que, con frecuencia, conducen a menospreciar valiosas experiencias y a calificar cómodamente como supersticiones complejos culturales a los que no hemos sido habituados» (Ruz, *idem*: 146).

El autor insta en su epílogo a que el médico intente conocer el pensamiento indígena sobre la salud y la enfermedad —de lo que su artículo es un ejemplo— y cambie su relación autoritaria y etnocéntrica con los pacientes. «El hecho de que un paciente esté incluso en un definido sistema de creencias y valores culturales, determinados por su pertenencia a una comunidad, y que ésta se halle inserta en un modo de producción dominante y correspondiente formación socioeconómica se antoja, a priori, conceptos totalmente ajenos al saber y la práctica médicas. No obstante, ignorar tales aspectos —indica este autor— es la causa más frecuente del fracaso en la acción terapéutica en el área que nos ocupa» (*idem*: 190).

Estamos de acuerdo con Menéndez (1981: 394) en que se hace patente la «carencia de un análisis dinámico de las relaciones entre prácticas médicas científicas y prácticas alternativas», así como en que los estudios de Antropología social y cultural tienden a deshistorizar el objeto. Lo cual puede originar estudios demasiado simplistas de una realidad más compleja, que tiendan a la repetición de tópicos que pueden estar dejando de funcionar.

Para Holland (1978) —así como para la mayoría de los autores (Redfield, Adams, etc.), y de acuerdo con lo que expusimos como característico de la cultura popular— la medicina científica con sus tratamientos ha producido un desfase entre la práctica y la ideología médica pues con frecuencia lo que ocurre es que la terapia es aceptada pero asimilada a la conceptualización indígena. Esta aceptación tan sólo pragmática de la medicina oficial es interpretada, por este autor, como la forma que los indígenas tienen de mantener un determinado nivel de integración y de control social que asegure su continuidad como grupo. Integración que a nivel nacional —y desde la perspectiva ya aludida— supone desintegración, y convierte, para algunos, a la medicina tradicional en un mecanismo de oposición ideológica a esa dominación.

Menéndez (cf. 1981: 380) tiene una forma radicalmente distinta de ver el tema: lo que prima —según él— es una postura de aceptación que tiene

el subordinado de su propia subordinación, de su explotación. En la dimensión salud-enfermedad la actitud del indígena es «frente al desarrollo de los procesos de morbilidad y mortalidad, la aceptación del desarrollo de la misma; la aceptación de la explotación económica de la enfermedad por parte de la medicina privada; la aceptación del mal funcionamiento de los servicios; la aceptación del no funcionamiento de los programas; la aceptación de la inclusión de la población en los mismos, sólo en términos receptivos; la transformación de las prácticas «tradicionales» y la pérdida de hegemonía de éstas». Se aceptan, pues, las reglas de fuera sin la participación de los sectores subalternos, aunque dentro de «estos límites los estratos subalternos tratan de obtener eficacia a partir de su autoexplotación y de la apropiación subordinada de la producción “externa”».

La falta de trabajos más profundos sobre ello impide que podamos corroborar una u otra postura, pero nos inclinamos a pensar —por nuestro trabajo de campo en comunidades rurales extremeñas— que si bien la relación que se establece entre ambos polos es desigual, jerárquica, e implica subordinación, la aceptación de este tipo de relación tiene como contrapartida el empeño que tiene el sector «popular» en mantener ese margen de autonomía de pensamiento que le hace distinto y creador cultural, y que supone un escape de lo que es la mera alienación. De acuerdo que esta resistencia a la total aculturación por parte de la cultura «oficial» no es revolucionaria, es decir, no pretende cambiar el estado de las cosas, pero tampoco es una aceptación pasiva, y en el fondo siempre hay un cuestionamiento de esa cultura que se pretende exclusivamente auténtica y con vocación universal. Además, mientras sea la ciencia la regidora de la medicina «oficial», será imposible que el colectivo humano acepte, en general, la ausencia de sentido que conlleva el conocimiento científico, pues el «modelo científico» no parece satisfacer la necesidad de explicación y trascendencia que, en muchos casos, tiene el ser humano.

En términos semejantes se expresa Lombardi-Satrianini —como el mismo Menéndez nos recuerda (*idem*: 409)— «la resistencia cultural de las clases subalternas a la absorción por parte de la cultura hegemónica tiene el valor, a nuestro juicio, de alegar otros testimonios contrapuestos respecto a la autoproclamada universalidad de algunas formas de la clase en el poder». Pero también se lamenta —este autor— de su paradójico destino: «debiendo cuestionar, en cuanto cultura distinta, la cultura hegemónica y la clase dominante que tal cultura mediata o inmediatamente produce, ter-

mina por poner en práctica ella misma los intereses de la clase a la que debería oponerse».

Otro italiano, de Martino, señala al pensamiento mágico y la tendencia a la deshistorización como herramientas alternativas que tiene la cultura subalterna para controlar la dominación. Deshistorizando la realidad — como lo hace el «pensamiento mágico»— se conjura el «riesgo», se detiene la historia y se obtiene seguridad aunque sea a cambio de explotación. El «mundo mágico» es también un modo de protección. Mientras estas condiciones no cambien no dejarán de existir shamanes y curanderos. Solo la historización —según este autor— puede conducir a una alternativa, (*idem*: 404-406).

NOTAS

(1) Esta autora, de la que partimos para definir los conceptos con los que operamos, se basa en la obra de Octavio Paz (1972) «El uso y la contemplación. La artesanía: fraternidad original del hombre». *Hombre y época*. México.

(2) El concepto de «supervivencias» fue fundamental en el discurso de los primeros antropólogos evolucionistas unilineales, y se aplicaba a aquellos elementos culturales arcaicos que se mantenían en culturas cuya transformación evolutiva los hacía no funcionales. Los funcionalistas pondrían el dedo en la llaga al cuestionar que se pudiera descubrir ninguna funcionalidad aislando estos elementos del contexto socio-cultural, y advirtieron que frecuentemente lo que ocurre es que adquieren una nueva funcionalidad.

(3) D. JULIANO (1986:7) reflexiona con las siguientes palabras sobre la «cultura de masas»: «está basada en la producción y el consumo estandarizados. Responde a pautas fijadas internacionalmente y se apoya en las relaciones impersonales. Es un producto generado por la «cultura oficial» en cierta etapa de su desenvolvimiento y destinado a los sectores de población que no tienen acceso a los niveles más altos de la cultura dominante. La cultura de masas carece de existencia autónoma, así como de los niveles mínimos de organización interior que permitirían catalogarla como cultura; es una seudocultura (por su falta de autonomía y de organización, independientemente de sus contenidos)».

(4) MENÉNDEZ (1981:322) opina que «se caracteriza por su localización tanto estructural como ideológica en el medio rural».

(5) BOLTANSKI, en un estudio sobre esta temática en Francia (1968), lo expresará en los siguientes términos: «incapaces de producir un discurso médico que pueda traducir el facultativo o incluso reproducirlo textualmente, los miembros de las clases populares construyen con el discurso del médico un discurso distinto en el cual expresan mediante el empleo de reinterpretaciones, sus representaciones de la enfermedad» (*idem*: 90); «... el paciente realiza por su cuenta una selección en el discurso autocensurado del médico y retiene sólo los términos que reconoce... aunque ignore su significación científica» (*idem*:

94). De tal forma que éstos entran a formar parte de su propio discurso nosológico sin por ello tener el mismo significado y alcance que tienen para la medicina oficial.

(6) J. L. PESET, en un corto pero revelador artículo sobre causalidad y enfermedad (1980: 286); advierte cómo el concepto de naturaleza que se impone en el mundo clásico predomina en toda la medicina clásica hasta el siglo XVIII; en él «la naturaleza es un principio de vida, de actividad, un principio primigenio y todopoderoso, que rige la vida del mundo y la vida de los hombres. Es un principio en cierto modo divino». Y aún así — continúa este autor— es cognoscible y dominable, porque es justa, armónica, ordenada, es decir —desde la perspectiva de otros y nuestra—, racional o razonable.

(7) Sobre ello, y haciendo un valioso recorrido histórico por la tradición europea, ha escrito J. CARO BAROJA algunos trabajos interesantes (1967 y 1974).

(8) EDMUND LEACH (1985), que es quien propone esta explicación, la desarrolla a partir de un ejemplo prototípico: «un hechicero adquiere una muestra del cabello de su pretendida víctima X. El hechicero destruye el cabello mientras pronuncia los hechizos y celebra el ritual. Predice que como consecuencia, la víctima X sufrirá daño» (*idem*: 41). Según LEACH «el hechicero comete un triple error. En primer lugar confunde símbolo metafórico (es decir, la designación verbal «este es el cabello de X») con signo metonímico. Después pasa a tratar el signo imputado como si fuera un indicador natural, como una señal capaz de desencadenar consecuencias automáticas a distancia» (*idem*: 42).

(9) LEVI-STRAUSS, en su «Introducción» a la obra de MARCEL MAUSS (1971: 39), dirá: «Aparentemente estamos muy lejos del mana, y de hecho muy cerca, pues aunque la humanidad haya tenido siempre un gran cúmulo de conocimientos positivos y las diferentes sociedades humanas hayan consagrado más o menos esfuerzo a conservarlo y desarrollarlo, sólo muy recientemente el pensamiento científico se ha erigido en rector, siendo también muy reciente la aparición de formas de sociedad en que el ideal intelectual y moral y los fines prácticos perseguidos por el cuerpo social se hayan organizado en torno al conocimiento científico, elegido de forma oficial y pensado como centro de referencia. La diferencia es de grado más que de naturaleza, pero existe de todas maneras».

(10) Como los TURNER (1974), LUC DE HEUSCH (1974), LEACH (cf. 1986) o M. DOUGLAS (1970-1978). Esta autora, una de las que más vierte tinta sobre el asunto, en una alusión a lo que aquí estamos tratando hablará en los siguientes términos: «Nuestras prácticas están solidamente basadas en la higiene; las suyas, son simbólicas: nosotros matamos gérmenes, ellos se protegen de los espíritus... sin embargo, el parecido entre algunos de sus ritos simbólicos y nuestra higiene aparece a veces misteriosamente próximo» (1970: 51) (...). «La transmisión de las bacterias de la enfermedad fue un gran descubrimiento del siglo XIX. Produjo la revolución más radical que haya tenido lugar en la historia de la medicina. De tal manera ha transformado nuestras vidas que se hace difícil pensar en la suciedad como no sea en el contexto de lo patógeno. Sin embargo, nuestras ideas de la suciedad no son a todas luces tan recientes»... «Nuestras ideas de suciedad expresan igualmente sistemas simbólicos» (1970: 54).

(11) «La quiebra de la integración cultural se ha considerado como un factor causal de la educación de fenómenos tales como el tedio, el suicidio, el crimen y la labilidad cultural» (H. L. LEVINE, 1975, 101). MALLINWOSKI pensaba que todas las culturas están perfectamente integradas.

(12) PARSONS piensa sobre todos en la integración normativa, «que se logra cuando los elementos capitales del sistema cultural —los valores comunes de la sociedad— son

institucionalizados en elementos estructurales del sistema social. Esto ocurre en tres niveles. Las normas más generales en su aplicación son las que se aplican a categorías de personas, tales como hombres y mujeres. Menos generales son los controles normativos de colectividades, tales como empresas comerciales y escuelas. Existen sanciones en cada uno de los tres niveles, así como especificaciones en cuanto a la conducta correcta» (LEVINE, 1975: 110).

(13) Quizá lo más cercano a ello es la tendencia histórica del catolicismo a considerar la enfermedad como un medio de sacrificio, de ejercitar la resignación y la paciencia —valores que esta religión propugna—, y por tanto de santificación, de acercamiento a la salvación (sobre ello véase GUIO, 1988).

(14) GIOBELLINA nos recuerda como un ejemplo de ello que «la Federación Brasileña de Gastroenterología afirmaba hace algún tiempo que el 70% de propios pacientes no presentaban ningún problema que pudiera ser atendido médicamente sino “fantasías del ser humano” frente a las cuales sólo cabía actuar como consejero» (*Folha de São Paulo*, 28-8-84). (GIOBELLINA, 1986: 34).

(15) RUZ acusa al médico de codificar al enfermo, ignorando los elementos sociales y culturales que influyen en el desarrollo y evolución de la enfermedad, de tener una relación con su paciente condicionada por una ideología profesional y clasista, de ser el prototipo de la intransigencia, de «presentarse como el propietario único y legal del saber, que se enfrente a un individuo que no sabe y no debe saber nada al respecto y que, por otra parte, es incapaz de comprender su propio proceso de salud-enfermedad», por lo que se limita a dar órdenes. También le acusa de no intentar acercarse a la conceptualización del paciente indígena, de conceptuarse como perteneciente a un estrato social superior, casi emparentado con la divinidad: «curar es arte de dioses» (Ruz, *idem*: 144-145).

BIBLIOGRAFIA

- ADAMS, R. N. (1955): «On the effective use of Anthropology in public health programs». *Human Organization*, 13, 5-15.
- AGUIRRE BELTRAN, G. (1980): *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*. Instituto Nacional Indigenista. México.
- BARONA VILAR, J. y VALLADOLID LOPEZ, M.ª J. (1988): «Superstició i pensament mític a la medicina popular valenciana: les malalties “no metges”». *Canelobre*, n.º 11. Diputación provincial de Alicante.
- BATES, M. (1953): «Human Ecology». *Anthropology Today: an encyclopedic inventory*. Comp. A. L. Kroeber (University of Chicago Press. Chicago).
- BENEDICT, R. (1934): *Patterns of culture*. Houghton Mifflin. Boston.
- BOLTANSKI, L. (1968): *La découverte de la maladie*. Centro de Sociologie Européene. París.
- CARO BAROJA, J. (1967): *Vidas mágicas e inquisición*, vol. I, Taurus. Madrid. (1974): «De nuevo sobre la mentalidad mágica». *Meditaciones antropológicas*. Taurus. Madrid.
- DOUGLAS, M. (1970): *Pureza y peligro: ensayos sobre los conceptos de contaminación y de tabú*. S. XXI. (1978): *Símbolos naturales*. Alianza. Madrid.

- DURAN, M.^a A. (1983): *Desigualdad social y enfermedad*. Ed. Tecnos. Madrid.
- DURKHEIM, E. (1985): *La división del trabajo social*. Ed. Planeta Agostini. Barcelona.
- FOSTER, G. M. (1962): *Cultura y conquista: la herencia española de América*. Universidad Veracruzana, Xalapa, México.
- FRANCIS, T. JR. (1959): «The epidemiological approach to human ecology». *American Journal of the Medical Sciences*, 237: 677-684.
- GODON, J. E. (1958): «Medical ecology and the public health». *American Journal of the Medical Sciences*, 235: 337-359.
- GRANERO XIBERTA, X. (1988): «El curanderismo urbano: un fenómeno en expansión». *Canelobre*, n.º 11. Diputación Provincial de Alicante.
- GIORBELLINA BRUMANA, F. (1986): «La función terapéutica de Umbanda. Estudio de un caso de cura mística». *Asclepio (Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina y Antropología Médica)*, vol. XXXVIII. C.S.I.C. Madrid.
- GUIO CEREZO, Y. (1988): «Religión, salud y enfermedad, un estudio de medicina popular en un pueblo extremeño». *Métodos y tendencias actuales en la investigación histórica y geográfica*. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Geografía e Historia. Madrid.
- HEUSCH, L. DE (1974): *Estructura y praxis*, S. XXI. Madrid.
- HOLLAND, W. (1978): *Medicina maya en los Altos de Chiapas. Un estudio del cambio socio-cultural*. Instituto Nacional Indigenista. Serie de Antropología Social, n.º 2. México.
- JULIANO, D. (1986): *La cultura popular*. Ed. Anthropos. Barcelona.
- LEACH, E. (1985): *Cultura y comunicación. La lógica de la conexión de los símbolos*. S. XXI. Madrid.
- LEVI-STRAUSS, C. (1971): «Introducción». *Sociología y Antropología* de M. Mauss. Ed. Tecnos. Madrid.
- LEVINE, L. H. (1975): «La integración cultural». *Enciclopedia de las Ciencias Sociales*. Ed. Aguilar.
- LOYOLA, M. A. (1984): *Médicos e curandeiros (conflicto social e saúde)*. Ed. Difel, Col. Corpo e alma do Brasil. Sao Paulo.
- MARQUEZ, A. y PÉREZ, C. (1982): «Exorcismo contra una epidemia de sarampión que azota el Alto Río Negro». *I Jornadas de Antropología de la Medicina*. ARXIU de Etnografía de Cataluña. T. I. Tarragona.
- MÉNDEZ DOMÍNGUEZ (1986): «La enfermedad y la teoría médica entre los indios de Guatemala». *La herencia de la Conquista, treinta años después*. Comps. Carla Kendall, John Hawrins y Laurel Bossen. F. C. E. México.
- MENÉNDEZ, E. L. (1981): *Poder, estratificación y salud. (Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán)*. Ediciones de la Casa Chata. México.
- OPLER, M. (1945): «Themes as dynamic forces in culture». *American Journal of Sociology*. 51, 198-206.
- PARSONS, T. (1960): «Durkheim's contribution to the Theory of Integration of Social Systems». *Emile Durkheim. 1858-1957: A collection of Essays with translation and a bibliography*. Dir. de ed. Kurt Wolff. (118-153). Ohio State Univ. Press. Columbus.
- PARSONS, T. y SHILS, E. A. (1951): *Toward a General Theory of Action*. Cambridge, Mass. Harvard Univ. Press.
- PAUL, B. (1963): «Anthropological perspectives on Medicine and Public Health». *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 346, 34-43.

- PESET, J. L. (1980): «El principio de la causalidad en la historia de la medicina». *Actas del Primer Congreso Hispanoamericano de Historia de la Medicina*. Buenos Aires.
- REDFIELD, R. (1941): *The folk culture of Yucatán*. Univ. Chicago Press.
- RUZ, M. H. (1983): «Médicos y Loktores. Enfermedad y cultura en dos comunidades tojolabales». *Los legítimos hombres*, vol. III (143-192). U.N.A.M. México.
- SUCHMAN, E. A. (1968): «Epidemiology». *International Encyclopedia of the social sciences*, vol. 5. Macmillan, Free Press. Nueva York.
- TURNER, V. (1974): *La selva de los símbolos*. Ed. S. XXI. Madrid.