

La medicina científica y la curandería como terapéuticas en interacción

Pedro Gómez García

Ensayos de Filosofía, número 9, 2019, semestre 1, artículo 10.

<http://www.ensayos-filosofia.es/archivos/articulo/la-medicina-cientifica-y-la-curanderia-como-terapeuticas-en-interaccion>

RESUMEN

Al analizar, más allá de la medicina científica, las claves de la curandería como vía terapéutica, se ponen al descubierto, por contraste, algunos supuestos subyacentes del sistema de salud oficial, en su funcionamiento y su concepción misma. Son dos vías que interaccionan dentro de un espacio terapéutico complejo.

1. La enfermedad y la vejez en un espacio terapéutico complejo

Es evidente que la enfermedad puede afectar al ser humano a cualquier edad. La vejez, entendida en el sentido cronobiológico, no es sinónimo de enfermedad. Envejecer no es lo mismo que enfermar; mientras vivimos sanos también vamos envejeciendo. Por su lado, la *jubilación*, que en nuestra sociedad marca oficialmente el inicio de la vejez sociológica, tampoco implica necesariamente la idea de enfermedad. Sin embargo, no cabe duda de que la ancianidad acerca irremisiblemente al debilitamiento y la enfermedad física o mental. Hablamos entonces de la *senilidad* como esa vejez tocada ya por lo enfermizo, aquejada por dolencias biológicas, o psicológicas, o ambas a la vez. Por consiguiente, puede darse una vejez todavía libre de senilidad, pero siempre estará abocada o bien a una súbita enfermedad mortal, que ahorre la fase del deterioro senil, o bien a una más o menos tardía, pero indefectible, senescencia.

Sea como fuere, la edad, el envejecer, trae consigo siempre algunos achaques, "goteras", afecciones diversas a las que cada cual debe hacer frente, aun antes de que lleguen (y sin que lleguen) esas incapacidades o limitaciones que imposibilitan la propia autonomía cotidiana e imponen la necesidad de ayuda. Por eso, aunque envejecer no signifique forzosamente enfermedad ni senilidad, lo cierto es que las enfermedades y la muerte recaen sobre la clase anciana más que sobre los demás grados de edad. En general, la salud se vuelve más problemática para la vejez que para la juventud o la adultez.

Voy a enfocar aquí un aspecto de la relación entre envejecimiento y enfermedad, en el marco de un sistema de atención a los achaques de la edad que permanece semioculto en nuestro contexto, pese a la importancia que de hecho tiene. Tal vez resulte sorprendente para algunos, y hasta escandalizante, pero es totalmente real: Un porcentaje nada despreciable de la población mayor acude a la consulta de esos oficiantes de la medicina popular que son los curanderos. Y estos, en sus versiones más tradicionales, ejercen una incidencia beneficiosa, difícil de calibrar por falta de

suficiente estudio, en la salud de los viejos, tanto en el medio rural como en los barrios urbanos.

Los usuarios de curanderos, en España, pueden oscilar entre el 15 y el 20 por ciento de la población. Según los datos de una encuesta realizada por el Servicio Andaluz de Salud, en el Área Hospitalaria Norte de la provincia de Granada, en la que se incluyeron preguntas relativas a la asistencia a curanderos, las personas mayores de 65 años visitan a los curanderos casi un 20% más que los restantes grupos de edad. Esto quizá no sea demasiado significativo, pero nos pone en evidencia un hecho digno de reflexión.

El curanderismo pertenece al ámbito de la medicina popular y, más ampliamente, de lo que se conoce como cultura popular. De ahí que se presente como vía terapéutica en buena sintonía con el viejo, en la medida en que este (como observa J. M. Fericgla) sufre una especie de regresión hacia las propias raíces étnicas y culturales, tras su desconexión de las responsabilidades laborales y parentales.

Al analizar las claves de esta vía terapéutica, tan poco ortodoxa, pretendo por contraste poner al descubierto algunos supuestos subyacentes del sistema médico oficial, en su funcionamiento y en su concepción misma. De camino quizá se haga ver por qué, para la situación de enfermedad y de vejez, la biomedicina institucional es imprescindible pero insuficiente; puede y debe mejorar, pero también estar abierta a otras instancias.

2. La enfermedad y la curación a la luz de la antropología

El núcleo del tema es aquí la vejez, la enfermedad y la muerte. Ancianidad, morbilidad y mortalidad son atributos de la vida y, por ende, también de la vulnerable condición humana. Enfermedades, accidentes fortuitos, heridas infligidas, envejecimiento y finalmente la muerte se han cernido siempre sobre los humanos. No obstante, los modos de producirse y vivirse son, en los humanos, enormemente más que un hecho bruto determinado por la naturaleza de la especie. Si lo sociocultural moldea la existencia de cada individuo humano como miembro de su sociedad, a esta pertenecen también los modos de enfermar y de curar, los modos de vivir y de morir.

Cada contexto cultural define teórica y prácticamente, dentro de un umbral variable y solo relativamente impuesto por la naturaleza, lo mismo que el concepto de vejez, un concepto de salud y un concepto de enfermedad y de curación. Estas últimas representan respectivamente el camino de alejamiento y regreso, de pérdida y recuperación, con respecto a un modelo de salud; pero esta se concibe como el estado en que uno no está enfermo, que depende a su vez de lo que se considere o no enfermedad. Se da una relación de incertidumbre que solo la cultura resuelve de forma arbitraria y a la larga pasajera. ¿Qué es enfermedad? En ambientes étnicos y populares hay enfermedades (el mal de ojo, el susto, etc.) que no considera tales la medicina oficial. Y a la inversa, enfermedades tipificadas científicamente se tienen

como algo normal entre ciertos pueblos (por ejemplo, la *espiroquetosis discrónica* para los indios del norte del Amazonas). Incluso el catálogo de dolencias de la medicina oficial no ha cesado de variar, y carece de claridad en puntos como las enfermedades laborales o la sinuosa divisoria entre enfermedad y vejez.

No se trata solo de que la enfermedad aparezca acuñada culturalmente, sino de que, en un grado y de un modo difícil de precisar, pero real, está *causada* socio-culturalmente, por mediaciones simbólicas, evidentemente seleccionadas por el entorno práctico en el que ellas se inscriben. De la constitución cultural de la dolencia se sigue también matriz cultural de la sanación. Queda así abierta la posibilidad de curación por lo simbólico: por el gesto, la palabra, el rito. En este marco cultural (sin dejar de ser biológico) se mueve toda medicina, la científica –que lo ignora o lo niega– y la popular –que le saca el máximo partido–.

Existe un prejuicio clásico y eurocéntrico, y un prejuicio cientificista y tecnocrático. El primero cree que la ciencia médica nació en la Grecia clásica, o bien en la modernidad europea, inspirada en aquella: Cree que la medicina oficial, moderna, científica, europea, cosmopolita constituye la única fundada en un verdadero conocimiento y la única vanguardia de un progreso evolutivo unilineal, menospreciando las otras tradiciones médicas civilizadas y los sistemas médicos llamados "primitivos" como fases ya superadas y caducas. El prejuicio cientificista presupone que la llamada medicina popular y el curanderismo que perviven en el propio entorno de los países industriales no son sino una sarta de supercherías irracionales, incompatibles con una mentalidad racional y progresista. Ambos prejuicios sostienen que el verdadero saber médico está ausente en las tradiciones extraoccidentales y extraoficiales. Pero esta interpretación presuntamente ilustrada, que viene a descalificar de plano el curanderismo como superstición, charlatanería o fraude (1), resulta, a la vista de los análisis antropológicos de los últimos setenta años, más bien reductora, simplista y cegada ante los hechos.

No es menester restarle ningún mérito a la medicina moderna para reconocer los logros especulativos y pragmáticos de otras tradiciones medicinales, en cuyas fuentes, por lo demás, ha bebido nuestra ciencia médica. Un estudio global señala tres grandes sistemas médicos originarios, localizados en India, China y el Mediterráneo (Charles Leslie, citado en Kenny y de Miguel 1980: 24). Más aún, una reconstrucción etnohistórica debería relacionar las grandes tradiciones médicas con las áreas de civilización prístinas: Mesopotamia y Egipto (de donde deriva lo griego y lo mediterráneo), India, China, Mesoamérica y Perú. En el Viejo Mundo, parece cierto que, a partir del siglo V antes de nuestra era, las tradiciones médicas alcanzan un nivel decisivo de racionalidad, profesionalización e institucionalización, en primer lugar en la China de los Zhou. Por consiguiente, la tesis más consistente es la que defiende que las primeras grandes civilizaciones crearon endógenamente no solo su propio sistema tecnoeconómico y sociopolítico, sino también su filosofía, su ciencia, su religión y su sistema médico.

Todas las civilizaciones, si es que no toda cultura por arcaica que parezca a nuestra mirada, ha meditado racionalmente sobre la condición doliente y mortal de la

humanidad. Es el tema de la salud, que, en el fondo, vinculando lo medicinal con lo moral, no difiere de la salvación, del posible sentido de esta vida asombrosa y a la par desfalleciente, trágica, enigmática. Cada civilización ha sintetizado ideas y fórmulas para hacer frente a ese destino.

3. El sistema biosanitario oficial y el espacio terapéutico real

Para atender las dolencias, achaques y enfermedades, las sociedades desarrolladas, como la nuestra, instituyeron el sistema sanitario, en su vertiente privada y pública, regulado por el Estado. Pero el campo de las ofertas y vías terapéuticas socialmente existentes es más vasto que el de la medicina oficial o "científica". Asimismo, las concepciones sociológicas acerca del enfermar y el curar resultan notablemente dispares. De modo que la estrategia seguida por los pacientes en busca de mejoría o sanación tiene en cuenta más posibilidades de las que ofrece la sanidad oficial, y no se detiene ante lo poco ortodoxo.

Una mirada etnológica sobre nuestra realidad social nos desvela una estructuración compleja de lo que podemos llamar el espacio terapéutico.

La oposición fuerte entre vida y muerte cuenta con una réplica más débil, en el ámbito de la edad, entre juventud y vejez; y en el ámbito genérico de la vida, entre salud y enfermedad. Cada una de ellas se configura culturalmente, no solo en lo tocante a su percepción subjetiva, sino en su misma producción como edad juvenil o proveya, como vida mórbida o saludable, y en la selección de los medios rejuvenecedores, o salutíferos. Imaginemos un eje vertical, a lo largo del cual se opone juventud/bienestar (situémoslo arriba) y vejez/malestar (abajo). Por ese eje, desciende el proceso de envejecer /enfermar y asciende el proceso de rejuvenecer /sanar, que robustece la salud (2); una salud que a veces llega a conceptuarse como salud eterna o salvación. En todo este proceso caben múltiples mediaciones.

El campo de la salud puede delinearse culturalmente como unitario e integrado, por ejemplo bajo lo religioso, o bien puede compartimentarse (en nuestra sociedad: sanidad corporal, salud mental, salvación religiosa). Toda sociedad humana posee creencias, saberes y prácticas relativas a la salud, pero cada cultura organiza y teoriza a su modo ese ámbito. Donde hay diferentes especialidades, estas se distribuyen parcelas, que siempre se intersectan y superponen parcialmente. Sin remontarnos a los orígenes de las artes curativas, los curanderos cuentan con precedentes en las grandes tradiciones que vierten en nosotros: terapeutas griegos, ermitaños curadores de los antiguos hebreos, santones moriscos (3).

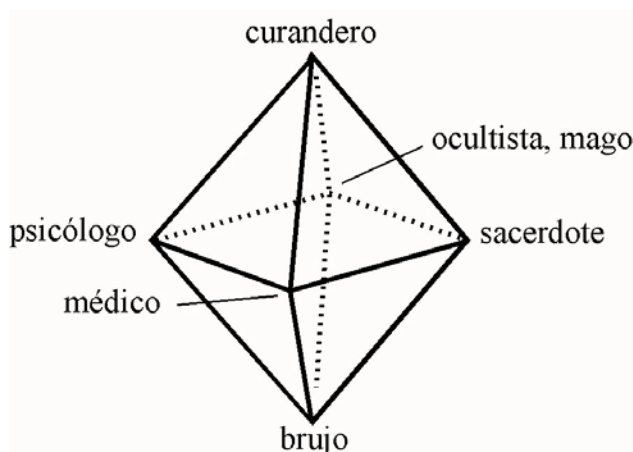
La curandería no solo supone unas creencias y unas prácticas especiales, sino que se inscribe en un sistema de relaciones sociales y funcionales, regulador del reparto del poder, a través del cual cumple ella sus fines terapéuticos. A este sistema pertenecen los curanderos con su jerarquía; en él entran en relación con otras figuras ligadas a la salud y la salvación. Con tal sistema han de habérselas los pacientes, cuando elaboran

sus estrategias para sanar. Se trata de una organización sociopolítica y al mismo tiempo sociosanitaria, obediente a ciertas reglas sistémicas.

Evolutivamente, a partir de la figura primigenia del chamán o hechicero, que detentaba íntegramente todos los registros del poder salutífero, natural, mágico y sacral, se produjo un complejo proceso de especialización. Como resultado tardío, en nuestro contexto, se encuentra ahora, junto al curandero, el brujo, el médico, el sacerdote, el mago, el psicólogo. Podemos considerar que la figura del curandero queda definida y recortada por una cuádruple oposición relativa: Frente al *médico* y frente al *psicólogo* que se mueven en el polo de la ciencia, de las instituciones y servicios sanitarios de nivel estatal (distinguiéndose entre sí por ocuparse uno del cuerpo y otro de la psique, por apoyarse uno en ciencias más "duras" y otro en ciencias más "blandas", y por tener el segundo menos cabida en la sanidad pública). Frente al *sacerdote*, cura de almas o director espiritual, situado igualmente en el plano institucional, en este caso eclesiástico, y sustentador de la ortodoxia teológica en orden a la salvación. Y frente al *mago*, ocultista o espiritista, que pone una vía esotérica al alcance privado de los clientes de clase media. En oposición a ellos, el *curandero*, sin un puesto oficial y sirviéndose de los remedios acopiados por la cultura popular, es afín sobre todo a las indigencias de los pobres y necesitados.

Como he dicho, el curandero tradicional ha resultado de la bifurcación de la figura del antiguo hechicero (ambivalente, capaz tanto de hacer bien como de hacer daño), que da lugar al *brujo*, en sentido estricto, dedicado a la magia negra, y en el lado absolutamente opuesto, en las antípodas, al curandero, consagrado por entero a beneficiar a los demás.

Las diferencias entre esas seis figuras del poder benéfico/maléfico las podemos representar como los seis vértices de un octaedro, opuestos y a la vez correlacionados entre sí.



Numerosas oposiciones diferencian el perfil de unas figuras y otras, sea por las líneas de las aristas, sea trazando otras líneas o planos imaginarios, que confronten figuras o grupos de figuras. En las antípodas del curanderismo, la brujería se contrapone a los

restantes papeles, distinguiéndose por su orientación al hacer daño, como se enfrenta diametralmente el mal al bien, o Dios a Satanás.

La oposición entre *natural* y *sobrenatural* marca la distinción del médico y el psicólogo, por un lado, y el sacerdote y el espiritista o mago, por otro. Al mismo tiempo, esa polarización entre naturaleza y sobrenaturaleza se replica en otras, como acción *técnica* frente a acción *ritual*, como lo *empírico* frente a lo *simbólico*. El trabajo de médicos y psicólogos, con pretensión científica, con un carácter empírico, técnico, se ocupa respectivamente de *lo corporal* y de *lo mental*. El sacerdote, en cambio, representante de la religión oficial, queda delimitado por la oposición entre *religión* y *ciencia*, con respecto a los profesionales médicos y psicólogos; y, en otro sentido, por la oposición entre *religión* y *magia*, con respecto al mago u ocultista. Este último es tributario, a su vez, de la escisión entre *ciencia* y *magia* (o científico /paracientífico, según algunos), de cara a los médicos, psiquiatras y psicoterapeutas; por otra arista, diverge del sacerdote (con el que comparte el plano de lo simbólico y lo ritual) oponiendo un saber oculto, *esotérico*, a otro *exotérico*, revelado para todos, y también por la personalidad del oficiante, paralelamente más *extravagante* (la del mago) o más *normal*.

El curandero, que suele compartir algo de médico, de psicólogo, de ocultista, de sacerdote, sin serlo, se contradistingue de ellos en virtud de la indistinción y colusión en él de todas esas facetas, y, marcadamente, por la oposición entre lo *popular* y lo *oficial*, entre lo *carismático* y lo *burocrático*; es decir, la prevalencia de una legitimación social inmediata más que la dependencia del estado y el mercado, y el estar personalmente dotado de *gracia* más que el ejercitar una *habilidad* adquirida. En este sentido, el carácter popular y carismático de la curandería debe destacarse frente a todas las demás institucionalizaciones terapéuticas. En esto, además, se halla muy cerca de las formas de religión popular, lo que puede explicar la tendencia a transgredir las lindes entre ambas, en ambas direcciones. Lo hemos observado en la abigarrada religiosidad que impregna el entorno curanderil, en el hecho de que el panteón popular haya entronizado por igual al santo Custodio y a fray Leopoldo de Alpanseire. Por su parte, la devoción religiosa popular anda enormemente obsesionada por la salud corporal (4).

Recortada su figura y definida su función, el curandero da lugar, dentro de su género, a una tipología que abarca desde quienes solo ejercen algún don especial de vez en cuando hasta quienes dedican su vida por entero a atender toda clase de dolencias. Actualmente, junto al calificativo genérico de *curanderos*, reciben el de "santos", "sabios", o "hermanos", sin que haya una discriminación coherente entre una y otra denominación (5), dependiendo en ocasiones de la zona.

En cuanto a los varios tipos de curanderismo, difieren uno de otro según la combinación (presencia, ausencia y dominancia) del factor religioso, mágico y empírico, sabiendo que en realidad se da un continuum de la magia a la técnica, y de la fe a la ciencia. Tal vez a aquellos en los que predomina la gracia sobrenatural les podríamos reservar el apelativo de "santos"; los que actúan ante todo con poderes

telúricos y preternaturales serían a su manera "magos"; y los que aplican básicamente el conocimiento de elementos naturales serían "sabios". No se trata de tipos inconexos, puesto que son susceptibles de transformarse uno en otro e incluso fundirse sincréticamente.

Así, pues, el curandero afronta la condición humana de forma compleja, aplicando remedios empíricos (plano natural), efectuando ritos mágicos (plano preternatural) o invocando la gracia divina (plano sobrenatural). En cualquier hipótesis, supone que los efectos alcanzan a la persona como un todo. Por el contrario, la medicina tecnocientífica se afina en un único plano, que podíamos denominar "hipernatural" (sobrevalorando lo biológico).

La clasificación esbozada en los párrafos anteriores tiene, sin embargo, un alcance etnológico limitado. Para darle mayor generalidad, será necesario, más allá de la elucidación de las categorías étnicas, intentar un punto de vista transcultural, con el propósito de llegar a comprender lo más objetivamente posible el curanderismo. Esto llevará consigo la necesidad de modificar algunas apreciaciones convencionales. Por ejemplo, la distinción entre natural y sobrenatural solo es válida para el que cree en lo sobrenatural; su validez universal es más que dudosa. Si una cultura no establece frontera entre naturaleza y sobrenaturaleza, ¿no proyectamos nuestros esquemas, al decir que no atribuyen la enfermedad a causas naturales? Las distinciones entre magia y técnica, o entre magia y religión, tampoco resulta evidente que se correspondan en todas las culturas. La magia se suele oponer a la empiria técnica; pero no le son ajenos efectos empíricos; por otro lado, la técnica ¿no se sobrecarga de significados mágicos? La naturalización del hombre postulada por la magia es verdadera, aunque los modos de concebir dicha relación no sean científicos. Respecto a la religión, ¿hay un concepto unívoco? ¿Es generalizable su definición por lo sobrenatural o por lo sagrado? Lo cierto es que todas esas categorías tienen existencia como ideas y realidades culturales. En consecuencia, quizá la distinción más pertinente es la que se traza, en el seno de toda cultura, entre pensamiento *simbólico-mítico-mágico* y pensamiento *empírico-racional* (cfr. Morin 1986: 188-189), ambos antagónicos pero complementarios. Ambos se hallan presentes no solo en la medicina popular sino también en la medicina oficial.

La estrategia del paciente como sujeto

El sistema curanderil existe formando parte, junto con el sistema médico oficial, del sistema sanitario global de nuestra sociedad. Desde la perspectiva del sujeto humano concreto, proporciona a unos cuantos un modo de vida, o al menos la oportunidad de llevar a la práctica unas dotes, una vocación; y a muchos miles, un recurso inapreciable para el restablecimiento de la salud. Actuaciones de anónimos sujetos le dieron existencia y, día a día, se la renuevan.

A la larga, los sujetos contribuyen a seleccionar el tipo de curanderismo en vigor, dadas unas condiciones socioculturales. Un porcentaje que pudiera rondar un quinto de la población son usuarios de curanderos. Para ellos, en caso de enfermedad, la visita al

curandero cuenta estratégicamente como una posibilidad más. Este recurso no es claramente ni ordinario ni extraordinario. No resulta significativa una supuesta mayor facilidad de acceso, pues en general la gente viaja al curandero desde muy lejos, desde una distancia igual o mayor que la que le ofrece el centro médico de la red sanitaria convencional. A veces se acude como primera instancia. Otras veces, se combina con la consulta al médico. Otras, en fin, se va al curandero en última instancia, cuando, desamparado ya por la medicina institucional, el desahuciado, en lugar de quedar abandonado a su desesperación, aún puede probar suerte. Al callejón sin salida médica vivido se le abren virtuales vías de escape, de las que uno ha oído hablar a otras personas.

Así, pues, se trata de dos sistemas articulados de hecho y utilizados por la estrategia curativa de los pacientes. Son estos quienes escogen a cuál acudir primeramente; si uno falla o suscita desconfianza, recurren al otro; amplían sus expectativas de sanar hasta el milagro; en suma, van consiguiendo mayor protagonismo en el asunto. Entre ambos sistemas se da, a un tiempo, antagonismo y complementariedad. No cabe hablar del hundimiento de la curandería, derrotada por la tecnología médica. Es bien cierto que hay formas periclitadas; pero el curanderismo pervive en el seno de la cultura popular. Habiendo sido tradicionalmente medicina habitual de pobres y talismán para desahuciados, afronta hoy con incertidumbre los avatares del siglo XXI.

Las formas y la vigencia social concreta del oficio de curandero evolucionan históricamente. Dependen de una trama de creencias, carencias y carismas no susceptibles de estricta determinación. Su endémico enraizamiento en zonas económicamente deprimidas, médicamente desatendidas o educativamente atrasadas, no logra explicarlo todo. Hoy está comprobada su adaptación al medio urbano moderno, primero entre la población inmigrada de los pueblos, para evolucionar después, poniéndose al servicio de las llamadas clases medias. Más que extinguirse, va ganando terreno, en concurrencia con la medicina tecnocientífica, y con la caterva de neocuranderos, seudocuranderos y magos mercachifles que defraudan a los incautos. A diferencia de ellos, podría decirse que al auténtico curandero lo caracterizan rasgos de normalidad y modestia en su modo de vida y trato, sin olvidar el reducido costo de sus tarifas. El sujeto es aquí decisivamente importante.

4. Las creencias y las prácticas de los curanderos tradicionales

Caracterización del curanderismo "tradicional"

Si nos detenemos a comparar y resumir las características manifiestas en la mentalidad y arte de los curanderos de nuestras tierras, se descubre una serie de rasgos recurrentes, que expongo a continuación:

1. Esta forma de curanderismo *excluye la brujería* (uso de poderes mágicos para hacer daño, causando infortunio, enfermedad o muerte), aunque algunos curanderos confiesan que podrían hacerlo, pero que les está prohibido, y si lo hicieran quizá

perderían su virtud. De ahí que el demonio aparezca más bien marginado. Brujos y brujas, si no han desaparecido del todo, se han aislado del curandero; de ellos apenas quedan historias de viejas. Los curanderos, en Andalucía al menos, dicen dedicarse solo a hacer el bien a los demás, dentro de un marco de referencia claramente cristiano; insisten en que no son brujos ni hacen magia (suelen hacer hincapié en que lo suyo no es brujería ni cosa del diablo, que invocan a Dios). De hecho inspiran a la gente confianza más que temor. En esto difiere este "chamanismo cristianizado" respecto al chamán o hechicero (6), capaz de provocar tanto el bien como el mal, por cuenta propia o por encargo.

2. La medicina popular se muestra íntimamente *vinculada con manifestaciones de la religión popular* católica, lo que refuerza y quizá explica la polarización en hacer el bien, curar y ayudar, evitando hacer el mal y eliminando lo brujesco. Proliferan las imágenes de santos, la Virgen y Cristo, los rezos y otras paraliturgias o devociones, sobre todo cuando se da lo que he llamado una comunidad terapéutica (que así adquiere cierto aire de comunidad cristiana).

3. El curandero se pone en *comunicación con otros niveles de realidad*, donde entra en contacto con seres superiores o sobrenaturales, identificados como dios, el espíritu santo, Jesucristo, la Virgen, los santos, los difuntos, otros espíritus o potencias preternaturales y naturales. Son aliados eficientes. De ellos recibe información (clarividencia, apariciones...). Y de ellos obtiene fuerza, poder, virtud, gracia, espíritu, energía, para poder curar.

4. En la persona del curandero concurre un *carisma* (don especial), innato o adquirido por medio de una experiencia excepcional (7), iniciática, a veces mística, de la que se sigue una irresistible vocación para curar al prójimo. La personalidad del curandero ofrece un perfil muy variable, pero es siempre singular e impregnada de compasión, de una sutil sensibilidad ante el dolor ajeno, junto a unas inusuales dotes de persuasión que crecen al compás del prestigio alcanzado.

5. El *nivel de integración sociocultural* propio del curandero está basado no en la ocupación de ningún cargo, sino en el rango personal adquirido socialmente por el reconocimiento directo de sus clientes. Todo depende del *prestigio* conseguido por sus éxitos terapéuticos, que tanto puede llegar a darle fama legendaria como a sumirlo en el olvido.

6. Es de enorme importancia la *relación personal* con los pacientes, de virtualidad carismática y terapéutica, que provoca en muchos un sutil cambio interior, auspiciador de la curación. Esta relación es más familiar que burocrática, más tocada de calor humano que de frialdad técnica.

7. En el tratamiento del enfermo se aplican ya conocimientos tradicionales empíricamente eficaces, ya ritos mágicos, ya ceremonias religiosas, o bien todos estos procedimientos de consuno. No es la clase de *medios y remedios* empleados lo que distingue al curanderismo, pues resultan completamente *heteróclitos* en unos

curanderos y en otros: Del simple ensalmo o el santiguamiento a la imposición de manos, los conjuros y ritos mágicos, los remedios caseros, las plantas medicinales, las dietas, hasta el recetar medicamentos de la industria farmacéutica.

8. La *comunicación entre pacientes*, en la antesala de la consulta del curandero, posee una clave terapéutica. Algunos lo visitan con regularidad y acaban conociéndose entre sí, comen, conversan y conviven familiarmente, tal vez rezan juntos o comparten la esperanza de sanar. En ciertos casos se llega a formar una auténtica *comunidad terapéutica* de pacientes en torno al curandero, fascinados por su fama y difusores de ella (así ocurre en varios casos de los más típicos).

9. Se produce una transferencia de gracia, espíritu o energía hacia el paciente, y una *transferencia del mal* que lo aqueja hacia el exterior (sea al curandero, los animales o la atmósfera). Esto implica un misterioso movimiento de poner y quitar, entrar y salir, mediante un intercambio de lo malo por lo bueno, para restablecer el estado de salud.

10. De hecho se produce frecuentemente alivio, mejoría o total restablecimiento de los enfermos; no rara vez acontecen curaciones prodigiosas, tenidas por *milagros* e inexplicables para la medicina oficial. Todo ello, además, con un tratamiento poco traumático. Estos "milagros", por sí solos, bastarían para apuntalar el edificio de la curandería.

11. Hay que añadir el *bajo coste de la consulta*, normalmente mucho más barato que el de la medicina privada y con la ventaja de adaptarse a la capacidad económica de cada paciente, mediante la consabida fórmula de "la voluntad".

12. Todo este fenómeno descansa en la existencia y persistencia de un *contexto sociocultural* de arraigadas creencias tradicionales relativas al curanderismo, como marco de referencia, simbólico e imaginario, compartido por el curandero y su clientela, lo que garantiza una buena sintonía en la comprensión y tratamiento de cualesquiera afecciones. Esto implica, al mismo tiempo, una *concepción del mundo* y una *imagen del hombre* en términos de la cultura popular, discordante en numerosos aspectos de la visión ilustrada y científica. El mundo es este mundo y el otro, está plagado de misterios, al igual que el ser humano, cuya experiencia atraviesan poderosas fuerzas que se le escapan y cuyo entendimiento se empeña tenazmente en dar un sentido a cuanto vive. De ahí resulta una visión del hombre tal vez abigarrada, pero harto compleja y altamente racionalizada –por más que diste de una antropología científica–.

Creencias etnomédicas del curanderismo

El sistema curanderil de creencias, que presenta numerosas variaciones sobre los mismos temas, se halla expuesto manifiestamente en las conversaciones y en el discurso curanderil, o, en cualquier caso, implícito en los rituales y prácticas.

Las ideas que circulan en el entorno de los curanderos expresan la percepción y la concepción de la enfermedad y la cura compartida por el curandero y sus clientes. De ellos pueden obtenerse relatos, con frecuencia muy elaborados, vertidos en moldes de la mitología y la tradición católica, del género mágico (a veces del paranormal), de leyendas antiguas o recientes, de saberes empíricos y hasta científicos, todo ello sin ruptura de continuidad. Una iconografía abigarrada y en menor grado cierta literatura dan soporte a la mirada y a la lectura de unos mismos contenidos.

Aquí, la *etiología* de la enfermedad admite múltiples causas: Se pueden deber a un accidente, a la contaminación del aire y de los alimentos, a los microbios y virus, a la envidia o el aojamiento de algún vecino, a la acción de algún espíritu maligno, una energía negativa o una mala vibración. El esquema más corriente es pensar la enfermedad como intrusión de algo malo sea en el cuerpo o en el alma. A menudo hay intervención social, de otros, voluntaria o involuntaria; o bien intervención de esa "suprasociedad" de los espíritus, los extraterrestres, los difuntos, los demonios, la divinidad. En cualquier caso, la dolencia ha sido permitida por Dios, y siempre está bajo el supremo poder divino. Como el malestar no se acantona en el plano biológico ni en causas meramente naturales, cabe una gama de enfermedades "no de médicos" o que "los médicos no saben curar", cuyo mejor exponente sería el mal de ojo (que puede afectar no solo a las personas sino a los ganados y las cosechas).

El arte del *diagnóstico* tiene por objeto discernir el origen de la enfermedad, o al menos sus síntomas y su naturaleza, de donde se colegirá el pertinente tratamiento. Diagnostican mediante preguntas y exploración, aunque goza de mayor predicamento la adivinación o videncia. También emplean otros procedimientos. Por ejemplo, el mal de ojo lo delata el debilitamiento general, dolor por el cuerpo, abatimiento, inapetencia, insomnio, nerviosismo...; pero el curandero determinará si realmente ha habido, o no, aojamiento. Por ejemplo, echa una gota de aceite en un vaso de agua; si la gota no se hunde, no es mal de ojo.

Diagnosticar equivale a verificar los síntomas del enfermo, pero también a descifrar signos exteriores cuya semiótica cabría establecer.

Una vez identificado el mal padecido, la estrategia curativa va dirigida a eliminarlo, expulsarlo, contrarrestarlo, a recuperar el equilibrio, la fuerza, el ánimo o la gracia. La teoría étnica del *tratamiento* contempla incluso la prevención. Tal es el fin del amuleto. Para protegerse del mal de ojo debe llevarse encima, colgado al cuello o en el bolsillo, según distintas opciones: una pata de conejo, una cruz de Caravaca, una higa, un escapulario, un lazo rojo, castañas de Indias, granos de trigo...

El punto de vista curanderil tiende a "cosificar" simbólicamente la enfermedad. Esta es algo que, al salir del enfermo, es absorbido por el curandero, o tal vez transferido a la atmósfera, a animales o plantas, acaso a otras personas. Como si el mal ni se creara ni se destruyera, sino que se trasladara. Por lo demás, detección, pronóstico y tratamiento no requieren necesariamente la presencia del enfermo, a veces ni siquiera que este se entere; se pueden hacer en ausencia y a distancia, por ejemplo, llevándole

al curandero una fotografía o una prenda del afectado. Tanto lo más concreto y palpable como lo más inasible se "materializa" en símbolos, o lo que es lo mismo, se simboliza en algún soporte sensible que ocupa metafóricamente su lugar. Todo esto desvela la construcción por entero cultural de la patología y su terapia, desde la óptica de una concepción, la curanderil, que deambula hasta el extravío por los laberintos de lo simbólico.

Prácticas curanderiles: recetas y rituales

La trabazón entre creencias y prácticas es total. El curandero cree ante todo en lo que él hace; confía en la técnica, la magia, la gracia de la que se siente investido. Mientras que las creencias explicitadas, no raras veces incoherentes para un criterio racional, y tomadas casi siempre de estereotipos tradicionales, aportan las justificaciones discursivas imprescindibles, con una lógica específica. Teoría y terapia se refuerzan una a otra.

Las prácticas componen un catálogo con toda clase de *recetas* curativas, paliativas, preventivas: Rituales religiosos, ascéticos, místicos, litúrgicos, festivos, ritos mágicos, manejo de poderes ocultos, tabúes, comportamientos salutíferos, remedios empíricos y medicamentos industriales. Lo distintivo de la práctica curanderil parece ser la no escisión entre técnica y magia, entre remedio empírico y ritual simbólico, entre cuerpo y alma. Al situarse en un campo unitario, previo a esas escisiones introducidas por la modernidad, el curanderismo, sin proponérselo, ha preservado una verdad profunda, redescubierta hoy por la medicina holista.

En el gremio curandero goza de una revalidada tradición el uso de yerbas y plantas medicinales, así como los preparados caseros de ungüentos, lociones, licores, electuarios, etc. (de los que ciertos casos en que recetan medicamentos de la farmacia no son sino una prolongación). Composturas de huesos y tendones y masajes musculares pertenecen también al nivel más empírico y "técnico". Pero este no se da separado de los demás. Técnica y rito operan en el mismo contexto.

Los componentes mágicos aparecen reducidos al lado benévolo de la magia, excluyendo como diabólico todo causar daño a los semejantes. Lo mágico y lo religioso van tan estrechamente entrelazados en la práctica que resulta imposible separarlos, salvo como modelos teóricos (8). A ambos los caracteriza la acción simbólica y ritual. Simbolización, ritualización, sacralización marcan los infinitos procedimientos canalizadores de un poder salutífero, salvífico. El papel de la imaginación se vuelve crucial en orden a constituir los más heterogéneos elementos sensibles —espacios y tiempos, personas, gestos, percepciones sensoriales, imágenes y toda suerte de objetos— en significantes cargados de sentido. Los códigos semánticos incorporan con avidez los más pequeños acontecimientos que sobrevienen, queriendo encontrar en ellos la confirmación de sus suposiciones. Este mismo mecanismo despeja la congénita ambigüedad de lo ocurrido o lo vivido, que así cobra un sentido, atribuible a la eficacia

del rito. El sentido afirma la presencia del poder. El poder experimentado confirma el sentido percibido.

La persona del curandero protagoniza y cataliza esta producción simbólica. Si la mano simboliza el poder, la imposición de manos caracteriza el modo de acción por antonomasia de los mayores "santos". El tacto y el masaje son importantes, como el tocar o acariciar objetos que son o fueron del santo (reliquias), el rozarlos por el cuerpo enfermo. Algunos adivinan la dolencia pasando las manos. El pensamiento clarividente que adivina el mal y sus remedios, sin necesidad de aprendizaje, muestra la sabiduría del espíritu. La conversación con seres espirituales, las plegarias y los conjuros ilustran el poder de la palabra (9). Algunos emiten su soplo o aliento sobre objetos (papel de fumar, estampitas, caramelos) que luego se ingieren o sirven para hacer agua bendita. La bendición de agua, sal, aceite, vino, etcétera, pone al alcance de los pacientes devotos una reserva de remedios y profilácticos. Al beber agua de ciertas fuentes, cercanas a un santuario o a la casa del curandero se le asocian incontables beneficios para la salud: Su efecto medicinal es a un tiempo empírico, mágico y espiritual. El fuego luce perenne en el consultorio-santuario de los "santos", como en su tumba después de muertos, gracias a los regalos de velas. También llevan flores. La mezcla del olor de flores y cera quemada desprende un penetrante perfume que, por vía del olfato, subyuga sutilmente a ese ambiente liminal de la curandería. La vista se regodea hasta la saciedad ante la presencia ultrabarroca de imágenes sagradas, del santoral popular, ante fotografías de curanderos célebres, de pacientes a veces, o ante exvotos que testimonian a una los éxitos terapéuticos y el agradecimiento de los favorecidos. Los ojos, sin embargo, ven más allá de la representación objetiva; entre esta y la aparición sobrenatural, pueden visualizar, por ejemplo, luces maravillosas en el cielo estrellado, lágrimas en los ojos de la imagen mariana, o, por dar una pincelada concreta, la cara del santo Custodio en una losa lateral de su tumba de mármol, en Noalejo, provincia de Jaén (Amezcuza 1993: 44). Cada órgano sensorial es susceptible de canalizar diversos códigos, con sus peculiares mensajes. Los ritos los recogen, los normalizan y, a partir de ahí, activan o inhiben su puesta en escena. El ritual del camino, en este contexto abreviatura del tránsito esperado de la enfermedad a la salud, se inicia con la ida a la consulta del sanador; se reitera con la peregrinación a la antigua casa o a la tumba del curandero canonizado por sus seguidores; y se replica en multitudinarias romerías a santuarios asociados a la vida de algún "santo".

Líneas de análisis comparativo

Para adelantar en la comprensión de los simbolismos y mecanismos asociados que entran en acción, sería necesario un amplio análisis comparativo de los remedios o recetas y los rituales aplicados. Habría que reunir un catálogo de las dolencias definidas y tratadas, y examinar el repertorio de procedimientos empleados para cada una de ellas. Esta labor sin duda pondría mejor al descubierto teorías étnicas más precisas (10) (sobre la patología y la terapia) y explicaciones plausibles de su eficacia. En cuanto saber, la medicina popular conlleva una información terapéutica y salvífica.

Y es esa información implicada en ella la que trae la presencia de un poder, de una posibilidad de transformación. No se trata, por descontado, de información descriptiva (denotativamente objetiva), sino de información pragmática (que modifica a la persona) y también de información soterialógica, que es una modalidad de la anterior: Un poder no manejable por la reflexión consciente (y en este sentido "sobrehumano"), que interviene presentándose a través de símbolos y rituales. Así se abre un espacio a posibilidades renuentes a la descripción positiva y a la manipulación técnica, pero no por ello menos constitutivas de la experiencia humana.

Está claro que el mal de ojo no es una enfermedad reconocida por la medicina científica; sin embargo lo que así se denomina aparece asociado a una serie de padecimientos y síntomas no claramente adjudicables a una determinada, pero innegablemente reales. Esos tipos de malestar, y también de infortunio, atribuidos al aojamiento podrían deberse sea a una indisposición de rara etiología, sea a circunstancias fortuitas o imprevistas (como la mala suerte), o tal vez a causas perfectamente averiguables. En realidad no hay aojadores ni existe el ojo como causa mágica, pero sin duda el conceptualizar lo que ocurre como "mal de ojo" (intentando satisfacer la imperiosa necesidad de explicación) es preferible a la total incomprensión, a la par que permite socialmente un tratamiento por ventura eficaz para calmar la angustia y disipar el mismo malestar.

Al llevar a cabo un análisis comparativo de los dispares tratamientos dados a una misma afección, uno se interroga qué pueden tener en común, si aceptamos que todos alcanzan buenos resultados. Antes que nada subrayaría cómo todos tratan la enfermedad con significados, y que estos son en definitiva equivalentes. Al examinar los elementos y procedimientos empleados, destaca no solo una lógica de las cualidades sensoriales, sino también –y quizá como extensión suya– lo que podemos llamar una *lógica de las propiedades curativas*, entendiendo como tales las que, en un determinado contexto cultural, se atribuyen a una sustancia, a un gesto, a unas palabras, etcétera.

Parece haber como dos tradiciones netamente distintas: La de la pura y simple imposición de manos (que concentra en este gesto mágico-religioso todo su impulso curativo: una fuerza que vence a la enfermedad). Y la que además hace uso de otros elementos o preparados, por heterogéneos que sean.

Unas líneas de análisis como el aquí propuestas descubrirán cuáles son los mecanismos y la lógica que intervienen en la sanación por métodos curanderiles. Aparte del simbolismo ritual, con la eficacia real que se le reconoce, quedaría por averiguar la eficacia empírica de los componentes químicos utilizados.

Tres modelos teóricos

Al contrastar las creencias y prácticas de diferentes curanderos, se comprueba que en el ejercicio del curanderismo no se da una sola teoría más o menos consistente, al

modo de la que sirve de fundamento y justificación a la medicina institucional. Tampoco debemos esperar que haya un solo modelo teórico en un mismo curandero, por más que esté interesado en dar coherencia a sus ideas. Lo que encontramos son diversas concepciones sincréticas vinculadas a tales o cuales actuaciones curanderiles. No obstante, cabe dilucidar los modelos teóricos subyacentes, a veces fragmentariamente formulados y, claro está, no demarcados lo suficiente por sus sustentadores. Básicamente son tres modelos teóricos subyacentes:

1. La *teoría religiosa* suele concebir que mundo y hombre dependen de un orden de seres sobrehumanos o sobrenaturales. El ser supremo, o Dios, es la clave de cuanto existe, también de la enfermedad y su cura. Dios puede mandar la enfermedad, como prueba tal vez o como castigo, o porque permite la acción del demonio. También puede curarla ya sea directamente, es decir, milagrosamente, por encima de toda ley natural, ya sea por mediación de la Virgen María, los ángeles y santos, ya sea por medio de ritos o de remedios de la naturaleza y la ciencia. El curandero dotado de *gracia* actúa en nombre de Dios, de quien ha recibido (desde antes de nacer o en un trance extraordinario) el don para curar; pero se concibe a sí mismo como mero instrumento de la voluntad divina, del Espíritu santo y de la gracia de Dios, que es en definitiva la única que da vida y salud. La gracia recibida no es propia ni para provecho propio, sino para beneficio de los necesitados (por eso no deben cobrar, porque no les pertenece a ellos). Si Dios quiere, no hay enfermedad irremediable, por grave que sea. Pero, si no está de Dios, no habrá nada que hacer. Aquí se trata de sanar por la fe. Pero ¿curarse depende de creer? Unos curanderos afirman que es imprescindible la fe del paciente; otros, en cambio, dicen que da igual, o que alguna fe habrá cuando se acude. Ambas opiniones se concilian a condición de no confundir la fe con contenidos intelectuales ni siquiera con el asentimiento consciente, sino con una actitud más profunda e inconsciente; con lo cual se comprende que los símbolos religiosos atraviesen la pantalla de la conciencia para penetrar en aquella profundidad, incluso con independencia de lo reflexivamente pensado.

2. En la *teoría mágica* (recordemos que Lévi-Strauss definía la magia como un "fisiomorfismo del hombre"), el curandero se siente en unión con las fuerzas de la naturaleza y los espíritus benéficos y maléficos que la animan; en conexión con ellos e imbuido de *poder* se cree capaz de adivinar e intervenir mediante ritos mágicos, chamánicos, brujescos, hechicerescos, que someten a su dominio los procesos naturales. La magia pretende que la acción ritual obtiene repercusiones reales. Lo mórbido y lo salutífero se materializa como un algo que entra y que sale, o es extirpado, de la persona. En nombre propio y en alianza con otros poderes ocultos, el mago actúa con su influjo para vencer la enfermedad, extrayendo el mal del cuerpo, ahuyentando a los espíritus malignos, transfiriendo energía positiva o buenas vibraciones. Tanto la dolencia y la desgracia como sus contrarios pueden auspiciarse mágicamente, a veces involuntariamente, como ocurre con el mal de ojo. Por lo demás, los poderes mágicos, al no estar restringidos en principio por el mandato divino de hacer el bien, se vuelven muy ambiguos y hacen temible a su poseedor. El cliente habrá de congraciarse con el curandero mago, y andar precavido ante sus exigencias retributivas. La enfermedad, en cuanto entidad maléfica (mal espíritu, energía

negativa), se suele traspasar (11) al mismo curandero, que o bien sabe desembarazarse de ella (por ejemplo, vistiendo una túnica morada como escudo defensivo), o bien la padece en su propio cuerpo (como aquel que, cuando cura el mal de ojo, pasa dos o tres días malo; o aquella otra que, tras curar una ictericia, cae enferma varios días). Es frecuente que el rito terapéutico mágico adopte la forma de "extracción del objeto patógeno", como encontramos referido, entre otros muchos, por Black (12) (1889) y Ackerknecht (1971), que reducen la medicina popular o "primitiva" a medicina mágica; también por Alfred Métraux (1967: 82-84) en su estudio de la magia indígena suramericana, por Lévi-Strauss (1958: 159) en "El hechicero y su magia"; o como cualquiera pudo ver no hace mucho por televisión en las operaciones del llamado Dr. Kahn, o leer en la prensa sobre el curandero filipino Orbito: un tumor es "extraído", logrando la curación, mediante un simulacro de operación realizada en un instante por las desnudas manos del curandero.

3. La *teoría naturista*, por su lado, atribuye la enfermedad a causas naturales, disfunciones, accidentes, alteraciones del equilibrio orgánico o psíquico debidas a la alimentación, la edad, los miasmas, los malos aires. El curandero naturista trata de averiguar cuáles son las causas concretas y de aplicar los correctivos o remedios conducentes al buen funcionamiento, la restauración del equilibrio de los humores, la eliminación de la sustancia nociva, la purificación de la sangre, la compostura de un hueso, la cicatrización de una herida. En todos los casos, preconiza el empleo de su destreza y de *agentes naturales* para el tratamiento de las afecciones, así como para conservar la salud. Aquí, el curador se comporta más como sabio conocedor de fórmulas empíricas (de los principios activos de las plantas y otros elementos animados o inertes, de sus indicaciones y posología) que no como practicante de rituales simbólicos. Su oficio podría equidistar tanto de la magia como de la religión y se aproxima a la medicina convencional.

No debe sorprendernos que estas tres teorías –que respectivamente postulan la fe que obra milagros, los portentos realizados por arte de magia y los efectos que siguen a la causa cifrada en el empleo de un remedio– no se den de forma separada y excluyente en los hechos concretos (13). Lo raro es encontrar una sola de ellas, en estado puro, en la actuación de un curandero. Por el contrario, casi siempre se amalgaman en variables dosis. Si acaso, se puede detectar una mayor polarización hacia alguno de los modelos teóricamente analizables, que entonces se presenta como dominante. El curanderismo se caracteriza por combinar elementos tomados de la religión, la magia y la medicina para sus propios fines. Por lo general, atenerse fundamentalmente a la teoría religiosa es compatible con la presencia de elementos mágicos y naturistas; la teoría mágica no prescinde de la naturista; y esta última es la que más fácilmente se halla sin el concurso de las demás. Para mayor complicación, en la práctica, con invocaciones religiosas se puede hacer magia; y lo mismo con el uso de remedios naturales, ya sea contando o sin contar con su eficacia empírica. La razón de esto estriba en que cualquiera de las tres teorías puede tornarse dominante y subordinar a sí componentes de las otras, dependiendo de momentos y personas. Solo se imponen algunas restricciones: Los remedios empíricos son susceptibles de investirse con un valor simbólico para el oficiante ritual, mientras que a los gestos y objetos rituales no

se les puede conceder, desde el punto de vista estrictamente naturista, un valor empírico.

5. La eficacia del curanderismo y su explicación

Lo que mejor identifica al curandero es su don, gracia o carisma, y lo que más caracteriza su labor (junto al uso de remedios empíricos) está en el logro de esas curaciones maravillosas, atribuidas a su personal virtud, por lo que aparecen realizadas fundamentalmente *ex opere operantis*. ¿Cómo explicar esas curaciones inexplicables?

Nadie negará que hay personas investidas de un algo especial, que irradia como una fuerza misteriosa y extraordinaria. La noción chamánica de *mana* nombra ese algo, que Lévi-Strauss interpretaba como "significante flotante", dispuesto a cargarse de cualquier contenido simbólico inefable, surgido de la experiencia, y a permitir su elaboración.

El poder carismático terapéutico es real. Para explicar la eficacia que lleva aparejada el gesto simbólico, no basta la consabida teoría de la sugestión y el efecto placebo. Sin descartar que pueda haber subjetivismo, autoengaño y alucinaciones, no siempre es cuestión subjetivista ni de falsa creencia en que algo ha cambiado, habiendo quedado lo mismo. Llega a ocurrir verdadera transformación, curación real, no imaginaria.

Ya hace bastante tiempo que Lévi-Strauss formuló la *teoría estructuralista* de la eficacia simbólica (1958: 168-185; también 1958: 151-167), que conserva fundamentalmente su vigencia. La eficacia real del chamanismo —y de ese análogo suyo entre nosotros que es el curanderismo— implica "la creencia del hechicero en la eficacia de sus técnicas; luego, la del enfermo (...) en el poder del hechicero mismo; finalmente, la confianza y las exigencias de la opinión colectiva" (Lévi-Strauss 1958: 152), como contexto que hace posible la eficacia. La enfermedad lleva consigo una perturbación tanto biológica como social y psíquica. El ritual terapéutico viene a restituir la personalidad social y a conseguir la recuperación física, por intermediación de ciertos mecanismos psicofisiológicos. Los esquemas culturales de los que participan curandero y curados permiten "objetivar estados subjetivos, formular impresiones informulables e integrar en un sistema experiencias inarticuladas" (1958: 155). En su caso, el curandero, dada la vivencia íntima que tiene de los estados subjetivos de malestar y la habilidad que él ha desarrollado, acierta a sintonizar, a orientar su lenguaje y sus manipulaciones en orden a proporcionar traducciones asumibles del trastorno sufrido, de tal manera que se desbloquea el conflicto, y su resolución intelectual conlleva la disolución real de los trastornos afectivos y orgánicos. Por tanto, los diversos niveles están interrelacionados; sus estructuras se corresponden y conectan de alguna manera. En suma:

"Se trataría de inducir una transformación orgánica, consistente, en esencia, en una reorganización estructural, haciendo que el enfermo viva intensamente un mito (...), cuya estructura sería, en el plano del psiquismo inconsciente, análoga a aquella cuya

formación se quiere obtener en el nivel del cuerpo. La eficacia simbólica consistiría precisamente en esta "propiedad inductora" que poseerían, unas con respecto a otras, ciertas estructuras formalmente homólogas, capaces de constituirse, con materiales diferentes en diferentes niveles del ser vivo: procesos orgánicos, psiquismo inconsciente, pensamiento reflexivo" (Lévi-Strauss 1958: 182).

El propio Lévi-Strauss, ha tratado varias veces cómo los métodos psicoanalíticos se fundan en esos mismos principios.

Investigaciones más recientes, a las que se adhiere Pepe Rodríguez en las últimas páginas de su libro *Curanderos* (1992), apuntan a una *teoría inmunológica* para explicar la eficacia: Los rituales inciden en el sistema neurocerebral, cuyos impulsos electroquímicos se transmiten hasta la intimidad celular; de tal forma que se postula una correlación entre el sistema nervioso central y el sistema inmunitario, lo que dota al individuo de un ámbito de autonomía en la elaboración y en la superación de su patología.

Parece, pues, que lo sobrenatural y lo mágico, en cuanto tengan efectos objetivos en la sociedad y las personas, curando y procurando la salud, necesariamente forman parte, en un sentido amplio, de la naturaleza.

A partir de estas últimas teorías, podemos deducir que la actuación multinivel del curandero (intervención sobre el cuerpo, sobre el psiquismo, sobre lo social) desencadena repercusiones terapéuticas, cual transposiciones musicales de una escala a otra. Sus intervenciones tienen eco en todos los niveles constitutivos del ser vivo (organismos, aparatos, órganos, células) y afectan a todos sus niveles funcionales (anatómico, fisiológico, energético, psicológico, espiritual). Los trastornos en cada nivel no solo pueden ser tratados mediante acciones específicas en su propio plano, sino también pueden resultar afectados como consecuencia de acciones en otros niveles, al formar todos parte de la unidad del sujeto vivo. Como comentaba una enferma de cáncer, tras una visita al curandero de la que se siguió una notable mejoría: "La quimioterapia habrá actuado en su nivel, pero yo he notado un gran cambio en otro nivel, dentro de mí".

Por supuesto, hemos de admitir que hay límites impuestos "infraestructuralmente" – diríamos – por lo físico respecto a lo biológico. Pero ignoramos los umbrales críticos de indeterminación (cfr. Chopra 1991). Igualmente admitimos la prioridad de lo biológico (en el fondo, de lo genético), con respecto a lo psíquico. Sin embargo, eso no obsta para que unas veces sea el cuerpo el que totaliza al espíritu, y otras veces sea el espíritu quien envuelva y totalice al cuerpo. En esta línea, podemos recurrir a la idea de la *unidualidad* cerebro-espíritu (Edgar Morin 1986: 81-84), que es una de las explicitaciones del moriniano "paradigma de complejidad". En efecto, una *teoría compleja* del hombre, en las antípodas del dualismo cartesiano, nos ayudará a concebir las interconexiones de lo orgánico y lo psíquico, lo material y lo espiritual, lo individual y lo colectivo, lo infra- y lo superestructural. Propone una antropología fundamental que interrelaciona la dimensión biológica con la psíquica y con la sociocultural, y que

piensa los bucles retroactivos de lo psicológico sobre lo fisiológico, de lo cultural sobre lo psicológico; y viceversa. Sobre tales supuestos, se entiende que la acción simbólica promueva no solo eficacia psicológica, sino que se traduzca asimismo en eficacia social y eficacia biológica. Pues la intercomunicación y los bucles recursivos hacen de cada nivel causa y efecto de otros. Y de ahí se siguen posibles efectos de las alteraciones somáticas en el psiquismo, y de los reordenamientos psicológicos en el cuerpo; y otro tanto respecto a lo social.

La transversalidad de la práctica terapéutica se funda en la homología entre estructuras o niveles de organización que permite la traducción, de un plano a otro, de la solución hallada en alguno de ellos. El curandero actúa ahí como un intérprete, cuya sabiduría comienza por entrar en comunicación con ese interior del paciente donde están los resortes de la enfermedad y la salud. Entonces, su repertorio de remedios multifacéticos le sirve para intermediar con acierto, para –si es posible– desbloquear, reactivar, reequilibrar, superar contradicciones, suscitar la catarsis o la terapia. En tales procesos profundos e inconscientes, a los que llega el curandero, es donde radica la llamada "fe", en el sentido de actitud vivida, que es necesaria para sanar (que, como ya he señalado, no tiene por qué coincidir con la fe en el sentido de creencias discursivamente explicitables). Por eso no es contradictorio que algunos sostengan que no es imprescindible la fe (entendamos, la fe confesada) para curarse. Lo ha captado perfectamente aquella curandera que afirmaba: "Al que dice que no cree hay que curarlo para que crea". Las creencias que realmente se tienen ahondan sus raíces más profundamente de lo que pensamos.

La actual *neuroendocrinología* está despejando las bases científicas que explican cómo es posible dejarse morir de tristeza, o vencer una enfermedad tenida por incurable. La hipófisis controla las glándulas suprarrenales, que segregan dos hormonas, cortisol y adrenalina; la primera, por ejemplo, entre otras cosas, modula el sistema inmunológico. A la vez, el hipotálamo libera diferentes hormonas, como las endorfinas, que calman el dolor y dan sensación de bienestar. Pues bien, si los neuroendocrinólogos elucidan estos complejos mecanismos, confirmando el poder del cerebro sobre la salud y la enfermedad –y dando la razón a la sabiduría popular–, los etnólogos constatan cómo hay personas con una habilidad especial para activar favorablemente tales mecanismos, sirviéndose de códigos simbólicos compartidos con su clientela. El valor de esas mediaciones, cuando son genuinas, anida ante todo en su eficacia terapéutica real, donde, como la emoción estética o la erótica, muestra la razón de su sinrazón aparente.

También la *psicobiología cognitiva* está hoy indagando cómo los procesos neurocerebrales son controlados por símbolos, es decir, mediante información cultural transmitida socialmente.

La sabiduría del curandero culmina en aplicar principios curativos indistintamente empíricos y simbólicos, que, no obstante, en cuanto artefactos culturales, pueden desvelarnos sus mecanismos secretos. Todos los medios y remedios utilizados (imposición de manos, plantas, animales, palabras, ensalmos, conjuros, augurios,

objetos sagrados como estampas o pan y agua benditos, talismanes, amuletos, exvotos, lavatorios, pociones, elixires, ungüentos, infusiones, emplastos, purgas, manipulaciones, rezos, romerías, etcétera) están culturalmente sobrecargados de simbolismos analizables. Obedecen a una lógica de las cualidades sensibles y de los significados metafóricos, ensamblados mediante correspondencias, simpatías, analogías, homologías, isomorfismos y toda suerte de transformaciones semánticas. Conforme a esta lógica, se instituyen sofisticados *códigos*, que dejan traslucir en sus mensajes toda una teorización del cuerpo enfermo y su cura: escalas cromáticas, contrastes de sabores, olores y sonidos, frío y calor, sequedad y humedad, luz y oscuridad, días fastos y nefastos, influjos astrales, gracias celestiales, formas geométricas, espíritus o energías positivas y negativas, orificios de entrada y salida, desplazamientos espaciales o temporales... Así, palabras, gestos y objetos curanderiles manejan paquetes de significaciones, cuyos referentes biopsíquicos, bioculturales, resultan concernidos fácticamente, reestructurados y armonizados en definitiva.

Deberíamos reconocer a los curanderos como depositarios y transmisores de un verdadero conocimiento. Algunos desarrollos de la medicina de vanguardia, de la llamada medicina holista, se dan hoy la mano con la medicina popular; pues esta es igual que aquella cuando reconoce en el sujeto paciente, al mismo tiempo, aspectos orgánicos, psicológicos y socioculturales. El pasado y el futuro de la atención médica convergen, a medida que se alumbran los lados ocultos del sistema médico institucional. Frente al modelo de curación monofacética (propio del dualismo antropológico y el biologicismo), hay otro modelo polifacético (propio de una visión unitaria y compleja de ser humano), que articula una intervención salutífera plurinivel: con técnicas anatómicas y fisiológicas, psicológicas y espirituales, donde no repugna que la causalidad empírica vaya de la mano con el influjo mágico y la gracia santificante.

En contra de los prejuicios racionalistas, el sistema médico europeo, de hecho, ha abarcado siempre la curandería, que no ha dejado de cumplir su función social y sanitaria, incluso clandestinamente. (A diferencia del chamanismo de las sociedades tribales, el curanderismo no existe independientemente, sino formando parte subordinada del sistema médico total.) La cuestión no es que haya enfermedades de curanderos, que no son de médicos, o que haya médicos que envíen pacientes a curanderos y viceversa. No es un problema de reparto del trabajo, sino de concebir la globalidad. Las tendencias actuales apuntan a una reconstrucción más completa y compleja del campo médico, donde tendrá su lugar el curandero tradicionalmente contrastado y posiblemente renovado, depurado de las viejas y nuevas formas de charlatanería. Tal vez preservar lo bueno del curanderismo permita a los pacientes – que algún día lo somos todos– planear mejor sus estrategias para sanar, contando con un sistema médico complejo. Pues el monopolio de la medicina industrial la ha convertido en una "profesión inhabilitante" que está a punto de consumir del todo la expropiación de la salud de los ciudadanos del primer mundo, al par que ha abandonado a su suerte a buena parte de la humanidad.

6. La necesidad de ir más allá del paradigma "científico"

¿Cómo explicar qué es verdaderamente la enfermedad o la vejez y su génesis? ¿Cómo concebir cuáles son los remedios realmente eficaces para tratarla? Desde el principio he postulado la configuración cultural en esta materia. He expuesto, a propósito del oficio de curandero, cómo se constituyen las creencias étnicas, las prácticas, la organización social y la iniciativa de los sujetos involucrados. El análisis precedente inteligibiliza de alguna manera tales aspectos. Pero quiero aclarar que en ningún momento le incumbe dar por buenos o por verdaderos sus contenidos. La pluralidad de figuras relacionadas con la búsqueda de la salud muestra a las claras que no hay ni una única práctica ni una única "teoría", sino varias. Y detrás de ellas, marcos conceptuales más básicos, es decir, distintos paradigmas subyacentes. Toda interpretación supone alguno. El enfoque médico científico, también. Sacralizar la ciencia, o sea la ciencia médica en su estado actual, o lo que se enseña en las facultades de medicina, no sería el mejor camino (14) para esclarecer los problemas planteados por las preguntas iniciales de este párrafo.

Más bien debemos considerar cualesquiera sistemas tocantes a la recuperación de la salud como sistemas etnomédicos. No solo aquellos ajenos a nuestra historia occidental. No solo el curanderismo vergonzante. No solo las etnomedicinas importadas y comercializadas hoy por multinacionales. La medicina científica, la que es objeto de consumo tanto como la que es objeto de investigación, pertenece a nuestra etnomedicina.

Desde esta premisa, habría que comparar unas etnomedicinas con otras y poner al descubierto sus fundamentos: en el fondo, la concepción antropológica que esconden. Arthur Kleinman, en su obra *Pacientes y curadores en el contexto de la cultura*, contrapone dos paradigmas, que denomina "modelo etnomédico" y "modelo biomédico". En el bien entendido, por muestra parte, de que este último modelo es tan étnico como el primero, el planteamiento resulta muy interesante por el estudio comparativo que lleva a cabo, concretamente, sobre la tradición médica china, desentrañando la "construcción cultural de la enfermedad". Los obstáculos metodológicos con que tropieza son bien elocuentes: "Simplemente no poseemos marcos conceptuales válidos para comparar las formas de praxis clínica indígenas y occidentales, o para contrastar las hipótesis sobre los mecanismos curativos, o para determinar con precisión el resultado terapéutico" (Kleinman 1980: 375-376). Nos disuade de toda precipitación concordista, de toda proyección etnocéntrica de nuestra ciencia. Pues para él queda patente que "al analizar y comparar las categorías y situaciones clínicas, es esencial que las investigaciones antropológicas no acepten el paradigma biomédico como marco teórico apropiado para describirlas e interpretarlas" (377-378).

Pues bien, debemos suscribir esa misma conclusión, aun cuando nos limitemos a nuestro contexto civilizatorio, donde también encontramos paradigmas muy enfrentados, sin que sea tan evidente la supremacía de ninguno de ellos.

Revisión de la biomedicina ortodoxa

La pretensión de cientificidad se ha convertido en el reclamo de infinitas terapias y de medicinas (15) llamadas "alternativas" o "complementarias", carentes de la tradición del curanderismo y a veces también de la menor credibilidad científica. Las paso por alto, para centrarme muy sumariamente en la teoría y práctica de la medicina llamada científica e institucional.

La explicación de la etiología y el consiguiente tratamiento de la enfermedad se resuelve, en líneas generales, conforme a un trilema: el paradigma biologicista, dominante en la medicina moderna; el paradigma sociologista o culturalista; y el paradigma psicologista.

La medicina oficial tiene bien ganado el nombre de *biomedicina*, puesto que circunscribe toda explicación a la máquina del cuerpo –en expresión cartesiana–. Sus rasgos más sobresalientes estriban en la tecnificación del diagnóstico (análisis químicos, radiológicos, genéticos) y del tratamiento (intervención fisiológica y quirúrgica). Emplea artefactos cada vez más complicados y poderosos medicamentos. Al distanciamiento profesional del médico se une la masificación que imposibilita el contacto personal entre médico y enfermo. Este último se debate entre un seguro sanitario público, totalmente burocratizado, y una medicina privada, económicamente gravosa y que emplea los mismos métodos. Pero la mercantilización de la salud, pensar que la enfermedad se cura mediante específicos producidos industrialmente por laboratorios de empresas transnacionales y comprados en la farmacia, no constituye la característica más profunda. Es la deriva de la medicina académica hacia una tecnobiología deshumanizada que enajena a las personas (cfr. *Némesis médica*, de Iván Illich 1975). Es el sistema médico que lleva a cabo una instrumentalización determinada de la tecnología, convencido de que no hay otra manera posible. Pero es, sobre todo, la filosofía que subyace a la *teoría biologicista* predominante en la medicina científico-técnica moderna: Un paradigma dualista, que escinde el factor tecnocientífico y el factor humano y social, que concibe separadamente el cuerpo y el alma, lo somático y lo psíquico. En su raíz se encuentra, en los albores mismos de la medicina científica moderna, el dualismo antropológico cartesiano.

Fue Descartes quien trazó la imagen dualista del hombre, compuesto de dos sustancias totalmente diferentes, cuerpo material y alma espiritual. Cada sustancia existe sin necesitar de ninguna otra para existir. "Supongo que el cuerpo no es otra cosa que una estatua o máquina de tierra" (Descartes 1662: 50); es una máquina regida por leyes naturales, y es explicable en términos físicos y matemáticos; todo su funcionamiento obedece solo a principios y leyes de la mecánica. A partir de ahí, la medicina se concibe como ciencia natural (cfr. Ten Have 1987). Su dominio se acota así espacialmente, en la extensión corporal, al margen del dominio del alma, y sustrayéndose de camino de la problemática teológica. El alma, sustancia pensante, tiene su sede en la glándula pineal del cerebro, donde se comunica con el cuerpo mediante los "espíritus animales" (Descartes 1649: 32-33; 1662: 60). Pero alma y cuerpo son sustancias irreductibles

entre sí. Todas las funciones vitales –escribe– son "solo consecuencia natural de la disposición de los órganos en esta máquina; sucede lo mismo, ni más ni menos, que con los movimientos de un reloj de pared u otro autómatas, pues todo acontece en virtud de la disposición de sus contrapesos y de sus ruedas. Por ello, no debemos concebir en esta máquina alma vegetativa o sensitiva alguna, ni otro principio de movimiento y de vida" (Descartes 1662: 117). La idea, que responde a una biología hace tiempo obsoleta y que suscita más problemas de los que resuelve, queda perfectamente clara y distinta para la ideología secularizadora de un engraido racionalismo.

Quizá la mayoría de los médicos y farmacéuticos continúan hoy pensando y actuando desde esa imagen dualista del hombre, desde la cual, claro está, no se puede comprender el curanderismo, salvo como una muestra de superstición e incultura. Ante curaciones que la biomedicina no acierta a explicar, recurren generalmente la *teoría de la sugestión* y a la del *efecto placebo*, que en el fondo es una sola y que, en bastantes casos, sirve de coartada para negar la evidencia de los hechos.

Todavía hoy, para la ortodoxia biomédica, solo hay anatomía y fisiología, concebidas al modo determinista. En la vanguardia actual, la genética (16) abre el horizonte a un nuevo determinismo, sumamente polémico. Aquí, se excluye por principio lo mágico, lo sobrenatural, lo cultural; se elimina el alma y el sujeto, como entidades metafísicas, superfluas. Esto le confiere su fuerza y su debilidad. Por ejemplo, es sabido que la enfermedad suele ir asociada a falta de integración social y a pérdida del sentido de la vida; en consecuencia, la biomedicina está en desventaja para responder a esas dos dimensiones, frente a los resortes puestos en acción por los curanderos. Los médicos soslayan, aunque es imposible librarse de ella, la reelaboración cultural de la dolencia y la sanación.

El paradigma biologicista comenzó a recibir críticas, hace más de medio siglo, por parte de la antropología médica y la epidemiología. Desde una orientación funcionalista y marxista se destacó le *génesis social* de las enfermedades (en relación con la clase social, el puesto de trabajo, el sexo...). Más recientemente, los cognitivistas han puesto de manifiesto el influjo de la cultura, de la etnicidad (la cosmovisión, los valores simbólicos...). De modo que hay enfermedades típicas de contextos sociológicos y étnicos determinados. Se produce una interrelación entre patología y sociedad, por mucho que sea controvertida (17) su teorización.

En fin, el paradigma psicologista privilegia los procesos mentales del individuo como clave explicativa. En este apartado entra toda una gama de posiciones, con mayor o menor pretensión científica, que ni siquiera mencionaré. En último extremo, se llega a postular que las enfermedades que uno padece y su curación dependen causalmente de las emociones e ideas subjetivas (18).

En nuestros días, es ya tópico que hay enfermedades "sociosomáticas" y psicósomáticas, incluso entre los profesionales médicos, aunque no llegan a sacar las lógicas consecuencias teóricas y prácticas.

A paliar las insuficiencias del paradigma biomédico ayudará también la reconsideración filosófica (19) sobre la enfermedad y el dolor, sobre el paciente como sujeto y sobre la relación terapéutica.

Aportaciones del paradigma de complejidad

Para buscar una concepción paradigmática que no resulte reduccionista ni simplificadora, es necesario un enfoque antropológico que no mutile ninguna dimensión fundamental. Por eso es urgente la formulación de un paradigma complejo.

¿Qué es la enfermedad? Cabe responder, inicialmente, con una enumeración abierta de rasgos: Es expresión de un error genético o de un defecto congénito; reacción inducida por el desequilibrio colectivo; alteración de las constantes vitales propias del estado normal; disfunción corporal que afecta negativamente al funcionamiento o a la estructura psíquica individual; proceso de entropía que corroe a todos los organismos vivos; etcétera.

Hemos de admitir, entonces, la poligénesis de los estados patológicos, englobables tal vez en cierto desequilibrio o perturbación que amenaza la integridad del sujeto vivo, sea por exceso de homogeneización, sea por exceso de heterogeneización –por adoptar estos conceptos de Stéphane Lupasco–.

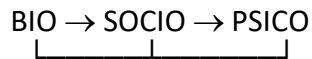
Al sistematizar los factores implicados (y a partir de aquí sigo un planteamiento inspirado en Edgar Morin), la enfermedad como perturbación tiene, en primer lugar, un *enraizamiento físico*. Los constituyentes del ser humano a nivel básico son todos componentes físicos. Nuestra vida depende del ecosistema físiconatural, del que formamos parte. Estamos sometidos entrópicamente al desgaste y el desorden. Resultamos vulnerables a la radiactividad, al impacto físico y químico.

En segundo término, el encontrarse saludable o enfermo son propiedades de la autoorganización viviente. Hay una *constitución biológica* de la enfermedad, íntimamente ligada a la vida de las células, los órganos, el organismo, la especie. Hay disfunciones anatómicas y fisiológicas, deterioro estructural fenoménico, errores genéticos y de traducción proteínica, un ritmo de crecimiento y vejez medido por relojes biológicos, un balance incierto de los intercambios con la biosfera...

Tercero, habrá que articular igualmente la *constitución psicológica*, biopsíquica, referida a la vinculación entre cuerpo y cerebro, y, por otro lado, a la unidualidad cerebro-espíritu y a todo cuanto afecta al psiquismo humano individual y a sus funciones de conocimiento, sentimiento y comportamiento.

Por último, la enfermedad entraña una *constitución cultural*, social. El ecosistema humano real no es exclusivamente natural, sino bio-cultural. Nuestro aparato neurocerebral y psíquico se estructura por medio de la información cultural. La vida en

sociedad remodela culturalmente nuestra naturaleza biológica y nuestra readaptación al medio. Es del todo exacto decir que enfermamos conforme a patrones culturales. Esta propuesta de un paradigma antirreduccionista permite concebir la enfermedad como perturbación que, sea cual sea su origen, nos afecta recursivamente como especie y como sociedad y como individuo. Siempre se empujan entre sí las dimensiones



Consiste en una desorganización, funcional o estructural, de la autoorganización del individuo viviente, con su autorreferencia, su inmunología, su subjetividad, inserto en los varios planos que lo atraviesan y constituyen. Cada individuo humano emerge como sujeto –y como sujeto paciente– enraizado físicamente, fundamentado biológica y antropológicamente (20). Así como la salud estriba en un proceso recursivo, de naturaleza *re-*, propulsor de la reorganización permanente del ser vivo (Morin 1980: 393), en paralelo y a la inversa, concebimos la morbilidad como un proceso de naturaleza *des-*, desfavorable, negativo, en la recursividad existente entre lo genético, lo fenoménico, el sujeto, la cultura, el ecosistema. Lo cual supone, total o parcialmente: desactivación, desbuclaje, desorganización (no reparación, no renovación, no reproducción de constituyentes, no autorreproducción), desproducción, degeneración, desmemoración (práctica o psíquica), desreflexión, desrecursión...

Salud y enfermedad no son la simple negación una de otra; se empujan una con otra. Lo mismo que la vida y la muerte. La enfermedad es vida atenuada a la vez que muerte atenuada. De manera análoga a la muerte (cfr. Morin 1980: 456-457), la enfermedad procede del exterior, es ecoddependiente. Procede asimismo del interior, de la máquina que produce su propia enfermedad. Procede, más aún, del interior del interior: por error de computación o de transmisión de información. Procede de lo anterior del interior, como envejecimiento controlado por un cronómetro biológico. Procede, en fin, de lo que niega la enfermedad, de los mismos procesos cuya incertidumbre permite luchar contra la enfermedad. Las condiciones de la enfermedad son las condiciones de la vida: está en el meollo de la vida, como la muerte misma.

Por consiguiente, hay biogénesis, psicogénesis y sociogénesis del malestar. Se da un nivel genético y un plano fenoménico, interrelacionados. Puede afectar a la información (genética, cultural) y al sistema-máquina vivo, al aparato neuropsíquico, a la megamáquina social, con repercusiones de uno en otro. Puede imponerse por necesidad, como la vejez o el desgaste entrópico; o por azar, como una infección, un trauma, un accidente. En el ámbito psíquico, neurocerebral, se entrecruza lo informacional y lo maquinal de la organización viviente. En la célula y en el cerebro, en dos modalidades dispares, una clausurada, la otra abierta, se da información para la organización, organización para la información, y una organización de la información vital. La problemática de la salud, y de la terapia, tiene mucho que ver con los mensajes.

En perspectiva evolucionista, la selección natural (y cultural) posee un valor terapéutico; pero, a la inversa, la información terapéutica entraña un valor de selección y de adaptación para la supervivencia de la especie, para el progreso de la civilización y el bienestar del individuo.

Son bienvenidas todas las indagaciones que confluyan en un esclarecimiento de los complejos mecanismos implicados en nuestro tema: investigaciones sobre el genoma, la célula, el cerebro, la cultura, el sujeto... De la genética a la biología molecular y celular, a la neurobiología y la neuroendocrinología... Siempre que unamos el conocimiento con la experiencia reflexivamente vivida. De esta última, sin duda, parte la medicina popular y de ella extrae su saber. Sus mismas referencias mágicas y religiosas (21) aciertan de hecho a conectar con las claves de la enfermedad y de la curación.

En último análisis, postular una medicina más compleja y una visión antropológica más compleja significa pasar de la consideración cartesiana del hombre corpóreo como *objeto*, es decir, como autómatas, a la consideración del hombre global como *sujeto* autónomo. Una nueva teoría de la individualidad y la autonomía del sujeto vivo debe rescatar la cualidad de sujeto de las sombras metafísicas donde lo había venido confinando la filosofía europea de la modernidad. Frente a sus perversas implicaciones, el carisma del curandero genuino aún perdura –no sabemos por cuánto tiempo– como metáfora de libertad y convivencialidad. A través de él, el pensamiento popular nos proporciona preciosas enseñanzas, que pueden resultar extraordinariamente útiles a la hora de comprender mejor a esos depositarios de la tradición que encarnan y simbolizan, en toda sociedad, los viejos.

Notas

1. Todavía hoy es frecuente esta postura etnocéntrica, sobre todo entre intelectuales que se dicen amantes de la *razón* (véase la crítica que realizo en nº 12 de *El Folklore Andaluz*, 1994).
2. El diccionario define *salud* como "estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones" y como "estado de gracia espiritual".
3. Los sanadores moriscos, debido al proceso de desintegración de su cultura musulmana y a la marginación social, "se convirtieron inevitablemente en curanderos" (García Ballester 1984: 212).
4. En esto, la religión popular contrasta con la religión oficial, que enseña a preocuparse sobre todo por la salvación del alma (dejando la salud del cuerpo en manos de los médicos y, más tarde, entregando la mente a la labor de psiquiatras y psicólogos).

5. Los tipos concretos de curanderos se transforman con el paso del tiempo. Por ejemplo, en España, en el siglo XVII, había cuatro tipos, diferenciados según las enfermedades tratadas y los remedios aplicados: "curanderos", "saludadores", "ensalmadores" y "santiguadoras" (Amezcuca 1993: 140-143). Los dos primeros estaban reconocidos como oficios y debían solicitar autorización municipal. Algunas semblanzas típicas de hace un siglo las encontramos descritas en William G. Black (1889: 330-331).

6. En Brasil y otros lugares de América Latina, las tradiciones chamánicas derivaron hacia un sincretismo ecléctico con la religión cristiana, por lo que a veces se encuentran a medio camino entre curanderismo y brujería.

7. Mircea Eliade sostiene que el elemento específico del chamanismo es el éxtasis, mediante el cual el chamán, como especialista en lo sagrado, emprende viajes cósmicos fuera del cuerpo, al cielo o al infierno. Los curanderos solo unos pocos, y no siempre, actúan en trance. Sin embargo parece que nunca les falta, al menos en los momentos iniciales de su carrera, una experiencia fuera de lo normal y una comunicación con la realidad profunda o sobrenatural, con visiones, apariciones y éxtasis que vienen a ocupar el lugar del "viaje" cósmico.

8. La magia alude al dominio humano sobre los poderes de la naturaleza mediante acciones simbólicas. La religión subraya la dependencia de los humanos respecto a la divinidad, cuyo poder puede intervenir soberanamente, de modo sobrenatural, en los procesos naturales, sociales, morales y patológicos.

9. Ejemplo de conjuro que forma parte de un rito para quitar el mal de ojo: "En el nombre sea de Dios / las tres personas de la Santísima Trinidad / Padre, Hijo y Espíritu Santo. Amén. / Soy hijo de la Bermeja / que se chupa la sangre / que se come la carne / al que te ha puesto así / que lo queme, que lo abrase".

10. A partir de la consideración del cuerpo humano como dotado de entradas y salidas, cabe especular con una "teoría de los orificios". Según esta, por ejemplo, la salud depende de la correcta economía de los orificios de entrada y salida del tubo digestivo: Se da una correlación y oposición entre *alimento* (en principio sano) y *excremento* (en principio inmundo); normalmente, el alimento que entra y el excremento que sale proporcionan salud. Pero, en ocasiones, los signos se invierten: El alimento que no entra (hambre, anorexia), o entra en demasía (empacho, bulimia), y el excremento que no sale (estreñimiento) o sale en exceso (diarrea) suponen malestar para el cuerpo. En otro contexto, es saludable el alimento que sale por la boca (vómito), como el remedio que entra por el ano (enema, supositorio). Semejantes juegos de oposiciones, inseparablemente simbólicos y fácticos, ¿nos dan una pista certera sobre la lógica que inspira la terapéutica del curandero?

11. Esta es una idea muy difundida. Ya a fines del siglo XIX, Eugenio Olavarría, en carta a Machado y Álvarez sobre la medicina popular decía: "en la superstición española, como en la inglesa, escocesa e irlandesa, la mayor parte de curaciones descansan

sobre el principio de transmisión del mal a una persona –viva o muerta–, a un animal o a un ser inanimado" (en W. G. Black 1889: 328).

12. Señala W. George Black que las explicaciones primitivas de la enfermedad son estas tres: "1º la cólera de un espíritu externo ofendido; 2º los poderes sobrenaturales de un enemigo humano; y 3º el desagrado del muerto" (1889: 274).

13. Ya señalaba Alfred Métraux, al analizar el chamanismo suramericano, que a su base hay dos teorías de la enfermedad (la caza del alma perdida y la extracción de proyectiles mágicos), y que sin embargo coexisten sin que su contradicción sea apenas percibida por los indios que las combinan en una misma curación (cfr. Métraux 1967: 95).

14. Un libro como *Curanderos. Viaje hacia el milagro*, de Pepe Rodríguez (1992), que recoge cuantiosa información al respecto, aparece, sin embargo, lastrado de un cientificismo doctrinario que lo condena a demasiadas contradicciones.

15. Una de esas clínicas que uno se tropieza en cualquier esquina hace la siguiente oferta, con grandes letreros sobre la pared: "Homeopatía, acupuntura, láser, lasercupuntura, masaje, yogaterapia, hidroterapia, geoterapia, helioterapia, dietética, auriculoterapia, reflexología podal, relajaciones, relaxoterapia, magnetoterapia, cromoterapia, estudio iridológico, fitoterapia, oligoterapia, gemoterapia, litoterapia".

16. Ya se han catalogado y descrito más de seis mil enfermedades hereditarias, con base genética. La nueva panacea se cifra, ahora, en la mejora genética de la especie. Ante esto, hay que aclarar, primero, que la mejora genética no es de hoy. La selección natural y la selección cultural la han ejercido desde los orígenes de nuestra especie. Y, por otro lado, el proyecto de alcanzar, mediante ingeniería genética, "el genotipo más saludable" para todos los sistemas ecológicos y culturales, incurre no ya en el idealismo, sino en la más absoluta imposibilidad: Muchas anomalías genéticas, potencialmente patógenas, existen precisamente por ser adaptativas en determinado entorno particular.

17. Las condiciones sociales inciden en la enfermedad, y viceversa. Jesús M. de Miguel defiende la tesis funcionalista según la cual "así como la cultura y la sociedad influyen considerablemente la enfermedad, el impacto de la enfermedad en la sociedad es mucho menor" (Kenny y de Miguel 1980: 23). Por consiguiente, las enfermedades difícilmente cambiarían la estructura demográfica y el curso histórico. Semejante tesis, sin embargo, entra en colisión con otra no menos funcional, como la de Marvin Harris, cuando establece una conexión causal entre la pandémica peste negra de 1348, en Inglaterra, y los cambios que originarían nada menos que la aparición del capitalismo (cfr. Harris 1977: 231). También se podría recordar el desplome de la demografía amerindia ante el impacto de enfermedades que llevaban consigo los europeos.

18. Una versión de este extremo psicologismo la representa la doctora Louise L. Hay, que ha escrito libros de éxito (1984 y 1991).

19. Esta reflexión podría elevarse hasta una fenomenología y una metafísica acerca del sentido del dolor y del mal en el mundo, yendo desde san Agustín a santo Tomás, de Leibniz a Kant, a Hegel, a Marx... O bien abordar problemas más particulares, como hace, por ejemplo, S. Kay Toombs, analizando cómo se constituye el significado de la enfermedad en la relación terapéutica, con el fin de extraer conclusiones para la actuación médica: "El acto de centrar la atención en la experiencia vivida por el paciente requiere –afirma– que el médico, temporalmente, ponga a un lado la interpretación naturalista de la enfermedad como estado patológico, a fin de atender a la perturbación del mundo vital que la enfermedad engendra. A este respecto, es importante advertir que, como curador, el médico funciona no solo como científico sino como colega en la relación médico-paciente" (Toombs 1992: 118-119). Es imprescindible una adecuada comprensión de la situación vivida por el paciente como persona para concebir una terapia eficaz.

20. Estoy tanteando una aplicación del paradigma moriniano. Edgar Morin parte del concepto complejo de organización, que se inscribe y explicita a la vez en el "tetragrama": *orden ↔ desorden ↔ interacciones ↔ organización* (1980: 427 y 437). La "organización", en el dominio viviente, aparece como autoorganización, como individualidad y como sujeto. En el individuo sujeto humano se complejifica como *auto-(geno-feno-ego)-socio-(geno-feno)-eco-re-organización* de carácter computacional, informacional y comunicacional. Para una adecuada intelección de tan arduo "macroconcepto", es insustituible la lectura de *El método*, en especial el segundo volumen. Remito también a mi artículo sobre "La identidad del sujeto" (1994c).

21. Quizá aquella teoría suareciana del "curso simultáneo" (que conciliaba la libertad humana con la eficacia de la gracia divina) pudiera ayudar a comprender la concurrencia de factores técnicos, mágicos y religiosos (respectivamente: la acción eficiente, la virtud o poder personal del curandero, y el don o gracia procedente de Dios). Lo cierto es que a la complejidad de lo que realmente ocurre no se le haría justicia con el reduccionismo a uno solo de los factores.

Bibliografía

Ackerknecht, Erwin H.

1971 *Medicina y antropología social. Estudios varios*. Madrid, Akal, 1985.

Amezcu Martínez, Manuel

1993 *La ruta de los milagros*. Alcalá la Real (Jaén), Entreolivos.

- Black, William George
1889 *Medicina popular. Un capítulo en la historia de la cultura (facsimil)*. Barcelona, Alta Fulla, 1982.
- Carril Ramos, Ángel
1991 *Etnomedicina popular*. Valladolid, Castilla Ediciones.
- Chopra, Deepak
1991 *Curación cuántica*. Barcelona, Plaza & Janés.
- Descartes, René
1662 *Tratado del hombre*. Madrid, Editora Nacional, 1980.
- Eliade, Mircea
1951 *El chamanismo*. México, FCE, 1976.
- Gómez García, Pedro
1994a "Teorías étnicas y etnológicas sobre la terapéutica popular", Coloquio Internacional *Creer y curar: La medicina tradicional*, Granada, febrero de 1994.
1994b "La interpretación del curanderismo: Dos coloquios contrastantes", *El Folklore Andaluz*. Nº 12.
1994c "La identidad del sujeto. Emergencia, heteronomía y autonomía", *Fundamentos de Antropología* (Granada), 1994, nº 3: 91-101.
1996 "Teorías étnicas y etnológicas sobre la terapéutica popular", en José A. González Alcantud y Salvador Rodríguez Becerra (coord.), *Creer y curar: La medicina tradicional*. Granada, Diputación Provincial (págs. 209-250).
1997 "El curanderismo ¿es una superchería?", en Pedro Gómez García (coord.), *El curanderismo entre nosotros*. Granada, Editorial Universidad de Granada, 1997 (págs. 13-73).
1999 "Mediadores e intermediarios. Sacerdotes, brujos y santones", en Salvador Rodríguez Becerra, *Religión y cultura, 1*. Sevilla, Consejería de Cultura / Fundación Machado, 1999 (págs. 29-43).
2001 "El hombre máquina cartesiano, una antropología esquizoide", en Juan A. Nicolás y María J. Frápolli, *Evaluando la modernidad. El legado cartesiano en el pensamiento actual*. Granada, Comares (págs. 243-258).
2015 "Las dimensiones constitutivas del 'ser humano'", *Ensayos de Filosofía*, número 2, semestre 2, artículo 1.
- Greenwood, Davyd J.
1984 "Medicina intervencionista versus medicina naturalista. Historia antropológica de una pugna ideológica", *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*. Nº 3: 57-81.
- Harris, Marvin
1977 *Caníbales y reyes. Los orígenes de las culturas*. Barcelona, Argos Vergara, 1978.

Hay, Louise L.

1984 *Usted puede sanar su vida*. Barcelona, Urano, 1992.

1991 *El poder está dentro de ti*. Barcelona, Urano, 1993.

Illich, Iván

1975 *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona, Barral.

Isidoro de Sevilla

1982 *Etimologías. Tomo I, libro VIII*. Madrid, Editorial Católica.

Kenny, Michael (y Jesús M. de Miguel)

1980 *La antropología médica en España*. Barcelona, Anagrama.

Kleinman, Arthur

1980 *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, University of California Press.

Lévi-Strauss, Claude

1958 *Antropología estructural*. Barcelona, Paidós Ibérica, 1987.

1962 *El pensamiento salvaje*. México, FCE, 1964.

1994 *Mirar, escuchar, leer*. Madrid, Siruela.

Maimónides, Moisés

1991 *Obras médicas. I, Régimen de salud*. Córdoba, El Almendro.

Malinowski, Bronislaw

1925 *Magia, ciencia, religión*. Barcelona, Ariel, 1976.

Métraux, Alfred

1967 *Religión y magias indígenas de América del Sur*. Madrid, Aguilar, 1973.

Morin, Edgar

1980 *El método. II, La vida de la vida*. Madrid, Cátedra, 1983.

1986 *El método. III, El conocimiento del conocimiento*. Madrid, Cátedra, 1988.

Rodríguez Bonfill, Pepe

1992 *Curanderos. Viaje hacia el milagro*. Madrid, Temas de Hoy.

Sagan, Carl (y Ann Druyan)

1992 *Sombras de antepasados olvidados*. Barcelona, Planeta, 1993.

Sainz Martínez, Lucio

1989 *Curad a los enfermos*. Palencia, Gráficas Iglesias.

Ten Have, Henk A. M. J.

1987 "Medicine and the cartesian image of man", *Theoretical Medicine*, 8, 2: 235-246.

Toombs, S. Kay

1992 *The meaning of illness. A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Dordrecht/Boston/London, Kluwer Academic Publishers.