



Revista Peruana de Medicina Experimental y
Salud Pública

ISSN: 1726-4642

revmedex@ins.gob.pe

Instituto Nacional de Salud
Perú

Fernández-Juárez, Gerardo

CIRUGÍA Y PUEBLOS AMERINDIOS, UN RETO INTERCULTURAL

Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, vol. 27, núm. 1, 2010, pp. 102-113

Instituto Nacional de Salud

Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36319349022>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CIRUGÍA Y PUEBLOS AMERINDIOS: UN RETO INTERCULTURAL*

Gerardo Fernández-Juárez^{1,a}

RESUMEN

El corte o escisión de la anatomía humana se ha producido en diversas culturas bajo contextos que consideramos como mágicos o religiosos; sin embargo, la intención de brindar recuperación a las personas en sus dolencias, progresivamente hizo de estos cortes procedimientos dirigidos a la extracción de las causantes, conocida como cirugía. Sin embargo, aquello no supuso un reemplazo sino una forma distinta de ver la forma de brindar salud, por tanto aún existen brechas entre aquella 'cirugía simbólica' y la que en occidente se practica. En la siguiente revisión se ofrece una descripción sobre la visión de diversos pueblos respecto a la cirugía, y algunas anécdotas de cómo ha influido, modificado o sido rechazada la aplicación de la cirugía moderna.

Palabras clave: Competencia cultural; Historia de la medicina; Cirugía; Diversidad cultural; Medicina tradicional (fuente: DeCS BIREME).

SURGERY AND AMERINDIAN PEOPLES: AN INTERCULTURAL CHALLENGE

ABSTRACT

El corte o escisión de la anatomía humana se ha producido en diversas culturas bajo contextos que consideramos como mágicos o religiosos; sin embargo, la intención de brindar recuperación a las personas en sus dolencias, progresivamente hizo de estos cortes procedimientos dirigidos a la extracción de las causantes, conocida como cirugía. Sin embargo, aquello no supuso un reemplazo sino una forma distinta de ver la forma de brindar salud, por tanto existen aún brechas entre aquella 'cirugía simbólica' y la que en occidente se practica. En la siguiente revisión se ofrece una descripción sobre la visión de diversos pueblos respecto a la cirugía, y algunas anécdotas de cómo ha influido, modificado o sido rechazada la aplicación de la cirugía moderna.

Palabras clave: Cultural competency; History of medicine; Surgery; Cultural diversity; Traditional medicine (source: MeSH NLM).

CORTA, RASGA, SEPARA

Uno de los rasgos que llaman la atención de los televidentes de cualquier documental científico o periodístico de corte etnográfico sobre grupos humanos de la Amazonía o de algunos rincones de África, Asia y Oceanía es la aparente facilidad con que esas gentes deforman y mutilan sus cuerpos ante la aparente "sorpresa", cuando no conmiseración, de los propios espectadores que utilizan estas representaciones corporales como justa expresión del "salvajismo" que contemplan desde la comodidad de sus televisores reafirmando los plácidos goces, que no las "sombras", del idolatrado mundo occidental.

Lóbulos, tabiques nasales, pies, cuellos, falanges de los dedos, genitales masculinos y femeninos, aparecen

sometidos al desgarro, el corte y la escisión con la complacencia de sus protagonistas. No es algo nuevo, como reflejan algunas de las crónicas americanas de la época de la Colonia:

El año 1723 encontré una cuadrilla de indios guamos en las juntas de los ríos Sarare y Apure. Estaban desnudos como los de las demás naciones de aquel país, pero más indecentes si acaso en lo sumo cabe más. Dejemos esto y vamos a sus orejas que ellas solas vienen al caso por la necia anatomía que hacen de ellas; porque no sólo desprenden y separan la carnosidad inferior de la ternilla (como los abanes dichos). Sino que prosiguen sutilmente cortando y separando la corta carnosidad que hay en todo el circuito de las orejas. Dejando prendida aquella carne de la parte superior y de la inferior. Esta es su moda y esta reputan por gala peculiar; y yo viendo que una carta que di al capitán de ellos para llevar a un

¹ Facultad de Humanidades de Toledo, Universidad de Castilla La Mancha. Toledo, España.

^a Médico, Doctor en Medicina.

* El presente artículo es una adaptación del título: Fernández Juárez G. Sin abrir el cuerpo: Cirugías amerindias. En: Fernández Juárez G (Coordinador). Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios. Quito: Abya-Yala; 2009.

Padre misionero se la encajó entre aquel círculo de carne y la oreja, y que las bagatelas que les di y los trozos de tabaco de hoja, todos los iban ajustando en las orejas al modo dicho, pensé que aquella no sólo servía de gala, sino también de faltriquera o de pequeña alforja ⁽¹⁾.

Este prestigio aparente de la deformación y mutilación corporal, establece la necesidad de corrección del cuerpo en dominios vinculados con la creación de identidades y pertenencia, los rituales de paso o cambio de estatus y las actuaciones jurídicas y penales de los pueblos originarios del mundo, así como sus propias manifestaciones de duelo.

Se observa en estas islas [Islas de la Amistad, Tonga] una costumbre más singular todavía: nos dimos cuenta de que la mayoría de los habitantes, tanto hombres, como mujeres, habían perdido uno de sus dedos meñiques o incluso los dos (...) Siendo esa mutilación más común entre las personas de edad que entre las jóvenes, algunos de los nuestros opinaron que guardaba relación con la muerte de sus padres o de otros miembros de la familia ⁽²⁾.

Obviamente en aquellos lugares en los que la mutilación corporal se relaciona con algún tipo de castigo criminal, es difícil que proliferen este tipo de prácticas quirúrgicas o que sean vistas con buenos ojos o reconocidas como "mal menor" en salvaguarda de la salud.

El castigo por una mutilación corporal en tales tribus causa un daño mayor que el de la incapacidad física que origina, y es comprensible que en regiones donde la mutilación es una forma normal de castigo, la gente no quiera sufrir operaciones que externamente les identificarían como criminales ⁽³⁾.

Los trabajos de Nancy Schepper ⁽⁴⁾ recogen el trauma sufrido por los vendedores de órganos para el tráfico ilegal de trasplantes en la India; su autopercepción como "lisiado" y el estigma social que provoca en su entorno cercano, donde parece que más que extirparle un órgano ha sido la propia persona intervenida la que ha sido extirpada violentamente del cuerpo social de su comunidad.

Como vemos, cabe reconocer una predisposición contextualizada etnográficamente hacia las escisiones y aperturas corporales en diferentes pueblos originarios del mundo; que estarían relacionadas con el proceso de ser persona o "ser humano" y en ocasiones ejemplifican el proceso de formación, mientras nuestra cirugía lo distorsiona y criminaliza públicamente.

Estas prácticas suponen un cierto conocimiento anatómico y unas habilidades técnicas en el

reconocimiento del cuerpo humano y la apertura y separación de sus tejidos. En el año 1879 Robert Felkin presenció y documentó una cesárea realizada en la localidad de Kahura en Uganda constituyendo, según Ackerknecht ⁽³⁾, el más antiguo referente "fiable" de una intervención quirúrgica similar realizada por un pueblo aborígen:

Como anestésico y desinfectante se utilizó vino de plátano. La hemorragia se cortaba con un hierro al rojo. La incisión se hizo en la línea media entre la sínfisis y el ombligo y se cerró con lañas de hierro. La temperatura nunca superó los 101 ° F (43,8 °C) y la herida se cerró al decimoséptimo día.

Las informaciones sobre trepanaciones craneanas que supusieron la supervivencia del intervenido tal y como demuestran la recuperación y cierre paulatino del tejido óseo afectado, especialmente relevante en antiguas culturas precolombinas, intervención sumamente compleja incluso para la medicina occidental hasta mediados del siglo XIX, refleja esta especie de precognición amerindia y aborígen sobre los procedimientos quirúrgicos. Aun cuando el debate sobre si la trepanación precolombina en relación con su supuesto sentido quirúrgico o ritual no está cerrado ⁽⁵⁾, este hecho pareciera, en principio, predisponer a las poblaciones originarias del mundo a un cierto reconocimiento de la cirugía moderna. Nada más lejos de la realidad como refleja con cierto gracejo el propio Ackerknecht ⁽³⁾.

... En numerosos lugares vemos a los mismos primitivos que raramente utilizan el cuchillo en casos de enfermedad o traumatismo, caer en un auténtico frenesí de cortar y separar cuando hay implicados motivos rituales o judiciales.

Los grupos étnicos y pueblos originarios del mundo deciden en qué contexto el cuerpo humano es susceptible de apertura y mutilación y en qué momento no; da la sensación que no es pertinente cuando se trata del ejercicio de la medicina según sus propias categorías de definición.

En mi propio trabajo de campo con los aymaras del Altiplano boliviano y con los kallawayas de los valles interandinos de la cordillera de Apolobamba, he recogido diferentes testimonios sobre lo inadecuado de las intervenciones quirúrgicas de los médicos y doctores. En las comunidades aymaras de la Provincia Omasuyos (Departamento de La Paz) hice acopio de varios testimonios de personas que, según me explicaron de una forma gráfica, saltaron de la camilla del hospital de Achacachi, la capital de la provincia, antes de someterse a la amputación de alguno de

sus miembros o extremidades, al contemplar los útiles quirúrgicos que iban a ser empleados en la inminente intervención. Estas supuestas heridas profundas y gangrenadas según el diagnóstico de la biomedicina, fueron resueltas por los médicos originarios aymaras, los *yatiris* y *qulliris* de la zona, empleando diferentes tipos de tierras y barros. Recuerdo el pavor con el que describían el quirófano y las “herramientas” del cirujano. Otros comentarios inciden en la desconfianza que les produce las razones del médico para operar sus cuerpos, razones económicas “para sacar plata”; consideran que el cirujano y los equipos sanitarios quieren abrir sus cuerpos para “aprender”, para mirar lo que nadie debe mirar, para sacarles sangre, sacarles la grasa y otras cosas por el estilo. Ni que decir de las campañas de vacunación, que producen muchos recelos, en parte debido a precedentes desgraciados. Sabemos de la consideración cultural del “cuerpo completo” que debe regresar a la tierra tras el fallecimiento de la persona y que hace que incluso en los hospitales paceños, los familiares aymaras del intervenido soliciten los tumores o miembros amputados e incluso los algodones impregnados en la sangre del enfermo intervenido o la devolución de la placenta a la familia de la parturienta tras el parto para la realización del correspondiente ritual compensatorio ⁽⁶⁾.

¿A qué se debe esta especie de concepción tabú sobre las aperturas corporales quirúrgicas? ¿Cuáles son las claves del aparente rechazo en los pueblos amerindios de la cirugía occidental? ¿Cuáles sus razones?

CUERPOS “POROSOS”

Estos referentes sobre el cuerpo cerrado y discreto, también se producían en el dominio occidental. En los tiempos en los que la historia de la cirugía enfrentaba las limitaciones establecidas por el dolor ⁽⁷⁾, las hemorragias y las infecciones ⁽⁸⁻⁹⁾, la consideración sobre enfermedades y terapias mostraban un campo abonado a las creencias alusivas al interior del cuerpo y la capacidad de penetrarlo o extraer de su interior dolencias y enfermedades, sin necesidad de abrirlo, a partir de las creencias populares y de ciertas formulaciones eruditas.

La medicina popular, en pleno ‘Siglo de Oro’ español presentaba diferentes especialistas y estrategias para tratar todo tipo de enfermedades.

....Existían entonces “recetas contra la peste, el dolor de cabeza, el dolor de muelas, las hemorragias, lagrimeo de ojos, granos y pecas; se proporcionaban purgantes, afeites y coloretos, depilatorios, pastas para los dientes y polvos para estornudar; también se daban remedios

contra las pulgas y chinches; había procedimientos especiales para averiguar si la mujer embarazada traería niño o niña y si un matrimonio era infecundo cual era la parte estéril. A esta lista habría que añadir, para hacerla completa, las prácticas empleadas para combatir el aojamiento, los conjuros contra endemoniados y maleficiados, el uso de nóminas y el ejercicio curanderil de ensalmadores y saludadores ⁽¹⁰⁾.

La utopía entonces de la moderna cirugía laparoscópica de penetración mínima ya estaba, de una forma sucinta, presente en diversas estrategias populares peninsulares a lo largo de los siglos, coincidentes con el periplo de la conquista de América. En esta circunstancia los eruditos del folclore, las creencias y la medicina popular, presentan diversos ejemplos que ilustran ese deseo de acceder a las interioridades del cuerpo humano sin necesidad de abrirlo, sin necesidad de penetrarlo ni violentarlo. En los siglos XVI y XVII entre los hombres y mujeres de la Península Ibérica que consolidarán el programa colonial americano podemos encontrar ese anhelo marcado por el tabú fisiológico de la penetración corporal, a la vez que se acreditaban otros procedimientos que hacían del cuerpo humano zona de tránsito permeable entre los ámbitos endógeno y exógeno que lo delimitan.

Las mentalidades de hombres y mujeres del siglo XVI y XVII destacaban la variable maligna de la enfermedad, como resultante de las creencias de la época y la espiritualidad reinante con la contribución precisa de la Iglesia Católica y sus representantes, quienes compartían similares creencias con el pueblo ⁽¹¹⁾. Es así que las versiones populares sobre enfermedades de la época y sistemas terapéuticos que podemos encontrar en los procesos inquisitoriales, así como en las respuestas eruditas de la época, caso de las obras de Pedro Ciruelo ⁽¹²⁾ o Martín de Castañega ⁽¹³⁾, por ejemplo, comparten idéntica estimación sobre el cuerpo, como entidad sin fronteras, con múltiples formas de acceso, apertura o cerrazón en virtud de las situaciones sufridas por los enfermos y sus padecimientos aflictivos.

Recordemos la “mala prensa” de que gozaban todos aquellos que hacían verter la sangre del interior del cuerpo humano, ya fueran cirujanos, barberos, carniceros o verdugos, e incluso la prohibición explícita que tras el Concilio de Tours (1163) se aplica a los médicos monásticos de hacer correr la sangre de sus pacientes ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

A partir de la Baja Edad Media, la cirugía y los que la practicaban fueron considerados diferentes inferiores a otros métodos o profesionales del arte de curar. Desde entonces y durante 700 años han estado separados del cuerpo de la medicina. En la sociedad moderna, la

cirugía ha vuelto a formar parte de la medicina, pero como una de sus 'especialidades'. Esto tampoco tiene precedentes (...) Por lo tanto, la cirugía no es un campo especial definido por los propios primitivos ⁽³⁾.

La disección humana y el avance técnico y científico de las autopsias dieron lugar al surgimiento de la visión moderna del cuerpo humano y sus aplicaciones en la biomedicina produciendo, como explica Le Breton ⁽¹⁴⁾ el proceso de desposesión y fragmentación del propio cuerpo humano resultado de la cosificación que permite la visión del "cuerpo-máquina" y su cristalización en la moderna medicina.

Sin embargo, en las autopsias realizadas por grupos aborígenes, una vez realizada la apertura corporal, entran en juego todas las metáforas que el cuerpo humano permite dando lugar a discursos "emic" que nada tienen que ver con el fundamento científico racional, lo que no significa que no se ajusten a lógicas diferenciadas del pensamiento occidental.

Se hace la autopsia [En el África Ecuatorial Occidental] de personas de las que se sospecha que han sido hechizados por sí mismos o bien que han sido muertos por hechicería. Se cree que ambos hechos se harán visibles por alteraciones en los órganos representando los órganos alterados o bien la fuerza del hechicero neto, o la destrucción causada por su magia en la víctima. Buscan hiperemia o anemia de los órganos, tumores, piedras, especialmente en la vesícula biliar, úlceras características de la vesícula, estómagos o bazo agrandados...etc. (...) Órganos perfectamente normales como el útero y los ovarios pueden ser considerados como 'tumores' de brujería 'patológicos'. El procedimiento técnico consiste generalmente en una incisión longitudinal en el centro del tórax y del abdomen. Las partes 'patológicas' se cortan, se queman aparte o de destruyen, o se usan como medicina en forma de polvos (...) En ninguna parte se ha registrado un mejor conocimiento (anatómico) si no que en algunos casos hay evidencia positiva de un pésimo conocimiento anatómico entre estos disectores (...) Sólo en el contexto de un modelo cultural orientado hacia un tipo de 'ciencia' las disecciones proporcionan conocimiento anatómico. Entonces, incluso la caza o el sacrificio pueden suministrar el conocimiento. En otros modelos culturales, por ejemplo con una orientación mágica, las disecciones pueden tener otro sentido, pero no la obtención de conocimiento anatómico ⁽³⁾.

La cuestión una vez más es ¿Cómo se ve el cuerpo humano expuesto a la mirada pública de la cirugía y qué es lo que se quiere ver? El cirujano interpreta sus datos, los analiza en relación a la enfermedad que debe

subsanan; los médicos originarios ven sin abrir el cuerpo y, como hemos visto, cuando se abre son otros los razonamientos a tener en cuenta, especialmente sanar al enfermo y no tanto la enfermedad.

Actualmente, es posible encontrar diferentes formas de "cirugía popular" en las tradiciones locales españolas que aluden en su discurso a la disolución de nódulos, tumores y diviesos a través de la manipulación experta del especialista local, sin abrir el cuerpo del enfermo, demostrando la vigencia contemporánea de las formas de la medicina popular y su cuadro de creencias, en múltiples sectores de la sociedad. Esta referencia que se repite en las formas de la medicina popular actual y añeja como podemos constatar en los procesos inquisitoriales establece esa lógica que hoy nos sorprende y que, sin embargo, guarda una clamorosa afinidad con el proceder terapéutico de buena parte de los pueblos amerindios cuya "cirugía" permite la cura del enfermo sin violar el límite físico de su epidermis corporal, es decir, sin abrir el cuerpo.

Una de las obras de referencia, en el ámbito de la Antropología americana, que alude a la manipulación de los órganos internos del cuerpo humano, sin necesidad de abrirlo físicamente, corresponde a Claude Lévi-Strauss ⁽¹⁶⁾ y su célebre artículo *La eficacia simbólica* en donde narra la canción mítica empleada por un chamán de los indios Cuna, en la facilitación de un parto complejo (los aymaras bolivianos emplean técnicas precisas de "manteo" para conseguir que la criatura se coloque en la posición adecuada para facilitar el parto). La introducción de los héroes culturales por la vagina hacia el útero de la mujer parturienta para la resolución del conflicto es expresada alegóricamente en el canto Cuna, *Abriendo la blanca tela*, en alusión a la vulva, *Su blanco tejido está extendido; su blanco tejido interno se mueve dulcemente...* ⁽¹⁶⁾. Nos dice el propio autor:

En efecto, esta situación introduce una serie de acontecimientos, cuyo teatro supuesto estará constituido por el cuerpo y los órganos internos de la enferma. Se va a pasar pues de la realidad más trivial al mito, del universo físico al universo fisiológico, del mundo exterior, al cuerpo interior. Y el mito que se desarrolle en el cuerpo interior deberá conservar la misma vivacidad, el mismo carácter de experiencia vívida, cuyas condiciones habrá impuesto el shamán con ayuda del estado patológico y mediante una técnica obsesionante apropiada ⁽¹⁶⁾.

Hay otros ejemplos etnográficos en América Latina, partidarios de esta estrategia "quirúrgica" terapéutica que posibilita la intervención en los adentros corporales sin necesidad de violentar los cuerpos enfermos. Merece la pena tener en cuenta la presencia de las llamadas operaciones

místicas o espirituales con importante prédica en algunos sectores urbanos de América Latina (México, Brasil, Venezuela, Perú). Curaciones que se producen a través de estados alterados de conciencia de los especialistas locales o bien a través del sueño ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. El célebre “Niño Compadrito”, imagen cadavérica venerada en una zona popular del Cuzco por indígenas y mestizos, cura a través del sueño, según dicen los devotos de la imagen, incluso practicando operaciones quirúrgicas. Los intervenidos por el “Niño” encuentran al despertar sobre su cama o en los alrededores, algodones, gasas u otros restos que acreditan la intervención quirúrgica de índole espiritual o mística de que han sido objeto como respuesta a sus oraciones y ofrendas así como sensaciones en el interior de sus cuerpos que atestiguan la operación practicada por la imagen. El “niño” se aparece en sueños a sus devotos con diferentes expresiones del poder mestizo acreditando sus diferentes competencias ya sea como militar, policía, juez o médico, con su “mandil blanco” y fonendoscopio al cuello, solucionando las enfermedades que los médicos convencionales no pueden ⁽¹⁹⁾. Así como hay personas y entidades en América Latina que operan en trance o en sueños, sin abrir el cuerpo, reproduciendo la estética iconográfica de la medicina convencional, caso de la parafernalia empleada por los seguidores de la figura espiritual del médico José Gregorio Hernández en Venezuela ⁽¹⁷⁾, tenemos igualmente figuras relevantes en cuanto a intervenciones quirúrgicas de calado psíquico, bajo trance, pero muy experimentados en el manejo de hojas, cuchillos y navajas, como el caso del conocido y polémico Zé Arigó (José Pedro de Freitas) de quien se cuenta que sin anestesia ni asepsia alguna practicaba la cirugía en su aldea de Congonhas do Campo en el Brasil meridional bajo la supuesta posesión espiritual del doctor Fritz, un médico alemán fallecido en la Primera Guerra Mundial, lo que le ocasionó numerosos problemas con la Iglesia Católica y con la justicia brasileña.

Como nos ha recordado Ackerknecht anteriormente, la cirugía no es contemplada como una especialidad médica concreta desde la perspectiva de los pueblos amerindios. Son otros los motivos y razones, como hemos visto anteriormente de forma genérica, de las aperturas corporales, deformaciones y extirpaciones orgánicas que realizan los pueblos amerindios en clave jurídica, penal, luto, rito de paso o pertenencia identitaria, pero no se configura su sentido en términos terapéuticos; no se han empleado estas competencia y habilidades técnicas y anatómicas para curar en términos quirúrgicos.

....Este temor a la mutilación no es general. En numerosas tribus la mutilación ritual es ampliamente practicada y a pesar de ello, estas tribus no han conseguido llevar a cabo la amputación médica u otra

cirugía mayor. Lo mismo se puede decir de la mayoría de los que practican la trepanación. Es muy posible que la mutilación ritual esté en su mente tan lejos de las consideraciones prácticas, su orientación general y su manera de pensar sobre el cuerpo humano, y las formas más apropiadas de tratamiento tan diferentes de las nuestras, que nunca se les ocurriría que esta técnica de la mutilación podría ser útil o incluso servir para salvar la vida, cuando se aplica a fracturas complicadas infectadas, focos de sepsis, tumores....etc. ⁽³⁾.

Es decir, la cirugía occidental, aparentemente, “no sirve para curar” porque choca con las visiones que sobre la salud y la enfermedad, la taxonomía de enfermedades y las prácticas terapéuticas poseen los pueblos amerindios. Los conceptos sobre salud y enfermedad, las formas de concebir el cuerpo y los conceptos de “ser humano” y “persona”, están directamente implicados entre sí y hacen compleja cualquier situación descriptiva en términos genéricos sobre los grupos étnicos americanos, pero voy a centrarme en algunas estrategias terapéuticas concretas, ampliamente presentes en la geografía dispar de los pueblos amerindios.

SIN ABRIR EL CUERPO

Los grupos amerindios conocen técnicas relacionadas con las aperturas corporales, la escisión y separación de órganos, pero no las emplean habitualmente en sus prácticas médicas, como ya hemos comentado. Sin embargo, utilizan otras que, sin abrir el cuerpo físico, sí que aluden a las enfermedades que se presentan en el interior del organismo, penetrando y separando nervios y fibras, de una manera simbólica, empleando con cierta frecuencia sustancias psicotrópicas u objetos ceremoniales, animales o alimentos que ya sea por proyección o por contaminación consiguen extraer la enfermedad del interior del cuerpo enfermo.

¿Cuáles son las técnicas más habituales en los procedimientos terapéuticos amerindios que aluden a las aperturas corporales que pudiéramos considerar de naturaleza quirúrgica y por tanto terapéuticas, aun en términos simbólicos? Probablemente sea la “limpia” ceremonial de la enfermedad y la “succión” o extracción chamánica del mal las dos estrategias de corte “quirúrgico simbólico”, más extendidas entre los pueblos amerindios con presencia marcada en grupos mesoamericanos, andinos y amazónicos.

No faltan referentes tanto de la succión chamánica como de la limpia ritual entre los grupos amerindios en tiempos de la Colonia, como por ejemplo formando parte del repertorio de las técnicas terapéuticas comentadas

por Bernabé Cobo ⁽²⁰⁾ e inspiradas, según parece, en la crónica de Juan Polo de Ondegardo [1559], para los grupos andinos y que incluían sacrificios rituales, masajes con sebo y cuy sobre el cuerpo del paciente, baños para limpiar las impurezas causantes de la enfermedad y succiones sobre la parte dolorida; a continuación el curandero mostraba al paciente lo que había extraído de su cuerpo: sangre, gusanos y piedras ⁽²⁰⁾:

Primero hacían cierta harina de maíz blanco y negro y de otros colores y de conchas de la mar de cuantos colores podían haber y poniéndola en la mano del enfermo, le mandaban que la soprase en sacrificios a la Wakas, diciendo ciertas palabras, y así mismo les hacían soplar un poco de coca al sol, ofreciéndosela y pidiéndole salud y lo mismo a otros dioses; y tomando en la mano un poquito de oro y plata de poco valor, lo ofrecía el mismo enfermo al Wiracocha, derramándolo. Después de esto, mandaba el hechicero al enfermo que diera de comer a sus difuntos, poniendo las comidas sobre sus sepulturas, si estaban en parte donde se podía hacer, y derramándoles la chicha, y si no, en la parte de su casa que les pareciese, haciéndoles entender que porque padecían hambre sus difuntos, le habían hechado maldiciones, por donde había enfermado. Cuando el enfermo podía ir por su pie a alguna junta de ríos le hacían ir allá y le lavaban el cuerpo con agua y harina de maíz blanco diciendo que allí estaba la enfermedad; y si no estaba para poder andar, se hacía este lavatorio en la casa del enfermo. También solían curar sobando y chupando el vientre del enfermo y otras partes de su cuerpo; untándolos con sebo o con la carne o grosura del cuy o de sapo, y haciéndole semejantes unturas con otras inmundicias o con yerbas. Hacíanles en creyente a los enfermos, que chupándoles la parte de su cuerpo que les dolía, les sacaban sangre o gusanos o pedrezuelas, y mostrábanselas, afirmando que por allí salía la enfermedad; (...) ⁽²⁰⁾.

La cita del cronista Cobo continúa con una referencia especial a la cirugía simbólica que permite valorar la manera de sugerir la penetración corporal del enfermo en su recuperación terapéutica, sin necesidad de hacerla efectiva:

Para las enfermedades muy graves (...) era el enfermo arrebatado de un pesado sueño y éxtasis y los hechiceros hacían apariencia de que lo abrían por medio del cuerpo con unas navajas de piedras cristalinas y que le sacaban del vientre culebras, sapos y otras bascosidades quemando en el fuego que allí tenían todo lo que sacaban; y decían que desta suerte limpiaban lo interior del enfermo, haciendo en esto muchas supersticiones. La paga que daban a estos médicos era en comida, ropa, plata y otras cosas ⁽²⁰⁾.

Un ejemplo colonial ilustrativo de la pertinencia de una práctica terapéutica basada en el masaje combinado con una purga especial para desalojar los adentros del cuerpo del enfermo adecentado con la picaresca de la hechicera en aras de conseguir verosimilitud a su remedio, procede del Archivo Nacional de Bolivia en Sucre y lo debo a la generosidad del investigador Alfredo Rodríguez González del Archivo de la Catedral de Toledo, en el Juicio que se sigue en San Salvador de Jujuy contra dos maleficadoras en 1745. El extracto seleccionado dice así:

Atribuye la mejoría a “los medicamentos o curaciones que le habían hecho los mencionados curanderos”, y que “los efectos que ha visto que le han hecho son, el primero que estando mui malo fue allí la referida Andrea y le pidió a esta declarante le diese coro, contra yerba, abilla de Castilla, pajarilla y unas rayses que llaman zacha los yndios, pepitas de quina quina, [sic] piedra del águila y piedra besar, y que de estas cosas yso una bebida, y teniéndola preparada antes de dársela le dio una africazón en la boca del estómago, donde sentía el enfermo un bulto, que era lo que le atormentaba, y que para esta dicha africazón (11v) mascó esta curandera coro con otra yerba, y con aquello se la dio, y que aquel bulto que sentía el paciente en la boca del estómago se lo vajo al biente, y luego la llamó dicho Padre a esta declarante a que le biese y tentase si tenía desocupado el lugar donde antes tenía el bulto, y allá que aquel bulto lo tenía ya en la barriga, y que luego sintió alivio el enfermo, y que ynmmediatamente le dio dicga curandera la vevida que tenía ya dispuesta, con la qual empesó a escarrar y querer lanzar, y dicha curandera le ynstaba a que no lansase, que se detubiese, y en ese estado escarró en las manos de la dicha curandera, y que esta echó luego en la basinica lo que había escarrado, y haviendo sacado fuera del aposento y en la sala las dos niñas sus hijas de esta declarante pidieron la basinica para ber lo que había echado el enfermo, porque le oyeron desir a la curandera que echasen fuera aquello y allaron en dicha basinica barias hormiguitas coloradas mui menudas y dos arañas que estaban en la dicha basinica, agarrándose una con otra, y que haviendo entrado dicha declarante y preguntadole al Padre si él había echado aquellas arañas y hormigas dize que la dijo dicho Padre que él no había visto las hormigas, que las arañas benían bajando a su cama, y que dicha curandera las había cojido y estrujado mui bien y echadolas en lqa basinica.

Otra técnica terapéutica contemporánea empleada especialmente por curanderos amazónicos para la extracción de las impurezas dañinas del interior del cuerpo del enfermo es la “vaporización”, como hacen los Yánesha amazónicos:

El especialista [apartañ] recoge hojas silvestres, las cuales varían de acuerdo a los síntomas del paciente, que se afirma poseen propiedades medicinales. Después procede a ponerlas en capas en una cacerola grande y las cubre de agua fría para luego hervirlas. Mientras tanto reúne de ocho a diez cantos rodados de tamaño mediano y los coloca en el fuego hasta que se tornan incandescentes. Entonces retira la cacerola del fuego y arroja dentro de ella las piedras incandescentes, una por una, mientras que el paciente, vistiendo su larga túnica o cubierto con frazadas, se para encima de la cacerola con las piernas abiertas para recibir todo el vapor que éstas producen. Después de haber hecho esto- lo cual puede durar hasta una hora- el apartañ vierte el agua y examina las hojas del fondo de la cacerola en busca de los objetos patógenos místicos que debieran haberse desprendido del cuerpo del paciente durante la vaporización. Estos objetos –los cuales supuestamente le fueron enviados a la víctima por alguien que la odiaba-pueden ser astillas de palma chonta, hilos anudados, tapas de botellas de cerveza, plásticos amarrados, vidrios rotos, plumas de pollo, etc. Este tratamiento se repite cuatro o cinco veces, y en cada una de ellas se desprenden más objetos patógenos del cuerpo del paciente hasta que éste finalmente recobra su salud ⁽²¹⁾.

Los Matsigenka peruanos se pintan el rostro para “asustar a la enfermedad” o a los seres maléficos que las causan, a la vez que dichas pinturas cierran el cuerpo e impiden que penetren en él las “flechas de la enfermedad” ⁽²²⁾. Inevitablemente, las formas de concebir las enfermedades y su tratamiento son múltiples y dispares en los pueblos amerindios y complejo cualquier intento de sistematización.

En el Norte del Perú, los curanderos de Trujillo, Piura, Chiclayo, Huancabamba o Ayabaca emplean un complejo ceremonial de corte chamánico, bien conocido por la etnografía, centralizado en el consumo del *sanpedro*, *huachuma*, *achuma*, (*Trichocereus Pachanoi*) y la percepción de sus imágenes que “en visión” hacen perceptible las causas de las enfermedades que sufren sus pacientes ⁽²³⁻²⁵⁾. Es decir, “en visión”, a partir del consumo del *sanpedro* y una vez que actúan sus alcaloides, en especial la *Mescalina*, a veces propiciado y potenciado su efecto sobre el cerebro por las *shingadas* de tabaco macerado en alcohol que realiza el curandero por sus fosas nasales, producen el estado propicio para percibir las causas de las enfermedades. Estos curanderos actúan mediante su compleja parafernalia sita en la “mesada” para actuar sobre la “sombra” o “doble” del enfermo, y actuando sobre los “encantos” que han producido la enfermedad. Es decir, hay que actuar sobre la “sombra” del enfermo para solucionar las manifestaciones que la enfermedad pueda producir sobre el cuerpo doliente y no al revés.

Una de las estrategias presentes en el curanderismo del Norte peruano, pero igualmente entre los grupos aymaras y quechuas de los Andes del Sur y en diferentes sectores amazónicos es lo que se conoce como la “limpia” del enfermo. La intención es pasar por el cuerpo del enfermo algún objeto, ropa, alimento, animal, especialmente un gallo que se contaminará de la enfermedad del doliente, permitiendo extraer la dolencia del interior del cuerpo y proyectarla en ese objeto que luego será destruido, alejado del enfermo e incluso enterrado en el cementerio, de esta forma el objeto, sustituto del enfermo, muere con la enfermedad y es enterrado en el cementerio, mientras el enfermo, cuyo cuerpo ha sido sometido a la “limpia” y sanado, vive.

Vamos limpiando este señor Teodomiro García. Todos los males, todas las enfermedades, vara buena y jibareña sacarés las enfermedades sacarés los dolores vara buena. Quitarés todo viento, todo contagio, todo enriedo, dolores de cabeza, dolores de barriga, dolores de estómago, dolores de espalda, dolores de pulmones vas sacando y vas botando y vas arriando honduras abajo, corrales abajo. Vas a despachar todas las enfermedades de este hombre, todo huandure y todo tutapure. Vas a botar toda peste, vas a botar todo dolor, toda shucadura de lomas (de) criaderos, de cerros, de canales, de malas cimores, de malos vientos, de malos encantos, de malas brujerías, de malas hechicerías. Vara buena, jibaría, sacarés todos males, mesa buena botarés esas rabias, estas pestes, estos dolores, estas enfermedades, estas envidias, brujerías, hechicerías malas. Aquí vas a encargar estas pestes a este caballero Teodomiro García, vas botando todo dolor todo mal contagio, toda mala enfermedad (...) vas a quitar, vas a botar estos dolores desde la corona a los pies has de sacar y has de limpiar (...) Vas a despachar estas pestes, honduras abajo, vientos malos toda enfermedad mala vas a sacar todas envidias, todas codicias y vas desatando y vas desenredando (...), así vamos sacando (Curandero Ramón Carrillo) ⁽²⁶⁾.

Si analizamos el proceder de la limpia del curandero Ramón Carrillo observamos cómo la “limpia” se aplica a todo el cuerpo del doliente, a la completa casuística probable de la enfermedad, incorporando el efecto de los “encantos”, la hechicería, los dolores orgánicos. Es un verdadero mapa de la enfermedad el que el curandero hace frente; nada tan contrario a la intervención concreta, cosificada y específica de la cirugía occidental. El curandero desenreda, desata la enfermedad del cuerpo del enfermo con la “limpia”, para extraer, para sacar el mal. El curandero recorre “en visión” bajo los efectos del *sanpedro*, a la par la “geografía mítica” donde se encuentra el o los causantes de la enfermedad, la geografía social de las entidades

que ocasionan la enfermedad y a la vez recorre, separa, revisa los interiores de la anatomía corporal del enfermo. El enfermo aparece así en clara conexión social con su propio entorno sin el cual es imposible la curación. En ocasiones la referencia fisiológica del proceso es tremendamente explícita:

....Ñudo por ñudo, hueso por hueso, vena por vena vas sacando y vas desatando y vas desaflojando... (Curandero, Ramón Carrillo) ...Así voy descogiendo por todos sus huesos, por todos sus nervios, por todos sus poros... (Curandero Celso Avendaño) ⁽²⁶⁾.

La "limpia" que se realiza empleando el conejillo de indias o cuy, *Cavia porcellus*, es particularmente interesante puesto que la enfermedad se transfiere desde el cuerpo del enfermo al cuerpo del cuy, es decir, desde el órgano dañado del enfermo, al órgano sano del animal, una vez que el animal se ha frotado por la superficie del cuerpo del doliente.

En virtud de esta simpatía podrán hallarse en el cuy las señas de la misma enfermedad que afecta a la persona ⁽²⁶⁾.

Hecho esto toma el cuy y usando la uña del pulgar izquierdo y sólo esta, el maestro hace un corte en la piel del estómago del cuy y luego va separándola del cuerpo empezando por la parte inferior del animal y, terminando en la cabeza. Examina entonces el cuerpo del cuy despellejado: si en él hay manchas de sangre o puntos rojos quiere decir que el enfermo sufre en el órgano que le corresponde al animal. Así también si el cuy presenta un grumo a la altura de los riñones significa que el enfermo tiene en los riñones la causa de la enfermedad. El maestro examina cuidadosamente también la piel para ver si en ella hay señales de enfermedad. Si no encuentra nada, pasa a abrir el cuerpo del cuy usando siempre la uña del pulgar y examina todas las vísceras, primeramente al exterior y luego al interior para ver si hay manchas irregulares de sangre. Lava las vísceras en el agua de la poza. Examina también los excrementos del cuy y si en estos encuentra piedritas, el maestro dice que el enfermo tiene cálculos ⁽²⁶⁾.

Se produce una forma de intercambio corporal simbólico entre el ser humano enfermo y el cuy, una vez realizado el consabido frotamiento entre sus cuerpos:

La caipada (mirar el cuy) ...Sirve para botar los males y ver lo que uno tiene adentro. La limpiada de cuy es macho cuando es varón y hembra cuando es hembra. Se hace cara por cara, pierna por pierna, brazo por brazo, pulmón con pulmón. La cosa rara es que en el animalito sale todo lo que uno tiene y el maestro pelándolo se da cuenta de lo que sufre la persona (Curandero, Santos Calle) ⁽²⁶⁾.

Consiste esta estrategia terapéutica en un fenómeno de traslación corporal de la enfermedad. Del cuerpo del enfermo se traslada en este caso al cuy, pero también sabemos que la dolencia se puede trasladar a un alimento, ropa que se use en la limpia, objetos, o el cuerpo del propio curandero. Es decir, la enfermedad no está "encajonada" en el cuerpo del enfermo de una manera estática si no que, sin necesidad de abrir su cuerpo, se puede "trasladar" a otras materias, objetos, animales, entidades o sustancias donde el médico originario puede intervenir, con menor riesgo aparente para el enfermo ⁽²⁷⁾. ¿Cómo se van aceptar sin reservas las prácticas quirúrgicas en contextos culturales donde se realizan estas técnicas de diagnóstico y terapia mucho más seguras para el enfermo? El comentario de Carmelo Condori, célebre y prestigioso *ch'amakani* de la provincia Omasuyos, de Bolivia: *...Se puede curar sin "operación"*, lamentando los problemas y muertes derivadas de las intervenciones quirúrgicas, es elocuente. Carmelo Condori se queja de las actitudes desaprensivas de los médicos, señala que el cuerpo humano no puede soportar la presión de los sueros quirúrgicos y las transfusiones sanguíneas según su manera de ver y pensar el cuerpo enfermo. Igual recelo tenía Manuel Coa Chura quien hizo llamar a su casa de El Alto a Carmelo, quien tuvo que desplazarse desde su comunidad para hacerle una limpia con cuy, después de que en el centro de salud de El Alto lo trataran de una úlcera sangrante que le había ocasionado un fuerte vómito sanguinolento. La enfermera del centro de salud se empeñaba en sacarle más sangre para la analítica a lo que Manuel desesperado le dijo que no tenía sangre, provocando la respuesta furibunda de la enfermera: *¡Sonso; si no tuvieras sangre estarías muerto!*. Apenas le colocaron el suero, Manuel desconfiando de la estrategia curativa empleada en su cuerpo, regresó a su casa en espera impaciente de Carmelo para que le realizara la limpia con el cuy.

Otra de las técnicas curativas más extendidas en América Latina en diferentes grupos amerindios es la succión chamánica o "chupada" ^(28,29).

"En la 'chupada' el 'contagio' es extraído del cuerpo del paciente en forma visible y real y al mismo tiempo simbólica y el curandero muestra al paciente un objeto (un cristal, una astilla de madera o espina, un clavo, un insecto, una pluma, un bocado de comida, un pedazo de animal, una pequeña rana u otro animalejo, etc.) indicando en aquel objeto la manifestación visible del 'contagio' " ⁽²⁸⁾.

La lógica de este procedimiento radica en la idea de "soplo" o de "dardo mágico" introducido en el enfermo por parte de alguna persona o entidad maléfica que

es preciso extraer del interior del cuerpo para su sanación como nos muestra Chaumeil ⁽³⁰⁾ entre los Yagua amazónicos. En este caso el médico originario realiza una verdadera intervención puesto que hay que allegarse hasta los adentros del cuerpo, para extraer el objeto dañino, con la condición de mostrarlo al enfermo, una vez extraído, para así ayudar al doliente a entender y dar sentido a la aflicción padecida.

El flechazo es visualizado bajo el efecto del sanpedro, como un dardo ígneo con punta agudísima lanzado por el malero para matar al curandero. En realidad, se trata de un ataque dirigido a su 'sombra' mientras que está separada del cuerpo ⁽²⁶⁾.

Los curanderos del Norte del Perú, succionan el cuerpo doliente, apoyándose en ciertas materias o sustancias que guardan en la boca: colonias, aguas de las lagunas, miel, pétalos de rosa, clavel blanco, lima, azúcar, agua bendita y por supuesto tabaco macerado en alcohol, que son las que absorben y asimilan la contaminación patológica del mal que luego habrá que destruir o desechar, una vez extraído el mal del interior del organismo ⁽²⁶⁾.

Voy chupando nudo por nudo, vena por vena, ango por ango, hoja por hoja a miles y a toneladas de tabaco. Voy citando y atareando para descontagiar contagios y malos brujos, hechiceros, magijeros, oracioneros, espirituistas. Voy matizando cuando me citen por aires yo estaré en la tierra, cuando me citen por la tierra yo estaré en el aire, cuando me citen en el aire yo estaré en el mar, cuando me citen en el mar yo estaré en las siete puntas del mundo. Ojos tengan y no me vean, sentidos tengan y no me sientan, manos tengan y no me agarren, pies tengan y no me sigan. Aunque bravos como un león, indefensos han de caer a mis pies como corderos. Con mi buena mesa gentileza y moriscaza me voy parando y arrancando todo contagio del cuerpo del señor (N.N). Hombre he sido y hombre tengo que ser hasta la fecha. Bien curado y bien florecido [se pateo el suelo] y bien parado sen buenas varas, chontas jibareñas, curarás y arrancarás todo mal que venga por aire y tierra (Curandero, Santos Calle, Hualcuy, Ayabaca) ⁽²⁶⁾.

La "chupada" implica una completa vinculación del cuerpo físico del enfermo, el cuerpo mítico del mundo (donde el curandero se mueve a través de la visión que permite el sanpedro) y el cuerpo social de la aflicción apelando a los "maleros" que quieren dañarlo y hacer enfermar a su cliente.

Las formas de actuación ceremonial contra la enfermedad, guarda cierta coherencia o formas de "estilo" ⁽³¹⁾ en los grupos amerindios con aspectos de

su propia vida comunitaria. En aquellos lugares donde la cosmovisión del grupo, su propia teodicea se reduce a un enfrenamiento tensionado entre el bien y el mal es fácil encontrar formas de enfermedades basadas en las intervenciones violentas de los que ocasionan las aflicciones o enfermedades y la defensa igualmente violenta, expresada de forma ceremonial, de los especialistas que protegen la salud comunitaria. En estos casos la presencia de flechas, dardos mágicos y verdaderos combates chamánicos terapéuticos en pos de la salud de los enfermos es muy frecuente. Este es el caso, por ejemplo, de los curanderos del Norte peruano y su lucha constante contra los "maleros" y los "encantos"; lucha ceremonial literal como se observa en sus mesadas rituales en las que sables, espadas, bayonetas y varas constituyen parte fundamental de su parafernalia ritual terapéutica.

Por el contrario en aquellos otros grupos, como los quechuas y aymaras de los Andes del Sur, que aceptan la multiplicidad de caras de la existencia, el principio no maniqueo de división entre un mundo que es bueno y malo a la vez, sin necesidad de contradicción aparente, la forma de canalizar terapéuticamente la enfermedad es mediante una buena conversación gastronómica. Hay que convencer a los seres que propician la enfermedad de que no lo hagan a cambio de satisfacer gustosamente su apetito ceremonial. Así se conforman algunas de las ofrendas ceremoniales aymaras y quechuas del Andes del Sur. Las mesas rituales aymaras contemplan diferentes rasgos que aluden al cuerpo y a la persona del que oficia la ceremonia. La ofrenda se va configurando con los ingredientes que constituyen el objeto gastronómico predilecto de los comensales sagrados a los que se destina, de tal forma que con cada ingrediente se nombra y construye un espacio, el Altiplano con sus cumbres y cerros sagrados, los *achachilas*; el propio oficiante en su triple configuración de entidades anímicas que constituyen el concepto aymara de ser humano ⁽³²⁾; el entorno y dominio familiar incluyendo los parientes próximos afectados por el problema; la casa, *kunturmamani*, como unidad protectora de la familia; la propia comunidad. Todo este escenario colectivo fundamental que se recrea en el ofrecimiento de la mesa reproduce sistemáticamente la solicitud de la ofrenda con referencias concretas y reiterativas a la aflicción sufrida por el doliente. La mesa reproduce no sólo el cuerpo doliente del enfermo sino su entorno familiar, comunitario, el escenario de los cerros sagrados y lugares de referencia ritual comunitaria. Todo este microcosmos reproducido con los ingredientes y oraciones que el *yatiri* emplea en la elaboración de su ofrenda posibilita la cura del enfermo.

Frente a los procedimientos no invasivos de la cirugía simbólica amerindia y su valor social, comunitario

en donde no hay fronteras ni fisuras que demarquen el cuerpo físico del social y del mítico, según las diferentes tradiciones y cosmovisiones amerindias, nuestra radiante y moderna cirugía produce los efectos contrarios sobre el cuerpo del enfermo: aislamiento, reduccionismo y cosificación orgánica, desmembración social, individuación extrema y despersonalización pasiva; la intervención quirúrgica es algo que hay que sufrir “pacientemente”, (por algo nos dicen “pacientes” en las unidades hospitalarias, cuando no “carcinoma en la 92”), en ese “cuerpo prestado” que poseo y que parece más un socio, como dice Le Breton ⁽¹⁴⁾ que algo consustancial con mi persona. En definitiva, una técnica terapéutica específica de la biomedicina que distingue claramente entre cuerpo y persona ⁽¹⁴⁾, circunstancia que no separan ni distinguen las medicinas de los pueblos amerindios que practican una medicina del “ser humano”. La obsesión que los pueblos amerindios observan por parte de los equipos sanitarios sobre el cuerpo humano confirman en parte ciertos juicios en los que se dice que los médicos solo curan “los cuerpos machucados”, una variable terapéutica considerada de índole “menor” en el Altiplano aymara, pero obviamente desconocen los criterios de las “enfermedades de la gente” las que afectan a las entidades espirituales que conforman el criterio de ser humano y que no son distinguibles del propio concepto de persona. Quizá por esta razón, entre otras, la cirugía tiene crédito escaso entre las poblaciones indígenas de América, porque genera muchos riesgos corporales y no resuelve el trasfondo de la aflicción.

CONCLUSIONES

Puesto que las formas indígenas y originarias de los grupos amerindios sobre la medicina y la “cirugía simbólica” difieren sustancialmente de la que presenta la medicina y cirugía académicas o científicas en tanto en cuanto se trata de dos modelos diferentes de pensar el “ser humano”.... ¿se puede hacer algo por “achicar la brecha” y sugerir formas de diálogo intercultural entre ambos sistemas, aparentemente incompatibles?

Caben dos posibilidades, o bien encontrar el punto clave donde la comunicación simbólica en clave intercultural resulte eficaz, o bien aceptar de una forma sensata la diferenciación de modelos y ver la forma en que ambos puedan encontrar una complementación razonable que satisfaga los intereses de los enfermos.

Con respecto a la primera vía encontramos algunos ejemplos bien conocidos, como la fórmula que encuentra Jimmy en el artículo *Hechizos y moléculas* de Larry Dossey ⁽³³⁾. Recordemos el asunto: un anciano

que cree que ha sido hechizado recurre a una unidad hospitalaria convencido de que va a morir. La analítica correspondiente no refleja “nada” ninguna dolencia, ninguna enfermedad, pero la aflicción del anciano crece de una forma considerable, no come, pierde peso y todo indica que el desenlace fatal parece inevitable. Jimmy, médico del hospital decide realizar un “contrahechizo” que realiza de noche, lejos de la mirada de sus colegas biomédicos. El resultado es espectacular, el anciano recupera sus fuerzas y se cura convencido de la eficacia del tratamiento ritual que ha recibido. Bastien ⁽³⁴⁾ intenta algo similar para explicar los beneficios de la vacunación tetánica en el Altiplano de Bolivia. Yo mismo he tratado de justificar los análisis de sangre en el Altiplano, empleando la imagen comparativa del diagnóstico de la hoja de coca. Igual que el *yatiri* necesita ver en la coca el origen y causa de la enfermedad, el médico precisa verlo en la sangre.

Aun cuando algunos médicos dicen que la cura de sus enfermos “se dio en la cabeza” o “porque creía en ella”, aun cuando el remedio se revele como un placebo, en lugar de provocar indulgencias e incluso desprecio, estos hechos deben provocar un cuestionamiento sobre el sentido de esta eficacia. En la cura de estos enfermos hay algo que escapa, de lejos, a estas frases hechas y que va más allá del caso personal. La eficacia simbólica es una noción extraña al saber médico. La actitud coherente en este caso es la del médico que con comprensión toma en cuenta estos datos en la administración de remedios y en la calidad de su presencia frente al enfermo. Así sucede por ejemplo, con ese profesional lleno de paciencia y de tacto ante un enfermo africano que se niega a tomar, simultáneamente, varios remedios. Le pregunta al hombre si el padre, cuando iba al monte a cazar una fiera grande llevaba una sola flecha. A la respuesta negativa del enfermo, el médico le dice que él tampoco puede “matar” la enfermedad sin recurrir a varios remedios a la vez, como el padre no podía con la fiera sin varias flechas. Al encontrar el “contacto” y el símbolo (que van juntos), el médico provoca la adhesión del paciente al tratamiento terapéutico. Este puede, entonces, darle un sentido pleno a la medicación ⁽¹⁴⁾.

Hay que resaltar en el texto precedente de Le Breton la importancia que concede a la “calidad” de ese contacto. Si el contacto, la forma de traducir o trasladar el sentido de la dolencia o el tratamiento, por supuesto también el quirúrgico, por parte del médico o especialista sanitario convencional en términos originarios comprensibles no es de calidad, estaremos contribuyendo a la humillación absurda del propio enfermo tratado con una benevolencia paternalista insoportable.

Si bien es cierto que las peculiaridades culturales funcionan en la forma diferenciada como los seres humanos damos sentido al proceso salud- enfermedad –atención, es preciso actuar con suma sutileza y cuidado para que estas “diferencias” no se constituyan en meras referencias exóticas, cuando no reflejo de un sectarismo asistencial marcado por el paternalismo. La reificación de la cultura y su cosificación puede provocar no pocos estereotipos inadecuados en el tratamiento asistencial de los enfermos, homogeneizados o encasillados casi a la fuerza, en el seno de su adscripción étnica o cultural ⁽³⁵⁾.

Una unidad hospitalaria, centro de trabajo para unos, espacio de agonía y trauma para otros muchos, donde se tratan de conciliar intereses contrapuestos (administración, enfermos, familiares de los enfermos, profesionales de la salud, no profesionales de la salud, etc.) y finalidades igualmente dispares, constituye un ámbito que debe estar reglamentado para alcanzar los objetivos de eficiencia y eficacia más razonables. El problema se produce cuando estos procedimientos y protocolos encriptan las realidades personales y anteponen las pautas protocolarias a las necesidades humanas. No se trata de que los profesionales de la salud se conviertan o reciclen en antropólogos sociales, bastaría con recuperar cierta humanización de los servicios hospitalarios, más allá de los fríos protocolos, para reconocernos como seres humanos en situación de crisis de salud, sin importar ni magnificar de forma absurda la adscripción de identidades étnicas de referencia, ofreciendo como es obligación del Estado, la máxima calidad de atención sanitaria a cada persona que solicite sus servicios.

Es posible que los procedimientos quirúrgicos precisen de una particular competencia intercultural para resultar reconocidos en contextos amerindios, fundamentalmente hay que practicar la cirugía de forma competente y en la medida de lo posible adecuarse a las expectativas de información que el enfermo y los familiares precisen. Los éxitos de los equipos sanitarios y sus fracasos circulan de boca en boca en el dominio comunitario, máxime si se trata de intervenciones quirúrgicas ⁽⁶⁾. Las posibilidades de aceptación de los procedimientos quirúrgicos occidentales dependen, en gran medida, de la confianza que generen y en este sentido es verdaderamente fundamental la integración y el reconocimiento del equipo de salud en su área de influencia, como muestran los sabios consejos del padre Amunárriz en las selvas amazónicas del Ecuador ⁽³⁶⁾. Las claves de ese reconocimiento por parte de los usuarios indígenas pasan por la permanencia prolongada del equipo sanitario en un sector concreto y por la integración del equipo de salud en las actividades cotidianas de las comunidades de su entorno, más allá

de las estrictas obligaciones médicas o asistenciales, lo que propicia el que el personal sanitario sea reconocido y articulado en la vida social de las comunidades de influencia.

Así las cosas, es posible que la cirugía convencional encuentre fórmulas adecuadas de “contacto” y comprensión en términos amerindios, pero si no se produce o no se puede producir, bastará con ofrecer la más completa y exacta información sobre el problema, dejando a los propios afectados decidir sobre su cuerpo, su vida o su muerte. Una cirugía basada en el diálogo intercultural sólo será posible si se facilita el acceso a los servicios de salud convencionales de todos los ciudadanos (indígenas o no) a través del desarrollo de los correspondientes seguros universales de salud. De otra forma la cirugía, como otros ámbitos de la medicina convencional en América Latina, seguirá lastrada con la acusación velada de cuidar más del negocio que de la salud de los ciudadanos. Es en el desarrollo de los seguros universales de salud donde la eficacia de las políticas interculturales encontrarán su sentido; de otra forma, los criterios interculturales aplicados a la salud, como los que se proponen para los pueblos originarios de América o para la población inmigrante en Europa, constituirán una especie de sucedáneo sanitario desagradable, “exótico” e ineficaz, bien aprovechado por los políticos de turno para aumentar la brecha sanitaria entre pueblos ricos y pobres. Si la sensibilidad intercultural no impregna a todos los entramados del Estado, si se traslada la idea de que es sólo “cosa de indios” o “para indios” (o para “inmigrantes”) es posible que contribuya, sin saberlo, a la exclusión social, el racismo o la xenofobia.

La incorporación y el reconocimiento en las nuevas constituciones de América Latina (caso por ejemplo de Ecuador y Bolivia) de los planteamientos interculturales en salud; las nuevas directrices de la OPS en relación con las medicinas tradicionales y la interculturalidad como derecho a tener en cuenta en contextos indígenas de América; la valoración de UNESCO sobre el patrimonio intangible e inmaterial de los pueblos y la formación en recursos humanos merced a los postgrados en salud intercultural que se están realizando en toda América Latina, constituyen los principales garantes para que la interculturalidad aplicada a la salud (y por tanto también al dominio quirúrgico), reconocida como enriquecedora y eficiente en la problemática médica, cumpla su objetivo como derecho inalienable de los pueblos originarios de América en el siglo XXI.

Conflictos de Interés

El autor declara no tener conflictos de interés en la ejecución y publicación de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Gumilla J.** El Orinoco ilustrado. Edición, prólogo y notas por Constantino Bayle SJ. España Misionera III. Madrid: M. Aguilar Editor; 1745.
2. **Cook J.** Descripción de Nueva Zelanda. En: Llinares JB. Materiales para la Historia de la Antropología. Valencia, España: Nau Llibres; 1996.
3. **Ackerknecht EH.** Medicina y antropología social. Madrid: Akal; 1985.
4. **Schéper Hughes N.** El comercio infame: Capitalismo milenarista, valores humanos y justicia global en el tráfico de órganos. Rev Antropología Social. 2005; 14:195-236.
5. **Gil García FM.** Entre la medicina y la magia. Apuntes sobre cirugía entre los pueblos de la América prehispánica. En: Fernández Juárez G (Coordinador). *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios*. Quito: Abya-Yala; 2009.
6. **Fernández Juárez G.** Médicos y Yatis. *Salud e interculturalidad en el altiplano aymara*. La Paz: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
7. **Le Breton D.** Antropología del dolor. Barcelona: Seix Barral; 1999.
8. **López Piñero JM.** Breve historia de la medicina. Madrid: Alianza Editorial; 2000.
9. **Haeger K.** Historia de la Cirugía. Madrid: Raíces; 1993.
10. **Granjel LS.** Aspectos médicos de la literatura antisupersticiosa española de los siglos XVI y XVII. Salamanca: Universidad de Salamanca; 1953.
11. **Gelabertó M.** La palabra del predicador. Contrarreforma y superstición en Cataluña, siglos XVII-XVIII. [Tesis doctoral] Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2003.
12. **Ciruelo P.** Reprobación de las supersticiones y hechicerías. Barcelona: Glosa; 1977.
13. **Castañega M.** Tratado de las supersticiones y hechizos y de la posibilidad y remedio de ellas, 1529. España: Instituto de Estudios Riojanos; 1994.
14. **Le Breton D.** Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires: Nueva Visión; 2008.
15. **Le Goff J, Truong N.** Una historia del cuerpo en la Edad Media. Barcelona: Paidós; 2005.
16. **Lévi-Strauss C.** La eficacia simbólica. En: Lévi-Strauss C. Antropología estructural. Barcelona: Paidós; 1987.
17. **Ferrándiz F.** La corte médica en el espiritismo venezolano. Encuentros y desencuentros entre la biomedicina y la cura mística. En: Fernández Juárez G (coordinador). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala /UCLM /Bolhispania; 2004.
18. **Flores Martos JA.** Operaciones espirituales y cultos de sanación en la ciudad de Veracruz (México). Procesos de medicalización de lo espiritual y mimesis hegemónica. En: Fernández Juárez G, Gonzalez I, García P (editores). *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio*. Quito: Abya-Yala /Servicio de Publicaciones de la UCLM /Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha/Caja Castilla-La Mancha / AECl / Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III; 2008.
19. **Fernández Juárez G.** Religiosidad popular y heterodoxia en los Andes. El caso del "Niño Compadrito". Rev Dialectol Tradic Pop. 1998; 53(1): 101-24.
20. **Cobo B.** Historia del Nuevo Mundo. Obras del padre Bernabé Cobo de la Compañía de Jesús. Biblioteca de Autores Españoles. Madrid: Atlas; 1964.
21. **Santos F.** Los Yánesha. En: Santos F, Barclay F (editores). Guía etnográfica de la alta Amazonía, Vol.IV. Matsigenka y Yánesha. Lima: Smithsonian Tropical Research Institute / IFEA; 2004.
22. **Baer G.** Cosmología y shamanismo de los matsigenka. Quito: Abya-Yala; 1994.
23. **Sharon D.** El chamán de los cuatro vientos. México DF: Siglo XXI de España Editores; 1980.
24. **Polia Meconi M.** Las lagunas de los "encantos". Medicina tradicional andina del Perú septentrional. Lima: Central Peruana de Servicios; 1988.
25. **Joralemon D.** Altar symbolism in Peruvian ritual healing. J Lat Am Lore. 1985; 11(1): 3-29.
26. **Polia Meconi M.** Despierta, remedio, cuenta... Adivinos y médicos del Ande. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 1996.
27. **Frazer JG.** La rama dorada. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1995.
28. **Chaumeil JP.** Ver, saber, poder. Chamanismo de los Yagua de la Amazonía Peruana. Lima, Perú: IFEA/CAAAP/CAEA-CONICET; 1998.
29. **Bartolomé MA.** Chamanismo y religión entre los Ava-Katu-Ete. Asunción: Centro de Estudios Antropológicos, Universidad Católica; 1991.
30. **Chaumeil JP.** Del proyectil al virus. El complejo de dardos mágicos en el chamanismo del oeste amazónico. En: Fernández Juárez G (coordinador). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala / UCLM / Bolhispania; 2004.
31. **Gutiérrez Estévez M.** El estilo de la civilización amerindia. Revista de Occidente. 2003; 269:7-24.
32. **Fernández Juárez G.** Yatis y ch'amakanis. Sueños, testimonios y prácticas ceremoniales. Quito: Abya-Yala; 2004.
33. **Dossey L.** Hechizos y moléculas. En: Dossey L. Tiempo, espacio y medicina. Barcelona: Kairós; 1999.
34. **Bastien J.** Comunicación intercultural sobre vacunación tetánica en Bolivia. Revista Arinsana. 1994; 15: 3-25.
35. **Meñaca A.** Sistema sanitario e inmigración. El papel de la cultura. En: Esteban M, editora. Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas. Bilbao: OSALDE; 2007.
36. **Knipper M, Dannhardt V.** 30 años de cirugía en la Amazonía ecuatoriana. Las experiencias del Dr. Manuel Amunárriz y la Medicina Intercultural. En: Fernández Juárez G (Coordinador). *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios*. Quito, Ecuador: Abya-Yala; 2009.

Correspondencia: Dr. Gerardo Fernández Juárez
 Dirección: Plaza Padilla 4, 45071, Toledo, España
 Correo electrónico: gerardo.fjuarez@uclm.es