

# LO QUE EL REMEDIO NO CURA. LÓGICAS ENFRENTADAS EN LOS IMAGINARIOS Y LAS RETÓRICAS DEL FÁRMACO ENTRE GRUPOS AMERINDIOS

What remedy does not cure.  
Logics in the imaginary and rhetoric of drugs  
among Amerindian groups

Francisco M. Gil García  
Universidad Complutense de Madrid (UCM), España

**Resumen:** Existen múltiples concepciones de la salud y la enfermedad, y a cada una de ellas corresponderán formas de diagnóstico y tratamiento diferenciadas. Desde este presupuesto, se plantea una reflexión acerca de los imaginarios y las retóricas del fármaco entre grupos amerindios, enfatizando la posibilidad de que este no sea válido para la curación de según qué enfermedades. A tal efecto se proponen una serie de axiomas que permiten discutir, a través de ejemplos etnográficos en contextos de salud intercultural, la efectividad y la eficacia, simbólica, del medicamento.

**Palabras clave:** grupos amerindios, salud intercultural, remedio, medicamento, fármaco.

**Abstract:** There are multiple concepts of health and disease, and each of them correspond to distinct forms of diagnosis and treatment. On this assumption, this paper reflects on the imaginary and rhetoric of drugs among Amerindian groups, highlighting the possibility that they may not be valid in the cure of certain diseases. For this purpose, we propose a series of axioms that allow discussion of, through ethnographic examples in contexts of intercultural health, the effectiveness and efficacy, symbolic, of medicines.

**Keywords:** Amerindian groups, intercultural health, medication, drug, remedy.

## Introducción

Al ser una persona propensa a las afecciones de garganta, mi botiquín de viaje redunda en remedios destinados a aliviar este tipo de padecimientos. Por eso, cuando en septiembre de 2002, en plena estancia de campo en el sur de Potosí (Bolivia), me vi aquejado de una grave disfonía acompañada de accesos de tos seca persistente, me sentí confiado, y a la vez respaldado, por el presunto poder de los fármacos que me acompañaban.

Sin embargo, tras varios días automedicándome, la situación no mejoraba: el frío, la sequedad ambiental, el polvo, el haber estado forzando la voz en unos talleres en el núcleo educativo de la comunidad donde me encontraba, o un poco de todo, habían hecho buena mella en mí. Entonces, una noche, mi compadre Justino Calcina, en cuya casa me alojaba, me ofreció una infusión y puso en duda la efectividad de los medicamentos que estaba tomando. «A lo mejor es que sus remedios no curan, que eso no lo curan», me dijo. A la mañana siguiente me levanté mucho mejor, y después de un día entero bebiendo la tisana mis problemas de garganta estaban resueltos.

Nada más lejos de mi intención que utilizar esta anécdota para retomar aquí el debate acerca de la superioridad de un sistema médico sobre otro, un debate maniqueo y manido sobre biomedicina frente a medicina tradicional y viceversa. Más bien, mi objetivo es reflexionar sobre el fondo de la sentencia de don Justino, sobre esa idea de que el remedio no cura, y que se puede entender desde diferentes prismas. Por un lado, cabría entender una sospecha respecto de que aquellos remedios que yo estaba utilizando no fueran los más acertados para mi afección; una suerte de segunda opinión médica que, sin duda, exigiría unos conocimientos farmacológicos previos. Pero también una suspicacia respecto de la efectividad conceptual de los mismos, incluso del fármaco *per se*; como si el comentario hubiera sido pronunciado por uno de esos cruzados de la homeopatía totalmente contrarios al tratamiento con fármacos químicos. Más interesante resultaría la interpretación de que hay padecimientos que no se curan con fármacos, o, dicho de otro modo, que hay fármacos ineficaces para según qué tipo de enfermedades; no por inadecuación del medicamento concreto a la dolencia, sino por mera improcedencia del uso de estos para afecciones de tipo particular —por ejemplo, los síndromes de filiación cultural, aunque mi problema de garganta no entrase en esta categoría—. Esta propuesta incidiría en la discusión de las lógicas enfrentadas y las retóricas contrapuestas respecto de los propios conceptos de salud y enfermedad, e introduciría además en el análisis la variable de la interculturalidad. Tratando de pensar desde este punto de vista, se me ocurren varias respuestas a la pregunta de por qué el remedio no cura, y son estas justamente las que, desde la etnología americanista, pretendo plantear y discutir en las páginas que siguen. Si embargo, antes de abordar la cuestión quisiera hacer una aclaración terminológica.

En general, en el habla cotidiana de buena parte de América Latina se utiliza el término «remedio» como sinónimo de preparado —muchas veces natural, pero

también ritual— y equivalente a «fármaco». Sin embargo, este «fármaco» no tiene por qué coincidir con el «fármaco químico», al que también se denomina «medicamento», y que suele acabar siendo referido como remedio. En las páginas que siguen yo mismo me moveré en esta ambigüedad terminológica. Y es que, al final, remedios son todos: fármacos, medicamentos, vitaminas, inyecciones, preparados, tónicos, ungüentos, soluciones recomendadas por un médico, un agente sanitario, un especialista ritual, un merolico. Todo ello circulando libremente, y en entornos cotidianos, con pacientes que se automedican y/o que escogen entre unos y otros según su propio criterio, sus creencias, sus valores culturales, sus conceptos de salud y enfermedad, las presiones sociales, las modas, en función de itinerarios terapéuticos. Y por supuesto, sin perder de vista el factor de la eficacia simbólica, los imaginarios sobre el propio remedio, las retóricas, los discursos sobre el medicamento.

Más aún, por si fuera poco, todo lo anterior, siempre a la sombra de fetichismos, miedos, desconfianzas, falta de comunicación entre los diferentes especialistas, y entre estos y el paciente, de relaciones asimétricas, de arrogancia biomédica, de incompreensión de las lógicas médicas del otro. Lo fundamental en cualquier caso es no olvidar, primero, que cada afección, como indígena, blanca, negra, mestiza, en cuanto que diferencialmente construida, requiere su propio concepto de «remedio». Y segundo, que todo «remedio» debe ser culturalmente adaptado antes de ser aceptado. Sin embargo, tampoco habría que perder de vista que en tales procesos de construcción, adaptación y aceptación opera una suerte de «bricolaje sanitario». Un proceso no subordinado a recursos, técnicas y herramientas, expresamente concebidos y desarrollados para el diagnóstico y tratamiento de tal o cual enfermedad dentro de una lógica médica particular, sino que es modelado *ad infinitum* en cada contexto sociocultural a partir de todos los medios disponibles. Esto hace que el concepto y las acepciones del remedio se multipliquen, renueven y enriquezcan, lo mismo que su eficacia curativa.

## **1. El remedio no cura porque la enfermedad es incurable, no es eficaz**

Habría que empezar planteándose hasta qué punto una enfermedad es incurable. Efectivamente, hay enfermedades que conducen irremediamente a un desenlace fatal, pero todos sabemos que los plazos y las condiciones de espera pueden variar según quién sea el enfermo, sus posibilidades, dónde se encuentre, la coyuntura internacional, etc. Este es uno de los aforismos fundamentales de la medicina hipocrática: carecer de tratamientos médicos o farmacológicos hace que la enfermedad sea incurable. Sin embargo, la cuestión quizá sea más grave: según el concepto de salud y enfermedad que tengamos, socioculturalmente hablando, que la enfermedad sea incurable puede llegar a implicar que el especialista en salud es un incompetente, y que sus remedios son por tanto ineficaces.

Esto, en términos de confianza y de eficacia simbólica, sí es realmente serio y preocupante. Cuando nosotros acudimos a la consulta del doctor esperamos salir con una receta médica, evidencia triunfal de que este nos ha escuchado y ha hecho bien su trabajo; cuando el fármaco recetado no produce en nosotros los efectos deseados en el tiempo esperado empezamos a dudar de los saberes, ¿incluso poderes?, del doctor. La pediatra de mis hijos habla en este sentido de «medicamentos para padres»: realmente no van a incidir en la mejoría del niño, pero hace que los padres salgan de su consulta mucho más tranquilos. Un placebo. Puede que el paciente mejore, aunque sin duda no será gracias al remedio. Pudiera incluso alcanzarse la (inexplicable) curación del enfermo. Pero en todo caso, más allá de provocar indulgencia o desprecio hacia estos tratamientos, será necesario dar un sentido pleno a la medicación, porque «la eficacia simbólica es una noción extraña al saber médico» (Le Breton, 2008: 186).

Si como paciente asumo que no hay nada que hacer y que irresolublemente estoy abocado a la muerte, no intentaré siquiera encontrar un remedio que me sane. Si doy por perdida la vida, no hay razón para atender al consejo del especialista ni seguir el tratamiento prescrito. Si acepto eso que tantas veces se escucha de boca de los indígenas acerca de que «el hospital es el lugar donde la gente va a morir» (Fernández, 2004a: 11; 2006a), es porque no reconozco la competencia terapéutica del sistema hospitalario; amén de por temer abusos, humillaciones e incompreensión por parte de sus agentes.

Al hospital «se viene a morir, o a vivir», relató Chitio, un ladino de Jocotán (Guatemala) que estima que las más de las veces los miedos, las sospechas o el recelo inclinan la balanza hacia lo primero; la gente se deja morir en el hospital, resignada, abatida, o — como ilustra este autor a partir de varias narrativas — prefiere escapar del recinto hospitalario para morir en el entorno seguro y cotidiano de su hogar, rodeado de los suyos, cumpliendo con sus tradiciones, y asegurándose así un entierro de acuerdo a su costumbre y sus creencias, tema este del «bien morir» en absoluto baladí, pero que escapa al propósito de estas páginas: «el hospital como zona de peligro, como lugar distante, no es sólo una forma metonímica y simbólica de construirlo, sino real, en distancias, en los diálogos» (Mariano, 2009: 104). Eso, por no hablar de los costes que implica el internamiento hospitalario, y que muchas veces hacen que las poblaciones campesinas esquiven el internamiento.

Sin embargo, generalmente nos cuesta asumir que «nuestra» enfermedad es incurable, siendo en esta reticencia cuando los itinerarios médicos cobran especial relevancia. En salud todo vale, y a la postre todo suma cuando se trata de aspirar a la curación. El conocimiento local, las prácticas rituales, la herboristería, la posta sanitaria, la consulta del doctor, el hospital; en cada lugar buscando al especialista adecuado, buscando el remedio adecuado. Buscando incluso a larga distancia, ya sea porque allí sí hay remedios, o porque aquellos se consideran más efectivos o poderosos (Abad y Vázquez, 2009; Calavia, 2004; Cerbini, 2009; Chaumeil, 2009; Salvador, 2009). Volveré sobre este tema más adelante.

*A priori* —y presuponiendo que el tratamiento sea el adecuado, sobre lo que insistiré en su momento—, que un medicamento resulte ineficaz podría deberse a que el estado de la enfermedad estuviera tan avanzado que la aplicación del mismo resultara ya inútil. Acabamos de verlo: «al hospital van los que mueren». Pero también pudiera ser porque el remedio esté mal diseñado, que falle como preparado: químico, natural, ritual. A cada tanto nos encontramos con fármacos que son retirados del mercado porque se demuestran ineficaces o, peor aún, porque se descubre que son perjudiciales para la salud. Tal vez el medicamento falla por estar en mal estado o caducado, lo cual añadiría a la ineficacia del fármaco cierto riesgo de peligrosidad. Dejando al margen la primera opción, las otras dos se me antojan más interesantes desde el punto de vista de los imaginarios y las retóricas. La idea de que aquello que ha de curarnos pueda causarnos mayores daños hace saltar nuestros temores. ¿Cuántas veces evitamos leer la sección de efectos secundarios de un prospecto farmacológico para así medicarnos en feliz ignorancia?

Ocurrió en noviembre de 2004 en Santiago —en Nor Lípez, Potosí (Bolivia)—, cuando el pequeño Adrián, mi ahijado, se vio afectado de vómitos y diarrea. Simultáneamente a la administración de remedios tradicionales, naturales, la familia entera se turnaba para vigilar la posta sanitaria de la comunidad a la espera de que apareciese el agente de salud, de quien se esperaba pudiera «prestar» un jarabe o pastilla que mejorase al pequeño. Don Justino, el padre, con quien acudí a la posta cuando finalmente concurrió el sanitario, estaba convencido de que cualquier medicamento que este pudiera ofrecer no iba a sanar al niño. Pero también de que nada se perdía intentándolo. Volveré más adelante sobre la cuestión de los itinerarios médicos.

Puesto al corriente de los síntomas, el sanitario abrió el botiquín, y al tiempo que rebuscaba algo que suministrar aprovechaba para hacer limpieza de fármacos caducados. Yo por pudor, y ellos tal vez por estar habituados, terminado el proceso, ninguno comentó el hecho de que finalmente hubiera más medicamentos en la basura que en el armario, menguando un botiquín de por sí escaso, en el que buena parte de los productos almacenados estaban abiertos y bastantes de ellos mal conservados. El sanitario prescribió la posología del jarabe, que finalmente nos entregó, confiando en que pudiera servirle, y solicitando encarecidamente que al terminar el tratamiento lo guardara para devolverlo a la posta cuando hubiera ocasión. Al yo preguntar cómo era eso, si aquel era el proceder habitual y si ello no ponía en riesgo el buen estado del medicamento, él me miró condescendiente y apuntó: «Y... puede ser, ¿no ve? Los remedios no llegan, no hay apenas. Pero la gente sigue enfermando. Mejor que nada será».

De vuelta en casa, don Justino intentó tranquilizarme: no debía preocuparme por el jarabe, pues a fin de cuentas no iba a contribuir a la mejoría de Adrián. La respuesta del agente de salud invita a reflexionar sobre la realidad de la atención sanitaria en la ruralidad y la asunción indiferente por parte de todos de unas reglas de juego perniciosas. La actitud de este padre es un ejemplo de la percepción que la gente tiene del sistema sanitario: desconfianza en la posta, el sa-

nitario, la atención prestada, el remedio prescrito. Desconfianza quizá, pero no total rechazo.

Sin embargo, en otros contextos, ese frasco de jarabe abierto, puede que mal conservado, probablemente «contaminado», tal vez incluso caducado, pudiera no haber suscitado indiferencia sino miedos. Y estos, independientemente de ser reales o imaginarios, podrían haber influido en la presunción de ineficacia del remedio. Así, por ejemplo, L. Abad aborda el recelo que los aguarunas de la Amazonía peruana sentían a finales de la década de 1980 hacia los mestizos que especulaban con medicamentos caducados o de dudoso origen y composición, y que por tanto no iban a curar sino a causar mayor enfermedad; personajes —igual que el médico de bata blanca— idealizados y mitificados en el imaginario colectivo, y que, pese a los recelos, se convertían para muchos en la única manera de acceder al fármaco en un contexto de botiquines comunales precarios, hospitales distantes y con mala accesibilidad, transportes sanitarios caros, e incompreensión y trato deficiente por parte de los médicos (Abad, 2004: 85).

Pero no solamente se expresa el recelo hacia quienes puedan estar traficando con medicamentos caducados o en mal estado, también hacia los propios programas de salud, públicos o de cooperación, que entregan fármacos gratuitamente con el propósito de extender la asistencia médica a sectores poblacionales desfavorecidos. Si el Estado o las ONG regalan los medicamentos, seguramente es porque no sirven, porque están caducados, o al menos esta parece ser la creencia más extendida. Cuando en los primeros años de 2000, como consecuencia del consumo de agua y vegetales acuáticos contaminados, se desató una epidemia de fasciolosis en la provincia de Ingavi, La Paz (Bolivia), las autoridades sanitarias decidieron cobrar el tratamiento; algo simbólico «para que la gente sepa que la salud no es gratis y la valore».

Ante las quejas recibidas (es un abuso, los remedios son caros, no tenemos dinero, etc.), se decidió no cobrar los medicamentos, aunque los comunarios también protestaron por ello: si antes había que pagar y ahora ya no, seguramente sea porque los remedios están «pasados», no sirven, nos van a hacer mal, argumentó la población. La conclusión a la que llegó el personal sanitario encargado de atajar la epidemia fue que los indios ni estiman ni se preocupan por su salud, y no se quieren dejar ayudar. En realidad, a la conclusión que debiera haberse llegado es que las poblaciones indígenas pagan por aquello que valoran, que se ajusta a sus criterios de eficacia, no por aquello de lo que desconfían (Fernández, 2008: 32-33). Y está claro que en este caso desconfiaban no solo de los medicamentos, sino seguramente de toda la campaña médica que giraba en torno a ellos.

Reflexionando sobre ideología y materialismo en materia de salud intercultural, L. Mariano plantea la necesidad de repensar las variables de tratamiento y coste, las valoraciones particulares que las poblaciones indígenas hacen de cada situación, para elucubrar en torno a categorías tan sensibles como el miedo o las representaciones sobre los climas emocionales. Es habitual sospechar de

que si algo es gratis, por algo será, que las cosas no se regalan a cambio de nada (Mariano, 2009: 105).

En este sentido, tomemos por caso el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) puesto en marcha en Bolivia en 2006, que garantiza asistencia y medicamentos gratuitos para la madre durante el embarazo, parto y puerperio, y para el niño hasta los seis años; todo ello siempre y cuando el embarazo sea seguido en un centro de salud, el parto tenga lugar en un centro hospitalario, y la madre y el niño pasen revisiones médicas periódicas. Estos requisitos impuestos por el sistema de salud pública boliviano hacen que, a pesar de la gratuidad, las áreas de ginecología y obstetricia de los hospitales tengan un bajo nivel de ocupación, prefiriendo las mujeres campesinas dar a luz en otros entornos más tradicionales, donde su concepción del cuerpo sea respetada y el parto se desarrolle de acuerdo a prácticas tradicionales (Uriburu, 2006).

Volviendo a los conceptos de salud y enfermedad, y desde un punto de vista meramente indígena, el medicamento puede no curar por carecer de eso que M. Polia denominara «virtud», «encanto», y que no es otra cosa que —considerando las enfermedades diferencialmente construidas desde lo cultural— aquella cualidad que valida al remedio (Polia, 1996). En este sentido, muchas veces surgirán lo que M. Callahan estima como «obstáculos a la integración de ambas medicinas», la indígena y la occidental, que redundan en la ineficacia del fármaco (Callahan, 2006: 298).

En primer lugar —y el asunto es bien delicado—, el temor de las comunidades a las consecuencias farmacológicas de la administración conjunta de ambas medicinas, y al potencial de toxicidad de la medicina occidental. Y es que en ese todo vale y todo suma antes señalado, podría parecer que las poblaciones indígenas cada vez recurren más a los fármacos químicos. Más aún, algunos preparados medicamentosos se habrían convertido en sustitutos de remedios tradicionales, e incluso en una suerte de fármacos milagrosos. Tal es el caso del Mentisán, muy utilizado en los países andinos, y con múltiples usos dentro de diferentes lógicas de salud (Tapia, Royder y Cruz, 2006).

Un ungüento mentolado que en su propio envase se anuncia como «remedio infalible contra: resfriados, catarros, irritaciones de la piel, heridas leves, cortaduras, dolores reumáticos y neurálgicos, quemaduras, dolor de cabeza y labios rajados», que a pesar de estar indicado para uso tópico o inhalante, la gente consume en preparados caseros de todo tipo. O el Vicks Vaporub, otro ungüento de uso frecuente en España y México, entre poblaciones indígenas de Morelos, Veracruz, Puebla o Guerrero, que ha sustituido en exclusiva a remedios tradicionales destinados a combatir el «dolor de alma» o el «cólico de enfado», e incluso para prevenir el cáncer, propiedad que, por cierto, también se atribuye al Mentisán (Bartoli, 2005: 87-88). Sin duda, el ser un fármaco que se vende en farmacias le confiere mayor eficacia simbólica aun para tratar enfermedades de filiación cultural.

Aumenta el recurso a los fármacos, sí, pero al mismo tiempo se recela de ellos como tóxicos en cuanto que «acostumbran el cuerpo y no resultan ade-



cuados para todas las personas», haciéndolos, además, inhábiles para futuros tratamientos con medicinas tradicionales. Por esta razón, los especialistas kallawayas que atienden el hospital kallawayo-español de San Pedro de Curva, en Apolobamba, La Paz (Bolivia), sentencian que no hay problemas en mezclar varios tratamientos biomédicos, pero que conviene esperar veinticuatro horas cuando se combina un remedio tradicional, de herboristería, y un fármaco; especialmente si se trata de una inyección, que penetra rápidamente en el cuerpo y actúa de inmediato y con gran poder, neutralizando así cualquier otro remedio que pudiera ser administrado conjuntamente (Fernández, 2006: 324). Ahora bien, al margen de esta cuestión, la ineficacia del fármaco puede asimismo depender de dos variables diferentes: porque no se ajusta a la enfermedad, o porque no se ajusta al paciente.

## **2. El remedio no cura porque no se ajusta a la enfermedad ni al enfermo**

Al tratamiento de cada enfermedad corresponden unos medicamentos específicos —he ahí la función y practicidad del vademécum—, de manera que un fármaco inadecuado será aquel que no se ajuste a la enfermedad que se debe tratar. En este sentido, si un buen diagnóstico de la enfermedad resulta prioritario, más aún lo es resolver antes el tipo de enfermedad, su concepción. Y es que no es lo mismo la «enfermedad de la gente» que la «enfermedad del doctor» (Fernández, 2007). A cada una corresponden técnicas de diagnóstico, tratamientos, remedios e incluso especialistas propios y específicos. Así, la inadecuación del remedio a la afección pudiera deberse por igual a un mal diagnóstico de la enfermedad, o a la incompetencia del profesional de la salud para recetar el fármaco. Pero también —y esto es altamente significativo en términos interculturales— al convencimiento de la gente respecto de que la enfermedad sea de un tipo u otro, pues ello marcará la opción a la hora de decantarse por el remedio *a priori* más eficaz.

Recuerdo el caso, en 2001, de la profesora Paulina, en la ya mencionada comunidad de Santiago, al sur de Potosí (Bolivia) (Gil, 2006). Otros profesores me avisaron de que se encontraba con «dolor de corazón», y me solicitaron que acudiera a visitarla para ver si alguno de los fármacos de mi botiquín podían ser de ayuda. El origen de su afección era lo que cualquier andino calificaría de «susto», mientras que ellos, el colectivo de profesores, lo interpretaban como un brote de ansiedad derivado de un sobresalto: de vuelta en casa, antes de lo previsto, había sorprendido a su hijo mayor —vivo retrato de su esposo fallecido recientemente— tocando la guitarra —afición, junto con cierta maestría, que había heredado de su padre, y que ella le había prohibido desde la muerte de este, pero que el muchacho seguía practicando a escondidas.

A pesar de que negaran la enfermedad cultural y se burlaran de los remedios tradicionales, los colegas encargados de su cuidado estaban tratando a Pauli-



na de acuerdo con algunas prescripciones habituales en las medicinas amerindias, como la termorregulación del paciente o el empleo de sahumeros. Cuando pregunté si acaso no convendría recurrir a un especialista ritual, me contestaron que aquello eran «cosas de indios» y que en este caso no serviría de nada, pues su diagnóstico era el de una afección cardiaca complicada con síntomas psicológicos; públicamente o en privado, todos me insistían, casi presionaban, para que le administrara alguna pastilla, algún fármaco que le aliviara.

Al comentar el caso con varios miembros de la comunidad, la respuesta siempre fue la misma, que recurrir a un especialista ritual no serviría de nada puesto que no se creía en él ni en sus saberes; pero que tampoco habrían de servirle las pastillas, puesto que ese no era el remedio adecuado para el tipo de afección que estaba sufriendo. Finalmente le facilité unas grageas de valeriana que, por efecto placebo, consiguieron la mejoría necesaria para que la profesora Paulina abandonara la comunidad al día siguiente con destino al centro médico de Uyuni, la ciudad más próxima. Me parece que este caso ejemplifica a la perfección la falta de entendimiento entre lógicas médicas, incluso entre distintos colectivos sociales de una misma comunidad, así como el axioma de que un remedio inadecuado para la enfermedad que se debe tratar nunca servirá para alcanzar su curación.

A caballo entre la perspectiva de que el remedio no cure por no ajustarse a la enfermedad y por no ajustarse al enfermo —sobre lo que incidiré seguidamente—, resultan bien interesante el análisis de los contextos migratorios (Perdiguerro, 2008; Sánchez, 2008; Uribe, 2006) y, en particular, el uso social del medicamento entre las poblaciones migrantes. Entre emigrantes ecuatorianos en España, los medicamentos viajan de ida y vuelta, y desempeñan un rol muy específico en los procesos de construcción identitaria y de cohesión social (Meñaca, 2006, 2010).

Son estos unos contextos en los cuales el remedio conocido, la marca comercial conocida, adquieren un protagonismo muy marcado. Considerando los contextos de asistencia sanitaria en los países de destino, lejos de acudir a la consulta del doctor, la automedicación con estos fármacos cobra especial significación, convirtiéndose en codiciado objeto que empodera a quien lo distribuye allá, a quien hace de intermediario, y a quien lo consigue acá y tal vez lo redistribuye luego a partir de redes de parentesco o vecindad.

Siendo esta una variable a tener en cuenta, en realidad la cuestión no es que no se ajuste al enfermo, sino más bien que no lo satisface. Una inadecuación del fármaco que puede venir dada por dos vertientes. En primer lugar, porque el paciente considera que no lo está curando, o porque lo hace más despacio de lo que él querría. En segundo lugar, por los efectos secundarios del medicamento. En este sentido, este axioma me funciona como bisagra entre el anterior, el remedio no cura porque no se ajusta a la enfermedad, y el que expondré a continuación: no cura porque quien lo prescribe carece de los saberes necesarios. Más aún, quizá plantearlo sirva de excusa para abordar esta segunda cuestión.

Desde el oriente de Guatemala, relata doña Urbana que uno de sus nietos había fallecido antes de cumplir los dos años de edad, luego de recorrer diferentes centros de atención y de seguir diferentes tratamientos. El niño sufría una afección gastrointestinal desde hacía semanas, y los médicos no le encontraban remedio. Tras haber probado sin éxito formas de conocimiento local, la abuela lo había llevado al puesto de salud de Jocotán, donde le prescribieron medicinas que tampoco surtirían efecto, y de donde ambos salieron a escondidas, al amparo de la noche, tal vez disconforme la abuela con el trato recibido. Al no mejorar, el niño fue derivado al hospital de Chiquimula, donde resolvieron que era necesario operarle. Si bien doña Urbana no estaba de acuerdo con la intervención, al parecer sí se mostraba muy satisfecha de que a su nieto le hubieran administrado suero, un tratamiento para ella adecuado. A pesar de que finalmente el niño muriera sin haber recibido una atención satisfactoria en el sentir de su abuela, ella se mostraba plenamente convencida de que lo único que le había causado mejoría había sido el suero: en este caso, el único remedio ajustado a la enfermedad de su nieto (Mariano, 2009: 95-96).

Junto a esta cuestión de los itinerarios médicos y la preferencia de remedios según criterio del propio paciente o de sus acompañantes, la pieza clave para interpretar esta idea de que el remedio no se ajusta al enfermo me parece que pasa por la concepción del cuerpo, un tema de hondo calado en la antropología de la salud y la enfermedad, y que me desviaría en exceso del objeto de estas páginas. Valga como botón de muestra la creencia antes mencionada de que los fármacos debilitan el cuerpo, lo ablandan, lo acostumbran, lo acomodan. En suma, lo transforman. Con todo, me resisto a no señalar aquí un aspecto generalmente descuidado pero de gran interés en el análisis de los imaginarios, y los discursos que vinculan el uso de medicamentos con los procesos de construcción del cuerpo, y la persona: el color y el sabor de los fármacos, dos elementos muy tenidos en cuenta en los preparados rituales y las ofrendas y pagos a las entidades tutelares en toda América Latina.

Nos es algo extraño —desde luego, es lo habitual en contextos hospitalarios— que a un enfermo tratado desde la biomedicina se le recomiende dieta blanda o rebajar el consumo de ciertos alimentos. Pero ya resultaría mucho más peculiar que el doctor reajustase la dieta del paciente en función del color de los alimentos, su textura, su temperatura, en términos simbólicos, o su sabor. Y sin embargo esta es una lógica bien amerindia, con restricciones que podríamos considerar preventivas, o con tabúes más o menos acusados. Para los yaminawa de la frontera peruano-brasileña, hay que cuidar escrupulosamente ciertas combinaciones de sabores cuando uno está enfermo, pues una mala mezcla puede no solo neutralizar el efecto curativo del remedio, sino amplificar sus efectos secundarios o ejercer un efecto debilitador del cuerpo que agrave o prolongue aún más la enfermedad. En este sentido, el color y el sabor de los medicamentos sí importa según las lógicas aplicadas (Calavia, 2004: 175-176).

Volviendo a la cuestión de los efectos secundarios, la ciencia farmacológica busca que el medicamento cure una enfermedad sin que se convierta en causa

de otras a corto, medio o largo plazo. En este sentido es especialmente llamativo el caso de la mujer embarazada, porque el medicamento que tome la madre puede causar daños al feto. Algo irrefutable para la biomedicina, la óptica indígena lo asume indisolublemente ligado a la construcción del cuerpo femenino durante el embarazo, el parto y el puerperio. No es solo que las mujeres bolivianas rechacen las ayudas gratuitas del Seguro Universal Materno Infantil antes referido porque las obliga a un seguimiento clínico de su embarazo y a acudir a un centro hospitalario. La cuestión tiene más que ver con el hecho de que los cuidados y remedios tradicionales curan a la madre y a la vez al feto, o viceversa, impidiendo que el feto cause daños a su madre al tiempo de nacer, por ejemplo, «mal de ojo», o que el bebé enferme según sale del cuerpo de su madre, también de mal de ojo, por seguir con el ejemplo. Y eso un fármaco no lo consigue, simplemente porque no está diseñado para tratar ese tipo de enfermedades —que, por otra parte, la biomedicina ni siquiera reconoce (Vicente, 2015, 2016).

### **3. El remedio no cura porque, quien lo prescribió, no sabe**

Llegados a este punto, si el remedio no se ajusta al enfermo ni/o al tipo de enfermedad, a lo mejor el problema no está tanto en el fármaco mismo como en quién lo prescribe, o incluso en aquel que diagnosticó la afección, que evidentemente «no sabe». En este sentido, según quién prescriba el tratamiento, así puede, o no, funcionar el remedio. Según el prestigio del profesional de la salud que lo recete, según su valoración social, así el prestigio y la valoración del remedio; aunque solo sea en términos de eficacia simbólica, que no es poco si desde la antropología estamos considerando el asunto.

Y es que no es lo mismo un médico que un sanitario, una enfermera, o un mediador intercultural, o que el representante popular de salud, o un especialista ritual, o que un pariente, un conocido o un vecino, o incluso que un antropólogo de paso. No aplicaremos en esta clasificación tan solo aquello de que «cada maestrillo tiene su librillo», sino que en la jerarquía de profesionales y saberes opera un orden de poder y de institucionalidad que se sitúa por encima de cualquier otra lógica. Jerarquía, poder e institucionalidad que en materia de salud intercultural no hacen sino agudizar las asimetrías, enfatizar las diferencias y, en muchos casos, remarcar el desprecio de los representantes de la biomedicina sobre cualquier forma de medicina tradicional.

Al hilo de esta cuestión, el ejemplo de un ch'ortí del oriente de Guatemala que hubo de «aconsejar» a su médico por no estar siguiendo este el protocolo más adecuado para su tratamiento, evidenciando así los problemas de interacción entre los diferentes profesionales de salud y los pacientes. El paciente había acudido al médico con una erupción cutánea en el antebrazo, para la cual le recetó una solución tópica y le citó para revisión pasados unos días. Transcurrida una semana, el paciente volvió a acudir a la consulta con el mismo proble-

ma, y el médico optó por cambiar la prescripción y volver a citarlo para una nueva revisión. En la tercera cita la erupción todavía no había desaparecido. El doctor, desconcertado, iba a cambiar de nuevo el tratamiento cuando el paciente, tímidamente, se atrevió a sugerirle que completase el tratamiento midiéndole la tensión arterial. De vuelta a la consulta al cabo de unos días, la erupción había desaparecido, ya fuera por efecto del tratamiento tópico o debido a la eficacia simbólica del último encuentro. Cada quien puede pensar lo que prefiera, pero me temo que este paciente estaría convencido de que gracias a su sugerencia el médico dio por fin con el remedio más adecuado (Mariano, 2009: 102).

Pero si de falta de saberes hablamos —y a la vez de conceptualización y valoración de los fármacos—, la anécdota recogida por el médico y antropólogo M. Ruz entre los tojolabales de Chiapas resulta más que ejemplarizadora. Un hombre acude al centro de salud, exigiendo ver al doctor y quejándose de que los anticonceptivos que la enfermera había proporcionado a su esposa estaban defectuosos, pues a pesar de ellos había vuelto a quedar embarazada. Preguntado este por la forma en que su esposa ingería los estrógenos, su respuesta lo aclaró todo: la «tonta» de su mujer —seguramente por miedo— rechazaba el medicamento, y por eso cada noche él mismo ingería una pastilla antes de acostarse. Todo ello, explica este autor, como consecuencia de que la enfermera había insistido en convencerle de que tanto él como su esposa eran responsables de la concepción. Lo que no entendía era por qué, puesto que era parte en el asunto, las medicinas no ejercían sobre él idéntico efecto al que supuestamente habrían de ejercer sobre su esposa (Ruz, 1983: 188).

Más allá de que el episodio resulte chistoso, lo cierto es que deja constancia de interesantes variables de análisis en el tema que nos ocupa. Por un lado, evidencia la incomunicación entre los distintos profesionales de la salud y sus pacientes, fundamentalmente por incompatibilidad de discursos. Asimismo, en relación con la jerarquía de estos profesionales, remite a una confianza variable por parte de las poblaciones indígenas hacia cada uno de los escalafones. En tercer lugar, fundamental en lo que a imaginarios del medicamento se refiere, constata una absoluta incomprensión del «poder curativo» del fármaco, al tiempo que refiere los miedos que su consumo pueda generar. Una incomprensión —y en consecuencia una reinterpretación libre de su poder— que deriva, por un lado, en automedicación, y paralelamente en pérdida de confianza en el agente sanitario y en el fármaco. Una desconfianza cimentada en celos hacia un profesional que se juzga como «incompetente», y un fármaco que se presupone «defectuoso». Y esto me lleva a plantear el siguiente punto.

A modo de corolario a la anécdota anterior, M. Ruz establecía que si la enfermera se hubiera tomado unos minutos para explicar detalladamente a aquella pareja el mecanismo farmacodinámico de los anticonceptivos que les prescribía, el problema quizá no se hubiese presentado. Ahora bien, la cuestión es otra y mucho más enjundiosa: no es solo que generalmente se produzca incomunicación entre profesionales de la salud y pacientes, es que frecuentemente a ello se añade el desdén por parte de los primeros hacia los segundos. Como

el indígena no se entera... como se presupone que al indígena le faltan entendederas... como la comunicación médico-paciente muchas veces está interferida o ni siquiera existe... al indígena es mejor no explicarle nada. Es por estos motivos por los que surge la desconfianza de los indígenas hacia la biomedicina y sus representantes, por los que se plantean las relaciones de subordinación y dominación, las asimetrías implícitas en las práctica biosanitaria. Pero poner en valor esta cuestión, como ya indiqué en las primeras páginas, excedería con creces los límites de este trabajo. El remedio no cura porque el paciente no lo está utilizando de la manera adecuada.

Llegados a este punto, como última causa potencial de que el remedio no cure, no cabe sino plantear la que quizá, por resultar tan obvia, muchas veces dejamos de tener en cuenta: que sencillamente el remedio no esté siendo utilizado, ni bien ni mal, ajustadamente o no. Ahora bien, el siguiente paso será entonces interrogarse acerca de por qué se produce esta situación. En este sentido, ya han sido mencionados prejuicios diversos, miedos, desinformación por parte del paciente, etc. Pero a lo mejor no se utiliza el fármaco por pura falta del mismo. Ya he mencionado postas sanitarias desabastecidas, o incluso carentes de personal o con personal volante, eventual. A este respecto, durante los primeros años del 2000, en los consultorios kallawayas de Apolobamba, La Paz (Bolivia), existía un miedo a almacenar medicamentos peligrosos, *per se* o por no conservarlos adecuadamente, lo que daba como resultado postas desabastecidas por aplicación de políticas sanitarias que veían mejor no proveerlas de medicamentos a hacerlo y que estos acabaran echándose a perder o caducando, retroalimentando así tales miedos (Simal y Amor, 2008).

Pero no solamente habremos de pensar en la posibilidad de que el remedio no esté siendo utilizado por falta del mismo. Quizá el remedio sí esté, pero convertido en una suerte de fetiche, y por consiguiente no sea dispensado. Durante mis estancias de campo en la comunidad de Santiago, Nor Lípez, Potosí (Bolivia), observé muchas veces en mi comadre Eva un comportamiento que podría ir en esta dirección. Cada vez que uno de los hijos caía enfermo, incluso cuando empezaba a experimentar los primeros síntomas, ella acudía al armario de su dormitorio, y del fondo de uno de los estantes sacaba una vieja caja de chapa donde guardaba —junto con documentos y algunas fotos y recuerdos familiares; sin duda, objetos importantes para ella— medicamentos diversos.

La mayor parte estaban caducados desde hacía tiempo, o estaban mal conservados, pero eso era lo de menos; envuelta en recogimiento, ella los sacaba, los revisaba, los ordenaba, los guardaba otra vez en la vieja caja de chapa, y a continuación volvía a encerrar esta en el armario. Muy rara vez —por no decir nunca— la vi administrar tales remedios a los niños. Era como si el mero hecho de saber que contaba con ese arsenal médico le diera confianza, la tranquilizara en el sentido de que, llegado el caso, la familia estaba protegida. Algo similar a mi botiquín de viaje. Otra cosa es que, al fin, dicho arsenal fuera efectivo: que el remedio curase.

## Conclusiones

Para nosotros los medicamentos son algo tremendamente cotidiano, pero para *los otros* quizá no, y ello se debe fundamentalmente a que manejamos lógicas, imaginarios y discursos distintos en torno al remedio, a su naturaleza y a los patrones de consumo. La primera vez que fui a América —allá por el año 1997— visité el noroeste argentino. Me enfié y fui a comprar paracetamol a la farmacia del pueblo —la única farmacia de un pueblo de más de 2.000 habitantes, centro turístico regional y base de operaciones de proyectos arqueológicos y antropológicos en el área; un pueblo grande, bien abastecido de casi todo—. Para mi asombro, la farmacéutica me preguntó cuantos comprimidos quería, pero su asombro fue mayor al decirle yo que una caja entera. Me miró, esbozó una sonrisa sardónica y, con cierto retintín, me preguntó para qué quería tantos. Acto seguido insistió en saber cuántos iba a llevar. Evidentemente, a pesar de ser la farmacéutica, nuestra relación (cultural) con los fármacos era muy diferente.

A lo largo de estas breves páginas he tratado de organizar una tipología hipotética de por qué, en el sentir de las poblaciones indígenas americanas, un remedio puede no ser efectivo, puede no curar. He planteado al efecto una serie de axiomas a partir de los cuales ahondar en los imaginarios y las retóricas del medicamento, enfatizando las dicotomías entre diferentes concepciones de la salud y la enfermedad (biomédica y tradicional). Sin duda, cada cual podrá aportar nuevos ejemplos a los aquí presentados, o ahondar en la interpretación de los mismos, pero la idea era más bien aportar un marco de discusión desde el cual volver sobre los conceptos de salud e interculturalidad desde una perspectiva tan particular como es el remedio.

## Bibliografía

- ABAD, Luisa (2004). «Salud intercultural y pueblos indígenas: La experiencia de un programa de salud de atención primaria con comunidades Aguarunas de la selva amazónica en Perú». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala, págs. 75-92.
- ABAD, Luisa, y VÁZQUEZ CAÑETE, Ana Isabel (2009). «La “falsa apendicitis” y otras experiencias y reflexiones ante el imperativo quirúrgico en el ámbito de la Amazonía peruana». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios*. Quito: Abya-Yala, págs. 107-117.
- BARTOLI, Paolo (2005). «¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México». *Revista de Antropología Social*, vol. 14, págs. 71-100.
- CALAVIA, Óscar (2004). «La barca que sube y baja. Sobre el encuentro de tradiciones médicas». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala, págs. 169-180.
- CALLAHAN, Mollie (2006). «El Hospital Kallawayá “Shoquena Husi” de Curva. Un experimento en salud intercultural». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e inter-*



- culturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural.* Quito: Abya-Yala, págs. 289-303.
- CERBINI, Francesca (2009). «Cesáreas, ligadura de trompas y vesícula. Las operaciones como enfermedad crónica en el testimonio de una mujer quechua del Norte de Potosí (Bolivia)». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios.* Quito: Abya-Yala, págs. 165-177.
- CHAUMEIL, Jean-Pierre (2009). «Transformación de un sistema médico indígena. Cuerpo y cirugía entre los Yagua de la Amazonía peruana». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios.* Quito: Abya-Yala, págs. 87-94.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (2004a). «Presentación. La llama de Tintín». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas.* Quito: Abya-Yala, págs. 9-15.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (2004b). *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas.* Quito: Abya-Yala.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (2006a). «“Al hospital van los que mueren”. Desencuentros en salud intercultural en los Andes Bolivianos». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural.* Quito: Abya-Yala, págs. 317-336.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.) (2006b). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural.* Quito: Abya-Yala.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (2007). «“Enfermedades de la gente, enfermedades del doctor”. Salud e interculturalidad en contextos indígenas. Reflexiones desde el Altiplano boliviano». En: PRATS, E. (coord.). *Multiculturalismo y educación para la equidad.* Barcelona: Octaedro/OEI, págs. 61-89.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (2008a). «“Confesiones de mandil blanco”. Profesionales de la salud en el altiplano boliviano». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (dir.). *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio.* Quito: Abya-Yala, págs. 29-49.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (dir.) (2008b). *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio.* Quito: Abya-Yala.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coord.) (2009). *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios.* Quito: Abya-Yala.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (ed.) (2010). *Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir.* Quito: Abya-Yala.
- GIL GARCÍA, Francisco M. (2006). «¿Fármacos contra el susto? Paradojas y posiciones enfrentadas en la concepción de la enfermedad en el altiplano boliviano». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural.* Quito: Abya-Yala, págs. 217-227.
- LE BRETON, David (2008 [1990]). *Antropología del cuerpo y modernidad.* Buenos Aires: Nueva Visión.
- MARIANO JUÁREZ, Lorenzo (2009). «Hospitales, operaciones, cirugías. Experiencia y representaciones en el oriente de Guatemala». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios.* Quito: Abya-Yala, págs. 95-103.
- MEÑACA, Arantza (2006). «La “multiculturalidad” de la biomedicina. El envío de medicamentos en familias migrantes ecuatorianas». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.).



- Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Abya-Yala, págs. 93-108.
- MEÑACA, Arantza (2010). «Mientras tanto en el Ecuador... El contexto de origen en los estudios de salud y migraciones». En: COMELLES, J. M.; ALLUÉ, X.; BERNAL, M.; FERNÁNDEZ-RUFETE, J., y MASCARELLA, L. (eds.). *Migraciones y salud*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, págs. 284-299.
- PERDIGUERO, Enrique (2008). «Medicinas alternativas y complementarias e inmigración en España: dificultades conceptuales y estereotipos culturales». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (dir.). *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio*. Quito: Abya-Yala, págs. 321-346.
- POLIA MECONI, Mario (1996). «Despierta remedio y cuenta...». *Adivinos y médicos del Ande*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, 2 vols.
- RUZ, Mario H. (1983). *Los legítimos hombres. Aproximación antropológica al grupo tojolabal*. México: Centro de Estudios Mayas, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), vol. III.
- SALVADOR, Pedro Pablo (2009). «“Buscar la sangre”. El caso de un hospital privado en Santo Domingo, República Dominicana». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios*. Quito: Abya-Yala, págs. 179-196.
- SÁNCHEZ CARRETERO, Cristina (2008). «Misterios que sanan, misterios que viajan: prácticas religiosas afro-dominicanas en Madrid». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (dir.). *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio*. Quito: Abya-Yala, págs. 347-360.
- SIMAL, Natividad, y AMOR, Ricardo (2008). «Testimonio en Apolobamba, Bolivia». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (dir.). *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio*. Quito: Abya-Yala, págs. 51-63.
- TAPIA, Ingrid; ROYDER, Ricardo, y CRUZ, Teodora (2006). *¿Mentisan, paracetamol o wira wira? Jóvenes, salud e interculturalidad en los barrios mineros de Potosí*. La Paz: PIEB.
- URIBE, José M.<sup>a</sup> (2006). «Migraciones y salud – Préstamos de ida y vuelta». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Abya-Yala, págs. 83-92.
- URIBURU, Graciela (2006). «Mortalidad materna en Bolivia. ¿Qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres?». En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Abya-Yala, págs. 173-186.
- VICENTE MARTÍN, Patricia (2015). «Según nuestros adentros». *Semiótica de los cuerpos gestantes en los Andes: de la dislocación a la reconstrucción*. Trabajo fin de Máster. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- VICENTE MARTÍN, Patricia (2016). «“Sangres” para propiciar la vida: metáforas y creencias sobre la concepción “humana” en el altiplano andino». *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, vol. LXXI, núm. 1, págs. 249-267.

---

Fecha de recepción: 1 de julio de 2016

Fecha de aceptación: 30 de agosto de 2016

Fecha de publicación: 2 de mayo de 2017