



1er Congreso Internacional
en la Red sobre
Interculturalidad y Educación
Internet
1 al 21 marzo 2010

COMUNICACIONES

SALUD INTERCULTURAL: PARADIGMAS COCHABAMBINOS

Pablo Salvador Hernández


Universidad de Castilla-La Mancha (España)

"Llegar a ser iguales, sin dejar de ser distintos"

Xavier Albó

I. La Biblioteca de Babel

La cita bibliográfica era precisa "46.- SO.BO.ME.TRA.¹ *Técnicas tradicionales de manipulación en fracturas y luxaciones. Conocimientos ancestrales de la familia Escobar.* Cliza. Jor-



dán. Cochabamba, Bolivia. 1987”². Mi satisfacción era inmensa, por fin había encontrado una fuente escrita que recogiera información sobre los Hermanos Escobar, hueseros del municipio de Cliza, cuya investigación estaba llevando a cabo en Bolivia. Aldo y Farid Escobar me confirmaron la existencia del libro en su consulta de Cliza. Alguien de SO.BO.ME.TRA lo había publicado (remotamente Farid citó a Jaime Zallés y unas entrevistas en las que había basado el contenido del libro), pero se agotó la edición rápidamente, con lo que ellos nunca llegaron a poseer ningún ejemplar. Aldo, padre de Farid, me pidió encarecidamente que si localizaba algún volumen les dejara alguna fotocopia para guardarla en el archivo familiar.

Rápidamente me puse manos a la obra y comencé con mi protocolo de localización del libro: buscadores en Internet, metabuscadores, librerías online, bibliotecas públicas y privadas, librerías de segunda mano, etc. Tanto en la sede central de SO.BO.ME.TRA en La Paz como en la oficina de Cochabamba, me aseguraron que el libro no existía. Mi incredulidad y mi obstinación convirtieron la búsqueda en un reto de carácter personal: disponía de la referencia concreta y de la confirmación de la familia Escobar. Anduve por todas las librerías especializadas de Cochabamba, La Paz y Potosí (Yachaiwasy, Los amigos del libro, Plural, Martínez Acchini, etc.). Indagué preguntando a vendedores ambulantes de medicinas tradicionales, médicos kallawayas, sanadores populares, frotadores, parteras, consulté en clínicas naturistas, ONGD, etc. La información que me daban era contradictoria, algunos lo habían leído, otros lo habían prestado y otros, negaban su existencia o ponían cara de extrañeza ante mi persistencia. En un ataque de desesperación, llamé a la clínica de la web en la que había visto la cita del libro para preguntarles si disponían del ejemplar. Me contestó su propietario, pero como me parecía muy violento inquirirle directamente, y dado que el Centro Médico del Dolor de Espalda (CEMDE) anunciaba tratar a los pacientes desde una perspectiva que combinaba la medicina

convencional y la tradicional, pedí una cita para entrevistarle y solicitarle un ejemplar del libro de la familia Escobar. Quedamos en quince días y, tras un comentario insistente mío, me indicó que, efectivamente, él había escrito la referencia y que hablaríamos en su consulta. Como tenía que documentar fotográficamente el Mercado de las Brujas en La Paz, aproveché mi estancia quemando mis dos últimos cartuchos: visité la extraordinaria biblioteca del Centro de Investigación y Promoción del Campesinado (CIPCA), fundado por el antropólogo hispano-boliviano Xavier Albó. ¡Nada!. Y, por último, la Biblioteca del Ministerio de Salud, donde me dijeron que en Bolivia no se había publicado nunca por parte de SO.BO.ME.TRA nada acerca de la Familia Escobar. Me sentí absolutamente confuso, solo me quedaba esperar al generoso préstamo del médico del CEMDE.

Una señorita sentada en un recibidor me señaló que esperara unos minutos, que el Doctor Villegas estaba con un paciente y me atendería enseguida. Ataviado con gorra y bata blanca, José Demetrio Villegas me saludó con una amable sonrisa y me invitó a pasar a su despacho. Me presenté, le expliqué el marco de mi investigación, le pedí permiso para utilizar la grabadora y, antes de nada, le trasladé mi angustia con el libro en cuestión, así como las interminables horas que llevaba dedicándome a intentar localizarlo para poder disponer de un documento publicado sobre "los Escobar". El doctor José Villegas, me miró fijamente y me dijo con una serenidad pasmosa: *"ese libro no existe, lo he citado porque participé en el año ochenta y siete en un Congreso de Medicina Natural con los hermanos Escobar y tengo guardada la documentación de todo lo que explicaron"*. (i)

Esta experiencia, confusa y educativa en mi itinerario de fuentes contradictorias (ya he comentado que algunos sujetos de estudio habían "leído el libro" o lo "habían prestado") me hizo reflexionar sobre la dificultad de navegar en los espacios

híbridos de la salud intercultural, incluso para los antropólogos, entrenados académicamente para mantener un nivel alto de extrañamiento³, una buena dosis de tolerancia a la incertidumbre y una autoconciencia de la reflexividad⁴ etnográfica. A lo largo de mi trabajo de campo con Villegas y otros médicos locales, pude vislumbrar la *naturalidad* con la que se desenvolvían en los intersticios de ambas medicinas, su capacidad para nadar entre dos aguas, su habilidad para sintetizar saberes pertenecientes a cosmovisiones antagónicas. Pero su caso, aunque paradigmático por la síntesis (y eficacia) a la que ha llegado en su carrera médica para la puesta en marcha de tratamientos mediante medicina intercultural, no es un caso aislado. Es, más bien, a mi juicio, una pauta en el fenómeno de la salud-enfermedad-atención en Cochabamba, donde una gran parte de la sociedad civil y los que ejercen la medicina están acostumbrados a convivir con una *hibridación sanitaria* que se posiciona en los infinitos puntos de la curva imaginaria que dibuja un péndulo que oscila entre la biomedicina y la medicina popular. Pero no existen esencialismos en las medicinas, como no existen en las culturas. Como señala Luisa Abad, "hay una sola *medicina* como hay un solo ser: el *hombre*." (Abad, 2004: 347)

II. Conversaciones con los hombres-medicina

El fenómeno de la salud y la enfermedad, está polarizado en la sociedad occidental por la hegemonía de una *medicina convencional*, que subyace bajo un rosario interminable de nombres: *medicina occidental*, *medicina científica*, *biomedicina*, *medicina académica*, etc. Frente a esta medicina, en clara posición de subalternidad, se etiquetan otras formas de sanación como "etnomedicina, medicina popular, medicina ancestral, medicina tradicional". A su vez, simbólicamente, desde las instituciones sanitarias y su aparato político-administrativo, se ha incorporado en la conciencia social, una terminología desprestigiada para nombrar a cualquier forma de ejercer la *me-*

dicina popular: chamanismo, hechicería, brujería, curanderismo, fitoterapia, yatiris, parteras, yerberos, especialistas rituales, hueseros, frotadores, componedores, masajistas, etc.

Como acabo de señalar, la región de Cochabamba en Bolivia es un claro ejemplo de territorio multicultural, un espacio poblado por la convivencia, no siempre armónica, de las diferentes formas de ejercer la medicina. El abordaje intercultural permite que sea posible el diálogo entre formas médicas “enfrentadas”, permite ejercer la atención sanitaria a *hombres-medicina* como el Dr. José Villegas, el médico rural Alfredo Zapata, los hueseros Escobar, el naturópata Juan Coca, el naturista Jorge Rico y un largo etcétera que han sido capaces de hallar una tercera vía para curar, para comprender al paciente, para sumar y tomar lo mejor de ambos escenarios, generando un modelo que podríamos denominar como *paradigma cochabambino*⁶.

Me gustaría analizar algunas ideas desgranadas de las diferentes entrevistas que tuve con el Doctor Villegas y otros sanadores como punto de partida para tratar el fenómeno de la salud intercultural, así como plantear algunos escenarios posibles de trabajo futuro que propicien el diálogo intercultural y humanicen la atención sanitaria, que consiste en algo tan sencillo como, simplemente, ponerse en el lugar del usuario de los servicios. No olvidemos que el objeto último de un centro o *espacio de salud* no es otro que curar y facilitar a sus pacientes la mayor cantidad de salud y bienestar posible. (Salvador, 2009:193)

III. Incorporar la perspectiva intercultural en las facultades de Medicina

[...] la subluxación no se ve. A mí no me enseñaron en la facultad la existencia de esta patología [...] Porque las facultades de la medicina son lacayas de la farmacia industrializada. Ellas nos forman para que nosotros, simplemente, seamos los vendedores de sus productos. Nada más que distante está de la verdadera salud que debería otorgar, habiendo tantos recursos especialmente. [...] Eso es la verdadera salud, lo demás es comercial. Entonces, aquí (yo) he sido siempre una punta del as. Propios y extraños me han atacado, pero los más atacadores aquí son mis propios colegas. Yo nunca me he rendido porque estaba viendo algo que no estaba bien. Entonces, ahora no, hoy en día nadie se atreve a venir a decirme qué está haciendo usted. Si no yo les digo: ¡hay muchas cosas que aprender! Lo que la facultad nos ha enseñado es poquito. ¡Vayan a estudiar!” (Doctor José Villegas - Cochabamba)

Villegas, insatisfecho con el enfoque unidireccional de la medicina convencional, denuncia algo que conoce en primera persona: la formación que las Facultades de Medicina imparten en el terreno de la salud intercultural es inexistente o precaria. Ha sido la práctica médica, la experiencia profesional y la toma de conciencia de la necesidad de empatizar en su atención al “paciente”, lo que ha conducido a este médico a superar la constricción mental que la biomedicina ha ejercido sobre él. En la mayoría de los casos, la medicina que transgrede la frontera de la medicina oficial, meramente es ignorada por el sistema social imperante dentro del marco educativo formal. Lo que subyace en el transfondo de la caprichosa delimitación taxonómica de los escenarios académicos (lo que simbólicamente pertenece a su territorio o al campo del despojo de la medicina indígena) no es otra cosa que la instrumentalización de la ciencia como herramienta de poder, que

busca sus itinerarios para potenciar unos campos y temas de investigación afines a la hegemonía⁷ y discrimina otros por cuestionar el sistema o desnudar sus aristas, haciéndolos invisibles (Breilh y Zapatta, 2006:161).

En plena efervescencia de adaptaciones en los planes de estudio de las carreras universitarias y de reformas humanísticas aparentemente preocupadas por *los otros*, al menos en la forma, se encubre "el peligro de que los expertos se apropien de ese conocimiento sólo para hacer más coercitiva y poderosa la ciencia del manejo de las personas", retroalimentando las esferas de poder del establishment. (Taussig, 1995:138-139). Como no podía ser de otro modo, la estructura social se reproduce en forma de modelo "a escala" en las instituciones sanitarias y, análogamente en las Facultades de Medicina. Xavier Albó en su ponderado artículo sobre "Salud e interculturalidad" nos invita a la reflexión preguntándose/nos 1).- acerca de la composición étnica y cultural de los Colegios Médicos, del profesorado y del alumnado en las Facultades de Medicina de América Latina, 2).- en relación a si se hace algo para modificar su composición y 3).- sobre la situación de los pocos indígenas que llegan a la facultad, si fortalecen allí su identidad o acaban más bien rechazándola y rechazando a los suyos cuando retornan para sus prácticas en las comunidades indígenas. (Albó 2004: 72). Desde mi punto de vista, las respuestas a sus cuestiones son unos indicadores fehacientes de una universidad refractaria a la integración de políticas interculturales en las aulas y, del mismo modo, son pruebas de que los cambios en materia intercultural en el seno de muchas Facultades de Medicina de Europa y América Latina (con las pertinentes honrosas excepciones) son cambios que se desarrollan con ritmos paleontológicos, si se me permite la hipérbole.

Solo con la inclusión del conocimiento de la *antropología social* en general y el de la *antropología médica* en particular y

su integración en los currícula universitarios de la carrera de medicina se podrán “reducir las actitudes paternalistas y prepotentes en el uso asimétrico del poder sanitario” (Fernández Juárez, 1999: 202-203). Además, permitirá que el fenómeno de la atención sanitaria sitúe en primer término al verdadero protagonista de la profesión médica: aquel que necesita aliviar su aflicción, lo demás son espejismos.

IV. Aceptar la eficacia de los diferentes sistemas médicos

“Sí, de hecho, como profesionales médicos sabemos que muchos de los medicamentos artificiales provienen de hierbas. Casi todos, algunos son de hongos. [...] Muchas hierbas tienen propiedades curativas. Evidentemente, nuestra gente no conoce en sí que propiedades tienen, pero las utilizan. [...] Hay médicos que definitivamente no dan importancia, no creen en los aspectos curativos de las hierbas. De hecho, lo que hacen los curanderos no lo creen o no dan importancia, pero yo particularmente pienso que sí. Tienen sus beneficios muchas hierbas, más aún conociendo la variedad de hierbas que tenemos, dependiendo de los lugares ¿no? Las que conozco yo, por ejemplo, son muy buenas como antiespasmódicos, antipiréticos, es decir que calman la fiebre, para el dolor de estómago. Hay muchas hierbas que yo conozco que sí resultan y, particularmente, yo las he comprobado.” Doctor Alfredo Zapata (Vilapampa-Bolívar- Cochabamba)

Alfredo Zapata, un médico rural comprometido con su origen indígena, me revelaba cómo utilizaba hierbas para paliar o complementar la escasez de medicamentos en su consulta de Vilapampa, lo que le había llevado a poner en valor la medicina tradicional (leyendo e investigando sobre plantas curati-

vas) sin apartarse por ello un ápice de su rigor académico, complementando ambas medicinas.

La OMS da una amplitud al término de *medicina tradicional* que expande su campo a la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe, y a las diversas formas de medicina indígena, recomendando la necesidad de considerar todo el potencial local de saberes médicos para mejorar la salud incluyendo curanderos, hechiceros y herboristas (OMS, 2002:1) (Perdiguero, 2006) (González y López, 2006).

Este salto de calidad propiciado por la OMS a escala planetaria no ha de ser un punto de llegada, sino el punto de partida que respalde un verdadero diálogo intercultural entre sistemas médicos, una condición necesaria para el crecimiento de la ciencia médica en clave de igualdad. Algo que, de hecho, ponen en práctica miles de médicos rurales en todo el mundo (como hace el doctor Zapata en territorio boliviano) por una multiplicidad de factores: adecuación a la concepción de la enfermedad de las comunidades indígenas, carencia de medicamentos y necesidad de uso de medicina tradicional, apoyo como Medicina Alternativa Complementaria⁸, por demanda de las propias comunidades, por inquietud intelectual, por pertenencia originaria a otro sistema médico y su consecuente hibridación sanitaria, etc.

El gran reto para conseguir la perspectiva intercultural consiste en iniciar el itinerario para aceptar la eficacia de los diferentes sistemas médicos por todas las instituciones implicadas en los servicios sanitarios. Este desafío permitirá asentar los pilares que unan los puentes entre los hombres-(y mujeres)-medicina que viven para sanar, consiguiendo de este modo la porosidad de la medicina intercultural frente a la impermeabilidad de la medicina multicultural. La meta no es otra que ampliar el universo del discurso humano (Geertz, 1973) y, por consiguiente, expandir el conocimiento médico

para facilitar la relación universal de nuestra especie con el sufrimiento, el dolor y la muerte.


V. Comprender los diferentes sentidos culturales de la salud, la enfermedad y la muerte

"Lo que le pasa (a la medicina convencional) es que lo que no está en un libro no sirve [...] eso es el gran error que ellos cometen. Se basan mucho en lo que les han enseñado. Esto se hace así y así y así. Y no buscan una manera alternativa de poder resolver eso. [...] Y no quieren abrir sus mentes a otras posibilidades. [...] Yo creo que el problema no estaría en el tipo de medicina, sino en el que lo aplica, en el que lo vive. [...] con la medicina tradicional escuchamos al paciente que, digamos, va determinando su condición (o cómo se siente él) junto a nosotros - Ya estás bien mamita le digo - Sí, ya estoy bien. Entonces ya no voy a venir." (Huesero Farid Escóbar - Cliza, Cochabamba)

La salud y la enfermedad están ancladas a la cultura, ese *todo complejo* que da forma y sentido a la identidad humana. El hombre, como animal que se desenvuelve en una trama de significados, diluye lo biológico en cada contexto particular, reificando la cultura. Cuando la sociedad incorpora en su catálogo cultural un padecimiento, es cuando aparece la enfermedad como explica Ackerknecht (1985) en su memorable "Medicina y Antropología Social". Si una aflicción no es considerada enfermedad por las personas pertenecientes a ese grupo social, simplemente no existe. En palabras de Díaz Maderuelo (1983), "una enfermedad que no está definida culturalmente no se padece realmente". No tener en cuenta este principio tan elemental, es una fuente de permanente *choque cultural* entre la biomedicina y otros sistemas médicos. Por

ejemplo, *el susto* en el altiplano boliviano es una enfermedad en la que, ante una determinada circunstancia, como puede ser una fuerte impresión, un disgusto o un enérgico golpe, el sujeto afectado pierde una de sus entidades anímicas (almas) (Fernández: 2004: 279). Sólo mediante su restitución a través de la intervención de un *yatiri* (cierto tipo de especialista ritual) la persona recupera la salud. La medicina convencional es estéril en el campo de esta patología, porque ésta pertenece al campo de la cultura. Aquí interviene la *eficacia simbólica*⁹: el susto no lo cura ni los antibióticos, ni los analgésicos, ni los antidepresivos, que, puramente, pertenecen a otra concepción del mundo. El susto sólo lo alivia el experto aymara o quechua que conoce el ritual y el tratamiento.

Si el ejemplo nos parece *exótico* o *primitivo*, pensemos en lo que le sucede a una persona cristiana poseída por el diablo. Su mal sólo tiene un remedio, la intervención del exorcista. Ni el neurólogo, ni el psicólogo, ni el psiquiatra, ni mucho menos el médico de familia podrá extraer al espíritu maligno del interior del afectado. Al diablo lo combate un sacerdote. Insisto, no podemos juzgar categorías de una cultura desde los parámetros de otra cultura. Esa es la definición que los antropólogos damos al *etnocentrismo*. Aún recuerdo vivamente la polémica generada en Toledo en junio de 2008 porque el sacerdote José Antonio Fortea impartió la conferencia "Posesión demoníaca o enfermedad mental. Estado de la cuestión en el siglo XXI" en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo, siendo organizada por el Colegio Oficial de Médicos de Toledo. La Asociación Alternativa Laica denunció esta conferencia porque "desvirtuaba el carácter científico que debe presidir el ejercicio de la medicina¹⁰", y calificaba de inadecuado que esta actividad tuviera lugar en un Hospital Público. Está claro que el laicismo no exime de la ignorancia y puede ser tan perturbador como las ideas que combate.




Si en vez de instalarnos en el nihilismo, practicáramos el relativismo metodológico, como hace el médico y huesero Farid Escobar (derivando a los pacientes al especialista sanador correspondiente), e intentáramos comprender los diferentes sentidos culturales de la salud, la enfermedad y la muerte, el salto de comunicación entre médico-paciente y el de los diferentes sistemas médicos entre sí sería realmente esperanzador. Haciendo etnografía, se puede comprobar una mayor *competencia cultural* entre curanderos (que conociendo sus limitaciones no dudan en completar el *itinerario terapéutico* de sus usuarios, remitiéndolos al médico convencional) que entre médicos académicos (que sencillamente se adhieren al protocolo). ¿Sería imaginable que el médico de cabecera dispensara un volante para visitar un o una curandero/a ante un paciente aquejado de mal de ojo? ¿Y ante un *migrante* con susto o con vudú? ¿Buscaría un exorcista ante síntomas de posesión?

VI. Propuestas para la práctica de una medicina intercultural

El futuro es contingente, puede ser o puede no ser, pero la historia nos enseña que el camino del asimilacionismo (el que practica mayoritariamente la biomedicina) en materia médica es una garantía de fracaso como *raza humana*, al destruir un patrimonio cultural e inmaterial para el que no habrá "Piedra Rosetta" en el futuro. La vía para fortalecer un diálogo intercultural en general y una medicina intercultural en particular pasa por un enfoque multifactorial del fenómeno salud-enfermedad. Una muestra de este modelo puede ser atisbado en la multitud de propuestas de la práctica médica híbrida de Cochabamba, en el espíritu de lo que he denominado paradigmas cochabambinos.

En este texto he tratado someramente la necesidad de incorporar la perspectiva intercultural en las facultades de Medicina, aceptar la eficacia de los diferentes sistemas médicos,



comprender los diferentes sentidos culturales de la salud, la enfermedad y la muerte. Por una cuestión de espacio, dejo en el tintero estimulantes propuestas tales como la importancia del conocimiento de las lenguas locales, el desarrollo de espacios de intercambio y encuentro entre los diferentes sistemas médicos, la incorporación de especialistas en salud tradicional a los centros y facultades de medicina, el reconocimiento y la integración de las MAC en los planes estatales de salud, la creación de la figura del mediador intercultural en todos los centros de salud, el establecimiento de un cupo de plazas mínimas para personal sanitario migrante acorde a la realidad sociodemográfica de cada país, el trabajo en la escuela sobre el desarrollo de valores que fomenten la convivencia intercultural, etc.

Este dibujo inacabado sobre la salud intercultural parece un reto enorme, casi inalcanzable. Pero los que trabajamos en la rama médica de la ciencia de la cultura sabemos que es un lance por el que merece la pena luchar, “sobre todo cuando el dolor, la agonía y la muerte son nuestros *informantes clave*” (Fernández Juárez, 1999:26). Pongámonos a construir con el primer paso de *intentar comprender al otro*, poco a poco, pasito a pasito, porque si esperamos a que todo esté perfecto, no empezaremos nunca.

NOTAS

1. SO.BO.ME.TRA: Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional que aúna a numerosos especialistas en medicina tradicional, kallawayas, hueseros, curanderos, etc. Registrada en 1984, es la primera institución de país que ha agrupado formalmente a médicos tradicionales en Bolivia

2. La fuente en la red de la bibliografía es: <http://www.artrosis.com.bo/subluxacion.htm>
3. El extrañamiento se relaciona con la capacidad de sorpresa hacia lo observado, es una actitud hacia el sujeto/objeto de estudio que permite que el antropólogo pueda hacer visible lo cotidiano de las prácticas que observa, tratando de aprehender la realidad desde una perspectiva que se mueve entre la experiencia próxima y la experiencia distante.
4. La reflexividad es el mecanismo que permite al antropólogo ser consciente de las consecuencias, en la producción de conocimiento, de formar parte del mundo social que investiga. (Hammersley 1994:30-37)
5. "Por «Modelo Biomédico» se entiende un modelo de práctica e intervención científica, caracterizado por sus pretensiones de objetividad positivista y su enfoque eminentemente biológico y técnico (*"racionalidad científico-técnica"*) en el abordaje del fenómeno salud- enfermedad-atención" (Caramés en Fernández Juárez, 2004:31)
6. Un paradigma no es otra cosa que un lugar desde el que se contempla la realidad, una perspectiva de los hechos vistos desde un particular marco de referencia.
7. "Aquí es pertinente el concepto de hegemonía de Antonio Gramsci (1971: cap. 1) descubrió que las clases dominantes ejercían su poder directamente a través del Estado e indirectamente al mezclarse con la sociedad civil e identificar sus intereses con ideas y valores culturales generales. Es a través de esta fusión entre la fuerza instrumental y el sentido común contradictorio (pero también consensual) de la cultura cotidiana que la hegemonía opera como híbrido de coerción y consenso. El papel de los intelectuales "tradicionales" agentes burgueses del consenso social, es hacer de pivotes en la manutención de las ideas y prácticas hegemónicas [...] En nuestro caso los médicos ocupan el papel axial de intelectuales tradicionales cuya función es, en parte, no ver ni identificar en la sutil expresión *nervos* la manifestación de una indignación soterrada por parte de los enfermos pobres" (Scheper-Hughess, 1997:171-172)
8. "Bajo (la etiqueta de Medicinas Alternativas Complementarias) se consideran tanto formas de sanar milenarias con tradiciones doctrinales bien establecidas como modas dietéticas de efímera vida, pasando por otras muchas formas tradicionales de entender la

salud y la enfermedad que sin tener un corpus doctrinal tan rígido se encuentran totalmente arraigadas en las comunidades en las que cumplen su función” (Perdiguero, 2006:34)

9. “La eficacia simbólica consistiría precisamente en esta «propiedad inductora» que poseerían, unas con respecto a otras, ciertas estructuras formalmente homologas capaces de constituirse, con materiales diferentes en diferentes niveles del ser vivo: procesos orgánicos, psiquismo inconsciente, pensamiento reflexivo.” (Lévi-Strauss, 1987: 225)
10. Ver la prensa local:
 - <http://ecodiario.eleconomista.es/espana/noticias/617511/06/08/El-demonologo-Jose-Antonio-Fortea-imparte-manana-una-conferencia-organizada-por-el-Colegio-de-Medicos-de-Toledo.html>
 - <http://www.publico.es/espana/124820/denuncian/presencia/exorcista/conferencia/medica/toledo>

REFERENCIAS

- ABAD GONZÁLEZ, L. (2004) "Reflexiones en voz alta acerca de las precisiones e imprecisiones de la llamada Salud Intercultural". *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Dr. Gerardo Fernández Juárez (Coordinador) Ediciones Abya Yala. Quito Ecuador.
- ACKERKNECHT, ERWIN H (1985) *Medicina y antropología social*. Akal editor. Móstoles (Madrid)
- ALBÓ, X. (2004) "Interculturalidad y salud". *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Dr. Gerardo Fernández Juárez (Coordinador) Ediciones Abya Yala. Quito Ecuador.
- BREILH, J Y ZAPATTA, A (2006) "Ciencia emancipadora, pensamiento crítico e interculturalidad". En *Diálogo intercultural e intercientífico para el fortalecimiento de los pueblos indígenas originarios*. Pp. 155-168. Freddy Delgado y César Escóbar editores. Editorial Plural, La Paz (Bolivia)
- CARAMÉS GARCÍA, M. (2004) "Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente" en *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Dr. Gerardo Fernández Juárez (Coordinador) Ediciones Abya Yala, 2004. Quito Ecuador.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (1999) *Médicos y Yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara*. OMS/OPS/Ministerio de Salud y Previsión Social/CIPCA, La Paz
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (2004) "AJAYU, ANIMU, KURAJI" La enfermedad del "susto" en el altiplano de Bolivia. *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Ediciones Abya Yala. Quito Ecuador.
- GEERTZ, C. (2003 [1973]) *La interpretación de las culturas*. Gedisa, Barcelona
- LÉVI-STRAUSS, C. (1987) "La eficacia simbólica". En, *Antropología Estructural*. pp. 211-227. Paidós, Barcelona.
- HAMMERSLEY, M. Y ATKINSON, P. (1994) *Etnografía. Métodos de investigación*, Paidós, Barcelona.
- DÍAZ MADERUELO, RAFAEL (1983) «Sobre el valor simbólico de la enfermedad en el Nordeste brasileño». *Revista Española de Antropología Americana*, 13: 197-206. Madrid.

- MUÑOZ GONZÁLEZ B. Y LÓPEZ GARCÍA J., (2006). "Cuerpo y Medicina (Textos y contextos culturales), CICON Ediciones, Badajoz.
- PERDIGUERO, E. (2006) "Una reflexión sobre el pluralismo médico", En Gerardo Fernández Juárez (Coordinador), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y Crítica Intercultural*. Pp.33-49, Ediciones Abya Yala, 2006. Quito Ecuador
- SALVADOR HERNÁNDEZ, P. P., (2009) "Buscar la Sangre. El caso de un hospital privado en Santo Domingo (República Dominicana)". *Salud e Interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios*. Ediciones Abya Yala. Quito Ecuador.
- SCHEPER-HUGHES, N. (1997) *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Editorial Ariel, Barcelona.
- TAUSSIG, M. (1995) *Un gigante en convulsiones: "La reificación y la conciencia del paciente"*, pp. 110-146 Barcelona. Gedisa.

ANEXOS



El Doctor José Villegas aplicando una manipulación a una paciente

Fotografía: Pedro Salvador



El huesero Aldo Escobar colocando la muñeca de un paciente
Fotografía: Pedro Salvador