



## Orígenes y desarrollo de la medicina tradicional: una cuestión ideológica

The origins and development of traditional medicine: an ideological issue

Eduardo L. Menéndez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Doctor en Ciencias Antropológicas. Doctor Honoris Causa, Universitat Rovira i Virgili, Catalunya. Doctor Honoris Causa, Universidad Nacional de Rosario, Argentina. Profesor-investigador emérito, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México.



**RESUMEN** La mayoría de los analistas reconocen tres fuentes básicas en el desarrollo de la medicina tradicional mexicana entre los siglos XV y XVIII (prehispánico, hispánico y afro), así como toda una serie de fuentes complementarias que se fueron incluyendo sobre todo entre los siglos XVIII y XXI. No obstante, gran parte de los principales especialistas consideran que el núcleo de la medicina tradicional es la medicina prehispánica, secundarizando lo hispánico y excluyendo lo afro. Incluso no reconocen o señalan superficialmente el papel de la biomedicina en la medicalización actual de la medicina tradicional. Si bien esta tendencia se observa desde las décadas de 1930 y 1940, se profundiza a partir de la década de 1970, para eclosionar en torno al Quinto Centenario de 1992, convirtiendo la cuestión de los orígenes y el desarrollo de la medicina tradicional en una cuestión básicamente ideológica.

**PALABRAS CLAVES** Medicina Tradicional; Medicinas Prehispánicas; Medicinas Hispánicas; México.

**ABSTRACT** Most analysts identify three main foundations of the development of traditional Mexican medicine between the 15th and 18th centuries (pre-Hispanic, Hispanic, and African), as well as a number of complementary sources incorporated over the course of the 18th and 19th centuries. However, a significant proportion of leading specialists consider pre-Hispanic medicine to be the primary basis of traditional medicine, downplaying Hispanic influence and disregarding African influence. Furthermore, they either ignore or give only cursory treatment to the role of biomedicine in the present-day medicalization of traditional medicine. Although this trend can be traced back to the 1930s and 1940s, it intensified from the 1970s onward and peaked around the time of the Fifth Centennial in 1992, transforming the question of the origins and development of traditional medicine into a largely ideological issue.

**KEY WORDS** Traditional Medicine; Prehispanic Medicines; Hispanic Medicines; Mexico.

## INTRODUCCIÓN

Según el principal especialista mexicano en medicina tradicional, y me refiero a Aguirre Beltrán<sup>(1,2)</sup>, las características de la medicina tradicional mexicana se desarrollaron, en primer lugar, durante el periodo colonial, y se constituyeron a partir de los saberes que sobre los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención (procesos de SEAP) tenían los descendientes de los diferentes grupos prehispánicos; en segundo lugar, por las enfermedades, interpretaciones y formas de atención que introdujeron los europeos a partir de principios del siglo XVI; y, por último, por las enfermedades, concepciones y forma de curar traídas por la población africana, también desde dicho siglo. Y las tres medicinas se relacionaron e influenciaron mutuamente durante la etapa colonial, aunque de diferente manera según el nivel de relación y aislamiento dominante en los diferentes grupos indígenas, afroamericanos y europeos, y ulteriormente criollos y “mestizos”.

Pero además de las tres medicinas señaladas, entre los siglos XVI y XX, se generaron e incorporaron nuevos problemas de salud, así como otras formas de sanación y prevención que también incidieron en la constitución de la medicina tradicional, lo que reconoce Viesca<sup>(3)</sup>, quien sostiene que “nuestra medicina tradicional” está integrada por lo prehispánico, lo europeo, español, árabe, galeno/hipocrático, francés, africano que llegaron durante el periodo colonial, pero también está integrada por el mesmerismo, la frenología, el psicoanálisis, y aspectos biomédicos<sup>(3)</sup>.

Subrayo esta múltiple y constante incorporación de procesos, saberes y problemas a la medicina tradicional, porque la gran mayoría de los estudiosos no incluyen, salvo excepciones, a la medicina afromexicana, secundarizan la medicina hispana, no toman en cuenta las medicinas alternativas y complementarias y menos aún a la biomedicina, en forma explícita o tácita, considerando la medicina tradicional como constituida básicamente por la medicina prehispánica que utilizaban los pueblos originarios. En este

sentido, Aguirre Beltrán sostiene que, si bien la medicina indígena incluyó y reinterpretó un considerable conjunto de rasgos culturales europeos,

...no obstante conservó inalterable las ideas y patrones de acción que constituyeron el núcleo fundamental de significados y valores que dan su peculiar fisonomía al modo de enfocar los problemas que derivan de la enfermedad y el accidente.<sup>(4)</sup>

Considero que Carlos Zolla, uno de los mayores especialistas en medicina tradicional entre la década de 1980 y 2018, expresó una alternativa interpretativa, ya que sostenía que

Desde el momento mismo de la conquista española, la intervención institucional (médica, religiosa y, en general, gubernamental) ha producido intensas modificaciones en la configuración del perfil de los terapeutas, los cuadros de morbilidad y en los recursos terapéuticos empleados. Pero, sobre todo, ha dado lugar a la aparición de complejas formas de relación entre el modelo médico hegemónico (biomedicina) y las expresiones médicas populares o tradicionales.<sup>(5)</sup>

Este autor subraya, además, la fuerte integración entre medicinas prehispánicas e hispánicas durante la etapa colonial, así como la ulterior penetración biomédica.

## LA PRIORIDAD PRECORTESIANA

Quienes adhieren al dominio de los saberes prehispánicos en la constitución de la medicina tradicional se basan en varios procesos, y los principales refieren a que la gran mayoría de la población europea se asentó a partir del siglo XVI en medios urbanos, incluidos los escasos médicos que migraron desde Europa a Mesoamérica. Aclaro que en este texto me referiré a Mesoamérica, incluyendo en dicho concepto los diferentes grupos que la

poblaban, asumiendo sus diferencias, por lo que, salvo excepciones, no me referiré al Virreinato de Nueva España o al área maya, sino a Mesoamérica). Tanto por las políticas coloniales como por la actitud de gran parte de la población nativa, esta región tendió a aislarse y encerrarse en sí misma y, por lo tanto, a usar básicamente sus propias formas de atención. Así como también, a la eficacia, por lo menos similar a la hispana, de las medicinas prehispánicas respecto de los padecimientos que reconocían y trataban<sup>(1,6,7)</sup>.

Esta orientación, sin embargo, fue cuestionada por los que reconocían el papel de las culturas y medicinas hispanas en el proceso de “aculturación” o apropiación nativa, lo que dio lugar a una suerte de disputa por los orígenes. Esta disputa, sin embargo, no se inicia en la antropología mexicana, sino en la de EEUU, en la que durante la década de 1910, Franz Boas y Paul Radin, dos de los más relevantes antropólogos de la época, sostuvieron la prioridad de lo europeo o de lo mesoamericano respectivamente<sup>(8)</sup>, lo que luego se expresará en los intelectuales mexicanos. Y así, por ejemplo, respecto de una celebración tan arraigada en la sociedad mexicana como el día de muertos, intelectuales como Paz la considera básicamente prehispánica, mientras historiadoras como Malvido sostiene que lo sustancial es de origen católico. O, en el caso de los antojos que tienen las embarazadas, mientras López Austin<sup>(8)</sup> los considera prehispánicos, textos españoles del siglo XVI<sup>(9)</sup> los describen como parte de la vida cotidiana de las preñadas hispanas. Además, en el caso de la toma del pulso como mecanismo diagnóstico y terapéutico, mientras Villa Rojas<sup>(10)</sup> propone que es de origen hispano, Page lo considera originario de los mayas chiapanecos. Más aún, mientras que para Aguirre Beltrán<sup>(1)</sup> la influencia astrológica en la enfermedad y la muerte es prehispánica, para Ortiz de Montellano<sup>(11)</sup> es de origen hispano.

Pero, como señalamos, la mayoría de los especialistas, incluidos los más significativos como Aguirre Beltrán, Campos, López Austin o Viesca si bien reconocen un origen múltiple de la medicina tradicional, consideran que los aspectos más idiosincráticos son de

origen prehispánico. Incluso Aguirre Beltrán, al analizar los procesos que conducen simultáneamente al reconocimiento de los españoles de la eficacia de la medicina prehispánica y a la estigmatización que hicieron de gran parte de esta medicina, si bien reconoce las múltiples influencias en la medicina tradicional, concluye que “el volumen y el peso mayores son indios”<sup>(2)</sup>. Señalando además que, frente a la conquista europea, la población mesoamericana generó reacciones contraculturales como, por ejemplo, el nahualismo, fortaleciendo la continuidad de la cosmovisión prehispánica. Cabe aclarar que el nahualismo remite a una persona:

...con el don de transformarse en un animal o algún fenómeno meteorológico. Por lo regular, usa su poder para apoderarse del alma de otros y así enfermarlos [...] Alter ego de una persona encarnado en uno o varios animales, o bien en nubes, rayos, torbellinos y demás manifestaciones atmosféricas: si este enferma o muere, la misma suerte correrá su alteridad humana.<sup>(12)</sup>

Aguirre Beltrán<sup>(1)</sup> considera que el nahualismo ha sido manejado en términos contraculturales por la población nativa, pero que realmente lo utilizaron como control de su propio grupo, más que de oposición a los europeos.

Esta perspectiva, con variantes significativas, será la dominante, proponiendo una medicina tradicional que es continuidad de las medicinas prehispánicas, y que implica formas de cuestionamiento contracultural nativo a la dominación colonial. Además, esta orientación domina en campos tan diferentes de la medicina tradicional como son los estudios sobre las plantas medicinales<sup>(13)</sup>, las enfermedades anímicas<sup>(14)</sup> o las nociones de autorregulación y equilibrio<sup>(8,15,16)</sup>. Y no cabe duda, dado que es obvio, que la medicina tradicional constituye una continuidad de las medicinas prehispánicas, pero dicha continuidad no implica desconocer que, por lo menos una parte significativa –y no secundaria– de dicha medicina tradicional procede de formas médicas no prehispánicas.

Y es por eso que analistas nacionales y extranjeros señalan que, por lo menos, ciertos procesos de SEAP tienen origen europeo más que mesoamericano; y así por ejemplo la especialista en medicina tradicional Anzures y Bolaños considera que la herbolaria presentada en el *Florilegio medicinal* de Juan de Esteyneffer de 1712 es, en su mayoría, de origen europeo, y que la herbolaria descrita en dicho libro "...es usada hoy en día para curar prácticamente los mismos males que el autor menciona"<sup>(17)</sup>. Mientras Trotter<sup>(18)</sup> propone que el curanderismo latinoamericano también es de origen europeo, Martínez<sup>(19)</sup> que la brujería es originaria de España y, a su vez, Kenny y de Miguel, en el prefacio de una compilación de textos de antropología médica sobre España, concluyen que:

Los procesos de cambio de la medicina popular latina son fascinantes. A pesar de su origen en la "madre" España, la medicina popular se difundió tan bien en Latinoamérica, que incluso llegó a dominar la medicina popular indígena.<sup>(20)</sup>

Como sabemos, posiblemente quien más ha fundamentado la prioridad de los saberes europeos ha sido Foster respecto de varios aspectos prácticos como, por ejemplo, el uso de purgas periódicas, que remite a aspectos centrales de la cosmovisión prehispánica como es el sistema de equilibrio/desequilibrio social y personal, pero que según Foster tienen origen en la medicina galénica y no en las culturas nativas<sup>(21,22,23)</sup>. Esto también es sostenido por analistas mexicanos y, especialmente, por Martínez Cortes<sup>(24)</sup>, quien considera que fueron los españoles los que trajeron este sistema, señalando además las fuertes relaciones que existieron entre la medicina y la religión católica en torno a este sistema, tanto en términos teóricos como, especialmente, en términos prácticos; lo cual difiere de las propuestas que sostienen no solo un origen mesoamericano, sino que ven en dicho equilibrio/desequilibrio uno de los principios básicos de la cosmovisión mexicana<sup>(7,8)</sup>.

Justamente, López Austin es quien más cuestiona a Foster, pero a partir de concordar ambos en la importancia de ambas medicinas en la constitución de la medicina colonial. Según López Austin, si bien

...no puede negarse la importancia del pensamiento indígena colonizado como fuente para el estudio de las antiguas sociedades mesoamericanas, tampoco puede desconocerse la radical transformación de dicho pensamiento a partir de la conquista, y sobre todo bajo los tremendos embates de la sociedad capitalista.<sup>(15)</sup>

Sin embargo, propone un origen independiente, por lo menos de ciertos procesos de SEAP: "Dos creencias nahuas constituyen interesantes casos de paralelismo con las concepciones europeas: el antojo de la preñada y la impresión en el niño de las malas experiencias de la madre"<sup>(8)</sup>.

Estas diferenciaciones y en cierta medida oposiciones, pero también similitudes respecto de los orígenes de la medicina tradicional tienen que ver, por lo menos, con tres procesos en cierta medida complementarios. En primer lugar, en términos teóricos, con la propuesta de Benedetto Croce<sup>(25,26)</sup> de que los antiguos pasados son releídos a partir de los nuevos presentes, es decir, la historia se reescribe constantemente, dado que diferentes aspectos del pasado son recuperados a partir de lo que dicho pasado evoca/remueve/moviliza/actualiza en cada presente, en función de las características sociales e ideológicas de este. En segundo lugar, a un proceso académico de conocimiento que, a partir de nuevos datos, revisa la información e interpretaciones ya existentes, para formular nuevas hipótesis y conclusiones; y así, por ejemplo, se generó una interpretación de la cosmovisión de los pueblos nahuas del siglo XVI, según la cual su concepción de un universo estratificado verticalmente era de origen prehispánico, pero su revisión condujo a concluir que la "...idea de un universo estratificado verticalmente deriva de la influencia que el pensamiento cristiano occidental tuvo

sobre los creadores de nuestras fuentes<sup>(27)</sup>. Y, en tercer lugar, tiene que ver con el desarrollo de posiciones ideológicas, frecuentemente polarizadas, que se construyeron en torno al indigenismo nacionalista y a su crítica, y que se reformularon en torno al quinto centenario del “descubrimiento” de América, prolongándose hasta la actualidad.

Y así observamos que, desde la constitución de los estudios sobre medicina tradicional a finales de la década de 1930, se generaron diversas orientaciones, aunque prácticamente en todas se asume que el origen de la medicina tradicional está en las culturas indígenas. Pero, mientras inicialmente dominaron las tendencias aculturativas, a partir de la década de 1960 y sobre todo de 1970 se desarrollaron tendencias que planteaban la necesidad de continuidad de los saberes indígenas, entre las que la obra de Bonfil Batalla<sup>(28)</sup> se constituye en un factor recurrentemente utilizado para fundamentar el *México profundo*<sup>(29)</sup>. Subrayo que, si bien las obras de González Casanova y de Stavenhagen sobre la situación colonial y especialmente sobre el colonialismo interno cumplieron un destacado papel académico en la interpretación y reformulación de la relación colono/colonizado, las mismas no han tenido la relevancia ideológica de los textos de Bonfil. Recordemos además que las propuestas de estos y otros autores se basan en diversas propuestas desarrolladas por intelectuales europeos y especialmente franceses, franco/americanos o africanos de lengua francesa como Balandier, Sartre, Césaire o Fanon.

La apelación a las culturas originarias y la exclusión o secundarización de lo europeo propuesta por diversos analistas implica un énfasis en la diferenciación cultural, así como una crítica no solo del occidente de la etapa colonial, sino del occidente capitalista actual, como señala reiteradamente López Austin. Esto condujo a ideologizar cada vez más los análisis del presente. Pero más allá de las posibilidades políticas de dicha ideologización, lo que me interesa señalar son las consecuencias que esta puede tener en la comprensión real y/o imaginaria de la medicina tradicional que han usado y que

utilizan los pueblos originarios y también los no originarios. Solo presentaré un caso a manera de ejemplo, y me refiero a la notable y constante disminución del número de curadores tradicionales y, especialmente, de los chamanes yucatecos, y por lo tanto a la casi desaparición del relevante papel que desempeñaban<sup>(30)</sup>. Respecto de este proceso de disminución constante de los curadores tradicionales, investigadores interesados en el chamanismo, como Miguel Bartolomé<sup>(31)</sup>, sostuvieron en la década de 1970 y 1980 que el chamanismo se fortalecía en Yucatán, generando una apología del chamanismo, sin tomar en cuenta lo que estaba ocurriendo mientras realizaban sus estudios. Ya que los *j'men* (chamanes) estaban justamente disminuyendo en forma acelerada, como lo observé en la segunda mitad de la década de 1970 en varias comunidades yucatecas, especialmente en dos. Pero, además, este autor observaba en los *j'men* actuales una notoria continuidad con las características de los *j'men* coloniales y prehispánicos; subrayando sobre todo lo prehispánico y considerando a dichos chamanes como herederos de los sacerdotes mayas que tenían “el alto conocimiento”, describiendo varias técnicas chamánicas, considerándolas prehispánicas, como son las técnicas adivinatorias y, especialmente, las que se realizan a través de los sueños. Y todo su análisis lo hace, no solo sin analizar el proceso de desaparición de estos chamanes y su significado para la población y cultura nativa, sino sin hacer alusiones al papel de la adivinación y de los sueños en la medicina popular española de los siglos XV y XVI<sup>(32)</sup>. Esto, por supuesto, no niega la posibilidad de que las adivinaciones y los sueños fueran parte de los saberes prehispánicos, pero por lo menos ameritaba señalar las coincidencias con los saberes médicos hispanos en función de su posible articulación colonial.

Este analista, además, no registra el papel de las influencias/apropiación biomédicas en los chamanes yucatecos, por lo menos desde mediados del siglo XX<sup>(33,34)</sup>, así como tampoco da cuenta de las influencias católicas y de las orientaciones *new age* recientes en las

actividades de los *j'men*, como lo han señalado sucintamente Quintal *et al.*<sup>(35)</sup>. Más aún, la orientación prehispánica de Bartolomé contrasta fuertemente con las propuestas de Boccara<sup>(36)</sup>, para quien las características rituales y terapéuticas de los *j'men* que operaban a finales del siglo XX no eran prehispánicas ni siquiera coloniales, sino que se habrían organizado entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX, a través de procesos en que los chamanes se apropiaron de aspectos de la biomedicina, del espiritismo y de concepciones católicas.

Las tendencias ideológicas como las expresadas por Miguel Bartolomé son las que condujeron al historiador británico Alan Knight a sostener que la cultura española y la cultura nativa se interpenetraron, y muchos aspectos culturales indígenas resultan ser españoles o aparecen fusionados con elementos españoles, concluyendo que:

...los indios “puros” eran cultural y biológicamente raros. Cuando más tarde los indigenistas establecieron la recuperación de una cultura india prístina intentaban lo imposible o, más realistamente, tomaron la cultura sincrética de los indios de la Colonia como su patrón.<sup>(37)</sup>

Y esta orientación se sigue manteniendo, dado el peso de lo ideológico en los estudios sobre medicina tradicional.

Más allá del papel de las orientaciones ideológicas en las interpretaciones y/o exclusiones de la medicina tradicional, no cabe duda de que uno de los problemas –como desarrollaré luego– para establecer los orígenes prehispánicos o hispánicos de las enfermedades y terapéuticas, son las notorias semejanzas que existen entre las sociedades mesoamericanas y las hispanas respecto de toda una serie de procesos sociales generales, y de los procesos de SEAP en particular, ya que como sostiene Trotter, ambos sistemas médicos

...tienen sus raíces en un concepto homeostático de la salud; ambos reconocen la importancia del bienestar físico, espiritual, psicológico y social (aunque con marcadas diferencias); ambos se basan en una filosofía de evidencia empírica para curar. Hay muchas similitudes cognoscitivas; similitudes que señalan posibles áreas de cooperación y comunicación entre ambos sistemas.<sup>(18)</sup>

Esta propuesta se evidencia especialmente en que las principales enfermedades tradicionales mexicanas no solo operan en el resto de los países latinoamericanos, sino también en España y Portugal. Más aún, enfermedades como el mal de ojo tienen una difusión casi universal, ya que este padecimiento opera en diversos grupos asiáticos, africanos, europeos y prehispánicos americanos. Por lo que los principales padecimientos tradicionales mexicanos tendrían un doble origen, lo que favoreció las convergencias que se dieron durante el periodo colonial. Por supuesto que tenemos las viejas hipótesis difusionistas que proponen centros únicos de creación y difusión, de tal manera que todas las formas de mal de ojo serían variantes de una forma original.

Ahora bien, personalmente no me interesa la cuestión y menos la disputa sobre los orígenes de la medicina tradicional, aun cuando comprendo las razones académicas e ideológicas que tuvo y tiene dicha disputa o diferenciación. Lo que me interesa es establecer el papel, las funciones, los usos que tiene la medicina tradicional, así como sus relaciones con las otras formas de atender y de prevenir padeceres, no solo en términos de identidad, pertenencia y significación sociocultural, sino también en términos de eficacia, de mortalidad y esperanza de vida, así como evidenciar que la medicina tradicional se caracteriza por su transformación constante, dado el pragmatismo que la caracteriza. Y esto, a partir de reconocer las fuertes diferencias, pero también las notables

similitudes entre ambos tipos de sociedades y, especialmente, entre ambas medicinas. Es decir, recupero lo que autores de diferentes tendencias reconocen: que en ambas culturas, gran parte de las enfermedades son las mismas, hay similares causalidades, y gran parte de las formas terapéuticas son semejantes. Y, si bien asumo el papel básico de los saberes prehispánicos portados por los nativos, considero necesario recuperar el papel de los saberes europeos y afros en las formas cotidianas de interpretar y actuar frente a los padecimientos. Y ello no en términos de orígenes, sino de articulación de saberes.

Así, por ejemplo, en términos de semejanzas, me interesa destacar el gran papel de lo sobrenatural en las sociedades prehispánicas, afros e hispanas y, especialmente, en los procesos de SEAP, por lo menos entre los siglos XVI y XIX, subrayando que, en dichas sociedades, el papel de lo sobrenatural operaba en todos los sectores sociales y en todos los tipos de curadores, lo cual es fundamental para entender los procesos transaccionales que se dieron en las relaciones coloniales. Pero, sin embargo, gran parte de los antropólogos e historiadores manejan lo sobrenatural como un eje diferenciador entre las medicinas europeas y las prehispánicas, sin tomar en cuenta, además, las medicinas afro, ya que no asumen el fuerte peso de lo sobrenatural en la medicina utilizada por los europeos, por lo menos entre los siglos XV y XVIII. Nuestro análisis se limitará a comparar la medicina prehispánica y la hispana del lapso señalado, sin incluir las medicinas afros, debido básicamente a mi falta de información sobre estas.

Si bien desde finales del siglo XVIII y durante el siglo XIX se generó un proceso de institucionalización y expansión de la medicina académica europea que trató de excluir lo sobrenatural apelando sobre todo a lo biológico; sin embargo, en la mayoría de la población y, especialmente, en la población rural de ambas sociedades –que era la mayoría– siguieron vigentes las concepciones “sobrenaturales”, así como las enfermedades y terapias tradicionales.

### **Semejanzas entre sociedades mesoamericanas y pueblos hispanos: algunas aproximaciones**

Al reconocer las consecuencias catastróficas de la conquista y colonización europea para las poblaciones nativas, considero importante señalar el papel que los procesos de SEAP han tenido en las relaciones de aculturación, de colonización, de contracultura, de transacción, de hegemonía/subalternidad/contrahegemonía que se generaron, ya que no hubo solo aculturación ni conquista, sino también articulación de saberes y resignificaciones. Y desde mi perspectiva metodológica, la posibilidad de entender dichas relaciones en los diferentes términos enumerados se da tanto a partir de trabajar con las diferencias, como ocurre con la mayoría de los estudios antropológicos actuales, como también y en forma equivalente a trabajar con las semejanzas. Más allá del énfasis en la diferencia impulsado especialmente desde las décadas de 1960 y 1970, las orientaciones ideológicas se potenciaron para desconocer que cada cultura por su cuenta podía haber dado lugar a similares “usos y costumbres”. Y algunos se negaron a recomendarlo para afirmar la hegemonía hispana, y otros para afirmar la diferencia y originalidad prehispánica, lo que les permitía ignorar o negar la posibilidad de articulación como proceso básico. Estas tendencias se incrementaron en torno a 1992, pero sin negar que, por lo menos desde 1930, se dieron disputas ideológicas en tono al descubrimiento, encuentro o invención de América.

Aclaro, además, aunque es obvio, que las comparaciones las haré entre las sociedades y procesos de SEAP que operaban en los siglos XVI y XVII, y que si bien las semejanzas –al igual que las diferencias– tomadas aisladamente no constituyen una prueba de casi nada, considero que en ambos casos las semejanzas forman parte de un entramado cultural, social y económico-político; es decir, no constituyen hechos aislados, sino estructurados.

Uno de los problemas para describir y analizar los procesos de SEAP prehispánicos es que no contamos con textos, salvo los materiales arqueológicos. Según Viesca, “no se ha encontrado aún ningún documento prehispánico que verse sobre medicina, ni siquiera herbarios o listados pictográficos que pudieran referirse a temas médicos”<sup>(38)</sup>. Todos son documentos poshispánicos, por lo que los analistas han recurrido a fuentes escritas por europeos o por nativos que utilizan enfoques europeos, así como a los usos y costumbres de los grupos originarios actuales, a partir de suponer que una gran parte de sus saberes son prehispánicos.

Asumiendo la existencia de notables y radicales diferencias entre las sociedades y cosmovisiones hispanas y las mesoamericanas<sup>(8,38,39)</sup>, a continuación, primero presentaré algunas semejanzas sociales generales, para luego enumerar las similitudes respecto de los procesos de SEAP. Dado que los aspectos sobrenaturales de la cosmovisión mesoamericana han sido subrayados por los estudiosos de la cultura mexicana como aquellos que más evidencian su radical diferencia con las culturas hispanas, presentaré menos información sobre aquellos que sobre los que abordan la cosmovisión hispana, dado que los aspectos sobrenaturales de esta última suelen ser negados, excluidos o secundarizados, impidiendo observar las semejanzas.

Tanto las sociedades mesoamericanas como las hispanas de principios del siglo XVI son sociedades basadas en una economía agraria, por lo que la producción, la alimentación, así como los infortunios generados por las carestías dependían de dicho tipo de economía, de manera tal que el ciclo anual de la producción agraria orientaba todos los aspectos de la vida social, incluida la vida religiosa de ambos tipos de sociedades. Como señala Kamen, la vida en las comunidades españolas “formaba parte de un ciclo continuo de acontecimientos y hábitos que se repetían año tras año según un bien ordenado calendario que regulaba la vida de la comunidad local”<sup>(40)</sup>, lo que también ocurría con las sociedades mesoamericanas. Y es en función de la importancia de este tipo de economía que, en ambas

sociedades, se desarrollaron ritos de fertilidad que incluían, por ejemplo, diferentes rituales respecto de los árboles de la vida.

La alimentación en ambas sociedades dependía básicamente de la producción de granos, dado que, pese a que los españoles contaban con diferentes tipos de ganado, el campesinado solo comía carne algunas veces al año. Pero, además, si bien ambas sociedades no padecían la carencia de alimentos, estaban amenazadas por hambrunas periódicas. Y estas similitudes son la que posibilitaron que los españoles articularan el calendario agrícola mesoamericano prehispánico con el calendario agrícola católico, sin modificar el calendario prehispánico. Eran sociedades en las que la mayoría de la población no solo se dedicaba a actividades agrarias, sino que residía en el medio rural.

Una segunda semejanza estructural es que ambos tipos de sociedades eran sociedades guerreras, que estaban en constante lucha con sociedades vecinas sobre las cuales trataban de expandirse. Es decir, eran sociedades, en las cuales por lo menos una parte de la población estaba permanentemente armada y en disposición de enfrentamiento con otras sociedades caracterizadas también por su situación armada, por lo que la violencia estaba normalizada.

Eran sociedades estratificadas, básicamente en dos sectores sociales: los plebeyos y los nobles, los primeros realizaban las actividades productivas y los segundos gobernaban, dirigían las guerras y constituían el orden religioso “superior”. Estos últimos conformaban un pequeño grupo que vivía del trabajo de la mayoría de la población, lo que a partir de principios del siglo XVI posibilitó la alianza entre las capas nobles hispanas y parte de las prehispánicas, que fueron las que explotaron a los pueblos indígenas.

Dominaba en las sociedades prehispánicas y españolas la vida comunitaria, de tal manera que el eje de la vida cotidiana estaba en lo local. En dichas comunidades dominaba un orden familiar extenso, y basado en el matrimonio monogámico en la mayoría de la población, ya que en el caso de los sectores “nobles” mexicas dominaba la poligamia.

En ambas sociedades los sujetos se casaban en la pubertad, y las mujeres debían llegar vírgenes al matrimonio; así como los “sacerdotes” y “sacerdotisas” nahuas no debían casarse al igual que los sacerdotes y monjas católicas. No obstante, en las sociedades hispanas existía la barraganía, que aparecía legitimada por lo menos desde el siglo XIII<sup>(41)</sup>, pero no cuento con datos para las sociedades mesoamericanas.

En ambas sociedades existía una fuerte división del trabajo y del orden social entre varones y mujeres: los primeros se caracterizan por ser “fuertes”, y las mujeres y los niños, por su “debilidad”, lo que se expresa a través de los procesos de SEAP hasta la actualidad. El hombre era considerado “superior” a la mujer, dominando la sexualidad heterosexual con exclusión de la homosexualidad y el lesbianismo; ambas sociedades prefieren tener hijos varones por razones similares. En situaciones bélicas, los varones tenían derecho a la violación de mujeres de las sociedades enemigas.

La vida en ambas sociedades era incierta, dependiendo para su reproducción biosocial de las condiciones climáticas, las que trataban de controlar a través de ritos a Tlaloc en el caso mesoamericano o a San Isidro en el caso hispano, pero que no solucionaban los periodos de inclemencia climática y sus consecuencias. Y es en parte debido al dominio de contingencias no controlables que ambas sociedades se caracterizaron por el gran desarrollo y uso de rituales colectivos, que trataban de controlar lo que ambas atribuían a lo “sobrenatural”.

Por eso considero necesario revisar comparativamente gran parte de los rituales de una y otra cultura –que casi por definición la mayoría de los analistas consideran como diferentes y frecuentemente antagónicos– para reconocer, por ejemplo, que si bien entre los pueblos mesoamericanos existía la antropofagia ritual, en el catolicismo es nuclear la antropofagia simbólica expresada a través de la ceremonia de la misa en la que el sacerdote bebe el vino que simboliza la sangre de Cristo, y el sacerdote y los fieles ingieren el cuerpo de Cristo a través de la hostia.

Ambas son culturas en las que los aspectos emocionales tienen un papel central, y en las cuales los hombres debían controlar las emociones y afectividades. Dicha centralidad de las emociones se pone en evidencia a partir del papel que tenía y tiene la envidia en Mesoamérica y en los pueblos hispanos. Y así, Jacinto de la Serna<sup>(42)</sup> a mediados del siglo XVI señalaba su papel para los nativos mexicanos, mientras para Menéndez Pidal<sup>(43)</sup> la “invidencia” constituye la principal característica de los pueblos de España, lo que hemos puesto de manifiesto en nuestra revisión de la medicina tradicional, en la que verificamos que la envidia es la estructura básica de gran parte de las enfermedades tradicionales<sup>(44)</sup>.

En ambas sociedades la información se generaba y transmitía por vía oral o a través de imágenes. Correlativamente, necesitamos asumir que los mexicas no trataron de imponer su lengua a los pueblos conquistados, mientras que, en el caso de los españoles, si bien la corona se propuso expandir la lengua castellana, esto no se dio en los hechos, en gran medida debido a que los misioneros plantearon que “el mejor modo de cristianizar a los indígenas era aprender su propia lengua, y traducir a ellas los preceptos y la fe de Cristo”<sup>(45)</sup>. Es decir, la lengua del conquistador no eliminó las lenguas nativas.

Y algo similar ocurrió respecto de las medicinas prehispánicas a las que una parte de los cronistas hispanos cuestionó en forma acerba y constante, pero sin que realmente la inquisición persiguiera a los curadores tradicionales, pese a acusarlos de supersticiosos, hechiceros o adivinos. Y aun menos persiguió a la población que los consultaba para atender sus padecimientos, por lo que necesitamos diferenciar una vez más entre los discursos y las prácticas. La Inquisición española aparece tanto a nivel de las Españas, como de Mesoamérica como la menos agresiva y homicida, comparada con la mayoría de las inquisiciones que operaban en el resto de los países europeos, ya que incluso generó interpretaciones psicológicas y psicosociales de las brujas para comprenderlas. En tres siglos,

la Inquisición en Nueva España había generado alrededor de 50 muertes<sup>(46,47,48,49)</sup>.

En general, se ha sostenido que los nativos americanos viven la relación con el medio ambiente, con las plantas, los animales, el clima de una manera radicalmente diferente a la de los hombres occidentales<sup>(50)</sup>, lo que es verdad respecto de los hombres occidentales actuales, incluida la mayoría de la población mexicana, pero no respecto de los europeos que invadieron y colonizaron América, ya que su vida también estaba impregnada de la relación con las plantas, los animales, las lluvias, las sequías. Y, en ambas sociedades, tanto la relación de los hombres con la “naturaleza”, como la relación con los otros hombres estaba impregnada por lo sobrenatural<sup>(8,40,51,52)</sup>.

Ese peso de lo sobrenatural en los pueblos hispanos que conquistaron América podemos observarlo en sus concepciones mágico-religiosas, en las que dominaban las creencias en los demonios, las brujas, la adivinación, la astrología, el misticismo, los exorcismos, las flagelaciones por razones religiosas<sup>(32)</sup>, y gran parte de las creencias citadas también operaban en la sociedad colonial<sup>(53)</sup>. Por lo cual, en los siglos XVI y XVII dominaba en los pueblos de España un cristianismo “pagano”, que implicaba frecuentemente una falta de conocimiento de los principios básicos del catolicismo. Tanto así, que religiosos españoles planteaban que “no hay Indias más necesitadas de misioneros que estas Asturias”, señalando que en Andalucía había gente que no sabía hacer la señal de la cruz y en sus formas de vida eran “como indios”<sup>(48)</sup>. Gran parte de estas creencias operaba en todos los sectores sociales, incluidos sectores intelectuales y académicos, de tal manera que, durante los siglos XVI y XVII, entre los intelectuales europeos no se discutía:

...la existencia del demonio ni su presencia entre los hombres, sino que se preguntan sobre sus modos de manifestación, en las maneras en que su acción se transmite y se esconde bajo las apariencias.<sup>(54)</sup>

Por lo que el dominio de lo sobrenatural no refiere solo a los pueblos hispánicos, sino también a los pueblos europeos en general, en los que la lucha contra las supersticiones y las brujas fue en algunos de ellos mucho más cruel y homicida que en el caso de los pueblos hispanos<sup>(46,47,48,49)</sup>. Necesitamos asumir que

En los siglos XVI y XVII Europa conoció un verdadero maremoto diabólico. Jamás la figura del Príncipe de las Tinieblas había tenido una importancia semejante en la imagen occidental. Y jamás la volvería a tener. El fenómeno superaba el marco religioso para involucrar todos los aspectos de la vida.<sup>(55)</sup>

Tanto la reforma y la contrarreforma religiosa como el descubrimiento de América conmoveron las seguridades socioreligiosas básicas de los pueblos europeos, reorientándolos a un mundo demoníaco y a la lucha contra ese mundo, donde el diablo aparece cada vez más como un poderoso antagonista de Dios<sup>(56,57)</sup>.

Ahora bien, considero –como ya señalé– que los antropólogos e historiadores al comparar las formas mágico-religiosas de ambas sociedades, tendieron a subrayar casi exclusivamente las diferencias, excluyendo las semejanzas, sobre todo en el papel de lo sobrenatural, pero también de otros aspectos significativos. Y así, por ejemplo, consideraron al catolicismo como una religión monoteísta, cuando gran parte de la población peninsular se expresaba en términos politeístas. Es decir, trabajaron académicamente con el monoteísmo católico oficial y no con el que practicaba la población, porque les permitía contrastarlo con el politeísmo mesoamericano; para lo cual, tenían que subrayar solo sus aspectos politeístas excluyendo los aspectos monoteístas prehispánicos<sup>(58)</sup>. Pero, además, este énfasis en las diferencias contrasta con la mirada de gran parte de los misioneros europeos, que se sorprendieron por la similitud que encontraron entre aspectos del catolicismo y de la religión mexicana, que los llevaron a suponer que el evangelio había

sido predicado previamente a la llegada de los españoles.

Y esta tendencia a la exclusión se observa especialmente en el caso de los procesos de SEAP, en el que los historiadores y antropólogos suelen comparar las medicinas prehispánicas con lo que sostenían los médicos universitarios hispanos, sin tomar en cuenta los saberes de la población hispana que migraba y vivía en Mesoamérica. Ni incluyendo tampoco a los curadores europeos no universitarios, que se caracterizaban no solo por el conocimiento más o menos incierto de la medicina hipocrático-galénica, sino por una extensa variedad de creencias que los médicos universitarios consideraban supersticiosas e irracionales, al igual que gran parte de las terapéuticas mesoamericanas. Por lo que a continuación me referiré a las medicinas que practicaban los pueblos hispanos y prehispánicos, y no solo a la que manejaban los médicos universitarios españoles, aclarando que considero a los saberes referidos a los procesos de SEAP de ambas sociedades como saberes organizados en términos sociales y de cosmovisión. Los historiadores y antropólogos remiten constantemente la medicina prehispánica a la cosmovisión dominante en las sociedades nahuas o mayas, pero prácticamente nunca hablan de cosmovisión en el caso de las sociedades y medicinas hispanas, como si en estas no operaran cosmovisiones.

En principio, reconocemos que la esperanza de vida para los mexicas se estimaba entre 30 y 36 años, mientras que para los pueblos hispanos se consideraba entre 25 y 35 años; por lo tanto, ambos tipos de sociedades se caracterizaban por las altas tasas de mortalidad general y etarias y, especialmente, por las altas tasas de mortalidad en menores de cinco años, así como por las altas tasas de mortalidad materna y no solo infantil relacionadas con el parto. En el caso de la población mexica, se calcula que antes de los cuatro años moría el 30% de los niños nacidos vivos, así como la mitad de las mujeres por complicaciones en el parto. Pero, además, uno de cada tres varones fallecían por heridas, lesiones en combates y por sacrificios<sup>(38,59)</sup>. Y una situación similar ocurría

en la España del siglo XVI, no solo respecto de la mortalidad infantil y materna, sino también de la mortalidad por violencia, ya que al igual que en los demás países europeos, la mortalidad por enfrentamientos dieztaban a adolescentes y adultos jóvenes<sup>(60)</sup>. Es decir, en términos de tasas de mortalidad y de esperanza de vida, las condiciones de vida eran negativas en ambos tipos de sociedades.

Si bien había una radical diferencia en el tipo de enfermedades por las que se enfermaba y moría la población de ambas sociedades, dado que en el caso español existían toda una serie de enfermedades infectocontagiosas como la viruela, sarampión, peste bubónica, escarlatina, difteria, fiebre amarilla, así como ciertas variedades de tifus que no existían en América, y que son las que van a generar la terrible catástrofe demográfica que se dio en los siglos XVI y XVII. Pese a ello, hay toda otra serie de padecimientos y síntomas comunes a ambos tipos de sociedades como son los dolores en el cuerpo, cólicos, fiebres intermitentes, fiebres puerperales, variedades de tifus, reumatismo y artritis, tuberculosis bronco pulmonar, afecciones urinarias, conjuntivitis, heridas y contusiones y, sobre todo, enfermedades respiratorias agudas y gastroenteritis, incluyendo variedades de influenza en el primer caso y salmonelosis en el segundo<sup>(52,59,61)</sup>.

Ya señalamos que los españoles trajeron gran cantidad de enfermedades infectocontagiosas que generaron la catástrofe demográfica que despobló América; sin embargo, contra lo que se creyó durante décadas, ahora sabemos que los mexicas prehispánicos también sufrieron varias severas epidemias pero que, en su mayoría, tuvieron que ver no tanto con enfermedades sino con catástrofes climáticas que generaban alta mortalidad<sup>(59)</sup>.

Como ya indiqué, las principales enfermedades que consideramos tradicionales<sup>(5)</sup>, se observan tanto en la medicina prehispánica como en la de los pueblos ibéricos. Ahora bien, respecto de algunas enfermedades, como el susto, varios las consideran exclusivamente prehispánicas, mientras autoras como Castaldo<sup>(62)</sup> concluyen que también operaban en países europeos y sociedades

africanas. Y así, para médicos españoles de la época, como Joseph Cardiel, la epilepsia puede surgir de un susto, así como un tumulto o el estado de ánimo pueden también generarlo, y desencadenar enfermedades<sup>(52)</sup>. A su vez, analistas como Schondule<sup>(63)</sup> consideran prehispánicas enfermedades que, como la tiricia o el tabardillo, la mayoría de los analistas consideran hispanas. Esto nos lleva nuevamente a sostener que la cuestión de los orígenes tiende a enturbiar la comprensión de por lo menos estos procesos de SEAP, máxime cuando, por ejemplo, en el caso del mal de ojo, en España fue tratado no solo por la medicina popular, sino también por la medicina académica, ya que como señala Schmitz, “a principios del siglo XVI empezarán a ocuparse también los autores médicos del aojamiento e incluir, con sus varios tratados sobre esa enfermedad, el mal de ojo, en el catálogo nosológico de la época”<sup>(52)</sup>.

Por lo tanto, al reconocer la existencia de enfermedades que se dan en los dos ámbitos, lo que rescato es que, en términos del conjunto de enfermedades, incluidas las que ahora consideramos tradicionales, dominan las similitudes entre ambas sociedades, lo que indudablemente facilitó la articulación sociocultural y psicológica en torno a los procesos de SEAP dentro, por supuesto, de las relaciones de dominación, explotación, enfrentamiento y hegemonía/subalternidad que se dieron en términos de relaciones colono-colonizado.

En el caso de los pueblos mesoamericanos prehispánicos, los especialistas consideran que las principales causas de las enfermedades eran las siguientes: a) las acciones de los dioses y otros seres sobrenaturales “enojados” por el comportamiento del sujeto, por no cumplir con sus obligaciones religiosas, por desobedecer los mandatos obligatorios, y por infringir las normas establecidas, papel que aparece como la causal más decisiva, especialmente porque ciertos dioses son los que generan y no solo envían las enfermedades; b) las hechicerías que generan malestares, enfermedades y mortalidad; c) ciertas condiciones de los sujetos –como las fechas de nacimiento– que los predisponen

a sufrir problemas y enfermedades; d) aires o vientos que generan muy diversos tipos de enfermedades; e) el desequilibrio, la pérdida de homeostasis especialmente en las relaciones frío-caliente; f) excesos en los comportamientos; g) hechos naturales ambientales y sociales, no solo referidos a enfermedades sino a heridas, contusiones y amputaciones generadas por enfrentamientos a nivel microsocial, por conflictos bélicos, o por procesos laborales.

Si bien existen otras causales, estas son las causas más importantes y los analistas señalan como las básicas las acciones de los dioses y otros seres sobrenaturales y la pérdida de las relaciones de equilibrio-desequilibrio.

En el caso de los pueblos españoles, las principales causas serían: a) las epidemias que diezaban a la población y que eran referidas a la conjunción de planetas, es decir a causas celestiales; b) los miasmas o aires corruptos; c) castigos divinos como, por ejemplo, los españoles de la conquista consideraban que la gran mortalidad indígena por epidemias se debía a que eran paganos; d) las brujerías, especialmente las realizadas por mujeres; e) el desequilibrio entre los cuatro humores reconocidos por la medicina galénica, especialmente los referidos a las relaciones frío-caliente y húmedo-seco, cuyo desequilibrio genera las enfermedades, siendo importante considerar que la medicina galénica tomaba muy en cuenta las emociones como la ira, tristeza, temor y envidia, que generaban graves problemas de salud; f) causas que tienen que ver con los días de la semana, de tal manera que los martes y viernes aparecen como días nefastos, y la astrología constituía no solo una creencia popular, sino que era una disciplina estudiada en las universidades, que refería las enfermedades a las diversas influencias de los astros; y g) hechos naturales, como los señalados para los pueblos prehispánicos.

Los especialistas consideran que las principales causas eran los desequilibrios humorales, los miasmas y la brujería, por lo que, tanto en las concepciones prehispánicas como hispánicas, las enfermedades graves y poco curables estaban fuera del control

empírico de los sujetos y grupos. La concepción de equilibrio-desequilibrio, que era parte de la medicina galénico-hipocrática, no solo dominaba la medicina académica española, sino que era parte de la medicina popular, de tal manera que las purgas para limpiar el cuerpo así como la sangría eran procedimientos frecuentes realizados domésticamente o a través de curadores especializados en sangrías. Y los mayas prehispánicos utilizaban también la sangría<sup>(64)</sup>. La necesidad de equilibrio la describe Alonso en 1541 respecto de las mujeres preñadas, cuyos partos, de ser posible, deberían hacerse en lugares secos y en los que se hayan “expurgados los vapores húmedos”. Esta medicina cuestionaba los excesos y proponía la moderación en los diferentes ámbitos de la vida, desde los excesos sexuales hasta los excesos alcohólicos.

Y esta concepción de equilibrio-desequilibrio también se daba en la sociedad mexicana prehispánica, y se expresaba sobre todo a través de la relación frío-caliente y del control de los excesos, ya que según López Austin, para los mexicanos “todo exceso de placer, de consumo, de almacenamiento de bienes, tenía como consecuencia un daño para él o para sus semejantes”<sup>(51,59)</sup>. Pero estas consecuencias aparecen vinculadas con el estado del organismo de los sujetos, lo que en parte permitía regular el poder de los dioses, dado que la acción negativa de estos operaba “cuando el organismo se encontraba desequilibrado. Un organismo fuerte tenía barreras que impedía la introducción de fuerzas sobrenaturales”<sup>(8,51,65)</sup>.

Y junto con este eje equilibrio-desequilibrio, ambas sociedades practicaban brujerías y hechicerías, que eran parte de sus vidas cotidianas y que podían romper los equilibrios que existían en las relaciones personales y grupales. En ambos pueblos existían amuletos para prevenir males y en ambos se hacían hechizos para generar problemas en personas con las que existían relaciones conflictivas. Al respecto, algunos analistas consideran que las brujerías y hechicerías son de origen hispano, los que otros niegan, y en cuyas diferencias interviene nuevamente posiciones ideológicas.

Para nosotros el origen posible de la relación de equilibrio-desequilibrio o de la brujería pasa a ser secundario, lo que nos interesa es encontrar que, en ambas sociedades, dominaba una noción de equilibrio-desequilibrio y se practicaba la brujería-hechicería, que referían no solo a personas, sino al orden social que, en gran medida, se expresaba a través de enfermedades y de estrategias de sanación como mecanismos de control social.

Es importante reconocer la existencia de escasos trabajos que traten, en forma sistemática, de comparar las medicinas u otros saberes prehispánicos e hispánicos, pese a las frecuentes opiniones contradictorias que observamos en los analistas. Por lo tanto, me interesa señalar que en uno de esos escasos trabajos comparativos<sup>(66)</sup> entre las concepciones europeas del tardío medioevo y la concepción tzeltal sobre la noción de persona, Ruz hace algunas acotaciones metodológicas que cuestionan las formas comparativas dominantes. Y así, por ejemplo, señala que

...ignoramos qué grado de sistematización y depuración alcanzó la cosmogonía tzeltal prehispánica en la mente de quienes reflexionan activamente sobre sus componentes. Los escasos datos con que hoy contamos –además de haber sufrido el desajuste conceptual que provoca la intromisión de conceptos europeos en la cosmovisión mesoamericana, que sin duda alteraron la coherencia del sistema–surgen de la concepción (es de suponer menos elaborada) del campesinado tzeltal–, por lo que en todo caso resultaría más adecuado compararlos con los propios del mundo rural del medioevo, que no con los grandes pensadores.<sup>(67)</sup>

Ruz refiere a los textos de Baschet<sup>(68)</sup> y de Pitarich<sup>(69)</sup>, es decir, dos textos que afirman la originalidad de ciertas concepciones o incluso cosmovisiones hispánicas o prehispánicas, pero que no realizan ningún trabajo sistemático comparativo que fundamente sus afirmaciones, trabajando además con una metodología en que las comparaciones

suelen ser casi siempre incorrectas o cuestionables. Como también señala Ruz, comparar las concepciones actuales tzeltales con el pensamiento cristiano tardomedieval occidental, no solo constituye una comparación incorrecta en términos metodológicos, sino que además maneja como una totalidad homogénea a un pensamiento medieval caracterizado por la gran diversidad de variedades y concepciones. De allí que lo que me interesa es el funcionamiento de una medicina tradicional que se fue constituyendo durante la etapa colonial, donde la disputa sobre los orígenes no ayuda mucho al análisis de su estructura, función y eficacia.

### **Lo sobrenatural, los sueños, las adivinaciones y los santuarios: los saberes simbólicos en las medicinas hispanas**

Si bien hay notorias diferencias, también existen notables similitudes, sobre todo en el papel de la concepción homeostática, de los aires-miasmas, de las brujerías, de las divinidades y, especialmente, de lo sobrenatural. Además, considero importante señalar que, en el análisis de las causalidades, la mayoría de los estudiosos no solo no incluyen el papel de las emociones en ambos contextos, sino tampoco el papel de las relaciones sociales como causa de enfermedad y de mortalidad, pese a que son evidentes en el caso de enfermedades como el mal de ojo y la chipilez, o en el papel de las violencias cercanas, así como en los padecimientos debidos a situaciones de “vergüenza”, coraje o susto<sup>(44)</sup>. Mejor dicho, solo se señala en el caso en que son evidentes, pero sin establecer conclusiones sobre el peso de las relaciones sociales en la causalidad de los padecimientos, y menos aún como espía de los conflictos y contradicciones de las sociedades en que operan.

Por lo tanto, como lo hemos señalado reiteradamente, en ambas medicinas encontramos fuertes similitudes que se articularon para ir constituyendo la medicina tradicional. Y al respecto necesitamos asumir que la colonización fue realizada básicamente por

españoles de origen campesino con bajo o ningún nivel educacional formal, que procedían de ámbitos comunitarios donde dominaba un politeísmo más o menos articulado con el monoteísmo católico, y en el cual lo sobrenatural era parte normalizada de sus vidas, como también lo era para los sectores sociales altos o incluso para el mundo académico, dado que el orden religioso católico supeditaba todas las otras instancias de la vida colectiva, incluidas las académicas. De tal manera que los diferentes sectores de las sociedades hispanas al igual que la población prehispánica mesoamericana consideraban que eran los dioses los que hacían a los seres humanos.

En ambas poblaciones dominaban creencias sobre la existencia de cielos e inframundos estrechamente relacionados. Entre los mexicas, el cuerpo del diafragma para arriba corresponde a lo celeste, mientras del diafragma para abajo corresponde a un inframundo caracterizado por aires de olores fétidos. Es decir, hay una división que puede correlacionarse con la división cristiana alma-cuerpo, en la que lo negativo está colocado en lo inferior, es decir el cuerpo, y lo positivo en lo superior, es decir en el alma, en lo celeste. Más aun, la cosmovisión hispana ve al cuerpo humano como un microcosmo estrechamente relacionado con el macrocosmo universal, lo que también opera en la cosmovisión prehispánica mesoamericana<sup>(8)</sup>.

En los siglos XVI y XVII, los colonizadores vienen de sociedades en las que la literatura sobre hechicería, supersticiones y procesos diabólicos era abundante, y que se caracterizaba por denunciar la proliferación de dichas creencias, sosteniendo la necesidad de erradicarlas. Y uno de los textos básicos es el de Ciruelo<sup>(32)</sup>, publicado por primera vez en 1628 y titulado justamente *Tratado de las supersticiones*.

En este libro, Ciruelo dedica un capítulo especial a los sueños y a los sujetos que adivinan a través de los sueños, y considera que tales adivinaciones soñadoras tienen que ver con pactos que los adivinos hacen con el diablo, ya que utilizan los sueños para hacer el mal. Según este autor, los curadores hispanos

les preguntan a los enfermos como han dormido y si han soñado, pues lo relacionan con el estado humoral del enfermo y, especialmente, con la influencia de los aires.

La importancia de los sueños en la medicina popular y no popular española tiene que ver con que los sueños aparecen simultáneamente como expresión del poder del diablo, pero también aparecen como parte de la medicina galénica basada en el equilibrio-desequilibrio, lo que está indicando un proceso de conformación del saber médico académico que, desde por lo menos la Alta Edad Media, lucha por diferenciarse de los saberes populares, con los que comparte gran parte de los mismos saberes. Pero, además, la importancia de los sueños para las medicinas hispanas, necesitamos relacionarla con el papel que los sueños adivinatorios tuvieron para la medicina prehispánica y para la medicina tradicional de algunos pueblos originarios, lo que he visto escasamente analizado por los especializados en el tema.

La medicina española de la conquista utilizaba normalizadamente el exorcismo, la imposición de manos, las oraciones, la adivinación, y esto sin negar los avances médicos en aspectos empíricos, que eran reformulados religiosamente. Por lo que, si bien se desarrolla la idea de que las enfermedades pueden ser contagiosas, sin embargo, serán los demonios los agentes de dicho contagio dado que, en el siglo XVI, “ninguna barrera separaba la medicina de la religión”<sup>(55)</sup>. Más aún, uno de los papeles centrales de la Inquisición estaba en eliminar las supersticiones que operaban en los tipos de curación popular y académica<sup>(52)</sup>.

El politeísmo de los españoles de la conquista no solo se expresaba a través del pluralismo religioso que operaba a nivel de las comunidades en que vivían<sup>(40)</sup>, sino del tipo de catolicismo que practicaban. Y que en parte tiene que ver con que en la península –y en gran parte del “mundo antiguo”– el catolicismo se apropió de las creencias y rituales precristianos de los grupos que trataba de evangelizar. Y así, por ejemplo, en países europeos, lugares precristianos, que eran identificados con dioses o ídolos paganos y que

eran sitios de peregrinación y de presentación de ofrendas, fueron convertidos en lugares de peregrinación y de veneración de vírgenes y santos católicos. Y cuando los españoles se asentaron en lo que hoy es América hicieron lo mismo, y la virgen de Guadalupe constituye el caso más emblemático de este proceso para México<sup>(70)</sup>.

En los pueblos rurales de España, en el siglo XVI, se daba una importancia especial a las procesiones hacia los santuarios locales y también hacia santuarios no locales como el de la virgen de Monserrat, en las cuales se comía, bebía y bailaba. Pero en los pueblos prehispánicos existían peregrinaciones a lugares considerados sagrados que implicaban también demandas de sanación, como en particular ocurría con los “santuarios” de Tonantzin y de Oztoteotl, y que fueron reemplazados durante la conquista por la virgen de Guadalupe y por el Señor de Chalma, hacia los cuales se dirigieron ahora las peregrinaciones de nativos y no nativos, pero en función de imágenes católicas<sup>(40,52,70,71)</sup>. Es decir, fueron instrumentados por los españoles al convertir lugares sagrados prehispánicos en lugares sagrados cristianos.

Como sabemos, Tonantzin era la madre de todo lo que existía para los mexicas, y además era parte de la pareja divina que creó el mundo; más aún, era la madre de los dioses, mientras María era la madre de Cristo, es decir, del hijo de Dios. Y si bien la virgen de Guadalupe solo se apropió de algunas de las funciones de Tonantzin, se fue convirtiendo en uno de los principales elementos de identificación y autorreconocimiento del conjunto de los pueblos originarios y no originarios mesoamericanos. Este papel fue posibilitado porque la contrarreforma impulsó fuertemente el culto a María, lo que condujo a la impresionante difusión de la imagen de la virgen a través de las manifestaciones y lugares más diversos y que, en el caso de México, tuvo frecuentemente más peso que la figura de Cristo, como afirmaba Carlos Monsiváis.

Pero, además, necesitamos asumir que la virgen de Guadalupe era venerada en España por lo menos desde el siglo XII, y dicha veneración se extendió sobre todo a partir de los

siglos XVI y XVII. La virgen es morena, como una parte significativa de vírgenes europeas, y su santuario se localiza en Extremadura, siendo patrona de Extremadura, patrona de las Américas y de México, y reina de la hispanidad, constituyendo en España la única virgen con corona imperial. Más aún, el Día de la Hispanidad es el 12 de octubre y la ceremonia central se celebra en la basílica de Guadalupe, en Extremadura. Y es esta virgen la que se convirtió en uno de los principales núcleos de la identidad mexicana hasta la actualidad. Colón y Cortés eran devotos de esta virgen, cuyo nombre es de origen árabe, aun cuando varios consideran que es una palabra nahuatl.

Correlativamente, es importante señalar que una gran parte de los ex votos refieren directa o indirectamente a procesos de SEAP, y que toda una serie de santos y vírgenes aparecen relacionados directamente con la prevención o curación de enfermedades. De tal manera que, a nivel europeo y no solo español, San Roque, San Sebastián, San Carlos Borromeo y otros emergieron como seres protectores especialmente de la peste, así como de otros padecimientos. Varios de estos santos también ejercieron sus “poderes” simbólicos en América, siendo en México posiblemente San Lucas Tadeo quien ha tenido la mayor veneración en términos de procesos de SEAP, aun cuando –respecto del embarazo y parto– se apela básicamente a la virgen de Monserrat, y también a San Ramón Nonato, quien en la península es el santo más asociado con los partos. En una encuesta aplicada a comunidades del estado de Morelos en la década de 1980 se encontró que la virgen de Monserrat es la invocada para lograr un embarazo y parto sin complicaciones<sup>(72)</sup>.

De lo presentado hasta ahora surge que, en ambas sociedades, lo sobrenatural así como los rituales sociales son básicos en la solución real y/o imaginaria de los padecimientos, lo cual tiene que ver con varios procesos y, especialmente, con dos: la escasa o nula eficacia de las terapias existentes para solucionar los principales problemas de salud de los que moría la población hispana y mesoamericana, y el papel decisivo de lo

sobrenatural en las explicaciones y las causalidades, para poder comprender lo inexplicable que amenazaba la vida de los sujetos y grupos<sup>(2)</sup>.

Reiteradamente se señala que la medicina mesoamericana fue reconocida positivamente por Hernán Cortés y por toda una serie de médicos y cronistas españoles<sup>(7)</sup>. Tan así, que Cortés le solicitó a Carlos V “que no permitiera pasar médicos españoles a México, porque la destreza y los conocimientos de los médicos aztecas los hacía innecesario”<sup>(73)</sup>. Esto no implica que fueran mejores, sino que desarrollaban una serie de actividades eficaces que podían compararse con las desarrolladas por los médicos hispanos. Y así, por ejemplo, ambas medicinas se caracterizaban por el intenso uso de la herbolaria. De la bibliografía surge que ambas medicinas basaban su terapéutica en la herbolaria<sup>(7)</sup>, por el desarrollo de técnicas quirúrgicas, así como por el hecho de que los partos eran realizados por parteras, es decir, por mujeres y no por médicos varones como ocurrió sobre todo a partir del siglo XIX y, especialmente, en el siglo XX. Más aún, tanto en Mesoamérica como en los pueblos hispanos, la mayoría de los partos se hacían en cuclillas; es decir, en los pueblos ibéricos no se practicaba el parto con la mujer acostada, sino en forma similar a la mesoamericana<sup>(9,74)</sup>.

En ambas sociedades había diferentes tipos de curadores<sup>(7,75)</sup>, así como un alto número de ellos por habitante. Y dado que gran parte de los padecimientos eran generados por transgresiones, los procesos de SEAP constituían uno de los principales espacios de control social en términos directos e indirectos. Lo que señala López Austin respecto de las sociedades mesoamericanas al concluir que: “el hombre, para conservar su salud, debía actuar constantemente dentro de los límites de la normalidad, la moderación y la templanza”<sup>(51)</sup>.

En la sociedad mexicana existían los siguientes tipos de médicos: a) médicos sacerdotes, que trataban los males enviados por las divinidades y se formaban a través de un riguroso aprendizaje en lugares especiales; b) médicos hechiceros, que curaban pero también producían el mal; c) médicos empíricos,

que constituían el grupo más numeroso, practicando la medicina y la cirugía; y d) parteras<sup>(76)</sup>. En las sociedades hispanas existían: a) médicos de formación universitaria; b) cirujanos y barberos; c) curadores no académicos, como saludadores, herbolarios, ensalmadores; y d) parteras<sup>(52,75)</sup>.

Si bien las cosmovisiones religiosas son parte intrínseca de la medicina mesoamericana, necesitamos asumir que el catolicismo “pagano” aparece como parte fundamental de la cosmovisión de los pueblos hispanos y de sus curadores, incluida la medicina académica, ya que si bien el siglo XV se caracteriza a nivel europeo por la creación de gran cantidad de universidades –especialmente en España, donde se abren ocho nuevas universidades– la formación siguió bajo dominio de la Iglesia católica<sup>(77)</sup>. Pero, además, la cosmovisión, a nivel de la cultura médica popular no estaba dominada por el catolicismo, ya que como señala Kamen:

La cultura popular, especialmente en las zonas rurales, siempre había buscado formas de curación poco ortodoxas para las afecciones cotidianas: todos los pueblos contaban con curanderos o curanderas que ofrecían remedios medicinales, encontraban objetos perdidos, curaban animales heridos, ayudaban a que una muchacha lograra captar el amor de su amado. Las curas podían ser en forma de pociones, encantamientos, hechizos o simples consejos. Se trataba de una subcultura que coexistía con el catolicismo oficial y que no trataba de subvertirlo, aunque en algunas zonas de cristianos nuevos los hechos utilizados no eran cristianos en su contenido. En las zonas rurales el mundo de la magia penetraba hasta en las Iglesias, pues muchos clérigos practicaban costumbres tradicionales –ritos, oraciones, ofrendas, danzas– dentro de la liturgia normal.<sup>(48)</sup>

Y fueron contra estos usos y costumbres hispanos que actuó la contrarreforma y la Inquisición, al igual que contra los usos y costumbres mesoamericanos.

Tanto en los procesos de SEAP prehispánicos como hispanos, los criterios de prevención eran básicamente mágico-religiosos, articulados con criterios empíricos. Es necesario cumplir con las normas sociales y sobre todo religiosas para no enfermar y morir, deben ejercitarse determinados rituales colectivos para protegerse de posibles enfermedades y catástrofes, se necesita buscar la protección de seres sobrenaturales incluidos dioses, santos y vírgenes para evitar enfermarme, por lo que se requieren oraciones, plegarias o confesiones para evitar males y no ser castigado.

Ahora bien, en ambos tipos de sociedades, las personas y sus familias detectaban y atendían los padecimientos a través de diagnósticos y atención hogareños; es decir, frente a los padecimientos inicialmente los sujetos y microgrupos se autoatendían. Todo indica que buscaban una cura rápida, por lo que si no solucionaban el problema demandaban de inmediato a curadores de muy diferente tipo. Por lo tanto, la atención médica se hacía básicamente en el hogar, donde el paciente estaba rodeado por su familia<sup>(52,78)</sup>.

La mayoría de la población no podía atenderse con médicos universitarios en los pueblos ibéricos, por razones económicas; y algo similar ocurría durante el siglo XVI en Mesoamérica, en la que los pocos médicos europeos que existían solo atendían a los españoles, criollos y mestizos no pobres. La población nativa y la mayoría de la población española se atendía con médicos prehispánicos, a los que reconocían su eficacia<sup>(7)</sup>, así como los españoles se atendían también con curadores españoles no universitarios, y los nativos también se atendían con los curadores de las órdenes religiosas<sup>(76)</sup>. Por lo tanto, los saberes europeos sobre los procesos de SEAP se expandieron a través de este tipo de curadores y no de la medicina universitaria. Si bien, como señala Viesca<sup>(7)</sup>, después de un reconocimiento inicial positivo de las medicinas prehispánicas, desde mediados del siglo XVI se desarrolló una imagen negativa entre los hispanos; sin embargo, la mayoría de la población hispana siguió atendiendo con curadores nativos y con curadores españoles no universitarios.

En ambas sociedades existían hospitales. En el caso de la sociedad mexicana, en el siglo XVI existían espacios semejantes a los hospitales europeos, que eran sobre todo para viejos y enfermos pobres, aunque había además una red “hospitalaria” para la atención especial de los soldados mexicanos<sup>(76)</sup>. En el caso español, durante el medioevo y los siglos XV y XVI, el hospital era “el lugar para acoger a los desamparados, marginados, pobres, vagabundos, viudas y huérfanos. Es decir, los que carecían de una red familiar o vecinal para atenderlos”<sup>(52)</sup>. Era un lugar para que una parte de los más pobres murieran y no para atenderlos; ya que el objetivo de estos hospitales “era proteger y cuidar a los desvalidos [...] No se las concebía como instituciones ‘médicas’ sino como albergues polivalentes para situaciones de infortunio, en las cuales no trabajaban médicos”<sup>(79)</sup>. Como sabemos, una de las acciones de salud más inmediatas generadas por los españoles fue la de crear hospitales en Mesoamérica, en los que inicialmente solo se atendían a nativos y en los que casi no había médicos<sup>(76)</sup>.

Como ya señalé, los escasos médicos europeos que llegaron a México durante los siglos XVI, XVII y parte del XVIII se radicaron en medios urbanos, y con muy poco o ningún contacto con población indígena. Por lo que la expansión médica europea no la realizaron los médicos, sino los curadores populares y especialmente los religiosos. Y así, desde principios del siglo XVI llegaron a Nueva España misioneros franciscanos que se caracterizaban por sus saberes médicos y por la creación de hospitales en las poblaciones nativas, por lo que “...los franciscanos fueron enseñando a los indígenas todos sus saberes médicos europeos, con lo que se inició el proceso de aculturación en el campo de la salud”<sup>(80)</sup>.

Fueron los sacerdotes y misioneros los que llegaron a las comunidades indígenas, donde no solo evangelizaron, sino que a la vez atendieron los padecimientos de los nativos. Evangelizaban y trataban médicamente a través de las propias lenguas indígenas que habían aprendido. Es importante asumir que los misioneros aprendieron y usaron la

lengua de los grupos nativos con que trabajaban para reconocer el efecto de penetración cultural, incluso médica, que ejercieron no solo al catolizar sino al trabajar con los padecimientos y sufrimientos de los indígenas. Cabe subrayar que la teoría médica que manejaban estos religiosos era la del equilibrio humoral, que se correlacionaba con las concepciones de equilibrio-desequilibrio dominante en Mesoamérica. Aclaro, para evitar equívocos, que el trabajo misionero se dio dentro de contextos de aceptación, pero también de rechazo por parte de la población nativa, que implicó episodios de agresividad hacia ellos. Esta labor evangélico-médica tuvo una notable expansión, ya que según Ortiz Quesada:

En todos los sitios donde extendieron sus órdenes los franciscanos y agustinos abrieron un convento, dentro de él una escuela y a su lado un hospital. La catequización corría pareja con la instrucción de la fe católica y la asistencia médica.<sup>(76)</sup>

Según este autor, en 1600, los franciscanos sostenían 172 conventos y casas religiosas junto con sus respectivos hospitales, los agustinos 90 y los dominicos 69<sup>(76)</sup>, lo que es refrendado por otros analistas que se refieren a “...la enorme cantidad de edificaciones hospitalarias que se fundaron en todo el territorio novohispano en el siglo XVI, pues cada pueblo tenía su hospitalito o pretendía quererlo”<sup>(81)</sup>, contabilizando unos 250 establecimientos en el siglo XVII<sup>(82)</sup>. Cabe subrayar que los hospitales creados por los españoles llevaban el nombre de Dios, de la virgen o de santos, especialmente los relacionados con enfermedades<sup>(83)</sup>. He tratado de conseguir información sobre el número de sacerdotes y de iglesias católicas de todo tipo que había a finales del siglo XVI y en el siglo XVII en Nueva España, consultando a ocho historiadores, pero todos me señalaron que no existía este dato, o lo que existía no era confiable.

En el caso de los hospitales creados en el actual Michoacán, según Campos y Ruiz-Llanos<sup>(81)</sup>, los indígenas tenían un papel básico

en su funcionamiento, dado que todo el personal era nativo, y participaban curadores indígenas especialmente a través del uso de la herbolaria y del temazcal. Por lo que considero que, sobre todo, a nivel de la población nativa, esta evangelización médica constituye uno de los procesos de mayor significación en la articulación entre las culturas populares de los pueblos hispanos y mesoamericanos.

En ambas sociedades, como vimos, tenemos diversos tipos de tratamientos, pero me interesa recuperar sobre todo dos: las oraciones y las confesiones. Las oraciones dirigidas a los dioses aparecen como una de las principales estrategias de sanación y de prevención de los mesoamericanos prehispánicos según Viesca<sup>(61,78)</sup>, ya que no solo se oraba para curarse de una enfermedad, sino que “no se podía eliminar una epidemia si no se pronunciaban oraciones dirigidas a Tezcatlipoca en actos públicos”<sup>(78)</sup>. Según este analista, los especialistas mexicas también utilizaban confesiones y conjuros orales para curar, lo que también reconocen otros autores para los mayas prehispánicos<sup>(64)</sup>.

Pero ocurre que la oración, la plegaria, así como la confesión aparecen también como parte de las estrategias terapéuticas y preventivas de los pueblos hispanos para demandar perdón y ayuda de los dioses, vírgenes y santos<sup>(52)</sup>.

La oración es en el seno de la Iglesia Católica uno de los medios primordiales para que el hombre imperfecto y necesitado alcance el favor de Dios y resuelva sus necesidades más perentorias. De todas ellas, tanto la salud espiritual como la física son quizás las que más rezos y súplicas auspician.<sup>(49)</sup>

Más aún, Aguirre Beltrán<sup>(84)</sup> señala la importancia de las oraciones en población afro-mexicana, concluyendo que fueron traídas por españoles.

La expansión española sobre las sociedades prehispánicas a partir del siglo XVI supuso la incorporación de concepciones y formas de atención médicas, de las cuales me interesa señalar que la medicina hispana

incluía centralmente tradiciones médicas árabes y hebreas; es decir, era una medicina constituida en la interculturalidad, por lo que había desarrollado capacidades para articularse con las nuevas medicinas utilizadas en Mesoamérica. Y es por eso que, por lo menos una parte de los conquistadores y de los médicos hispanos reconocieron las capacidades de las medicinas prehispánicas.

La revisión realizada nos permite concluir que, pese a las notorias y fuertes diferencias entre ambas sociedades y sus procesos de SEAP, se constatan algunas relevantes semejanzas, entre las que enumeramos las siguientes: a) ambas sociedades se caracterizan por muy altas tasas de mortalidad general y etarias y por una esperanza de vida de alrededor de 30/35 años; b) una parte significativa de las principales enfermedades que luego serán consideradas como tradicionales, son las mismas en ambas sociedades; c) la mayoría de los tipos de curadores son similares, salvo los chamanes mesoamericanos y los médicos universitarios europeos; d) las causalidades son semejantes y en ambas lo sobrenatural aparece como determinante o sobredeterminante; e) los procesos de SEAP aparecen en ambas articulados con procesos mágico-religiosos; f) ambas medicinas se caracterizan por su escasa eficacia ante las enfermedades que generan las altas tasas de mortalidad dominantes; g) las concepciones del mundo sobre los procesos de SEAP posibilitan en ambas sociedades encontrar explicaciones para comprender los significados de la mortalidad y de la enfermedad, así como para utilizar las formas de atención y de prevención basadas en lo sobrenatural. Y fueron estos y otros procesos, los que posibilitaron la articulación de los saberes hispánicos y prehispánicos en torno a lo que será la medicina tradicional.

## EL CORTE RADICAL ENTRE LA MEDICINA TRADICIONAL Y LA BIOMEDICINA

Los procesos de articulación y fusión entre los saberes hispánicos y prehispánicos

generaron saberes sobre los procesos de SEAP entre los siglos XVI y XVIII, que comenzaron a modificarse desde finales del siglo XVIII y, sobre todo, desde la segunda mitad del siglo XIX pero, especialmente, durante el siglo XX, no solo por el desarrollo de la biomedicina, sino también de las medicinas alternativa y complementarias.

Considero que hay tres momentos en los siglos XIX y XX a través de los cuales podemos observar dos tipos de procesos convergentes: uno referido a cambios en la organización económico-política de México y su impacto en la migración interna, y otro al distanciamiento radical entre medicina tradicional y medicina académica. En estos procesos es posible observar tres momentos de cambio: 1) el que surge en la segunda mitad del siglo XIX durante el porfiriato; 2) el que corresponde al desarrollo y consolidación de la revolución mexicana, y 3) el que tiene que ver con el despegue económico generado entre las décadas de 1930 y 1950.

Durante el porfiriato (1876-1910), el desarrollo económico-político impulsó un proceso migratorio rural urbano que supuso el traslado y localización de sectores indígenas a la ciudad de México en forma cada vez más permanente; la revolución mexicana, si bien interrumpió dicho proceso, generó una fuerte movilización del campesinado indígena a lo largo del país; y por último, el reinicio del desarrollo económico impulsó una masiva y creciente migración desde la década de 1940 especialmente hacia las grandes ciudades, en el que los indígenas y sobre todo sus hijos se convirtieron en parte de la clase baja, y en menor medida de la clase media urbana<sup>(85,86,87,88)</sup>.

Este proceso migratorio se inició cuando la mayoría de la población mexicana era indígena y vivía en el medio rural, y condujo a que los migrantes dejaran de asumirse como indígenas en el medio urbano y participaran de una movilidad de clase desigual, en la cual la mayoría persistiría en la pobreza, pero mejorando sus condiciones de vida y de salud comparada con la situación de las comunidades indígenas. En dicho proceso de urbanización, los migrantes fueron en su

mayoría perdiendo su lengua y gran parte de sus costumbres, incluidas las que tenían que ver con la medicina tradicional. Este proceso dio lugar a la construcción de una nueva población de base indígena que pasó a ser la población mayoritaria, y me refiero a la población considerada mestiza, que siguió siendo racializada, pues se le aplicaron parte de los estereotipos antiindígenas.

La población indígena quedó reducida a aquella que sigue viviendo en sus comunidades rurales, la cual dejó de ser la población mayoritaria durante la segunda mitad del siglo XX, y se caracterizó por tener los niveles socioeconómicos más bajos, los niveles menores de escolaridad, las tasas más altas de mortalidad, la menor esperanza de vida y por ser identificada con la medicina tradicional que, a finales del siglo XIX, era considerada como inferior y contraria a la biomedicina, impulsándose un proceso que fue convirtiendo a dicha medicina en la máxima expresión de lo irracional en términos de los procesos de SEAP.

Si bien entre los siglos XVI y XVIII se había generado una diferenciación tanto en Europa como en Mesoamérica entre la medicina universitaria, y el resto de las formas médicas, identificándose la primera con los saberes académicos, y apareciendo las otras formas como empíricas y supersticiosas, lo cierto es que, en términos de uso, la mayoría de la población utilizaba en los países europeos y en Mesoamérica las formas médicas populares, debido en gran medida a la falta de eficacia y a los altos costos de la medicina universitaria. Pero esta situación comienza a modificarse desde finales del siglo XVIII, inicialmente en países europeos como Francia e Inglaterra donde se generan constantes avances en la capacidad diagnóstica, y en las intervenciones quirúrgicas, aun cuando mantenían una escasa eficacia terapéutica a nivel clínico. Esta escasa eficacia, junto con el mantenimiento de teorías como la de los miasmas, que también formaba parte de los saberes populares, siguieron posibilitando que la mayoría de la población siguiera demandando la consulta con curadores populares al no percibir los beneficios prácticos de la biomedicina.

Según Martínez Cortes<sup>(24)</sup>, el sistema médico científico, tal como lo conocemos ahora, se organizó a finales del siglo XVIII, pero se desarrolló durante todo el siglo XIX y, especialmente, entre 1870 y 1900, en que se generó un corte radical con las otras formas de diagnosticar y atender las enfermedades por parte de la medicina tradicional:

En síntesis, al principiar la última década del siglo XIX, se entra de lleno en una nueva época; ahora son otros los conceptos y otras las acciones para luchar contra las enfermedades que constituyen problemas de salud pública. Lo que en adelante se haga tendrá que enmascararse en otro conocimiento o teoría. El corte histórico se impone.<sup>(89)</sup>

Y el corte histórico remite sobre todo a la importancia cada vez más decisiva de lo biológico, incluido centralmente el descubrimiento de la causalidad bacteriana o viral de las enfermedades infectocontagiosas.

Este corte biológico es el que comienza realmente a distanciar y diferenciar a la biomedicina de una medicina tradicional, con la que compartía durante el siglo XIX causalidades (miasmas, aires), concepciones (equilibrio homeostático, frío-caliente) y terapéuticas básicas (herbolaria). Por lo que, además, especialmente durante la segunda mitad de dicho siglo, los médicos universitarios realizaron un constante trabajo ideológico para diferenciarse de las otras formas de atender y, especialmente, de la medicina tradicional a las que permanentemente critican, desprecian e inferiorizan, tratándolas de irracionales, supersticiosas y anticientíficas. Intentaban no solo convertirse en la forma médica hegemónica, sino en la forma de atención reconocida y legalizada por el Estado mexicano –dado que es la única que tiene carácter científico– así como también conseguir ser la medicina más consumida<sup>(90)</sup>, y lo han conseguido, por lo menos, hasta la actualidad.

Esta diferenciación y ampliación de su consumo, se fue logrando sobre todo en las clases medias y altas, y en una parte del proletariado urbano, y se potenció a partir de las

décadas de 1930 y 1940 con el diseño y producción de fármacos eficaces como las sulfamidas y los antibióticos. México fue uno de los primeros países del mundo en utilizar penicilina para un gran espectro de enfermedades, lo que se articuló con una expansión biomédica basada en la acción del Estado mexicano, concentrada exclusivamente en el medio urbano, y referida a ciertos sectores sociales específicos, que –y lo subrayo– no incluyen a los pueblos originarios. Se crearon el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, así como servicios especiales para las fuerzas armadas, y para algunos sindicatos como petroleros, ferroviarios, y azucareros, pero no para los grupos indígenas.

La medicina tradicional mexicana contenía desde sus inicios un fuerte componente de medicinas prehispánicas, articulado con un componente significativo hispano, realimentado por formas medicas africanas, y por nuevas formas que se fueron incorporando como el espiritismo a finales del siglo XIX, y formas surgidas de religiones protestantes, aunque también de formas católicas, como la orientación carismática o el culto trinitario mariano. Es decir, los conjuntos sociales fueron apropiándose pragmáticamente de todas las formas que fueron considerando eficaces, y que podían utilizar, dadas sus limitaciones económicas. Y por eso, durante el siglo XX se fueron apropiando sobre todo de formas biomédicas, especialmente de los fármacos, que los llevó incluso a consumir medicamentos específicos para enfermedades tradicionales como los jabones para las limpias y spray para el mal de ojo<sup>(6)</sup>. Más aún, gran parte de los fármacos apropiados, para ser usados, fueron clasificados a través de las categorías frío-caliente.

De tal manera que durante el siglo XX la medicina tradicional se apropió sobre todo de conceptos y terapéuticas biomédicas que pasaron a ser parte intrínseca de la medicina tradicional, y que no entraron en contradicción con los usos y costumbres nativos, sino que pasaron a formar parte de estos, así como tampoco entraron en conflictos con la

cosmovisión de los pueblos originarios, dado su pragmatismo para utilizar todo aquello que les posibilitara seguir viviendo, pese a las condiciones de explotación, discriminación y marginación en las que vivían y viven. Por lo tanto, en la actualidad, los pueblos originarios utilizan la medicina tradicional como parte de sus usos y costumbres, caracterizada por un constante proceso de medicalización,

por supuesto resignificado y articulado con el sistema de saberes de los pueblos originarios. Si bien desde la década de 1970 surgen orientaciones que revaloran la medicina tradicional, dichas orientaciones no modifican su situación, generándose una fuerte tendencia a la desaparición de los curadores tradicionales o a su resignificación en términos de medicinas alternativas y complementarias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre Beltrán G. Medicina y magia: el proceso de aculturación en la estructura colonial. México: Instituto Nacional Indigenista; 1980.
2. Aguirre Beltrán G. Antropología médica. México: CIESAS; 1986.
3. Viesca Treviño C. Las causas de la enfermedad desde el punto de vista de la medicina tradicional y la occidental. En: Antropología y prácticas médica. México: UNAM; 1987. p. 13-32.
4. Aguirre Beltrán G. Teoría y práctica de la educación indígena. México: Secretaría de Educación Pública; 1973.
5. Zolla C, Del Bosque S, Tascon Mendoza A, Mellado Campos V. Medicina tradicional y enfermedad. México: Centro de Estudios de Seguridad Social; 1988.
6. Lozoya Legorreta X. Visión histórica de la medicina tradicional. En: Ortiz Quesada F, (ed.). Vida y muerte del mexicano, II. México: Folios Ediciones; 1982. p. 15-46.
7. Viesca Treviño C. Ticiotl: I Conceptos médicos de los antiguos mexicanos, México: UNAM; 1997.
8. López Austin A. Cuerpo humano e ideología. México: UNAM; 1980.
9. Alonso y de los Ruyaes de Fontecha J. Diez privilegios para mujeres preñadas. España: Alcalá de Henares; 1606.
10. Villa Rojas A. Estudios etnológicos: Los mayas. México: UNAM; 1985.
11. Ortiz de Montellano B. Los principios rectores de la medicina entre los mexicas: Etiología, diagnóstico y pronóstico. En: López Austin A, Viesca Treviño C. (coords.). Historia general de la medicina en México, vol. I. México: UNAM; 1984.
12. Zolla C, (dir.). Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional. México: Instituto Nacional Indigenista; 1994.
13. Argueta A, (coord.). Atlas de las plantas de la medicina tradicional mexicana. México: Instituto Nacional Indigenista; 1994.
14. Villaseñor-Bayardo SJ, Díaz-Martínez A. Observaciones etnopsiquiátricas Nahuas. *Psiquiatría*. 1995;11:1-5.
15. López Austin A. Los mitos del tlacuache: caminos de la mitología mesoamericana. México: Universidad de Virginia; 1990.
16. Rubel A, Browner C. Antropología de la salud en Oaxaca. *Alteridades*. 1999;17:85-94.

17. Anzures y Bolaños MC. La medicina tradicional. En: García C, Villalobos M. La antropología en México: Panorama histórico: Las cuestiones medulares. México: INAH; 1988. p. 227-260.
18. Trotter R. Discusiones. En: Velimirovic B. (ed.). La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano/estadounidense. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1978. p. 208-231.
19. Martínez R. Los enredos del diablo o como los nahuales se hicieron brujos. *Relaciones*. 2007;XXVIII(111):189-216.
20. Kenny M, de Miguel J. Prefacio. En: Kenny M, de Miguel J. (eds.). *La Antropología Médica en España*. Barcelona: Anagrama; 1980. p. 9-10.
21. Foster G. Relationship between Spanish-American folk medicine. *Journal of American Folklore*. 1953;66(261):201-217.
22. Foster G. *Tzintzuntzan, México: Los campesinos mexicanos en un mundo de cambios*. México: Fondo de Cultura Económica; 1972.
23. Foster G. On the origin of humoral medicine in Latin America. *Medical Anthropology Quarterly*. 1987;1(4):355-393.
24. Martínez Cortés F. Introducción. En: Viesca Treviño C, López A (coords.) *México Antiguo*. México: UNAM; 1984. p. XV-XIX.
25. Croce B. *El carácter de la filosofía moderna*. Buenos Aires: Ediciones Imán; 1959.
26. Croce B. *La historia como hazaña de la libertad*. México: Fondo de Cultura Económica; 1971.
27. Martínez R, Mikulska K. La vida en el espejo: los mundos míticos y sus reflejos entre los nahuas del siglo XVI y otros pueblos de tradición mesoamericana. *Dimensión Antropológica*. 2016;68:7-52.
28. Bonfil Batalla G. *Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, Yucatán*. México: CIESAS; 2006.
29. Bonfil Batalla G. *México profundo: Una civilización negada*. México: CIESAS, SEP; 2000.
30. Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del Estado de Yucatán. *Registro único de médicos tradicionales del estado de Yucatán*. Mérida: Indemaya; 2016.
31. Bartolomé M. *El destino del alto conocimiento: Un aspecto de la dinámica social maya bajo la situación colonial, México*. [Tesis de Maestría]. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales; 1978.
32. Ciruelo P. *Tratado de las supersticiones*. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla; 1986. (Impresión facsimilar de la edición de 1628).
33. Press I. *Tradition/adaptation: Life in a modern Yucatan maya village*. Connecticut: Greenwood Press; 1975.
34. Menéndez EL. *Poder, estratificación social y salud*. Tarragona: Universitat Rovira y Virgil; 2018.
35. Quintal E, Briceño F, Cabrera A. Los que hablan con los vientos: Los jmeeno'ob. En: Bartolomé MA, Barabas A, (coords.). *Los sueños y los días: Chamanismo y nahualismo en el México actual*. México: INAH; 2013. p. 143-198.
36. Boccara M. Tradición, improvisación y modernidad en el chamanismo maya yucateco: El arte suhuy de Juan Kob, h-men de Yaxcaba. *Salud Colectiva*. 2016;13(3):315-348.
37. Knight A. *Racismo, revolución e indigenismo, México 1910-1940*. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla; 2004.
38. Viesca Treviño C. *Medicina prehispánica de México*. México: Panorama Ediciones; 1998.
39. León Portilla M. Prólogo. En: Viesca Treviño C. *Ticiotl i: Conceptos médicos de los antiguos mexicanos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina; 1997. p. 7-16.
40. Kamen H. *Cambio cultural en la sociedad del Siglo de Oro: Cataluña y Castilla Siglos XVI-XVII*. Madrid: Siglo XXI Editores; 1998.
41. Arias BM. *Barraganas y concubinas en la España medieval*. Sevilla: ArCIBEL Editores; 2019.
42. De la Serna J. *Manual de ministros de indios para el conocimiento de sus idolatrías y extirpaciones de ellas*. México: Ediciones Fuente Cultural; 1661.
43. Menéndez Pidal R. Los españoles en la historia: Cimas y depresiones en la curva de la vida política. En: Menéndez Pidal R (dir.). *Historia de España*. Madrid: Espasa Calpe; 1947.
44. Menéndez EL. Las relaciones sociales sanan, pero también enferman, matan y controlan: Una reinterpretación de la medicina tradicional. *AM Rivista della Società di Antropologia Medica*. 2021;52:31-75.
45. Florescano E. Europa y Mesoamérica: choque de conceptos históricos. *La Jornada*. 14 dic 2000.
46. Alberro S. *Inquisición y sociedad en México, 1571-1700*. México: Fondo de Cultura Económica; 1988.
47. Del Castillo A. La persecución de brujas en Europa y América durante los siglos XVI y XVII: Algunas diferencias. *Cuicuilco*. 2001;7(22):169-190.
48. Kamen H. *La Inquisición española*. México: CONACULTA, Grijalbo; 1990.
49. Sacristán MC. *Locura e inquisición en Nueva España, 1571-1700*. México: Fondo de Cultura Económica; 1992.

50. Zolla C. La medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la salud. En: Lozoya X, Zolla C, (eds.). *La medicina invisible*. México: Folios Ediciones; 1983. p. 14-37.
51. Viesca Treviño C, López A, (coords.). *México antiguo*. México: UNAM; 1984.
52. Schmitz C. Los enfermos en la España Barroca (1600-1740) y el pluralismo médico: espacios, estrategias y actitudes. [Tesis de doctorado]. España: Universidad de Valencia; 2016.
53. Carranza C, (ed.). *La ascensión y la caída: Diablos, brujas y posesos en México y Europa*. San Luis Potosí: El Colegio de San Luis; 2013.
54. Foucault M. Las desviaciones religiosas y el saber médico. En: Le Goff J, (comp.) *Herejía y sociedad en la Europa preindustrial, siglos XI-XVIII*. Madrid: Siglo XXI Editores; 1987. p. 9-16.
55. Muchembled R. *Historia del diablo: siglos XII-XX*. México: Fondo de Cultura Económica; 2004.
56. Burton Russell J. *The prince of darkness: Radical Evil and the power of Good in history*. New York: Cornell University; 1992.
57. Villeneuve R. *L'Universe diabolique*. Paris: Albin Michel; 1972.
58. Tena R. *La religión mexicana*. México: INAH; 2012.
59. Viesca Treviño C. Epidemiología entre los nahuas. En: Viesca Treviño C, López A, (coords.). *México antiguo*. México: UNAM; 1984. p. 174-188.
60. Muchembled R. *Una historia de la violencia: Del final de la Edad Media a la actualidad*. Madrid: Paidós Contextos; 2010.
61. Viesca Treviño C. Enfermedad y curación entre los nahuas prehispánicos. En: Viesca Treviño C, (coord.). *Medicina prehispánica*. México: Secretaría de Salud; 2007. p. 133-161.
62. Castaldo M. Susto o espanto: en torno a la complejidad del fenómeno. *Dimensión Antropológica*. 2004;32:29-67.
63. Schondule O. La medicina en el Occidente de México. En: Viesca Treviño C, López A, (coords.). *México antiguo, Tomo I*. México: UNAM; 1984. p. 333-348.
64. Montoliu M. La medicina maya. En: Viesca Treviño C, López A, (coords.). *México antiguo*. México: UNAM; 1984. p. 297-306.
65. Viesca Treviño C, (coord.). *Medicina prehispánica*. México: Secretaría de Salud; 2007.
66. Pitarch P, Baschet J, Ruz Sosa MH. Encuentros de almas y cuerpos entre la Europa medieval y mundo mesoamericano. *Tuxtla Gutiérrez: Universidad Autónoma de Chiapas*; 1999.
67. Ruz Sosa MH. El rumor y el silencio en las voces del cuerpo. En: Pitarch P, Baschet J, Ruz Sosa MH. *Encuentros de almas y cuerpos entre la Europa medieval y mundo mesoamericano*. México: Universidad Autónoma de Chiapas; 1999. p. 85-119.
68. Baschet J. Alma y cuerpo en el Occidente medieval: una dualidad dinámica entre pluralidad y dualismo. En: Pitarch P, Baschet J, Ruz H. *Encuentros de almas y cuerpos entre Europa medieval y mundo mesoamericano*. México: Universidad Autónoma de Chiapas; 1999. p. 41-84.
69. Pitarch P. Almas y cuerpo en una tradición indígena tzeltal. *Archives de Sciences Sociales des Religions*. 2000;45e(112):31-47.
70. Mondragón C, Wieshler W, Fournier P. *Peregrinaciones ayer y hoy: Arqueología y antropología de la religión*. México: El Colegio de México; 2012.
71. Barba de Piña Chan B. *Peregrinaciones prehispánicas del Altiplano mesoamericano*. En: Barba de Piña Chan B, (coord.). *Caminos terrestres al cielo*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia; 1998. p. 17-48.
72. Castañeda X, Mellado V, Tascon Mendoza A, Zolla C. *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*. México: CIESS; 1989.
73. Collado R. El paradigma en la dialéctica de las medicinas americanas. *Estudios del Tercer Mundo*. 1979;11(4):651-662.
74. Valle Racero J. El saber en la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957. *Matronas Profesión*. 2002(9):28-35.
75. Granel L. *La medicina española del siglo XVII*. Salamanca: Universidad de Salamanca; 1978.
76. Ortiz Quesada F. *Hospitales*. México: McGraw-Hill; 2000.
77. Tenenti A. *La formación del mundo moderno*. Barcelona: Editorial Crítica; 1989.
78. Viesca Treviño C. *Prevención y terapéuticas mexicanas*. En: Viesca Treviño C, López A, (coords.). *México antiguo*. México: UNAM; 1984. p. 201-216.
79. Comelles JM, González EM, Olivé MA. El proceso de medicalización de los hospitales catalanes: el caso del Pío Hospital de Valls. *Dynamis*. 1993;13:201-234.
80. Sanfilippo J. El surgimiento de la medicina mexicana: Aculturación y resignificación. En: Viesca Treviño C, (coord.). *Medicina prehispánica*. México: Secretaría de Salud; 2007. p. 113-127.
81. Campos R, Ruiz de Llanos A. Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España. *Gaceta Médica Mexicana*. 2001;137(6):595-608.

82. Guerra FX. El hospital en Hispanoamérica y Filipinas, 1492-1898. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1994.
83. Muriel J. Hospitales de la Nueva España. México: Fondo de Cultura Económica; 1991.
84. Aguirre Beltrán G. Cuijla: Esbozo etnográfico de un pueblo negro. México: Fondo de Cultura Económica; 1974.
85. Lewis O. Antropología de la pobreza: Cinco familias. México: Fondo de Cultura Económica; 1961.
86. Lewis O. Los hijos de Sánchez: Autobiografía de una familia mexicana. México: Joaquín Mortiz; 1966.
87. Lewis O, Pedro M. Un campesino mexicano y su familia. México: Joaquín Mortiz; 1966.
88. Lewis O. Una muerte en la familia Sánchez. México: Grijalbo; 1982.
89. Martínez Cortés F. La medicina científica y el siglo XIX mexicano. México: Secretaría de Educación Pública, Fondo de Cultura Económica; 1987.
90. Menéndez N. Saberes médicos, alcoholismo y criminalidad: Ciudad de México: 1870/1910. [Tesis de Doctorado]. México: UNAM; 2019.

#### FORMA DE CITAR

Menéndez EL. Orígenes y desarrollo de la medicina tradicional: una cuestión ideológica. Salud Colectiva. 2022;18:e4225. doi: 10.18294/sc.2022.4225.

Recibido: 18 ago 2022 | Aprobado: 1 oct 2022 | Publicado en línea: 3 dic 2022.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0). Atribución — Se debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante. Sin restricciones adicionales — No se pueden aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras personas a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

<https://doi.org/10.18294/sc.2022.4225>