



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Conde Caballero, David. Posibilidades de la medicina tradicional hurdana en el entorno sanitario actual de la zona. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0611.php>

**POSIBILIDADES DE LA MEDICINA TRADICIONAL HURDANA
EN EL ENTORNO SANITARIO ACTUAL DE LA ZONA**

Autor: David Conde Caballero
Diplomado Universitario en Enfermería
Diplomado Universitario en Podología
Licenciado en Antropología social y cultural

2011

**Posibilidades de la medicina tradicional hurdana
en el entorno sanitario actual de la zona**

Resumen

La crisis actual del modelo biomédico determina el surgimiento de elementos de atención complementarios que pretenden mejorar la atención sanitaria que los usuarios reciben en la actualidad; puliendo los defectos de individualismo, cientifismo y biologicismo de los que el modelo alopático hace gala.

El estudio de las formas de medicina tradicional puede ser una de las múltiples variantes que pudieran aportar experiencias positivas al respecto. La acotación no obstante de esta forma de curación y sus particularidades es un requisito esencial dadas las fuertes implicaciones que la misma presenta desde los puntos de vista social y cultural. La comarca Extremeña de Las Hurdes, con fuertes señas de identidad forjadas en el paso de los años por diferentes condicionantes, constituye un ejemplo perfecto para el estudio de las mismas; así como un buen ejemplo de las posibilidades de mejora que este tipo de soluciones preventivas y terapéuticas pudieran representar y las oportunidades de implementación de las mismas en el modelo sanitario vigente en nuestros días.

Una mirada desde el punto de vista de la Antropología médica se lleva acabo en estudio, con el objeto de poder conjugar la mirada medica y los conceptos cualitativos que solo la conjugación de esta rama de la Antropología puede aportar.

Índice

INTRODUCCIÓN – (14)

- Hipótesis de partida – (14)
- Objetivos generales – (14)
- Objetivos específicos – (14)
- Estructura – (15)

PRIMERA PARTE - (20)

CAPITULO PRIMERO

- Breve historia de la Antropología médica – (20)
- Definiciones básicas en Antropología médica – (27)

CAPITULO SEGUNDO

- Medicina tradicional en su relación con otras terapias – (28)
- La medicina tradicional en su relación con el sistema biomédico – (44)
 - o La medicina tradicional en el mapa sanitario mundial actual – (49)
 - o Breves apuntes legislativos en nuestro entorno – (52)
- Principales problemas y ventajas en la aplicación de medicina tradicional – (55)

SEGUNDA PARTE – (64)

4

CAPITULO TERCERO

- La comarca hurdana como objeto de estudio – (65)
- Contexto geográfico y demográfico de la comarca de Las Hurdes – (68)
- Consideraciones históricas para entender la situación – (73)
- Breves apuntes sociales – (84)

TERCERA PARTE - (90)

CAPITULO CUARTO

- La medicina tradicional en Las Hurdes – (90)
- Agentes de la medicina tradicional hurdana – (96)
 - o Medicina tradicional. Modernismo y postmodernismo en Las Hurdes
- Percepción de los agentes de salud “*oficiales*”, médicos y/o enfermeras/os , respecto del uso de la medicina tradicional hurdana en la actualidad – (124)

CUARTA PARTE – (126)

CAPITULO QUINTO

- Conclusiones. Cumplimiento de objetivos. Viabilidades futuras – (126)

ANEXOS – (131)

BIBLIOGRAFÍA – (168)

AGRADECIMIENTOS – (175)

Introducción.

Los días que nos han tocado vivir son convulsos y difíciles. Nos encontramos ante una época en la que el contexto socio-económico mundial está determinado por un estado generalizado de crisis. Crisis económica de carácter cuasi global y con una virulencia desconocida hasta ahora por su carácter totalizador; y crisis cultural, donde los mal llamados procesos de globalización determinan la cada vez mayor extinción de procesos culturales que hasta hoy llegaban a ser milenarios y sustentaban las bases de la identidad social. Quizá uno sea consecuencia del otro, o quizá no.

Surgen ante semejante situación global en los últimos años, de forma contestataria en muchos casos, una serie de corrientes de lucha frente a este doblemente crítico panorama. Algunas vertientes realizan esfuerzos por iniciar reflexiones y reutilizaciones sobre elementos que parecían olvidados y que puedan aportar mejoras económicas basándose en modelos previamente exitosos; o mejoras sociales, con una recuperación de formas de comportamientos previas y dotadas de entidad reconocida. De este modo, las políticas que han determinado el conocido como estado de bienestar en los países occidentales han pasado o están pasando de forma pausada a ser revisadas en muchos casos y en la mayoría de los ocasiones a ser, o a intentarlo al menos, mejoradas o retocadas.

De todos los elementos que determinan y conforman una sociedad, hay uno que tiene una especial transcendencia e importancia por su contribución a la mejora de las condiciones sociales de vida y que ha demostrado existir en todas los contextos culturales conocidos; hablamos de la preocupación de lo que en el año 1990 MENÉNDEZ definió como el *proceso salud-enfermedad-atención* (Menéndez, 2008). En la actualidad dicho proceso se encuentra inmerso por parte del sustrato político y social en un interesante debate que concierne a la sostenibilidad económica de los sistemas sanitarios alopáticos¹, tanto en cuanto son los hegemónicos; cuyos gastos, especialmente de índole farmacéutica, han demostrado unos niveles sobredimensionados muy probablemente intoxicados por ocultos intereses industriales que lo manipulan desde diversos flancos. La visión meramente biologicista, el reduccionismo, individualismo y el racionalismo propios de la biomedicina determinan un proceso de atención médica de corte netamente cientifista, donde el uso de la tecnología y la sobreexposición farmacológica se asocia a buenos resultados terapéuticos; independientemente de que sea o no ese el resultado e independientemente de los éxitos obtenidos y demostrados sobre el paciente. Tanto los usuarios como los profesionales sanitarios se ven empujados por la inercia del sistema al uso cada vez mayor de elementos tecnológicos y productos innovadores, casi siempre de síntesis química, como demostración de atención sanitaria de calidad y capacidad curativa. Sí el médico, en un intento de salirse de la norma establecida decide bajar el listón de la exposición científica, pronto será reclamado un aumento de la misma por parte de la persona enferma en defensa de

¹ Entendemos aquí por sistema alopático o biomédico a la forma de ordenación de los saberes médicos actualmente dominante fundamentalmente en el hemisferio occidental. Se caracteriza esencialmente por su positivismo, biologicismo, cientifismo e individualismo que determinan un uso habitual de fármacos de síntesis química y una creciente tecnificación de las actuaciones médicas que poco tienen en cuenta al individuo como un ser bio-psico-social. El término alopático alude a que los remedios que utilizan producen efectos diferentes a los síntomas que se quieren combatir.

sus derechos como usuario. Es ésta una línea espiral peligrosa, especialmente porque su tendencia es proporcionalmente creciente y parece tener unos límites cuando menos difusos. Cobra aquí especial trascendencia el conocido sobre-uso de medicación a la que el sistema sanitario somete a la población como algo objetivo, sin entrar a valorar las causas o manipulaciones que la potentísima industria farmacéutica pudiera realizar al respecto y que ya hemos, y en eso nos quedaremos, vislumbrado.

Así, y partiendo de la base de que toda actuación viene seguida de su inevitable consecuencia; en este caso nos encontramos, entre otras muchas cuestiones que se podrían analizar detenidamente con espíritu crítico y que han sido ampliamente tratadas por diferentes vertientes de la Antropología médica, con una carga financiera transformada en una cuenta de gastos del todo insoportable por las economías nacionales y los sistemas de atención médica^{2,3}. En esta época donde los privilegios y las razones económicas se encuentran muy por encima de otras consideraciones sociales, los aspectos monetarios, por mínimos que sean, cobran una trascendencia básica; hasta tal punto que dada la situación imperante de insostenibilidad comenzamos a percibir recortes en el estado de bienestar que hasta hace pocos años parecían impensables⁴.

Pero no sólo son las razones económicas las que nos llevan a escribir sobre este fenómeno, sino que podríamos igualmente valorar otros problemas asociados a la sobre medicación tanto en la vertiente terapéutica como en la curativa; como puedan ser las interacciones medicamentosas o los efectos no deseados a medicamentos (RAM), cuya virulencia se multiplica en los compuestos de base sintética y cuyos casos se cuentan por millones, algunos incluso desembocados en la muerte de la persona que puso su confianza en él.

7

Pero volviendo a lo que parece que se constituye como el motor del movimiento de las sociedades postmodernas, la índole económica, podemos encontrar un campo de batalla diametralmente opuesto al mencionado si la comparación surgiese de una línea trazada que se refiera a la capacidad económica nacional del estado estudiado; si nos fijamos en los países con menores posibilidades económicas o muchos de los aquellos denominados como “*emergentes*”, el problema ya no es la medicalización de la población, sino la falta de acceso o disponibilidad de las formas terapéuticas bajo el control de la férreas dictaduras macroeconómicas de los

² El envejecimiento de la población, las enfermedades cada vez de más carácter crónico, la exigencia de nuevos tratamientos y prestaciones cada vez de mayor coste, así como el gasto farmacéutico excesivo hacen imposible mantener la eficiencia sin más medios o una gestión diferente de la actual.

³ El gasto sanitario medio de las Comunidades Autónomas en el año 2005 fue del 35% del total del presupuesto manejado. Cifra que se ha mantenido estable con posterioridad (Sánchez Fernández y Sánchez Maldonado, 2009). La importancia de este dato resulta casi sobrecogedora; las sociedades actuales, en teoría basadas en modelos preventivos, con niveles de salud no conocidos hasta ahora, gastan 1/3 de sus recursos en evitar o curar la enfermedad.

⁴ Respecto de la disminución del estado de bienestar en materia sanitaria se puede leer el artículo publicado en el diario EL PAIS con fecha 26 de julio de 2011 bajo el nombre “*Cataluña cierra 40 centros de salud y obliga a derivar a miles de vecinos*”, firmado por FERRAN BALSELLS y LLUIS PELLICER y en el que se afirma que “*uno de cada diez ambulatorios parará en agosto y se limita la atención en un 25%*”. Lo mencionamos por lo significativo que este tipo de medidas sin precedentes representan, máxime porque parecen no ser más que el principio de otras posteriores en la línea de recortes en el mismo sentido.

sistemas de patentes internacionales. Ya sea por falta de disponibilidad de fondos gubernamentales para la adquisición/distribución de productos caros en manos de iniciativa privada; ya sea por la falta de recursos de la población para su compra. El pueblo llano en su abrumadora mayoría carece de la posibilidad de acceso a las formas medicamentosas más elementales.

Nos encontramos pues con una doble vertiente catastrófica, donde mientras los países más desarrollados no pueden sostener económicamente el exceso del uso, los menos afortunados no tienen posibilidad ni tan sí quiera de acceder a ellos.

Sea cual fuere la causa y sea cual fuere el problema, sobre o infra medicalización, problemas asociados al uso...; se plantean serias dudas entorno a los sistemas médicos tanto de países económicamente avanzados como de aquellos países con mayores dificultades monetarias que han llevado a algunos estudiosos en la materia a hablar de “ *crisis del modelo biomédico* “⁵, especialmente desde la década de los 70 del siglo pasado; y a trabajar en la búsqueda de soluciones que permitan su mejora o incluso en las posturas más radicales su cambio por un nuevo sistema de atención sanitaria.

En este contexto médico-social que describimos se hace pues más necesaria que nunca una reacción; una búsqueda de elementos de mejora serios y eficientes que permitan de un lado en el mundo occidental una disminución de la carga financiera y efectos adversos derivados del uso excesivo de medicación; y en los entornos menos desarrollados, una forma de actuación que permita paliar los déficits de atención que surgen como consecuencia de su falta de recursos con la subsiguiente mejora de la situación sanitaria de la población; y porque no, es necesaria una nueva re-dirección de los tratamientos sanitarios hacia la población usuaria, precisando de una visión holista de la que carece por completo el sistema biomédico (Perdiguero y Comelles, 2000) y cuya aportación y explotación no plantea más que beneficios para el usuario; dado que el sistema actual se encuentra mucho más preocupado por el proceso patológico que por el paciente en sí, donde se acentúa la despersonalización, el anonimato y el empobrecimiento emocional de las relaciones médico-paciente sin tener en cuenta factores sociales, culturales o ecológicos que presentan una importancia esencial en los procesos de salud-enfermedad.

Entendemos aquí entonces, que dado los antecedentes expuestos y la importancia de la cuestión, se deben realizar progresivos esfuerzos en el sentido de investigar desde los distintos campos que la Ciencia posibilita fórmulas que traten de paliar este panorama; preferentemente a nuestro parecer a través de formas de atención sanitaria plenamente adaptadas a los entornos sociales en los que se ejecuten y por lo tanto con amplias posibilidades de ser positivamente valorados por la colectividad en los que se apliquen. Nada mejor en este sentido que la búsqueda o reutilización de patrones con éxito, y nada mejor que la aportación que la Antropología médica puede realizar para lograr una plena adaptación cultural en una sociedad caracterizada, al menos en teoría, por la multiculturalidad.

⁵ Sobre este tema y sobre otros muchos que hacen referencia a la Antropología médica remitimos a la lectura de los textos de EDUARDO L MENENDEZ ESPINA. Antropólogo argentino con residencia en México que desde su puesto en el Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social se ha constituido como un auténtico “gurú” en la materia a nivel internacional.

La línea que pretendemos seguir parte de la idea de no encontrarnos en un buen momento para innovar y hacer pruebas sobre el sistema y las formas de atención médica, sino que nos inclinamos, al menos desde nuestra postura, por reutilizar aquello que con anterioridad ha demostrado su utilidad en determinados contextos socio-culturales. Insistimos pues en que la adaptación al entorno es particularmente trascendental, lo que requiere de un diagnóstico regional, comarcal o local de las posibilidades alternativas que se planteen con una acotación suficientemente estrecha como para asegurar el éxito de la misma.

Pretendemos pues aquí con este trabajo realizar una aproximación en el camino de aportar un pequeñísimo grano de arena desde la perspectiva investigadora antropológica a la cuestión, planteando la posibilidad de una mirada retrospectiva hacia formas de curación/prevenición propias de un entorno socio-cultural particular, en muchas ocasiones olvidadas, y que son conocidas de forma global como *Etnomedicinas*. Se propone un ahondamiento en aquellas formas de actuación médica que teniendo como base una actuación holista sobre el paciente, aprovechan los recursos del entorno (*Etnofarmacología*) para curar o prevenir trastornos muy específicos. Estas formas de medicina, englobadas dentro de un grupo mucho más amplio, cuya taxonomía trataremos de aclarar, conocidas como *medicinas complementarias* o *alternativas*, pueden aportar, siempre bajo los adecuados parámetros de calidad y control, un alivio desde el punto de vista de económico que palien el sobre-uso al que ya hemos aludido. Un alivio desde el punto de vista de disponibilidad en el caso del infra-uso de los países menos desarrollados; y una recuperación de tradiciones sociales y culturales que permitirían en cierto modo la regeneración de formas de entidad que hoy en día se encuentran en serio peligro de desaparición.

No cabe más que aclarar que en ningún caso se plantea la posibilidad de un “*revival*” revolucionario con vuelta a formas de curación ancestrales; sino que se trata de un breve intento de pulir defectos y aportar ideas que pudieran ser factibles en la línea de la cada vez creciente demanda por parte de los usuarios en nuevas formas de curación; lo que se traduce de manera objetivable en la necesidad observada en los profesionales sanitarios de formarse cada vez más en diferentes alternativas terapéuticas enriqueciendo su arsenal diagnóstico y terapéutico con otras formas de atención médica como la Homeopatía, la Acupuntura o la Quiropráctica, que vienen a confirmar la ya mencionada crisis del sistema alopático. Desde la otra perspectiva, la del paciente, la experiencia ha demostrado que cuando se agotan las posibilidades alopáticas muchos pacientes recurren a formas médicas tradicionales con buenos resultados, lo que indica la posibilidad de uso como un complemento factible y realista (Portela Guarín, 1987).

Proponemos por tanto el estudio previo⁶, antesala de una deseada Tesis Doctoral al respecto, de las posibilidades que esta idea pudiera tener y las ventajas/inconvenientes que su uso pudiese aportar en situaciones muy específicas en el quehacer diario de los médicos de una zona acotada geográficamente con fuertes características unificadoras desde el punto de vista socio-cultural, la comarca extremeña de Las Hurdes. Se pretende por tanto valorar la posibilidad que nos ofrecería el sincretismo en el que el sistema médico alopático pueda verse mejorado por formas de curación tradicionales, siguiendo siempre las recomendaciones al respecto de la OMS⁷ y los patrones de seguridad y eficacia establecidos y demostrados como válidos por la misma .

No obstante, no seríamos objetivos si no reconociéramos que múltiples son los problemas con los que en un principio nos encontramos al plantear la cuestión, especialmente en lo que se refiere a patrones de seguridad y a las reticencias que el uso de determinadas terapias pueden plantear por parte del sistema biomédico, especialmente teniendo en cuenta la implantación hegemónica que mantiene en la actualidad y que le hace tener un absoluto desdén por otras formas de prevención/curación; especialmente esgrimiendo argumentos de racionalidad y jurisprudencia. Intentaremos hacer un repaso de los mismos y ser especialmente cautos en su tratamiento para asegurar la calidad de lo expuesto.

Entendemos que la empresa que aquí planteamos es en exceso genérica, y animamos a que en cada uno de los entornos culturales y ecológicos en los que pudieran existir formas médicas tradicionales sean investigadas al efecto con el objeto de que lo que aquí se plantea pueda constituirse como una verdadera opción de cambio y ayuda al sistema.

De este modo, una vez expuestas nuestras ideas iniciales de forma somera, exponemos los objetivos que perseguimos con la realización de este estudio:

⁶ Planteamos este estudio como forma de determinar si existe o no campo de estudio suficiente como para llevar a cabo una Tesis Doctoral sobre la materia. La suposición de la existencia de un cuerpo de *medicina tradicional* en esta comarca es sólo teórica, basada en la similitud que presenta con otras regiones donde su existencia sí se encuentra documentada. El resultado del mismo nos ayudará a decidir sobre la idoneidad de dicha Tesis o a replantear ideas iniciales que el trabajo sobre el terreno ayuden a re-direccionar o mejorar.

⁷ Tomamos como referencia los manuales que la Organización Mundial de la Salud ha publicado sobre el tema que estamos tratando por considerar esta organización de las Naciones Unidas como el mejor referente posible al aglutinar al mayor número de países y profesionales en materia médica.

Hipótesis de partida.

La posible pervivencia de formas de *medicina tradicional* en la comarca cacereña de Las Hurdes puede ayudar a mejorar mediante su uso en determinadas situaciones la eficiencia del sistema de salud biomédico.

Objetivo general.

- En caso de que la hipótesis de partida fuera aceptada. Determinar la idoneidad de un futuro estudio de mayor calado sobre el uso de la *medicina tradicional* en la comarca de Las Hurdes dentro del sistema médico estatal, con objetivo de complementar y mejorar las condiciones y prestaciones del mismo; ampliando de este modo el espectro de las oportunidades diagnósticas y terapéuticas al mismo tiempo que se favorecería la recuperación de saberes tradicionales y entidades culturales afectadas por el creciente proceso de urbanización y el desprestigio actual que sufre el mundo rural.

Objetivos específicos.

- Determinar la existencia de un cuerpo de conocimiento con entidad suficiente en torno a la *medicina tradicional* en la comarca de Las Hurdes; presupuesto por similitud con otros entornos socio-culturales-geográficos similares donde sí existe registro del mismo.
- Localización y contacto con posibles informantes que nos introduzcan en el campo de conocimiento y nos permitan obtener información de cara a futuros estudios en caso de existir.
- Determinar la existencia de registros bibliográficos y documentales suficientes que amparen nuestras pretensiones con el objeto de efectuar nuestros estudios siempre dentro de los parámetros de seguridad y control recomendados.
- Determinar la disponibilidad de los agentes de salud de la zona (médicos/as y enfermeros/as) a colaborar en la realización de un futuro estudio; entendiendo que si el objetivo general es la colaboración con el sistema médico debemos contar con la ayuda inexcusable de sus principales agentes. Sin ellos, las pretensiones aquí expuestas resultan inviables y carecen de todo sentido.

Estructura.

La realización de un trabajo antropológico nunca resulta fácil, esencialmente por la subjetividad que de sus métodos se desprenden y de sus resultados obtenemos. La situación se complica aún más si nos movemos en el campo de la Antropología médica, donde la fuerza del sistema alopático, amparado en su racionalismo y cientifismo, deja poco margen para aquellas otras formas de actuación que no se basan estrictamente en los mismos parámetros. Es por ello que cualquier intento de demostrar la posible utilidad de una variante o complemento al sistema debe ir intensamente acompañada de la máxima capacidad objetiva posible dentro de las posibilidades que la epistemología antropológica nos permite. En este contexto, siguiendo las indicaciones y parámetros sugeridos desde la dirección del Máster universitario en el que nos encontramos, hemos intentando conjugar en la medida de lo posible la objetividad de las referencias bibliográficas y los datos numéricos, con la subjetividad de los datos extraídos en el trabajo de campo que implica un estudio de carácter etnográfico. Para estructurar este esfuerzo nos basamos en la siguiente división en tres grandes bloques conceptuales que se presentan subdivididos en cuatro capítulos como forma de ordenar nuestro estudio:

- 1- Estado de la cuestión tanto global como local. Para ello realizamos una importante búsqueda tanto bibliográfica como terminológica que resulta esencial en todo estudio con objeto de poner en antecedentes tanto al autor como al lector; mucho más precisa debe ser dicha búsqueda cuando nos encontramos con un campo de estudio de especiales significaciones y susceptibilidades dentro de las estructuras sociales como son las posibles soluciones a los procesos de enfermedad. Dos son las perspectivas generales que se trabajan aquí; de un lado realizaremos una breve introducción sobre los conceptos esenciales de Antropología médica, para posteriormente ir ahondando en la materia y acercarnos hacia la *medicina tradicional*, su campo de aplicación, sus formas de actuación y todas las posibles ventajas e inconvenientes que de su posible uso se puedan derivar. Atenderemos para ello a los parámetros establecidos por la OMS y aportaremos nuestra propia clasificación terminológica, entendiendo que las ofrecidas hasta el momento no dejan en exceso claro el estado de la cuestión.

Desde el punto de vista contextual en lo que se refiere a la realidad y entorno socio-geográfico-cultural, realizaremos un acercamiento a la realidad *hurdana*; con objeto de justificar el motivo de nuestra presuposición para la existencia de una cultura médica tradicional en la zona. Para la realización de dicha tarea nos apoyamos igualmente en búsqueda bibliográfica exhaustiva, atreviéndonos a confirmar desde estos momentos haber realizado la lectura de un porcentaje muy elevado sobre la totalidad de la documentación publicada existente sobre la materia. A este respecto, aunque no sea el lugar más adecuado para realizarlo, debemos mostrar nuestro agradecimiento al *Centro de Documentación Hurdano* (Pinofraqueado – Cáceres) y al *Centro de Estudios Extremeños* (Badajoz), que de forma continuada han aportado valiosa documentación.

- 2- Elaborada una correcta e importante contextualización de la realidad objeto de estudio, lo que viene a comprender la parte más objetiva del mismo. Procedemos a la vertiente antropológica en forma de particular etnografía y personal observación participante.

No resulta sencillo la realización de esta tarea en la zona, dada la dispersión geográfica de las poblaciones, en especial las alquerías, y las características orográficas que dificultan su recorrido.

La localización de “*facilitadores*” y de “*informantes*” así como las aportaciones que los mismos efectúan constituyen esta segunda parte del trabajo. Deliberadamente se persigue que el lector pueda notar la evolución surgida desde las ideas preconcebidas iniciales hasta las realidades obtenidas, reflexionadas y plasmadas en este escrito. Como en su momento desarrollaremos de forma adecuada, el bagaje bibliográfico y de despacho es someramente insuficiente cuando la perspectiva que se trata es la antropológica, puesto que la realidad en un principio presupuesta a veces se topa con la realidad vivida sobre el terreno, lo que determina un interesante esfuerzo de humildad para el Antropólogo, así como un ejercicio de reformulación y reconstrucción de sus ideas iniciales; este trabajo no será menos y se verá envuelto en un interesante ejercicio de re teorización del cuerpo de estudio.

- 3- Todo trabajo de investigación debe obtener unas conclusiones que surjan de la profunda revisión y estudio de los datos obtenidos. En nuestro caso, la determinación de sí la hipótesis de partida es o no adecuada, así como el raciocinio acerca de las nuevas realidades observadas constituirán este tercer y último bloque que dará por finalizadas nuestras disertaciones. Como ya mencionamos, no sólo se persigue un mero objetivo académico, sino que en el fondo subyace un interés práctico que nos permita decidir sobre la adecuada o no posibilidad de realizar un estudio de mayor calado en la línea del aquí ejecutado. Las conclusiones finales, las reflexiones y la decisión de dicha idoneidad constituirán el colofón final y el toque práctico que desde el principio hemos tratado de imprimir a este esfuerzo antropológico en el que tanto empeño y esfuerzos hemos empleado en los últimos meses.

PRIMERA PARTE

PRIMERA PARTE

CAPITULO PRIMERO

Breve historia de la Antropología médica.

No es posible acometer el estudio exitoso de una forma determinada de *medicina tradicional (medicina popular)*⁸, con la variedad de prismas que en ellas podemos encontrar desde lo biológico a lo social, si no se hace desde una perspectiva integradora que sólo nos posibilita el campo de conocimiento de la Antropología médica. Hasta hace muy poco años los estudios al respecto de formas de medicina propias de comunidades se caracterizaban por ofrecer una visión sesgada, puesto que sí el mismo se realizaba desde un punto de vista médico adolecía de centrarse en exceso en el biologicismo propios de los estudios biomédicos occidentales; mientras que sí por el contrario la perspectiva utilizada era la antropológica, podían aportar mucho sobre la realidad social y cultural pero poco desde la perspectiva sanitaria. Así las cosas, y teniendo en cuenta el holismo característico y definitorio que emana de los usos médicos tradicionales, se hacía necesaria una nueva rama que permitiese su estudio de forma adecuada viniendo a llenar este vacío lo que se denomino como Antropología médica.

Fue a partir de la Segunda Guerra Mundial cuando la medicina se empieza a interesar por el estudio de no sólo las causas meramente biológicas, sino que comienza a mostrar su interés por otros elementos menos tangibles de los procesos de salud-enfermedad, incluyendo, por la importancia que tienen en los mismos, los patrones culturales, sociales, económicos o simbólicos.

Esta nueva realidad provocó un interés de los antropólogos en la cuestión ante la evidencia de que la enfermedad también tenía implícita una construcción cultural; entendiendo que un patrón patológico (*disease*) no tiene porque venir determinado únicamente por un elemento patógeno tangible, como en cierto modo propugna en sus postulados esenciales el sistema alopático, sino que existen múltiples manifestaciones determinadas por una dimensión cultural y la reacción social a ésta (*illnes*), explicada como " *la forma en que la persona enferma, su familia y su red social perciben, clasifican, explican, evalúan y responden a la enfermedad* ". (Viola, 2000).

Para permitir los estudios aglutinadores de esta nueva forma de entender la salud y la enfermedad surge una nueva sub-disciplina antropológica bajo el nombre de Antropología médica, cuyos primeros estudios los podemos encontrar en la década de los 50, llegando su independencia absoluta con el trabajo de FOSTER, G." *Medical Anthropology: some contrast with medical Sociology*", MEDICAL ANTHROPOLOGY NEWSLETTER (1974) (Kenny, M y Miguel, J, 1980).

⁸ La ordenación conceptual entre *medicina tradicional* y *medicina popular*, lo que significan, sus semejanzas y sus diferencias serán indicadas detenidamente a lo largo del estudio.

En el caso de nuestro país, aunque podemos encontrarnos con algunos trabajos iniciales en la línea comentada en la década de los 40, especialmente en los trabajos de LUIS DE HOYOS SAINZ y VICTOR LIS QUIBE⁹.(Martín Herrero, JA, 1989). No fue hasta la llegada de refutados antropólogos extranjeros que llevaron a cabo trabajo de campo en nuestro territorio cuando la Antropología de corte médico comenzó a tener importancia. Así, los trabajos de PITT-RIVERS, J¹⁰ fueron los precursores de una posterior producción propia española centrada especialmente en la *medicina popular* en la década de los 70 y cuyos principales referentes fueron CARO BAROJA , J y LISON TOLOSANA , C; éste último se erigirá con posterioridad como el autor fundamental y “*alma mater*” de la disciplina que permitió otorgarle un impulso definitivo que facilitó la institucionalización de la materia en nuestro país bajo distintos nombres en el ámbito universitario como “ *Antropología de la medicina*”, “ *Antropología de la salud* “ o “ *Antropología de la enfermedad* “. La evolución comentada encuentra su cenit en la obra fundamental que continúa rigiendo los designios de la misma en la actualidad desde el punto de vista teórico; nos referimos el libro de 1980 “*Antropología médica en España*“, escrito por KENNY, M y DE MIGUEL, J (1980. Anagrama. Barcelona).

En los últimos años, tanto a nivel internacional como nacional, la Antropología médica ha virado hacia lo que inevitablemente debe ser el futuro de los estudios antropológicos; su aplicación a la realidad social con un fuerte carácter eminentemente aplicado. De este modo se han llevado a cabo estudios en relación con la adaptación de programas de salud en minorías étnicas o culturales, así como la evaluación etnográfica de instituciones sanitarias que permiten el estudio de los conflictos internos dentro de unos ámbitos de trabajo que continúan estando fuertemente jerarquizados. Por último, el creciente interés por las formas médicas tradicionales surgidas de la mencionada crisis del modelo biomédico a partir de la década de los 70, le ha otorgado a esta sub-disciplina un papel preponderante dentro de las investigaciones antropológicas actuales, observándose incluso procesos de especialización internos muy importantes que han determinado la consecución de cinco enfoques diferenciados y le han colocado como una de las ramas de estudio esenciales dentro de la *American Anthropological Association*. Los enfoques en cuestión serían (Brown, Barrett, y Padilla, 1998):

- Biológico
- Ecológico
- Etno- médico
- Crítico
- Aplicado

⁹ Los primeros trabajos que pueden considerarse como específicos de la Antropología médica en España fueron HOYOS SAINZ, L (1942). “*Folklore del embarazo en España* “. Anales de la Asociación española para el progreso de la Ciencias y LIS QUIBEN, V (1949). “*La medicina popular en Galicia* “. Graficas Torres. Pontevedra.

¹⁰JULIAN PITT RIVERS (Londres, 1919) fue el iniciador de las investigaciones antropológicas modernas en España con su libro “*The people of the Sierra*”(1954); continuando con numerosos estudios sobre el anarquismo, las fiestas, la identidad local, las corridas de toros y los innumerables rituales taurinos de los pueblos de España (Honorio M. Velasco, 2001). Profesor de la *London School of Economics* y de la *Soborna* de Paris, rompe con la tradición de la Antropología africanista para realizar trabajo de campo en un entorno mucho más cercano en lo geográfico, pero también en lo cultural.

Todos ellos vendrían a englobar estudios y conocimientos que en general se ocupan de las diferentes formas de afrontamiento ante los múltiples procesos de salud-enfermedad. Los diferentes sistemas de atención médicos en distintas partes del mundo o la variabilidad socio-cultural que determinan atenciones y procesos patológicos diferenciados en función del contexto en el que se aplican.

Definiciones básicas en Antropología médica.

Resulta esencial cuando trabajamos en un campo de conocimiento que los lectores dispongan de unas nociones básicas que les permitan el manejo de los conceptos esenciales que lo definen y caracterizan; dicha situación nos facilitará una lectura adecuada y profunda de las conclusiones que se expongan junto a una correcta comprensión del mensaje que se trasmite o intenta hacer llegar al lector. Es esencial por tanto comenzar definiendo el campo de trabajo que determina la línea teórica a seguir, que en nuestro caso y como ya hemos comentado está conformado por la rama antropológica conocida como Antropología médica, que en palabras del Dr. GINER ABATI, F (Universidad de Salamanca-Master en Antropología aplicada : salud y desarrollo comunitario . 2010/2011) se puede definir como “...*el estudio y el saber a cerca de la salud y la enfermedad, así como la prevención y los procedimientos terapéuticos en relación con el ámbito cultural donde estos fenómenos se desarrollan...*”.

Entre los muy distintos y variados campos y enfoques epistemológicos que podemos encontrar bajo el prisma de la Antropología de la salud, nuestro trabajo se encuadra dentro del campo o línea de conocimiento conocido como *Etnomedicina o Medicina tradicional* (analizaremos posteriormente de forma detenida las distintas subdivisiones existentes y la localización exacta donde englobaríamos nuestro campo de trabajo, aportando nuestra propia visión a las diferentes taxonomías que se pueden encontrar en las publicaciones al respecto) .

Así, podríamos referirnos a *Etnomedicina* como a aquella parte de la Antropología que hace referencia al estudio de creencias y prácticas que están relacionadas con la enfermedad y que son producto del desarrollo socio-cultural de una zona determinada, y no estrictamente derivados de los trabajos conceptuales de la medicina moderna occidental; persistiendo sus valores y características básicas prácticamente invariables dentro del sistema al que pertenecen y que podríamos definir como *cultural popular* (Hughes, 1968. Citado por Martín Herrero JA, 1989). En esencia, a pesar de las continuas y frenéticas alteraciones de las organizaciones sociales en los tiempos actuales, los sistemas populares se caracterizan por su capacidad para que las concepciones más profundas sobre la salud y la enfermedad perduren en el tiempo casi de forma invariable, y ello lleva asociado una forma de enfrentarse a los procesos patológicos conocido como *medicina popular o medicina tradicional*.

Para analizar este tipo de epistemología debemos evitar prejuicios y establecer falsas relaciones entre la existencia de la cultura popular y aquellos pueblos que desde una perspectiva evolucionista podrían considerarse como *primitivos*; dado que podemos encontrar estas formas de saber y comportamientos en sociedades actuales y en zonas relativamente urbanas o cercanas a núcleos de población importantes, para lo que ponemos como el mejor de los ejemplos la región que ocupara nuestro estudio; la comarca cacereña de Las Hurdes. En este sentido cabe mencionar las palabras de CORREA:

“...lo que es tradicional respecto de los conocimientos tradicionales no es su antigüedad, sino la forma en que se adquieren y se utilizan. Es decir, el proceso social de adquisición e intercambio de conocimientos...”¹¹(Correa, 2002).

De todas las posibles vertientes de conocimiento que la *medicina tradicional* nos oferta y que analizaremos con posterioridad de forma más detenida con objeto de terminar de perfilar la contextualización que aquí iniciamos; hemos decidido centrarnos en este trabajo en los aspectos más objetivables de la misma. Sí lo que pretendemos es establecer, o al menos de momento “*testar*”, una posible colaboración con el sistema médico establecido, debemos acercarnos a él desde patrones lo más similares posibles a sus parámetros de funcionamiento y objetivación, conscientes de que el cientifismo es una característica innegociable en cualquier intento de aproximación que se realice. Así pues, de las diferentes ramas de la *medicina tradicional*, esta posibilidad se encuentra más cercana a lo que podemos encontrar en aquella medicina a base de hierbas (*Fitoterapia*) de utilización prolongada, con frecuencia milenaria, y que aunque en la mayoría de los casos adolecen de estudios científicos sobre su utilidad, se basan en el buen trabajo de la ciencia botánica por un lado y en un bagaje acumulado de observación sistemática sobre un elemento concreto relacionado con la salud y que según la OMS se cifra en tres o más generaciones para poder considerarlo como “*apto*” para el consumo humano (OMS, 2002). Es esta la forma más objetiva y científica que hemos encontrado dentro del campo que ansiamos diseccionar desde la perspectiva meramente académica.

Centrándonos pues en este tipo de terapias, ofrecemos aquí una serie de definiciones en su mayoría obtenidas a partir del máximo órgano mundial en la materia, la Organización Mundial de la Salud (a partir de aquí OMS), que complementando las ya ofrecidas en este apartado nos permitirán un correcto seguimiento y comprensión de lo expuesto en este trabajo.

Así, la OMS entiende por medicamento herbáceo a:

“...aquellos productos medicinales acabados y etiquetados cuyos ingredientes activos están formados por partes aéreas o subterráneas de plantas u otros materiales vegetales o combinaciones de ellos; en bruto o en forma de preparaciones de plantas. Por materiales vegetales se entienden al mismo tiempo a los jugos, resinas, aceites grasos, aceites esenciales o cualesquiera otras sustancias de esa naturaleza. Los medicamentos herbarios pueden contener excipientes además de los principios activos. No se consideran medicamentos herbarios los que contienen material vegetal combinado con sustancias químicamente definidas, incluidos los constituyentes de plantas aislados y químicamente definidos...”¹².

Existe toda una ciencia respecto del uso de la medicina a base de plantas que la legítima y que recibe el nombre de Fitoterapia. Establecer una definición de la misma no resulta sencillo puesto que engloba realidades demasiado dispares para poder describir una entidad única y coherente, hasta tal punto que la propia OMS, aún reconociendo su importancia, no ha podido dar una definición englobante al respecto, haciendo siempre mención a términos como *medicamento herbáceo* o

¹¹ *Protección y promoción de la medicina tradicional: consecuencias para la salud pública en los países en desarrollo.* South perspectives. 2002. Correa, Carlos.

¹² *Estrategia de la OMS sobre medicina Tradicional, 2002-2005.* 2002. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

medicina herbaria. En líneas generales y siguiendo la definición que sí nos aporta HERNANDEZ RODRIGUEZ, A , hablaríamos de “*la Ciencia que trata del estudio de los productos de origen vegetal con finalidad terapéutica, ya sea para prevenir, atenuar o para curar un estado patológico*” (Rodríguez, 2005), dentro de la cual englobaríamos lo que el autor denomina como la *Fitoterapia clásica*, que incluiría el uso de plantas medicinales pero bajo la perspectiva de uso empírico, folclórico o popular.

Para poder completar todo este universo terminológico terminaremos este apartado con un glosario de términos utilizados de forma habitual por la OMS en sus distintas publicaciones, que aunque no constituyen una norma, sí debe erigirse como una referencia esencial¹³ en materia sanitaria, y por supuesto dado el interés demostrado en la materia debe serlo en *medicina tradicional* y dentro de esta en medicina a base de plantas.

Todas estas definiciones pueden ser encontradas en: *Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional: WHO/EDM/TRM/2000.1.2002*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

Hierbas

Las hierbas comprenden materiales vegetales brutos tales como: hojas, flores, frutos, semillas, tallos, madera, corteza, raíces, rizomas y otras partes de plantas enteras, fragmentadas o pulverizadas.

Materiales Herbarios

Los materiales herbarios comprenden además de hierbas, jugos frescos, gomas, esencias estabilizadas, aceites esenciales, resinas y polvos secos. En algunos países se pueden elaborar dichos materiales mediante diversos procedimientos locales como el tratamiento con vapor, el tostado o el rehogado en bebidas alcohólicas u otros materiales.

Productos herbáceos acabados

Los productos herbáceos acabados se componen de preparaciones herbáceas hechas a partir de una o más hierbas. Sí se utiliza más de una hierba se puede utilizar también la expresión “mezcla de productos herbáceos”. Los productos herbáceos acabados y las mezclas de productos herbáceos pueden contener excipientes además de los principios activos. Sin embargo, no se consideran herbáceos los productos acabados o en forma de mezcla a los que se hayan añadido sustancias activas químicamente definidas, incluidos compuestos sintéticos o constituyentes aislados de materiales herbarios”.

¹³ La Organización Mundial de la Salud es el órgano de la Organización de Naciones Unidas especializada en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. La institución es el máximo órgano en la materia, por lo que sus aportaciones y definiciones siempre deben ser una camino esencial a seguir y una referencia a manejar.
Web OMS :<http://www.who.int/es/>

Utilización tradicional de medicamentos herbáceos

Los medicamentos herbáceos comprenden hierbas, materiales herbáceos, preparaciones herbarias y productos acabados que contienen como principios activos partes de plantas, otros materiales vegetales o combinaciones. Por utilización tradicional de los medicamentos herbareos se entiende un empleo prolongado en el tiempo (ver página 25) que determina que su uso está bien establecido y ampliamente reconocido como inocuo y eficaz, por lo que puede ser aceptado por la autoridades nacionales e incluido en posibles legislaciones al efecto.

Principios activos

Los principios activos son los ingredientes de los medicamentos herbarios que tienen actividad terapéutica. En el caso de los medicamentos herbareos cuyos principios activos hayan sido identificados se debe normalizar su preparación si se dispone de métodos analíticos adecuados para que contengan una cantidad determinada de ellos (uso industrial de medicación herbácea). En los casos en que no se puedan identificar los principios activos, se puede considerar que todo el medicamento herbáceo es un principio activo.

PRIMERA PARTE

CAPITULO SEGUNDO

Medicina tradicional en su relación con otras terapias.

A lo largo de las líneas que hasta el momento nos han precedido hemos procurado contextualizar y ubicar el campo de conocimiento global que nos ocupa con el objeto de que la comprensión final del estudio resulte más sencilla. Trataremos en los párrafos que se suceden de dar una nueva vuelta a la cuestión con el objetivo de buscar una ubicación específica a la *medicina tradicional* dentro del vasto campo que suponen las Ciencias que trabajan en los procesos de salud-atención-enfermedad. No es ésta una empresa sencilla, puesto que tras analizar una cantidad importante de bibliografía sobre la materia hemos comprobado la existencia de una notoria disparidad de criterios que llegan a ser patentes inclusive en las diferentes taxonomías que la propia OMS realiza en sus distintas publicaciones. Con el ánimo de facilitar la lectura y aclarar la cuestión en la medida de lo que nuestra capacidad nos permita, nos atrevemos aquí con nuestra propia ordenación basada en la conjugación y síntesis de los diferentes textos analizados.

Un documento esencial que ha regido y servido de guía en la forma de atención médica imperante en el mundo en la actualidad, tanto a nivel macro, de políticas gubernamentales, como a nivel micro, de consultas de atención primaria, es la declaración de Alma – Ata de 1978¹⁴, donde se vino a determinar el objetivo esencial de lograr un elemento tan básico como utópico conocido bajo el nombre de “*salud para todos en el año 2000*” (Abel, 2003). Entre las pautas elementales y esenciales de esta declaración de principios auspiciada por los máximos representantes sanitarios internacionales del momento, se encuentra el llamamiento llevado a cabo por la OMS respecto del uso de las formas de *medicina tradicional* como un componente importante de la atención primaria de salud (OMS, 2002), abogando de forma decisiva e implicada por el desarrollo de aquellas infraestructuras necesarias para la prestación de servicios de salud integrados (tanto tradicionales como modernos) a todos los niveles (Yamashita et al, 2007). Con esta declaración y línea de acción, el máximo órgano mundial en materia sanitaria hace un claro enfoque de políticas y deja de considerar a la *medicina tradicional* como un elemento “*desdeñable*” o sin capacidad práctica de uso, para pasar a comportarse como un elemento reconocido en sus posibilidades de complementar y mejorar sí es posible la atención primaria de las diferentes zonas donde se apliquen , bajo cuyo amparo englobamos este estudio.

Con el fin mencionado, la OMS no dudó ni escatimó recursos económicos ni personales para la creación de los diferentes “*programas de medicina tradicional de la OMS*”, determinando la instauración de una nueva visión que desde esta fecha ha facilitado que se hayan venido financiando distintos grupos de trabajo para estudiar y fundamentar su uso regulado y plasmado en una serie de monografías que en su totalidad han sido consultadas para la elaboración de este estudio. La política a seguir al respecto fue presentada en el informe de la Directora General sobre

¹⁴ La conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma – Ata el día 12 de septiembre de 1978, expresó la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y de todos los agentes implicados en el desarrollo para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo.

medicina tradicional en la cuadragésima cuarta asamblea mundial de la salud celebrada en el año 1991¹⁵, en la que se abogaba por una estrecha colaboración entre la OMS y los países miembros para el profundo examen de las políticas nacionales, la legislación y las decisiones sobre la naturaleza y el grado de uso de la *medicina tradicional* en sus respectivos sistemas de salud. Entre las principales recomendaciones que la OMS determinó entre sus prioridades nos encontramos:

“...*facilitar la integración de la medicina tradicional en los sistemas de atención de salud. Promover el uso racional de la medicina tradicional, la formulación de pautas técnicas y normas internacionales en el campo de los medicamentos herbareos, y actuar como centro de difusión de información sobre diversas formas de medicina tradicional...*”¹⁶ (OMS, 2000).

Resulta obvio pensar que los esfuerzos que la OMS ha efectuado y continúa llevando a cabo en esta línea de trabajo, así como su apuesta firme por las terapias complementarias; se encuentran especialmente enfocados y con miras claramente establecidas con el objeto de lograr una mejora asistencial en aquellos países con mayores dificultades de acceso a los sistemas y servicios sanitarios biomédicos; mostrándose los sistemas tradicionales no sólo como formas complementarias, sino en esta ocasión, llegando a cumplir una función claramente alternativa ante la falta de accesibilidad existente a las formas de atención alopáticas. Tal es la situación que según los datos que el propio organismo maneja este tipo de prácticas vienen a suponer alrededor del 80% de las actuaciones médicas totales llevadas a cabo en los países con pocos recursos monetarios, esencialmente en el área geográfica africana (OMS, 2002), donde su alta accesibilidad y asequibilidad unidas a las casi inexistentes posibilidades económicas la convierten en muchas ocasiones en la única forma de atención primaria de salud disponible.

22

Los datos presentados obligan por su contundencia e importancia a realizar una seria reflexión acerca de las concepciones y prácticas de la *medicina popular*, especialmente en su relación con el sistema sanitario nacional por lo general alopático, definido en 1990 por Menéndez como *modelo médico hegemónico* (MMH)(Duarte Gómez, 2003). Abogamos aquí porque dicha reflexión debe ir en la línea de que las prácticas populares de medicina no deben ni pueden quedarse relegadas, sino que corresponde realizar esfuerzos que posibiliten una creciente importancia en el quehacer médico diario; siendo de obligación el paso previo en el que las mismas pasen a formar parte de la agenda prioritaria de los investigadores con el objeto de mejorar el conocimiento que de las distintas prácticas se dispone en la actualidad. En este sentido, algunos autores de renombre en la materia como KUSCHICK, afirman que “...*en la asistencia sanitaria institucionalizada rural y urbana, la medicina popular puede cubrir algunas lagunas regionales y sociales del sistema sanitario...*” (Kuschick, 1995). Aclaremos aquí que nuestra postura a lo largo del estudio no defiende una sustitución de las técnicas alopáticas por técnicas complementarias o tradicionales, esto sería una quimera falsacionista e irreal; sino que propugnamos y apostamos por una tendencia que establezca lazos intensos de

¹⁵ Celebrada en Ottawa (Canadá) en octubre de 1991, se aprobaron una serie de normas que definirían los criterios básicos para la evaluación de la calidad, la inocuidad y la eficacia de los medicamentos herbarios para ayudar a las autoridades normativas nacionales, organizaciones científicas y fabricantes a que emprendieran una evaluación de la calidad, la inocuidad y la eficacia de los medicamentos herbareos.

¹⁶ Organización Mundial de la Salud. *Op Cit. Página 24.*

colaboración y complementación, sin entender la medicina o formas de curación como un sistema vertical en cuyo vértice dormita el sistema alopático; sino como un sistema horizontal cuyo objetivo esencial se centra en la mejora de las condiciones sanitarias de la zona en cuestión donde se trabaje y muy en la línea de los sistemas sanitarios biopsicosociales, tan alabados como faltos de implantación.

En este sentido, que va a marcar nuestra visión del campo de estudio, podemos afirmar que las formas alternativas de curación pueden aportar no sólo unos resultados objetivables en la patología a tratar y que la experiencia ha demostrado con creces, sino que pueden ir mucho más lejos y aportar una nueva forma de relación mucho más intensa entre el paciente y el médico, puesto que se tienen mucho más en cuenta tanto el psiquismo como el contexto y la subjetividad psicocultural que la envuelven, por lo que en muchas ocasiones se constituyen como las formas de actuación más adecuadas en aquellas enfermedades con fuertes componentes sociológicos (Duarte Gómez, 2003). En este tipo de patologías es sobradamente conocido el esfuerzo de los médicos en encontrar una explicación meramente biológica a una disfunción patológica, sin tener en cuenta que esta viene ampliamente influida por factores no sólo biológicos, sino también sociales, culturales, personales y psicológicos. Estas diferencias explicativas entre el modelo biomédico y el del paciente hacen que en muchas ocasiones el tratamiento fracase y el paciente se encuentre en la obligación de buscar otras explicaciones o alternativas terapéuticas que alivien su situación.

No obstante debemos ser cautos a la hora de manejar la propuesta que aquí llevamos a cabo, especialmente en lo concerniente a las distintas reacciones que el uso de terapias complementarias suscita, y que siempre se mueve en un amplio abanico de reacciones que van desde un profundo escepticismo basado en la falta de información hasta un entusiasmo carente de toda crítica e igualmente poco racional. Es esencial ser realista al respecto y no dejarnos llevar por cierto entusiasmo en la defensa de la cuestión, por lo que nuestra propuesta pretendería tan sólo ahondar en la aportación que este tipo de terapias pudieran realizar a momentos muy concretos de la acción terapéutica, teniendo siempre en mente que la posible aplicación de formas de *medicina tradicional* deberá ser siempre entendida de forma sinérgica a la atención primaria de salud, especialmente en “*aquellas fases iniciales de resfriados, diarreas, dolores de estómago, fiebres ligeras etc.*”¹⁷.

¹⁷ De esta forma se refirió el Sr.Yohei Sasakawa, Presidente de la Fundación Nippon, en la apertura del taller interregional sobre los usos de *medicina tradicional* celebrado en Ulaanbatar (Mongolia) en el año 2002. En la misma línea de integración se mostro el Dr.Omi, Director regional de la OMS para el Pacífico Occidental. Este taller es especialmente importante puesto que en él la OMS definió la estrategia a seguir con el objetivo de contribuir a la mejora de la seguridad sanitaria y definir el papel de la *medicina tradicional* en las estrategias nacionales sanitarias. Pueden consultarse los discursos íntegros en: Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005.2002.Organización Mundial de la Salud. Ginebra

Así, la creciente importancia de este tipo de terapias ha llevado a la OMS a realizar un seguimiento de la situación de tal manera que desde 1991 ha preparado una serie de pautas técnicas al respecto basadas esencialmente en la investigación a cerca de la inocuidad y la eficacia de la *medicina tradicional* (OMS, 2002) que dote de un entorno más científico a una atención cuyo esencial tendón de Aquiles y fuente de los escépticos al respecto es el exceso de actuaciones empíricas que encontramos en sus formas de acción¹⁸.

Esta variabilidad y en ocasiones recelo ante la falta de cientifismo que acompañan a este tipo de terapias (en muchas ocasiones recelo orquestado por el interés de la industria farmacéutica en el descredito de este tipo de opciones) determina que las políticas de los distintos países respecto de la integración de la *medicina tradicional* en sus diferentes sistemas médicos sea muy diferente entre regiones¹⁹ (consultar el apartado de este mismo trabajo: “*Breves apuntes legislativos en nuestro entorno*”). Algunos países, especialmente asiáticos, como China, Vietnam o la República de Corea han puesto en práctica medidas que permiten promover la integración con miras a explotar los posibles puntos complementarios que puedan existir entre ambas formas de actuación. De esta forma se han creado líneas de investigación, censos de curanderos...(Correa, 2010), a lo que la OMS se refiere como modelo “*integrado de salud*” (OMS, 2002), en una escala determinada por el nivel de integración de las terapias complementarias en el sistema médico alopático.

En este punto y realizadas múltiples alusiones dada la temática de estudio al concepto de *medicina tradicional*, resulta esencial realizar un pequeño receso antes de continuar y dedicar un cierto tiempo a ampliar las definiciones a las que anteriormente se le dedicaban unas líneas, puesto que existe un alto grado de confusión al respecto y una gran variabilidad en lo que los distintos autores entienden sobre la cuestión. Para ello, no podemos más que tomar como referencia la más aceptada de las definiciones, la determinada por la OMS, que como en su momento comentamos constituiría la piedra angular de nuestro racionamiento teórico. Así, la OMS en su “*Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*”, define la *medicina tradicional* del siguiente modo:

“... son aquellas prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades...”.

¹⁸ Ejemplo interesante de ello es el artículo publicado en el diario EL MUNDO con fecha 09 de agosto del 2011, firmado de MARTOS, CRISTINA con el nombre “*Las plantas medicinales burlan la legislación*”, en el que la autora muestra una serie de estudios británicos en los que se demuestra la libre venta de productos herbarios saltándose la legislación al respecto.

¹⁹ En la literatura etnomédica con frecuencia se habla de la “*integración*” como la incorporación de ciertos conceptos de la *medicina tradicional* a la atención de la salud a nivel nacional (Correa, 2010).

En una definición anterior en el tiempo (1998) igualmente la propia OMS nos define la misma como (Yamashita et al, 2007):

“...La suma total de los conocimientos y prácticas, ya sean explicables o no, que se utilizan para el diagnóstico, la prevención y la eliminación de todo desequilibrio físico, mental o social y que se basa exclusivamente en la experiencia práctica y la observación, transmitidos de generación en generación, ya sea de forma oral o escrita”.

Como se deduce de estas dos definiciones esenciales, la OMS lleva a cabo un esfuerzo por contemplar y aglutinar en las mismas las diferentes oportunidades terapéuticas que las formas tradicionales de sanación han ofrecido a lo largo de la historia. De ello, se puede definir que la *medicina tradicional* engloba tres vertientes esenciales que enumeramos a continuación:

- **Factores mágicos:** son aquellas formas de curación que se basan en las creencias en unos poderes ocultos, sobrenaturales y ajenos a Dios. Constituyen la base de las supersticiones. Las prácticas mágicas y los amuletos son un buen ejemplo de estos factores²⁰. Podemos encontrar refranes al respecto en la literatura hurdana: “*Huy, que malu estoy de la luna, que malu estoy de la luna...; huy que revoltooriu...*” (Barroso Gutiérrez, 1989). Del mismo modo en la región existe la tradición de esquila los animales con luna en menguante, basado en la creencia ancestral de no ir contra el ritmo cósmico, puesto que esto se podría cortar al organismo vivo en un momento en que sus fuerzas están creciendo.
- **Factores religiosos:** se reconoce la figura de un Dios como máxima forma de poder. Los milagros constituyen un dogma de fe. La curación proviene de ese Dios o de figuras similares.
- **Factores naturales:** Son los remedios obtenidos de la naturaleza, constituidos a base de plantas y minerales. Hierbas medicinales, raíces, minerales magnéticos, cortezas de árboles...²¹.

²⁰ Existen múltiples ejemplos al respecto y muchos de ellos perviven aun en nuestras sociedades. Para una profundización en el tema y la visión de algunas ilustraciones recomendamos “*Medicina popular en España*”. Ingrid Kuschick. 1995. Siglo XXI de España editores S.A.

²¹ Resulta evidente que en los momentos actuales donde el sistema biomédico se encuentra fuertemente inmiscuido en el ideario colectivo, una actuación sanitaria complementaria entre *medicina tradicional* y *medicina alopática* sólo se puede entender desde la perspectiva que ofrecen los remedios naturales, al ser la que evidentemente más puede adaptarse a las exigencias del “*cientifismo*” biomédico. Resultaría inconcebible desde el punto de vista sanitario actual entender una acción de carácter religioso o mágica entrelazada con tratamientos alopáticos. Creemos pues que en nuestro estudio, la única forma de acción posible serian los remedios naturales, despojándonos de cualquiera de las otras dos posibilidades; sí bien no por ello renunciamos a la visión holística que tradicionalmente incluía las acciones en muchas ocasiones en las tres variantes al mismo tiempo, situación que ha ido cambiando en los últimos años favoreciendo las practicas naturales sobre el resto.

Con todas estas definiciones sobre *medicina tradicional* y sus diferentes variantes y posibilidades llega el momento de englobarla en un entorno más amplio y de encuadrarla en la idea que nosotros aportamos en su relación con el sistema institucionalizado. Es frecuente en este sentido encontrar en la literatura especializada transposiciones de conceptos que se utilizan de forma indiscriminada y que contribuyen a un estado general de confusión sobre los términos en cuestión. Así, por ejemplo, es habitual encontrarse con el uso sinérgico de los conceptos de *medicina tradicional* y *medicina popular*, cuando desde nuestra particular visión existe una diferencia conceptual pequeña pero clara y que por lo tanto se traduciría en la aplicación práctica que pretendemos. Por esta razón nos aventuramos a ofrecer aquí una forma de taxonomía propia que nos ayude a entender el estado global de la cuestión y que aporte algo de luz a la confusa literatura al respecto, cuyo estado de anarquía parece abarcar tanto a autores individuales como a organismos de la importancia y trascendencia de la OMS. Para ello, una vez analizada la materia bibliográfica existente al respecto hemos creado la siguiente ubicación conceptual que dado su carácter particular se encuentra abierta a críticas y posibles modificaciones:

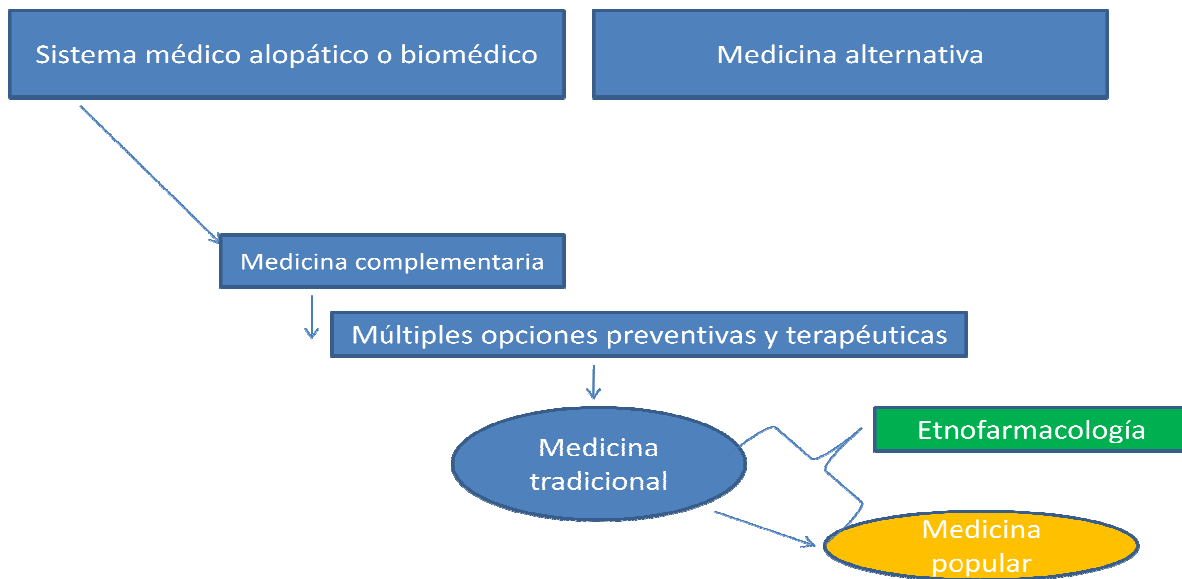


Figura 1. Ordenación de los conceptos de *medicina tradicional* y *medicina popular* en relación con el sistema alopático.

Defendemos en esta forma de ordenación un especial cuidado a la hora del manejo de los conceptos, con especial celo en el uso de cada uno en el momento adecuado al hacer mención a diferentes modalidades de acción terapéutica, evitando así por ejemplo la ya mencionada de referirnos como sinónimos a los conceptos de *medicina tradicional*, *medicina popular* o *medicina complementaria*; puesto que existe una clara diferencia entre ellos que trataremos de explicar en las líneas siguientes.

En este sentido, si partimos de la base de las recomendaciones de la OMS, el sistema médico esencial por tanto en cuanto que garantiza de forma clara y comprobada los estándares de calidad sanitarios es el sistema biomédico o conocido igualmente con el nombre de sistema alopático, sin entrar aquí en posibles discusiones sobre sí el sistema biomédico en sí como lo conocemos en la actualidad o las nuevas tendencias hacia los modelos de sistemas biopsicosociales como forma más adecuada de relación con el paciente. Partiendo de esta premisa, surge de forma paralela el concepto de *medicina alternativa*, entendida como aquel sistema o forma de cuidado médico que pretende ser una alternativa total al sistema biomédico. Es decir, constituye o pretende sustituir al modelo sanitario alopático y para ello se basa no sólo en un uso tradicional ampliamente establecido y una amplia experiencia, sino en una institucionalización importante y en la existencia de una ciencia perfectamente documentada en alusión a la misma y transmitida a lo largo del tiempo con referencias escritas a esa transmisión y con una clara implicación en el entorno socio-cultural donde se lleva cabo, con por lo tanto una visión holista del problema sanitario que se plantea. Este tipo de formas de curación pueden suponer un uso paralelo o complementario, pero por sí solas y dado su cuerpo de conocimiento y divulgación podrían llevar a cabo su función sin necesidad de depender del sistema biomédico en lo que por lo tanto se constituiría como una alternativa de atención médica. Entre este tipo de formas o sistemas de curación nos encontramos con la Medicina tradicional China, los sistemas nativos de indígenas americanos o el sistema Ayurvédico Hindú.

Teniendo claro esta primera definición conceptual podemos llevar a cabo una inicial subdivisión y diferenciación entre lo mencionado y lo que conocemos como *medicina complementaria* o *terapias complementarias*. Con este término hacemos referencia a una gran variedad de formas preventivas y terapéuticas que se encuentran fuera de lo académicamente establecido por el sistema biomédico pero que pueden complementar su actuación mejorando la atención y el servicio que se presta al usuario. En los últimos años este tipo de acciones han sufrido un aumento espectacular en su demanda y uso, hasta tal punto que muchos médicos se han especializado en el uso de las mismas con el objetivo de mejorar la atención de sus pacientes, a pesar de las reticencias que la medicina académicamente establecida muestra al respecto con conservadurismos académicos poco adaptados a las necesidades y demandas reales de los usuarios de servicios sanitarios. En cualquier caso, lo que nos interesa aquí es el concepto de complementariedad, puesto que aunque la mayoría de ellas se trata de ramas en la actualidad muy bien documentadas, por lo general se refieren a actuaciones concretas, sobre ciertos problemas determinados. Existe una amplia variedad de las mismas, pudiendo encontrarnos entre otras:

- Las terapias físicas como la quiropráctica, masajes o yoga
- Terapias termales
- Homeopatía
- Quiropráctica
- Hierbas y otros remedios de carácter natural. Medicina tradicional herbácea. Fitoterapia
- Remedios basados en supersticiones y sugerencias. Terapias mentales basadas en creencias mágico-religiosas
- Trabajos sobre la energía como el Reiki
- Técnicas de relajación como la meditación o la visualización
- Otras técnicas utilizadas

La idea que aquí defendemos sobre la ordenación de los campos de conocimientos en las formas complementarias de atención médica, fue refutada posteriormente al tener acceso a la definición que realiza sobre la cuestión la *National Centre for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) que se refiere como medicina complementaria cuando la misma “ *se utiliza junto a la occidental para el tratamiento de un paciente , y alternativa cuando se usa a cambio de la occidental*”. (Duarte Gómez, 2003)

El mismo centro define la existencia de 7 grandes áreas de conocimiento en la *medicina tradicional* que se encontrarían todas dentro de las tres grandes vertientes mencionadas con anterioridad (mágicas, religiosas y naturales) y que pasamos a enumerar:

- La *acupuntura*. Práctica de estimular distintas partes del cuerpo mediante agujas para curar. Especialmente trascendente en la medicina tradicional China, aunque actualmente ampliamente exportada con gran éxito en su uso y aceptación.

- La *Fitoterapia* o *medicina Herbaria*, que comprende el uso de una amplia gama de plantas utilizadas como medicina y complementos en el mundo de la nutrición. Sobre esta vertiente pretendemos volcar nuestros esfuerzos teóricos a lo largo de este estudio.
 - La *curación manual*. Definida como aquella rama que trata los problemas médicos por medio de la manipulación y el realineamiento de las diversas partes del cuerpo. Tal vez el método más conocido es la *quiropática*; que se centra en el sistema nervioso y el reajuste de la columna vertebral. Otras formas de curación manual son: el masaje, la medicina osteópata o la curación por contacto.
 - La *dieta*. Entendida como aquella parte que pretende introducir cambios en la alimentación o el estilo de vida y hábitos nutricionales de las personas. Muchas de ellas toman nutrientes suplementarios si su dieta habitual no contiene suficientes vitaminas o minerales y las personas con enfermedades crónicas como cardiopatías y Diabetes a menudo cambian su tipo de dieta para favorecer el control de la patología. Constituye una de las formas más eficaces y extendidas de las formas de cuidados alternativos, porque el cambio de hábitos y dieta no sólo ayuda a tratar numerosas enfermedades, sino que también ayuda a prevenirlas. Se trata esta vertiente de una parte de la medicina complementaria que se encuentra plenamente integrada en el modelo médico occidental, tanto en el ideario del profesional como en el del usuario, por lo que cabría discutir si es ciertamente una forma de medicina complementaria o se podría considerar dentro de las formas medicas alopáticas habituales.
- 29
-
- En *control de la mente y del cuerpo*. Se centra esencialmente en la función que ejerce la mente sobre los trastornos que afectan al cuerpo. La hipnosis, un tipo de sueño consciente, puede ayudar a algunas personas a tratar adicciones, el dolor o la ansiedad, mientras que tratamientos como la psicoterapia, la meditación y el yoga se emplean para la relajación.
 - El *bioelectromagnetismo*, un área emergente de estudio que se concentra en determinar los cambios en los campos electromagnéticos del cuerpo pueden afectar a la salud.
 - Otros medicamentos y formas de actuación complementarias.

Proponemos pues aquí como ya se ha ido haciendo suficiente mención que la *medicina tradicional* se constituya como una forma de actuación complementaria y de mejora del sistema, y no como una forma alternativa, pretendiendo la ampliación del abanico de opciones en momentos muy específicos y puntuales del proceso terapéutico. Como bien dicen NESSE y WILLIAMS en su obra “ *Why we get Sick ?* “ (“¿Por qué enfermamos?”) :

“...No se pretende pues impulsar aquí una alternativa a la práctica médica actual, sino mas bien, una perspectiva adicional desde un corpus de conocimientos médicos que han sido totalmente olvidados por el estamento médico...”²²

Entre las aportaciones más diferenciadoras y únicas que las formas de *medicina tradicional* pueden aportar se encuentra una forma de hacer terapia que podría estar diferenciada en función de la región o grupo socio-cultural en el que nos encontremos, puesto que esta terapéutica se encuentra fuertemente influenciada por factores históricos, personales y sociales (OMS, 2002). Esta forma de hacer medicina vendrá a mejorar la concepción holística del proceso salud-atención-enfermedad y aportaría mejoras en el sentido de evitar la despersonalización que caracteriza a las formas alopáticas de acción. En este sentido VIOLA determina:

“...Admitir la unidad de la especie humana por lo que se refiere a una serie de funciones biológicas, no implica necesariamente que dichas funciones deban manifestarse de manera uniforme, puesto que también entran en juego las adaptaciones biológicas y culturales a ecosistemas específicos...”²³

Este tipo de formas de atención centradas en comunidades nos permite continuar ahondando y profundizando en la cuestión, terminando de perfilar nuestra propuesta de ordenación de las terapias complementarias. Así, dentro del concepto que hemos analizado de *medicina tradicional* podemos encontrar una nueva subdivisión (ver figura 1) y hacer mención al término de *medicina popular* o *medicina folk*; entendiendo a la misma como a aquel conjunto de ideas, conocimientos, valores, costumbres y prácticas de salud que se llevan a cabo en un entorno socio-cultural-geográfico determinado y generalmente reducido, que no presentan el cuerpo científico y bibliográfico que puedan llegar a tener algunas formas de *medicina tradicional*, puesto que su conocimiento y transmisión se producen normalmente como forma de patrimonio inmaterial de transmisión oral y empírica y de forma más limitada escrita (Correa , 2002). En palabras de HUGHES “...aquellas creencias y prácticas que se relacionan con asuntos de enfermedad y que son producto del desarrollo cultural indígena²⁴ de una zona determinada y no explícitamente derivados de trabajos de campo conceptuales de la medicina moderna...” (Hughes, 1968). Se trata por lo general de una forma de medicina sincrética, que ha ido absorbiendo elementos de las diferentes formas de hacer frente a la enfermedad que se encuentran o han encontrado en la región a lo largo de la historia, que pueden ser el resultado de experimentaciones y observaciones (Correa , 2002). En contra de lo que se puede llegar a suponer, el saber médico tradicional o popular no se caracteriza por una estanqueidad en el tiempo, sino que se encuentra en un continuo proceso de transformación, puesto que en líneas generales este tipo de saberes viene determinado por la confluencia de varios aportes entre los que igualmente se encuentra de forma clara la influencia del sistema biomédico (Menéndez, 1994). La acotación espacial de las actuaciones resulta muy importante, puesto que las creencias y la cultura que prevalecen en una determinada comunidad ejercen una gran influencia sobre este tipo de métodos, hasta tal punto, que los

²² ¿Por qué enfermamos? Randolph M. Nesse, George Christopher Williams.1996. Vintage Books.

²³ *Antropología del desarrollo: teorías y estudios etnográficos en América Latina* .Ed. Paidós. 2000. Viola. Pág. 40.

²⁴ Entiéndase “indígena” como grupo local con elementos socio-culturales propios que les diferencian de otros .En nuestro caso, veremos como los habitantes de la región de Las Hurdes sí se identifican como grupo con rasgos sociales propios e intentaremos analizar las causas que han determinado esta situación.

remedios pueden llegar a ser insuficientes o no validos fuera del entorno socio-cultural-geográfico del que provienen(Correa, 2002).

Podríamos resumir afirmando que se trata de una forma de *medicina tradicional* muy acotada en una zona o región concreta²⁵, frente al concepto mucho más amplio al que se refiere el concepto de *medicina tradicional* entendido según nuestra postura. No obstante, es de recibo mencionar que existen momentos en el que los términos pudieran ser usados como formas sinónimas, pero insistimos en nuestra creencia de una mayor amplitud del concepto de *medicina tradicional*, por lo que para que el uso sinónimo sea efectivo deberíamos acotar este término al espacio en el que lo que queremos usar. Así, por ejemplo, nos tendríamos que referir a *medicina tradicional hurdana* para hablar de la forma de *medicina popular* que podemos encontrar en la región objeto de nuestro estudio.

En este tipo de *medicina popular*, los remedios suelen estar preparados y se aplican en forma de té, cocciones, ungüentos, tinturas, lavativas, apósitos, emplastes y baños. Es habitual que las madres y vecinas de las localidades tengan conocimiento de este tipo de remedios, por lo que podríamos encontrar el conocimiento en cualquier persona de la comunidad, sin perjuicio de que en muchas ocasiones nos podamos encontrar con “*especialistas*” que tengan una serie de bagajes más amplios en la materia. Se trata en este caso de aquellos especialistas en costumbres, roles y prácticas antiguas que han sido transmitidos por medio del autoaprendizaje o la tradición. Sin perjuicio de que algunos de los conocimientos y métodos utilizados pudieran ser usados, o al menos en alguna de sus partes, por la medicina moderna. Así, este tipo de “*especialistas populares*” utilizan terapias que van dirigidas a huesos rotos, dislocaciones..., como son el caso de los composteros de huesos o, en su ámbito de actuación, las parteras. No obstante, la globalización de la atención sanitaria biomédica ha determinado una casi desaparición de este tipo de acciones quedando relegadas de forma casi exclusiva las acciones de *medicina popular* aquellas actuaciones que se realizan por medio de plantas medicinales o minerales, sobre las que como ya hemos comentados centraremos nuestro estudio.

En directa relación con la *medicina tradicional* y la *medicina popular*, se encuentra la *Etnofarmacología*, definida como el estudio de las plantas, minerales y sustancias de origen animal utilizadas por el hombre para la mejora de su salud. A la parte de la esta ciencia que se encargaría del estudio de las plantas y de las sustancias vegetales la denominamos como *Etnobotánica*, y se podría definir haciendo un esfuerzo de concisión como la ciencia que estudia los productos vegetales con una finalidad terapéutica, ya sea para prevenir, curar o paliar enfermedades; teniendo siempre claro que su campo de acción debe girar en torno a las enfermedades leves o moderadas o en el contexto del tratamiento de enfermedades crónicas, tanto como tratamiento único o como tratamiento coadyuvante.

²⁵ La acotación espacial, social y cultural que determina las formas de *medicina popular*, hacen que podamos referirnos a ella como *medicina tradicional* y añadamos la región a la que se hace referencia. Así, en el caso de nuestro estudio, cuando hablamos de *medicina tradicional hurdana*, nos estamos refiriendo a lo que hemos definido bajo los parámetros de *medicina popular* de la región de Las Hurdes.

No podemos ni debemos olvidar por último, dada la importancia que han tenido y en algunos medios continúan teniendo, aquellas formas terapéuticas tradicionales que basan su fundamento en atacar a la enfermedad por medio de técnicas mágico-religiosas; muchas veces a lo largo de la historia junto a las opciones anteriores en un tratamiento integral sobre el paciente. En sus formas de acción, el proceso de transferencia salud/enfermedad se escenifica como un ritual, y como resultado el enfermo se libera de su padecimiento a través de acciones que interactúan en el mundo mental y espiritual; la dificultad esencial de este tipo de curación se encuentra en que no son aceptadas por el ideario colectivo socializado en prácticas alopáticas, que al separar en sus terapias cuerpo de mente, no tienen en cuenta otras formas de acción pudieran ir de manera directa o indirecta al tratamiento de la "psique" del paciente (Kuschick,1995). Este tipo de conductas rituales o invocaciones sobrenaturales han llevado a algunos observadores a interpretar, de forma errónea, que la *medicina popular* no es más que el producto de una mentalidad mágica sin ninguna base fisiológica. En contraposición a esta visión podemos basarnos en las investigaciones de algunos autores al respecto del síndrome frío-calor entre las culturas indígenas mesoamericanas, la cual se basa en la prohibición de ciertos alimentos o bebidas en momentos determinados para mantener adecuada la temperatura corporal, y que claramente cuenta con una base fisiológica empírica obtenida a lo largo del tiempo (Menéndez, 1994) que han demostrado su inocuidad.

Medicina tradicional en su relación con el sistema biomédico.

Si el trabajo que aquí estamos redactando presenta un objetivo esencial y básico este es la determinación de las posibilidades que las terapias tradicionales o populares, y en concreto las soluciones herbarias, tienen en el contexto médico que los sistemas alopáticos presentan en los entramados sociosanitarios actuales, así como las posibilidades de complementariedad y los niveles y formas en los que pueden concretarse. En la actualidad, en la OMS se debate y piensa de forma seria en incorporar los curanderos y algunas de sus prácticas terapéuticas en los planes de salud mundiales reconociendo la existencia de “...*un gran potencial en el uso de la medicina tradicional en la atención primaria de salud. Sin embargo, se deberá ser especialmente cauteloso a cerca de la calidad, la inocuidad y la eficacia de las terapias y productos de la medicina tradicional...*”, recomendando finalmente “...*integrar la medicina tradicional en el sistema nacional vigente de atención primaria de salud...*”.

No es fácil la sinergia que aquí proponemos y que la OMS recomienda a pesar de datos objetivos como que los medicamentos de síntesis química utilizados de forma habitual tengan su origen en su mayoría en el uso de plantas medicinales. Así, por ejemplo, la Atropina (*atropa belladonna*), Codeína (*Papaver sommiferum*), Digoxina (*digitalis sp*), Quinina (*cinchona sp*), Ácido Salicílico (*Salix sp*), de hecho, más del 50 % de los fármacos de síntesis provienen del mundo vegetal. Sin embargo, durante mucho tiempo se ha tratado de mostrar y conceptualizar los dos sistemas como antagónicos sin obedecer a ningún tipo de argumentación racional ni fundamento científico; y si atendiendo más a elementos de organización social y especialmente de jerarquización en los que los estamentos médicos ejercen un fuerte rol de control etnocéntrico frente a cualquier forma o elemento que pudiera hacer sombra a los argumentos que propugnan y defienden, siendo esta una de las críticas esenciales que los escépticos con el sistema biomédico utilizan con más fuerza. En muchas ocasiones, la contrariedad al uso se basa esencialmente en el desconocimiento que los sistemas educativos occidentales favorecen en las Facultades y Escuelas Universitarias del ámbito sanitario, lo que hace que los profesionales en la materia duden de su eficacia, subvaloren las posibilidades, y crean que su medicina sigue siendo la “*única forma*” de medicina posible; ignorando, casi de forma subconsciente, el esencial papel que juega lo social y lo cultural en los procesos de salud-enfermedad, aunque ello sea contraproducente o imposibilite mejoras claras en los tratamientos que se llevan a cabo. No obstante, no podemos ver la situación de forma absolutamente negativa puesto que junto a las recomendaciones que la OMS hace en post de la integración de estas formas médicas en los sistemas de salud nacionales; a niveles micro determinados sectores médicos han reconocido la legitimidad de las críticas y de las propuestas paralelas y alternativas aún enfrentándose a algunos compañeros que se afanan por insistir en el refuerzo de alguna de las características esenciales de la biomedicina, en particular el biologicismo, a través de los éxitos reales, potenciales o imaginarios derivados de la investigación genética como máxima representación en la defensa de la misma (Menéndez et al, 1994). Como bien formularon MURCIA y JARAMILLO: (Murcia y Jaramillo, 2001):

“... existe la tendencia a formular políticas a partir de un único modelo y diseño, enseñado a lo largo de la historia por los positivistas, cual es la experimentación, y

que por ende sólo aquello que pueda ser verificado, comprobado, manipulado, y controlado es considerado como científico. Esta creencia ha hecho, además, que se considere como válido sólo el conocimiento científico que contenga análisis estadístico o matemático, incluso para abordar fenómenos psicológicos, antropológicos y hasta sociales...²⁶.

En cualquier caso y ante las disparidades existentes, parece lógico aceptar la evidencia que surge a partir de la crisis que el modelo biomédico sufre desde los años 70 (Menéndez et al, 1994) y que ha determinado la recuperación de una serie de prácticas y concepciones curativas que pretenden mejorar la eficacia del mismo como es el caso de las formas médicas tradicionales o populares. Autores de importancia en la materia abogan en estos momentos por una interrelación donde se favorezca un flujo continuo de intercambio de información donde las tradiciones puedan convertirse en verdades científicas o éstas puedan erigirse como sabiduría popular, siempre partiendo del razonamiento de que hoy en día no existen modelos médicos completamente autónomos, sino que todos forman parte de un proceso de medicalización global en proporciones variables (Peral Pacheco et al, 2009).

En este escenario de lucha entre partidarios y detractores del uso conjunto de terapias, la OMS continúa realizando abiertamente recomendaciones sobre la integración de las formas de *medicina tradicional* en la atención primaria de salud²⁷ mediante la publicación de multitud de guías y documentos de diversa índole en los que han participado amplios grupos de trabajo de expertos en la materia y que encuentran su punto final de culminación en un importante texto que ha determinado, y en la actualidad lo continúa haciendo, el camino a seguir del organismo internacional; y por lo tanto la creación de estándares internacionales de acción de la comunidad sanitaria respecto de la materia, así como las metodologías más adecuadas de investigación sobre las distintas terapias y productos. Dicho manual recibe el nombre de: "Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005"; y entre las pautas y recomendaciones esenciales que podemos encontrar en este importante documento en la materia tenemos (Yamashita et al, 2007):

- Desarrollo por parte de los gobiernos de la infraestructura necesaria para la formación de un sistema de salud integrado (en los que las formas de atención biomédicas puedan convivir con las formas de atención tradicionales propias de la región en el día a día de la atención sanitaria) a todos los niveles.
- Realizar los esfuerzos necesarios por parte de los servicios de salud en el sentido de lograr una cada vez mayor información en el suministro de los productos herbáceos, obligando al etiquetado de los mismos de forma adecuada, incluyendo información detallada sobre los ingredientes, los requisitos de almacenamiento y la fecha de caducidad²⁸. Con ello lograremos

²⁶ La complementariedad como posibilidad en la estructuración de diseños de investigación cualitativa .Revista Índex de Enfermería. 2001. Murcia y Jaramillo.

²⁷ Las recomendaciones de la OMS se comenzaron a efectuar en el marco del "Taller interregional sobre el uso de medicina tradicional en atención primaria", celebrado en Ulaambataar (Mongolia) en agosto del año 2007. Este taller es clave porque en él se aclararon muchas posturas y se citaron ejemplos válidos del uso de los sistemas médicos tradicionales en colaboración con el sistema biomédico.

²⁸ La última legislación europea en la materia que analizaremos con posterioridad trabaja en esta vía recomendada por la OMS y en la actualidad se encuentra ya implantada.

umentar la eficacia de su uso y la reducción de los posibles efectos adversos e interacciones con posibles formas medicamentosas.

- Elaborar listados nacionales lo más extensos y detallados posible de los medicamentos tradicionales existentes en cada región. Es esencial que tanto los usuarios como los profesionales tengan un fácil acceso a esta información para lograr una educación sanitaria al respecto y lograr un uso responsable, adecuado y dentro de los márgenes terapéuticos factibles. En líneas generales, los medicamentos que formen parte de estos listados deberían cumplir las siguientes premisas:
 - Ser reconocido por el Ministerio de salud correspondiente y ajustarse de forma plena a las políticas nacionales en la materia.
 - Debe existir material bibliográfico suficiente al respecto de su recolección, uso, seguridad...todo ello claramente contrastado como para poder elaborar una guía adecuada de información para el consumidor²⁹.
- Formular mecanismos para la prestación de servicios de *medicina tradicional* en el marco de la atención primaria de salud. Los mismos pasarían inevitablemente por campañas de sensibilización por parte de los usuarios. Campañas de formación para médicos y enfermeros/as como agentes máximos en el campo de la salud; o instauración de redes de farmacovigilancia que nos permitan tener un control adecuado de las posibles reacciones adversas que puedan surgir del uso de terapias complementarias.
- Fomentar el cultivo de plantas medicinales en los hogares para su uso en la atención primaria de salud³⁰. Debe tenerse en cuenta aquí el impacto que un posible cultivo pueda provocar en el entorno ambiental local, y que pudiera presentar interferencias con los medios de subsistencia habituales. De este modo, el cultivo a pequeña escala suele ser preferible a un cultivo a gran escala que en exceso puede provocar problemas en el equilibrio económico de la zona, pero también en el entorno ecológico y en el frágil equilibrio del mundo vegetal.

Todas estas recomendaciones pueden estudiarse de forma pausada al haberse ido plasmando de forma tangible en diversos programas ejecutados en diferentes partes del mundo (ver anexo número 2) y de los que han surgido diferentes manuales

²⁹ Aunque la OMS acepta el uso de medicamentos tradicionales no sometidos a estudios científicos con un uso prolongado adecuado de al menos tres generaciones, en este estudio abogamos por el uso de aquellos elementos contrastados y comprobados de forma adecuada y con las garantías de seguridad e inocuidad suficientes.

³⁰ Aunque ya se ha comentado con anterioridad, no sobra recalcar aquí que cuando la OMS habla del uso de *medicina tradicional* lo hace con la mente especialmente puesta en los países menos desarrollados con el objetivo de suplir las carencias de los sistemas alopáticos en estas regiones con bajos recursos económicos y donde las formas de *medicina tradicional* llegan a suponer el 80% de las fórmulas farmacéuticas utilizadas. Esta es la razón por lo que recomienda la plantación en los propios domicilios. No obstante, debemos ser coherentes con las recomendaciones y saber discernir cuales son adecuadas para su uso en nuestro propio entorno y cuando el organismo internacional se refiere a países con otras formas de vida y otros entornos ecológicos.

descriptivos que son fácilmente accesibles. De todos los programas llevados a cabo, desde nuestra visión destaca como ejemplo claro el programa de “*botiquín familiar*”³¹ (*Family Pharmacy kit model*) ejecutado en estrecha colaboración entre la OMS y la Fundación Nippon en las regiones más recónditas de Mongolia desde el año 2004 con resultados excelentes de uso, disponibilidad y mejora de la situación sociosanitaria de los usuarios del programa. Este proyecto que no detallamos aquí de forma pormenorizada por motivos de extensión, demostró como por medio de medicación tradicional se puede mejorar el estado de salud general de una zona determinada que no tiene acceso a los centros de medicina moderna.

³¹ Para obtener una información detallada sobre la metodología y las conclusiones del programa puede consultarse la versión original de “*Interregional workshop on the use of traditional medicine in primary health care*”.WHO .Mongolia .2007.

La medicina tradicional en el mapa sanitario mundial actual.

Es obvio por todo lo comentado la existencia de un fuerte apoyo institucional a nivel supra-gubernamental a las formas de *medicina tradicional*, por lo que deberíamos centrarnos en estos momentos en determinar si el apoyo por parte de los usuarios se encuentra en la misma línea o por el contrario existe una desidia en su uso que haría poco justificable cualquier esfuerzo de mejora e implementación de los saberes tradicionales y alopáticos.

En este sentido, a los ya mencionados 80 % de prácticas médicas tradicionales en algunas regiones africanas (ver figura 2), debemos añadir el 40 % de la población China con el consiguiente incremento del número final resultante de población usuaria. No obstante algunos críticos podrían esgrimir el uso de dichas terapias en ambientes y sociedades muy localizadas, a lo que los entusiastas podrían responder con los datos actuales de uso en países occidentales en los que su actuación se hace cada día más evidente. Así, según datos oficiales de la OMS, el porcentaje que alguna vez ha usado alguna forma de *medicina tradicional* en Australia es del 48%, un 70 % en Canadá, un 42 % en los Estados Unidos de América y un 75 % en Francia (OMS, 2002)(ver figura 3). En el caso español, el estudio más pormenorizado fue realizado en el año 2007 por el *Centro de Investigación en Fitoterapia* bajo el nombre de estudio INFITO; que vino a demostrar un uso de plantas medicinales de forma habitual por el 33% de los españoles, del cual un 71,4 % eran mujeres con una elevada satisfacción en el uso de los mismos (Centro de Investigación de Fitoterapia, 2007).

Sí lo que pretendemos estudiar es la siempre importante implicación económica que el uso de las mismas conlleva; en Europa los gastos anuales en estos productos son de 3800 millones de Euros (Geraldés Días et al, 2009), lo que ha obligado a un número importante de países a ejecutar planes de regulación legislativa que permitan controlar los crecientes mercados existentes (ver figura 4). Junto a los señalados, muchos otros países se encuentran en la actualidad desarrollando planes normativos en materia de *medicina tradicional* de forma general y regulación de productos herbarios de forma particular, aumentando de forma progresiva el número de estados que disponen de una legislación específica en la materia, que ha pasado de un total de 52 países en 1994 a 64 países en el año 2000 (OMS, 2000).

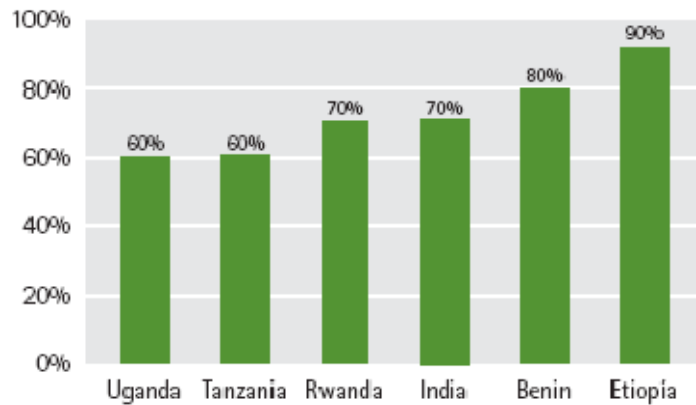


Figura 2. Porcentajes de uso de la *medicina tradicional* en países africanos en desarrollo. Datos obtenidos por la OMS de los distintos informes gubernamentales (OMS, 2002).

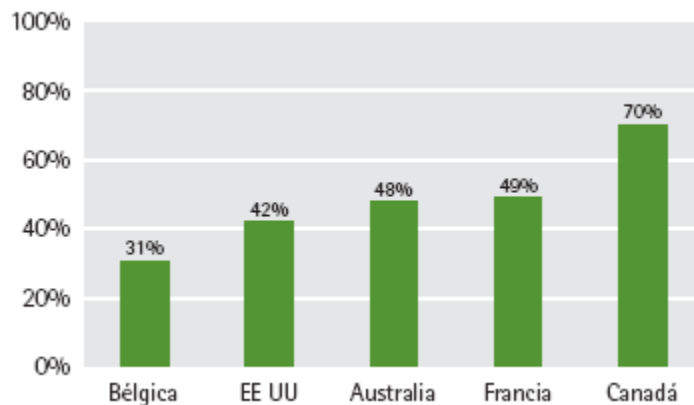


Figura 3. Porcentajes de uso de la *medicina tradicional* en países desarrollados seleccionados (OMS, 2002). Citado de la fuente: *Health Canadá 2001*. Fisher, P y Ward, A. Organización Mundial de la Salud. Canadá. 1999.

Se podría elucubrar durante largo tiempo sobre las causas que llevan a la población a un uso creciente de este tipo de terapias complementarias. Así, podríamos hacer mención de forma somera a la creciente preocupación sobre los efectos adversos de los fármacos químicos fabricados mediante procedimientos industriales. El cuestionamiento que distintos enfoques llevan a cabo y que ponen cada día más en duda la eficacia de las formas y métodos llevados a cabo por el sistema biomédico (crisis del sistema biomédico de la década de los 70). El mayor acceso a información sanitaria por parte de la población en general. La cada vez peor prensa que la industria farmacéutica ha adquirido con acusaciones de manipulación y anteposición de intereses económicos frente al interés sanitario global o la búsqueda de soluciones desesperadas ante pluri-patologías complejas frente las que la medicina alopática encuentra poca o ninguna explicación y ofrece pocas o ningunas soluciones, podrían ser algunas de las complejas causas que llevan a este aumento globalizado del uso de las terapias complementarias.

Breves apuntes legislativos en nuestro entorno.

La mención al progresivo aumento legislativo que relatábamos con anterioridad como consecuencia de la creciente importancia y demanda de formas de *medicina tradicional* está esencialmente caracterizado por no haberse producido en base a un modelo estructurado de control que determine una legislación en sus bases iguales en los países en lo que existe, con lo que se han originado diferentes formas en la los que los Ministerios de salud han definido las plantas, los productos derivados de las mismas, la comercialización, la inocuidad, la calidad y la eficacia (OMS, 2000).

En casi todos los estados con regulación específica (ver figura 4 para saber los países con dicha regulación) podemos observar un fenómeno común de tal manera que la mayoría de las legislaciones nacionales se encuentran bajo una doble presión. De un lado, la de un público cada más numeroso y ávido de respuestas que demanda una cada vez mayor calidad y una garantía absoluta de inocuidad de los productos utilizados. Por el otro, la de los responsables gubernamentales de Salud pública que exigen unas cuotas mayores de seguridad (Prieto, 2007); ambas exigencias determinan las líneas maestras de la legislación en la cuestión.

Centrándonos en el caso de nuestro país, sin ánimo de realizar aquí un estudio en profundidad en la materia puesto que éste podrá ser objeto de estudio con detenimiento en investigaciones futuras, la regulación se encuentra determinada por la transposición al ordenamiento jurídico nacional de la *Directiva comunitaria 2001/83/Ce de 6 de noviembre del año 2001* modificada por la *Propuesta Directiva COM (2002)* del Parlamento europeo y del Consejo europeo, y actualizada por la *2004/24 / Ce de 31 de marzo de 2004* (Peschel, 2007) denominada "*for a simplified registration of traditional herbal*". Esta norma resulta especialmente significativa y alentadora, puesto que vino a inaugurar una nueva era en el registro de los productos basados en hierbas medicinales en toda Europa determinando el primer caso de una regulación transnacional en la materia y la primera oportunidad para una regulación global sobre la cuestión tal y como propugna la OMS. Con este primer paso dado, la OMS continúa alentando sí cabe con mayor fuerza la creación de foros comunes de las autoridades de sus países miembros que determinen las líneas a seguir y las prioridades a nivel internacional.

De la regulación a nivel comunitario, aparte de la trasposición legislativa que realizaron los diferentes estados miembros, se derivó la creación de un comité de expertos en la materia entre cuyas funciones se encontraron y encuentran la elaboración de monografías transnacionales comunitarias sobre plantas medicinales que abordan aspectos esenciales para garantizar la seguridad en el uso de este tipo de productos como son la definición, las formas adecuadas de producción, las características físicas idóneas, las formas de identificación, los ensayos necesarios y la dosificación óptima. Al mismo tiempo se creó un procedimiento especial de registro simplificado para determinados medicamentos tradicionales a utilizar cuando dicho producto no se podía someter a la regulación específica en materia de comercialización por no pasar las duras pruebas al respecto, en particular a causa de la falta de una literatura científica suficiente que demuestre un uso farmacológico experimentado de reconocida eficacia y un nivel aceptable de seguridad, añadida a una larga tradición del medicamento que permitan reducir la necesidad de ensayos clínicos, en la medida en que la eficacia del medicamento se puede deducir de su utilización y experiencia de larga tradición. No obstante, igualmente defiende que la

calidad del medicamento es independiente de su uso tradicional por lo que los productos deben cumplir con los requisitos de calidad de las monografías europeas o del Estado miembro en cuestión.

En el caso particular del estado español, la regulación nacional está determinada en primera instancia por la Ley española del medicamento 25 /1990 que en su artículo 42 define: “...las plantas y sus mezclas así como los preparados obtenidos de plantas en formas de extractos, liofilizados, destilados, tinturas, cocimientos o cualquier otra preparación galénica que se presente con utilidad terapéutica, diagnóstica, preventiva seguirán el régimen de fórmulas magistrales según proceda y con las especificaciones que reglamentariamente se establezcan...”. Se añade aquí que el Ministerio de Sanidad y Consumo (llamado así en el momento de publicación de la Ley) establecerá una lista de plantas cuya venta al público estará restringida por razón de su toxicidad y que se puede encontrar como *Orden SCO/190/2004*³², de 28 de enero, por la que se establece la lista de plantas cuya venta al público queda prohibida o restringida por razón de su toxicidad³³. En el apartado 3 de la Ley española del medicamento se recoge igualmente que podrán venderse libremente al público las plantas tradicionalmente consideradas como medicinales y que se ofrezcan sin referencia a propiedades terapéuticas, diagnósticas o preventivas, quedando prohibida su venta ambulante (Vidal Casero, 2003).

Con posterioridad, la mencionada transposición de la normativa comunitaria a la legislación nacional se hizo efectiva por medio del *Real Decreto 1345/2007 de 11 de octubre por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente*, que en sus artículos 50 a 54 hace referencia a “...medicamentos tradicionales a base de plantas...” como aquellos que han superado los estándares de calidad, eficacia, seguridad e información exigibles por dicha normativa y que en parte vienen determinados por un uso de más de treinta años, de ellos al menos quince en la Unión Europea. Para dar forma a esta definición la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) ha realizado un registro de plantas medicinales adecuadas, prohibiendo la venta o comercio de medicamentos que no hayan sido autorizados como tales.

No obstante, aunque es evidente la existencia de una legislación cada vez más concreta al respecto, no podemos negar la evidencia de importantes lagunas en la materia que provocan en muchas ocasiones la desconfianza por parte de los usuarios y de los agentes de salud con posibilidades en su prescripción. Este “limbo” legal constituye un obstáculo en la implantación definitiva de este tipo de prácticas y terapias, puesto que en muchas ocasiones incitan a la picaresca y a situaciones que hacen complicada la ya de por sí compleja utilización sinérgica de este tipo de opciones.

³² Se puede encontrar la Orden en el BOE número 32 de 6 de febrero de 2004, con un listado de más de 200 plantas que en la actualidad se encuentran prohibidas por su toxicidad.

³³ Puede consultarse el listado completo de plantas cuya venta está prohibida en la página web de la AEMPS: www.aemps.es

Principales problemas y ventajas de la aplicación de la medicina tradicional

Un elemento esencial en la legitimación sobre el uso de posibles soluciones terapéuticas complementarias al sistema médico es la determinación y capacidad de actuar de forma seria, racional y realista en la elaboración de un listado de ventajas e inconvenientes que su aplicación pudiera ocasionar, puesto que sólo desde esta perspectiva autocrítica se favorecería la posibilidad de realizar estudios en la línea de mejorar dicha situación y por tanto lograr la aceptabilidad por parte de la comunidad usuaria y de la comunidad médica profesional.

Comenzaremos aquí por el estudio de las posibles ventajas para posteriormente centrarnos en el estudio de los problemas y escollos que de su uso se pudieran derivar.

Resulta en este sentido una verdad de Perogrullo el recordar los grandes beneficios que se derivan del uso de sustancias naturales respecto del uso de tratamientos químicos. En las plantas, los principios activos se hayan siempre biológicamente equilibrados por la presencia de sustancias complementarias que van a potenciarse entre sí, de forma que en general no se acumulan en el organismo y sus efectos indeseables suelen ser limitados (Vidal Casero, 2003) por lo que evitaríamos en gran medida los tan temidos efectos adversos o reacciones alérgicas de algunos medicamentos de síntesis química; al mismo tiempo, la convivencia de distintas sustancias permite el tratamiento conjunto de diferentes sintomatologías sin efectos perjudiciales. La Fitoterapia ha demostrado ser más útil que la medicina moderna *"...para el tratamiento de ciertas enfermedades crónicas, con menos efectos secundarios y más económica..."* (Zambrana Álvarez, 2005). Esa ventaja económica que la autora comenta es evidente, puesto que al tener la materia prima en la propia naturaleza la industria que se generaría no podría tener el coste de mantenimiento que en la actualidad presenta la industria farmacéutica en una situación económica como la que vivimos. En la misma línea se movería el concepto de disponibilidad en regiones aisladas o de difícil acceso a las formas de medicina moderna. Al paquete de ventajas cabe sin duda añadir el concepto socio-cultural que para una comunidad tiene el uso de unos productos que forman parte de su ecología y por tanto de sus idearios y de su historia. Este tipo de elementos favorecen la introducción de las concepciones holistas en los procesos de salud-atención-enfermedad al tener muchas veces en cuenta la relación del individuo con la comunidad y con el entorno, lo que resulta de especial trascendencia en las patologías de índole emocional o mental que son difícilmente solucionables desde la perspectiva cientifista e individualista de los sistemas alopáticos dando lugar a un sinfín de enfermedades para los que este sistema no tiene respuesta.

En contraposición a lo mencionado debemos ser especialmente rigurosos a la hora de enunciar las posibles complicaciones que se deriven del uso de este tipo de productos sí de verdad anhelamos una complementación con el sistema biomédico; las futuras investigaciones en la materia deberán estar determinadas por la mejora y el estudio sistemático de este tipo de situaciones.

Mucha gente piensa que los medicamentos son seguros porque son a base de hierbas o tradicionales, sin embargo, las medicinas y prácticas tradicionales pueden

provocar reacciones muy dañinas sí no se siguen una serie de parámetros de actuación desde su recolección hasta su preparación y uso.

Una de las causas principales de notificaciones de posibles efectos adversos de medicamentos herbáceos está relacionada con el uso de medicamentos de mala calidad que resulta difícilmente controlable en ocasiones, incluidas las materias primas vegetales medicinales; reconociéndose por parte de la OMS que no se ha prestado suficiente atención a garantizar el control de calidad de los medicamentos herbáceos (OMS, 2003). En esta línea, la OMS hace una mención especial a la posibilidad de que las plantas medicinales recolectadas puedan estar contaminadas con otras especies o partes de plantas debido a una identificación incorrecta por parte de personal con poca preparación en la materia. Debe mostrarse en este sentido especial preocupación por reducir al mínimo el uso de productos químicos promotores del crecimiento o fitosanitarios, aplicándose únicamente cuando no existan medidas alternativas y en las concentraciones mínimas recomendadas de conformidad con las instrucciones presentes en la etiqueta y con las disposiciones reglamentarias vigentes en cada uno de los países. Se deben evitar además las plantas medicinales que se usen o se encuentren en lugares donde pudieran existir de forma intencionada o accidental concentraciones elevadas de plaguicidas u otros posibles contaminantes. Al mismo tiempo, las plantas con usos medicinales deben cultivarse o recolectarse durante la temporada o periodo de tiempo óptimo para garantizar la obtención de materias vegetales medicinales y productos herbáceos en la mejor calidad posible. Normalmente se puede obtener información detallada sobre la época de recolección apropiada en farmacopeas nacionales, monografías oficiales o en libros, siendo estas las fuentes recomendadas para la consulta por parte del órgano asesor tomado como referencia en este estudio, la OMS. El control sobre la producción en parámetros de calidad adecuados representa el primer escollo a salvar en el uso de estas alternativas terapéuticas.

Obvia decir que por mucho que estemos hablando de remedios tradicionales, se deben mantener las normas de higiene personal y metodológicas adecuadas para este tipo de trabajos. Se evitarán recolecciones en los bordes de las carreteras, las zanjas de drenaje, las escombreras de explotaciones mineras, los vertederos y las plantas industriales que puedan producir emisiones tóxicas. Además, debe evitarse la recolección de plantas medicinales en zonas de pastoreo activo y en sus inmediaciones, incluidas las márgenes de los ríos aguas debajo de los pastos, con el fin de evitar posibles contaminaciones microbianas procedentes de los residuos animales.

En el caso de la recolección, las materias vegetales obtenidas deberán envasarse o almacenarse de forma adecuada lo más rápidamente posible para impedir que el producto o sus propiedades se vean deteriorados, y para evitar una posible innecesaria acción de plagas y otras fuentes de contaminación.

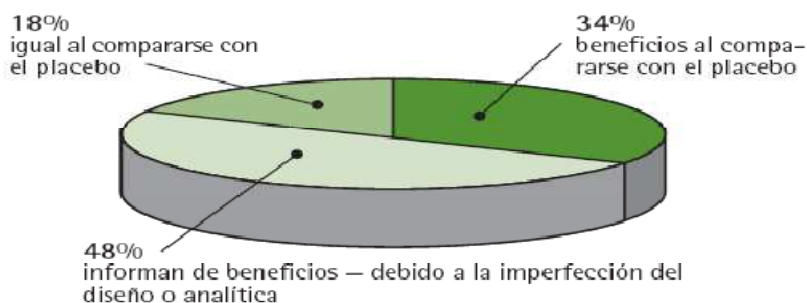
Otros posibles problemas con los que nos podemos encontrar en uso de plantas medicinales y ante los que debemos mostrar especial diligencia en su resolución, serían:

- Falta de evidencia científica respecto de la eficacia de muchas terapias.³⁴ Algunas terapias, particularmente los remedios a base de hierbas, pueden albergar ciertos riesgos. A diferencia de los medicamentos de venta con receta médica y sin ella, los medicamentos de hierbas no están rigurosamente controlados por órganos de control específicos. Lo “*natural*”, no siempre debe de ser entendido necesaria y obligatoriamente como sinónimo de algo bueno, a pesar de los esfuerzos legislativos que se realizan al respecto: Debemos recordar aquí que el uso a lo largo del tiempo de un determinado medicamento o procedimiento no es razón suficiente para obviar los ensayos clínicos adecuados que determinen su seguridad (Correa, 2002), a este respecto la OMS advierte:

“...Investigaciones sobre la toxicidad potencial de sustancias que se encuentran en la naturaleza y que utilizan como ingredientes en las preparaciones, han revelado un potencial previamente insospechado de toxicidad, carcinogenicidad y teratogenicidad sistémicas...”

Respecto al esfuerzo científico que trabaja para paliar esta situación debemos comentar que el uso de dichas terapias es tan antiguo como moderno el interés de la ciencia en el mismo. Así, *“...el 91% de los trabajos sobre esta temática publicados por Medline durante la última década corresponde a los cinco años más recientes. A su vez, entre el 66 y el 70 % de los artículos indizados como ensayos clínicos, controlados o aleatorios, data de ese mismo periodo de tiempo (...) siendo el porcentaje de los mismos de aproximadamente el 10 % de los estudios totales...”* (Cañedo et al, 2003) .

Puede afirmarse pues que la falta de investigaciones científicas de calidad se constituye como el verdadero caballo de batalla y tendón de Aquiles de la *medicina tradicional*, haciéndose cada día más necesaria y urgente la existencia de pruebas sólidas que respalden sus acciones y decisiones. Este camino transita de forma innegociable por la senda de las hipótesis contrastables, puesto que la única forma de encontrar una relación de complementariedad con la medicina occidental está determinada por la capacidad objetiva de demostración de sus beneficios.



³⁴ “La cantidad y la calidad de los datos sobre seguridad y eficacia de la medicina tradicional están lejos de ser suficientes para satisfacer los criterios necesarios para respaldar su uso en el ámbito mundial. Las razones de la falta de datos se deben no sólo a las políticas sanitarias, sino también la falta de una metodología de estudio adecuada o aceptada para evaluar la medicina tradicional” (OMS, 2002).

Figura 5. Gráfico que muestra una buena evidencia de la eficacia de medicinas a base de hierbas pero su valoración es inadecuada. Fuente: “Estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre medicina tradicional 2002-2005 “.OMS .Ginebra .2002 .Basado en datos de “Herbalmedicines: anevidence based look“. Therapeutics Letter, edición 25, junio-julio de 1998.

- Falta de mecanismos que aseguren la seguridad, eficacia y control de calidad de los productos utilizados. Los preparados a base de plantas medicinales deben equipararse al uso de medicamentos de síntesis química. No obstante, el conocimiento de las primeras es más complejo debido a que en muchos casos no se conoce con exactitud los mecanismos de acción, la farmacocinética y la farmacodinamia de las preparaciones vegetales (Martínez Guijarro, 2005).
- Problemas a la hora de asegurar el uso minucioso y correcto por parte de los usuarios derivados de una falta de etiquetado adecuado que incluya consejos al respecto y puede favorecer la aparición de posibles efectos adversos que en multitud de ocasiones no se encuentran documentados por interacciones entre fármacos a base de hierbas y fármacos de origen químico. En estas condiciones de uso las medicinas y prácticas tradicionales pueden provocar reacciones muy dañinas o adversas cuando el producto o tratamiento es de mala calidad. Algunos de nuestros informantes nos ponen en antesala de este tipo de situaciones y nos advierten sobre el posible daño que un uso inadecuado de las mismas provoca en el organismo (Ver transcripción de Informante número 1).
- Al mismo tiempo se debería velar por la instauración de programas y microprogramas formativos dirigidos tanto a los agentes de salud como a la población general sobre las propiedades beneficiosas y los posibles efectos nocivos de este tipo de remedios. Es importante que los pacientes conozcan mejor los procedimientos de utilización segura y que los dispensadores de *medicina tradicional* estén más formados. Reproducimos aquí el siguiente ejemplo que nos puede servir de ilustración:

“...el Gingseng tiene escasos efectos adversos graves, pero si se combina con la Warfarina, sus riesgos de actividad antiplaquetaria pueden provocar la hipercoagulación...”³⁵

En el sentido de la formación es destacable la experiencia piloto tomada como referencia en fases de este estudio llevada a cabo por la *Fundación Nippon* en la región de Mongolia sobre el uso de un botiquín de *medicina tradicional* en las zonas rurales. Para su correcta ejecución se impartieron pequeños cursos sobre el uso adecuado de las sustancias suministradas. Con posterioridad se elaboraron encuestas de satisfacción que arrojaron los siguientes resultados:

³⁵ Urothelial carcinoma associated with the use of Chinese Herb (*Aristolochia fangchi*) .Nortiel et al. 2000.

“... de los 386 pastores que participaron en una encuesta sobre el grado de satisfacción de los usuarios, el 64 % declaró que su salud había mejorado, mientras que el 22% afirmó que la mejoría había sido notable. Además, el 75 % consideró que el botiquín era útil en situaciones de emergencia... En general, el 87 % afirmó que utilizaría el botiquín familiar en el futuro...”³⁶

Es habitual que los pacientes no comuniquen a sus médicos el uso de determinadas plantas medicinales, en ocasiones por falta de confianza en el facultativo y en ocasiones por no darle suficiente importancia a dicha práctica como consecuencia de la poca formación e información a la que hacemos referencia. No menos habitual es el desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios de este tipo de interacciones, salvo en los casos más conocidos y difundidos entre la comunidad médica (Geraldés Días y Salgueiro, 2009):

“...esta omissao, quantificada por Gurley como sendo cerca del 40% e um dos principais motivos pelo qual as interacciones entre as plantas medinais e outros medicamentos e significativamente pouco reportada e subestimada, sendo sugerido que pode ser mais frequente que as propias interacciones entre medicamentos...”³⁷

- Un creciente mercado de productos herbarios en una zona determinada podría determinar un exceso de recolección de plantas y amenazar la diversidad biológica de la zona. Una praxis deficiente del cultivo y recolección podría saldarse con la extinción de especies vegetales amenazadas y la destrucción de recursos naturales. Las prácticas de recolección deben garantizar la supervivencia a largo plazo de las poblaciones silvestres y de sus entornos correspondientes, evitándose la recolección de aquellas plantas cuya cantidad pudiera ser escasa o su presencia resulte poco común.
- Falta de evidencia científica cuantificable que midan los niveles de acceso y asequibilidad. Aunque parece claro que las ventajas desde el punto de vista económico son más que lógicas, existe una falta clara de estudios que demuestre este hecho de forma objetivable.
- La mayoría de los conocimientos en relación al uso de terapias herbarias vienen determinadas por la base de conocimiento empírico, en la mayoría de las ocasiones bajo situaciones de normalidad, existiendo mínimas evidencias de su uso en determinadas situaciones especiales como son el embarazo, la infancia, la tercera edad, los estados peri-operatorios, los pacientes con enfermedades de carácter autoinmune, el cáncer, las enfermedades degenerativas del sistema nervioso, las alteraciones hormonales y otras condiciones de atención especial.
- Existe una problemática en ocasiones poco considerada pero a la que algunos autores han dedicado buena parte de su obra; se trata de lo relativo a la *medicina tradicional* y la propiedad intelectual. Para CORREA (Correa, 2010), no resulta justo considerar este tipo de conocimientos como un

³⁶ Organización Mundial de la Salud. *Op Cit. Página 24.*

³⁷ *Interaccoes entre preparacoes a base de plantas medcinais e medicamentos.* Revista de Fitoterapia. 2009. Marta Geraldés Días y Ligia Salgueiro.

dominio público libremente a disposición para su uso, puesto que esta actitud lleva a una explotación peregrina sin ningún tipo de compensación ni en el campo de lo económico ni en el campo de lo moral para la comunidad de la que procede el remedio. No existe una legislación al respecto en Europa, con pequeños conatos o intentos de regulación especialmente en algunas zonas de la región suramericana. Se debería intentar que esta propiedad intelectual fuera regulada en cierta medida redundando sus beneficios esencialmente en la igualdad en las oportunidades de empleo y en la reinversión de capital en el área de procedencia(OMS, 2003), lo que impulsaría sin duda alguna los cultivos y el uso de las plantas medicinales.

Analizados pues los pros y los contras del uso de este tipo de terapias, en nuestra opinión es recomendable obtener un equilibrio adecuado entre ambas. Las ventajas al respecto son claras y simplemente parece necesario un mayor interés por parte de la comunidad científica en la materia para ir puliendo los posibles defectos existentes. En líneas generales, la OMS determina una serie de requisitos esenciales a cumplir para asegurar el uso adecuado y seguro de las medicinas tradicionales y por extensión las terapias herbarias y que debemos trabajar para asegurar un uso adecuado; tal como siguen³⁸:

- Calidad y eficacia asegurada y que deberá aportar la comunidad científica
- Ausencia de efectos secundarios conocidos
- Venta sin receta
- Origen preferentemente local (esencial para garantizar el bajo coste económico y una adaptación socio-cultural adecuada a la región)
- Su bajo coste económico

³⁸ Para más información al respecto remitimos a la consulta del documento "*Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional*". OMS. Ginebra. 2002.

SEGUNDA PARTE

*Como bajan las sierras tenebrosas
Las famélicas hambrientas almañas
por la cuesta del serrucho va bajando
la paupérrima jurdana.
Lleva frío de las fiebres en los huesos,
Lleva frío de las penas en el alma,
lleva el pecho hacia la tierra,
lleva el hijo a las espaldas...
viene sola , como flaca loba joven
por el látigo del hambre flagelada,
pon la fiebre de sus hambres en los ojos,
con la angustia de sus hambres en las entrañas.*

48

Pobreza en Las Hurdes

Jose María Gabriel y Galán - 1904

SEGUNDA PARTE

CAPITULO TERCERO

La comarca hurdana como objeto de estudio.

Cuando en *Antropología médica* se decide trabajar sobre *medicina tradicional* se debe hacer siempre siendo especialmente cuidadosos en la detección de las características de índole social, cultural, demográficas, geográficas, de rol social y ecológicas en que aparecen. Dichas características determinan que las prácticas terapéuticas tradicionales se encuentren entrelazadas en lo más hondo del ideario colectivo social provocando que las mismas permanezcan fuertemente arraigadas en los sistemas de creencias populares. Esta variabilidad determina una doble necesidad en el sentido de la obligación científica de que los estudios sean llevados a la práctica desde la perspectiva de personas formadas en el campo de conocimiento antropológico con el objeto de captar en toda su magnitud estos matices que correrían el riesgo de ser pasados por alto si el enfoque utilizado fuera meramente biologicista, como así ha ocurrido con trabajos clásicos de medicina que han intentado ahondar en la materia.

En segundo término se hace especialmente necesario llevar a cabo una acotación geográfico-espacial del objeto de estudio que nos obliga a realizar estudios siempre de carácter localista; puesto que como consecuencia de su variabilidad de componentes la esencia misma de los usos médicos tradicionales pueden variar fuertemente entre unas regiones y otras, entre unas comunidades y otras. En esta línea existe la imperativa necesidad de que cualquier estudio que pretenda ahondar en una hipotética viabilidad o posibilidad de complementariedad entre los sistemas biomédicos y tradicionales deban llevarse a cabo en comunidades concretas, a niveles micro; puesto que una aplicación global de técnicas de *medicina tradicional* perdería todo el sentido socio-cultural adquirido y comentado. A todo ello cabe añadir que los estudios de transcomunidades resultan igualmente complicados puesto que los remedios adquieren una importante cantidad de denominaciones en función del contexto en el que nos encontremos, lo que dificulta una identificación precisa de las plantas medicinales(Kuschick,1995) y una inviabilidad efectiva de esta sistemática de trabajo.

En la búsqueda de estos espacios de características "*microsociales*" que resulten adecuados en la línea de nuestro objeto de estudio, nos encontramos con la clara evidencia que determina que la influencia de la moderna sociedad de masas parece haber ejercido una menor devastación en ciertas regiones periféricas de nuestro país que como consecuencia de la fuerte emigración, de un bajo nivel de vida basado en la agricultura y de deficientes comunicaciones, han mantenido una pervivencia más arraigada de algunas tradiciones. De este modo, la regiones españolas donde comparativamente este fenómeno resulta más evidente son las Comunidades Autónomas de Extremadura y Galicia (Kuschick,1995)(Gonzalez Pozuelo,1985), que se constituyen como los "*paraísos*" ideales donde iniciar investigaciones médicas populares.

Teniendo en cuenta dichas premisas que acotan los lugares adecuados para realizar el estudio, entran a formar parte del juego motivos de disponibilidad geográfica e inevitables intereses personales que facilitan la realización del mismo. De este modo, el inexcusable interés en los asuntos propios de mi región, junto a la falta de trabajo de investigación en la materia o el anacronismo de los existentes en Extremadura me hacen decidirme por el estudio de la *medicina tradicional* en esta Comunidad. No obstante, intentar abarcar un trabajo de campo en toda la región excede por un lado las posibilidades que este estudio pretende y por otro lado lo hacen poco aconsejable, puesto que hablamos de una Comunidad Autónoma plural con claras diferencias socio-culturales y geográficas entre sus variadas zonas y por lo tanto poco dada a la acotación espacial defendida con anterioridad. Con todo ello, tras leer sobre la materia en abundancia nos decantamos por la comarca de Las Hurdes, en el norte de la provincia de Cáceres, donde existen registros documentados de *medicina tradicional* y curanderos que “...se pierden en la noche de los tiempos...” (Peral Pacheco y Martín Alvarado, 2009) . Así, en las próximas líneas abordaremos una contextualización geográfica y social de la comarca que nos permita hacernos una somera idea y justificación de la idoneidad de la elección, dado que desde el punto de vista de la Antropología cultural es difícil admitir una recopilación sin contextualización, ya que como indica MENÉNDEZ en “ *La enfermedad y la curación . ¿Qué es la medicina tradicional?: “...es esencial el conocimiento del contexto en que opera la medicina tradicional tanto de los puntos de vista epidemiológicos, como sociales y culturales...”* (Menéndez, 1994)

Contexto geográfico y demográfico de la comarca de Las Hurdes.

Dos fuertes sensaciones puede encontrarse todo aquel que deambule por las tierras de esta comarca: la provocada por la dureza del paisaje agreste e intrincado y la que se descuelga del pozo de las leyendas negras que aún hoy siguen proyectando algo de su sombra sobre cualquier intento de acercamiento a la región. Valles profundos, laderas escarpadas y cumbres de vértigo configuran el escenario en el que durante siglos el tiempo decidió ir a un ritmo tan pausado que casi se detuvo para siempre.

Se trata la zona conocida como Las Hurdes de una comarca natural del noroeste de la provincia de Cáceres (España), lindante con la provincia castellano leonesa de Salamanca y situada en el extremo occidental de la cordillera central. Ocupa una extensión aproximada de 471 Km² (470,8 km²) (Domínguez D, 1995), lo que supone un 2,36 % de la extensión total de la provincia de Cáceres, con una población escasa y hasta la llegada de la actual crisis económica decreciente³⁹.



Imagen 1. Localización de la comarca en la provincia de Cáceres.
Fuente: www.espaciorural.com

Territorialmente existe una división popular no administrativa, que llega incluso a serlo en lo cultural y en lo económico, entre lo que se conocen como *Las Hurdes "altas"*, que comprenden los términos municipales de Casares de Las Hurdes, Nuñomoral y Ladrillar; que representa el 36.5% de la superficie comarcal total. Se trata esta zona de una zona desolada, con suelos de abundante pizarra, relieve abrupto y sólo una leve capacidad de practicar la agricultura en las riberas de los ríos que la atraviesan, el hurdano y el río Ladrillar. Y *Las Hurdes "bajas"*, que incluye los términos municipales de Pinofranqueado y Caminomorisco. De una relativa mayor capacidad en lo monetario, con vegas más amplias, mayor diversidad de cultivos y centros urbanos más poblados, así como una mayor extensión que supone el 63.5 % del total.

³⁹ La nueva situación económica junto a determinadas políticas gubernamentales autonómicas favorecen el retorno de población que hace que la media poblacional sí no crece, sí se mantenga en niveles estables lejanos a las tendencias migrantes de épocas anteriores.

Entre las dos zonas podemos encontrar un total de 38 pequeños asentamientos dependientes de los núcleos mencionados y conocidos con el nombre de alquerías 40

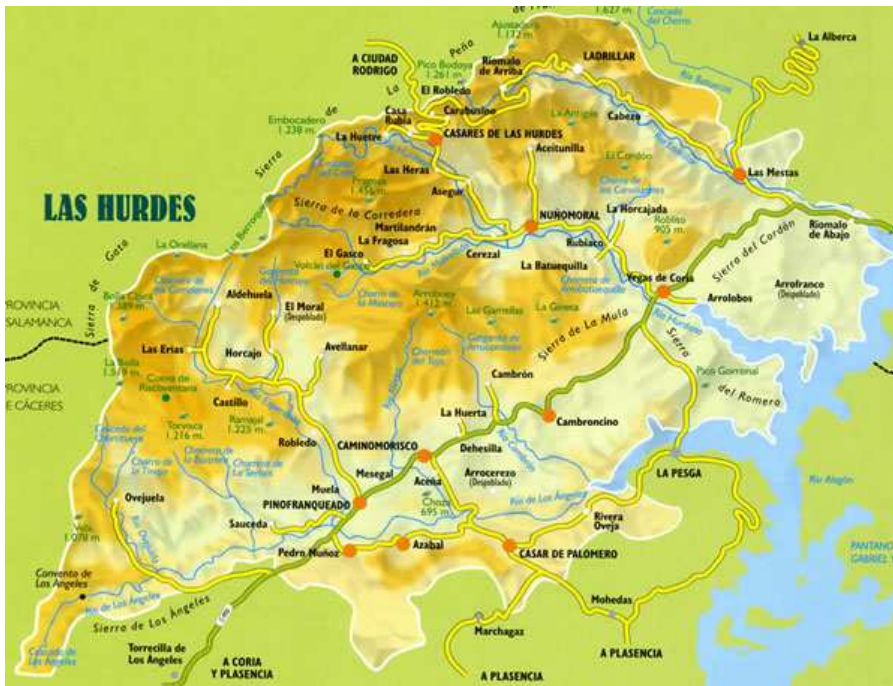


Imagen 2. Comarca de Las Hurdes en la que se especifican los municipios y las diferentes alquerías. Fuente: www.centrodocumentacionhurdes.com

La diferenciación entre las dos zonas hurdanas es evidente sobre el terreno y no sólo obedece a causas de carácter ecológico, orográfico y geográfico, sino que existe un trasfondo histórico que trataremos de aclarar, puesto que dicha disparidad determina variaciones sociales y culturales que resultan determinantes en el campo de la *medicina tradicional*; puesto que impulsa diferencias significativas en cuanto a las comunicaciones y a la habitabilidad que hacen sospechar de una mayor necesidad de prácticas de *medicina popular* en la zona alta respecto de la baja.

Respecto a las características demográficas de la zona, siguiendo fuentes del *Instituto Nacional de Estadística (I.N.E)* del año 2008, serían:

⁴⁰ El nombre de *alquería* hace referencia una pequeña aldea o poblado que no llega a tener la consideración de término municipal. Se trata de un vocablo de origen árabe utilizado para denominar a aquellas comunidades que se situaban en las inmediaciones de las ciudades.

Municipio	Población	Superficie	Densidad
<i>Caminomorisco</i>	1256	147.6	8.51
<i>Casares de Las Hurdes</i>	554	20.75	26.70
<i>Ladrillar</i>	224	53	4.23
<i>Nuñomoral</i>	1452	95	15.28
<i>Pinofranqueado</i>	1686	148.9	11.32

Población total de la comarca
(Municipios + alquerías)

Total : 5172 habitantes
Densidad : 11.12 habitantes / Km ²

Tablas 1 y 2. Población de los principales municipios hurdanos junto a su superficie y densidad demográfica. Población y densidad total de la comarca. Nótese la excesivamente baja densidad demográfica de la zona frente a una media de 91,4 habitantes/Km² en el estado español según la misma fuente.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. 2008. <http://www.ine.es/>

En cuanto a la economía local, las tierras que conforman la comarca en general ofrecen excelentes condiciones para el aprovechamiento forestal, todo lo contrario que para su aprovechamiento agrícola dado la escasa superficie adecuada para esta actividad por lo escarpado del terreno. No obstante, los hurdanos son y han sido sobre todo agricultores poseedores de minifundios (96% de los hurdanos son propietarios), lo cual representa una de las muchas paradojas que podemos encontrar en estas tierras (Baena, 1982).

En lo netamente geográfico la comarca se encuentra aislada, en cierta manera, del resto de las tierras de las provincias de Cáceres y Salamanca por muros rocosos que la cierran por el lado norte con la Sierra de Las Mestas y por la impresionante Sierra de Francia. Del lado sur, limita con los términos municipales de La Pesga, Casar de Palomero, Santa Cruz de Paniagua y Torrecilla de Los Ángeles, sirviendo de frontera natural los cauces de los ríos Alagón y Los Ángeles, afluente el segundo del primero. Por el lado oeste limita con la Sierra de Gata, y por el lado este con el río Alagón comprendido entre el puerto de Porciel Ventoso y las estribaciones orientales de la Sierra de la Cuélebra. Observando los cuatro puntos de delimitación de la comarca nos daremos cuenta que dos de ellos están delineados por escarpadas montañas y por dos ríos, que se encuentran al mismo tiempo reforzadas por una cadena montañosa (Sierra de Altamira). De esta configuración geográfica resulta muy sencillo deducir la existencia de condicionantes orográficos muy complejos, lo que ha determinado de forma decisiva, con especial virulencia en la zona de Las Hurdes “*altas*”, un fuerte aislamiento del resto de las tierras colindantes que perduró en el tiempo hasta la mejora de las carreteras y otras infraestructuras de comunicación cuya operatividad no fue efectiva hasta mediados del siglo pasado. Este aislamiento en lo geográfico se constituye como el primer hándicap de la comarca y uno de los elementos que han condicionado una situación de subdesarrollo respecto de otras zonas del país, junto a la vecina comarca de Las Batuecas (Provincia de Salamanca), irguiéndose a lo largo de la historia como una de las zonas más deprimidas económicamente de España. Prueba de ello son las

palabras del autor del primer ensayo antropológico realizado en la zona MAURICE LEGENDRE⁴¹:

“... La geografía física proclama que el país Jurdano es rebelde no al hábitat, sino también al tránsito humano (...) es extraño, increíble, y de alguna manera escandaloso, que Las Jurdes estén habitadas; y, puesto que hay que admitir, por muy inverosímil que sea, el hecho de que estén habitadas, la lógica de la leyenda exige que los hombres que la poblaron no sean como los demás...”⁴².

⁴¹ A propósito de LEGENDRE, el DR. GREGORIO MARAÑÓN escribió en 1965 “...Legendre tiene un puesto de honor entre los Antropólogos, y los historiadores, y los geógrafos, de España...” en referencia al trabajo de campo y posterior publicación que llevó a cabo sobre la región jurdana (ver página 73 para más información), primero de todos los que posteriormente se llevarían a cabo en la línea y que, aunque posee algunas argumentaciones comprometidas, sus planteamientos siguen vigentes en la actualidad desde el punto de vista histórico y antropológico.

⁴² *Las Hurdes. Estudio de Geografía humana*. Editorial regional de Extremadura. 2006. Original 1927. Legendre M.

Consideraciones históricas para entender la situación.

A lo largo de la historia un sinnúmero de autores han narrado vivencias y leyendas acerca de la situación de decadencia y pobreza de la comarca. Sin embargo, no fue hasta la llegada de la cinematografía cuando ésta adquirió dimensiones supra-regionales y quedó fuertemente enclavada para siempre en el ideario de una España que trataba de salir a flote tras años de regresión. La situación que se vivía en Las Hurdes a principios de siglo quedó gráficamente plasmada en un documento que dotaría de inmortalidad a la zona y contribuyó al crecimiento de lo que hasta entonces ya era un mito; la pobreza en la zona de Las Hurdes. Tal documento fue el histórico rodaje dirigido por LUIS BUÑUEL en 1932⁴³, llevado a cabo entre el 23 de abril y el 22 de mayo de ese mismo año (Vidal, 1994) y finalmente titulado “*Tierra sin pan*”, en el que a lo largo de 27 minutos se narra la situación de extremo atraso en el que la región se encontraba en la época basándose en el monumental trabajo antropológico ya referenciado de LEGENDRE, M: “*Las Jurdes: étude de géographie humaine*”(1927) y cuya repercusión fue tal que cambiaría para siempre el devenir de la comarca. En lo positivo, porque muchas medidas fueron tomadas desde el conocimiento de la situación por los gobernantes nacionales. Y en lo negativo; porque la imagen que se proyectó no siempre fue fielmente asociada a la realidad, perdurando hoy en día tristemente asociada a la región y condicionando fuertemente la visión que el siglo XX ha tenido sobre la comarca.

⁴³ En el documental de BUÑUEL (se puede encontrar su versión íntegra y original en francés en: <http://vodpod.com/watch/671995-las-hurdes-tierra-sin-pan>) se realiza un recorrido por toda la comarca en el año 1932 describiéndose la situación de extrema pobreza con documentos gráficos. Originalmente muda, en 1935 obtuvo dinero de la embajada de España en París para sonorizarla en francés. Resulta polémica la legitimidad antropológica de la cinta, pues BUÑUEL, además de rodar los habitantes y las costumbres, construye en ocasiones escenas a la medida de sus necesidades. Por ello, algunos documentalistas y los propios vecinos de la zona le han reprochado esta manipulación de la realidad y el daño casi irreparable provocado en la conciencia colectiva histórica de los habitantes de la zona, protagonistas en cierto modo de una exhibición fraudulenta. Mi opinión personal se alinea con esta última opinión crítica respecto a la forma de mostrar la realidad.



Imágenes 3 y 4. Fotogramas del documental “Tierra sin pan”.
Fuente: http://munich.cervantes.es/FichasCultura/Ficha40210_25_1.htm.

Con posterioridad el autor de dicho documental escribiría en su autobiografía en el año 1938 en la ciudad de Nueva York las palabras que se relatan, lo que nos permite hacernos una idea del tipo de experiencia que quedó una profunda huella en su memoria:

“...Existe en España una región que era prácticamente desconocida para los españoles hasta que el Rey Alfonso XXII la visitó en 1923 (de hecho, 1922). Siempre estuvo al margen de la vida y de la civilización españolas, y su obstinación es un problema social y un enigma. Esta región, llamado Las Hurdes, es una de las más miserables de la tierra, y está aislada del mundo exterior por montañas difíciles de franquear: tiene una población de unos 6000 habitantes, repartidos en cincuenta y dos alquerías:... no hay animales domésticos. No hay folklore. Durante los dos meses que duró mi estancia allí, no oí la más mínima canción ni vi una sola imagen en sus pequeñas chozas y chabolas. Pobreza, hambre, incesto... explican que numerosos habitantes estén afectados de cretinismo (fuente: Marañón)... algunos habitantes de Las Hurdes incluso hablan francés porque fueron antiguos emigrantes. ¿Por qué estas gentes no abandonan definitivamente su país?; los geógrafos (por ejemplo Legendre) coinciden en afirmar que Las Hurdes son inhabitables. Ni los

*libros ni la película han podido explicar las razones de su permanencia en la comarca...*⁴⁴

No resulta complicado vislumbrar con los simples detalles hasta el momento referenciados que la pobreza hurdana tan bien documentada y el aislamiento geográfico al que hacíamos referencia en el punto anterior son conceptos que históricamente han interactuado mutuamente y que han evolucionado de forma sinérgica, puesto que la falta de acceso imposibilitaba que tanto el comercio como las ideas se abrieran paso; “*El aislamiento como origen de la pobreza; la pobreza como explicación del aislamiento*” (Carrasco JB, 2008). Decía MAURICIO CATANI⁴⁵ en algunas de las conversaciones que tenía con los hurdanos que en “...*Las Hurdes no existía una red de caminos al uso, sino que estos se iban haciendo en la medida que las gentes necesitaban ir de un sitio a otro según les convenía...*” (Domínguez Domínguez, 2007). De este modo, cuando se hacía necesario el intercambio de productos como el aceite con Extremadura o de harina, garbanzos o lentejas con Castilla; la necesidad de una vertebración de vías de comunicación razonadas y razonables se tornaba perentorio; el aislamiento ha sido tan importante que los hurdanos no tenían conciencia de pertenecer a un territorio determinado (Extremadura), sino que para ellos pertenecían a Las Hurdes como elemento con entidad propia.

No obstante, sí pretendemos un análisis más exhaustivo de la realidad de la pobreza hurdana que en nuestro campo se traduce en poca disponibilidad de atención biomédica y por tanto un supuesto mayor desarrollo de formas de curación tradicionales y/o naturales; no podemos determinar que la única causa existente sea la condición de aislamiento geográfico, puesto que esta misma situación se produce en otras muchas regiones de España sin obtener el mismo resultado. Para dar explicación a este hecho debemos profundizar en la evolución histórica que en líneas generales ha sido menos documentada y ha causado menos impacto en la población en general, quizá por su desconocimiento, pero que ha determinado en la zona una sinergia y potenciación con el aislamiento que vienen a explicar en su conjunto tan singular realidad casi única en nuestro país.

Dicha evolución presentó unos especiales matices económicos, políticos, jurisdiccionales en lo que se refiere a la relación de la comarca con la histórica dependencia jurisdiccional de la localidad cabeza de partida, La Alberca (Hoy en la provincia de Salamanca), que llevó a cabo una fórmula de dominio feudal corrompido que anuló cualquier posibilidad o tipo de iniciativa ganadera o agraria y que ha sido determinante en las carencias de la zona desde el siglo trece hasta mediados del pasado (Carrasco JPB, 2008) en el que la comarca comenzó a vislumbrar signos de mejora y abandono de tan largo atraso.

⁴⁴ *Las Hurdes. Estudio geneológico*. Editorial regional de Extremadura. 1995. Domínguez D.

⁴⁵ MAURICIO CATANI fue un Antropólogo y Sociólogo de origen Italiano (Roma – 1937) que realizó múltiples trabajos y etnografías en la comarca siendo un referente fundamental para entender la realidad socio cultural de la zona. Su figura fue una pieza clave en la apertura del Centro de documentación de Las Hurdes. Entre sus obras nos encontramos “*La invención de Las Hurdes. Una sociedad centrada en sí misma*” (Cuadernos populares 27 y 28 .Editorial regional de Extremadura. 1989) a partir de la cual se comenzó a ponderar en su justa medida todo lo referente a los tópicos y las leyendas sobre Las Hurdes, desmintiendo buena parte del ideario que hasta entonces existía .

Así, debemos conocer que el sistema jurídico y económico de la comarca antes del siglo XIII se insertaba de lleno en el régimen señorial, al formar parte de la comunidad de Granadilla, patrimonio efectivo de la Casa de Alba. Dicha comunidad era la cabeza de un amplio dominio que comprendía, entre otros, los términos de La Alberca, Sototerrano, Las Batuecas y Las Hurdes. Sin embargo esta situación varió y fue el poblado de La Alberca quien ejerció como cabeza de señorío desde 1289 cuando el poblado de Granadilla se la cedió voluntariamente (Barroso Gutiérrez, 1992)(Granjel M, 2001) (en dicha donación, no tan altruista como pudiera parecer, influyeron no sólo motivos económicos, sino que La Alberca, alejada de la metrópolis, habría alcanzado una posición preeminente que junto al aumento de su población determinó una nueva ordenación poblacional entre los dos concejos) . Este cambio resultaría decisivo en el devenir futuro y en la evolución histórica y social que Las Hurdes sufrieron desde entonces, lastrando desde lo material hasta la social la conciencia hurdana.

“... el 8 de enero de 1289 la villa de Granadilla, cabeza de un extenso y dilatado señorío, se desprende no sólo de la “dehesa de las Batuecas”, sino también de la “dehesa de Las Jurdes”, donándolas a la Villa de La Alberca, de tal manera que formaron a pasar como parte de su municipio y vecinos del mismo...”⁴⁶

El territorio bajo los dominios albercanos no se correspondía con lo que hoy entendemos como la comarca en su totalidad, sino que comprendía los términos municipales de Nuñomoral, Caminomorisco⁴⁷ y el desierto de Las Batuecas, que a efectos prácticos supone casi la mayor parte del territorio que nos concierne y que pasó a denominarse como “*dehesa de la Jara*”. El resto de la zona, fundamentalmente el Concejo de Pinofranqueado, permaneció bajo la jurisprudencia de la Villa de Granadilla, que aunque impuso un régimen igualmente señorial, se constituyó como mucho más suave que el albercano lo que permitió un mayor desarrollo de la zona bajo su influencia.

El problema fundamental estuvo derivado en que La Alberca trató de rentabilizar este territorio al máximo, para lo que estableció un sistema de arrendamiento muy elevado a los vecinos hurdanos por la explotación de las tierras, cuyo pago permitía a los usufructuarios el aprovechamiento de estos terrenos a cambio de una renta que se pagaba a los visitadores de forma anual ⁴⁸(Granjel M, 2001). Sin embargo, la alta renta respecto a señoríos vecinos como el de Granadilla no era el único problema, sino que la situación se vio agravada por una importante limitación en la explotación del terreno consecuencia directa de que los albercanos se encontraban especialmente interesados en mantener su preeminencia respecto del mercado apícola, fuente fundamental de ingresos en la zona y que con una justa distribución de las ganancias y explotación hubieran supuesto una buena forma de aumentar los

⁴⁶ Domínguez, *op .cit.* p 74

⁴⁷ Nótese que lo que hoy se corresponde con Las Hurdes “*altas*” permaneció bajo la jurisdicción de La Alberca, lo que unido a un mayor aislamiento geográfico, contribuyó a la decisiva diferencia de desarrollo que aún hoy podemos observar entre Las Hurdes “*altas*” y “*bajas*”. Esta situación determinó una menor disponibilidad médica y por tanto un mayor desarrollo de formas de *medicina tradicional* en la zona “*alta*”, o al menos así debería ser en teoría siguiendo este razonamiento de necesidad que estamos esgrimiendo; por lo que nuestra búsqueda se realizará esencialmente en esas tierras.

⁴⁸ En el ideario hurdano aun permanece muy presenta esta situación. Algún autor en su trabajo de campo ha podido escuchar aun, cuando un niño de La Alberca ve a otro de Las Hurdes: “...*hurdano, a pagar el corretaje, que tu eres de Las Hurdes...*” (Barroso Gutiérrez F, 1989).

recursos de la población hurdana. Las limitaciones se hacían efectivas por medio de importantes sanciones ante la vulneración de esta normativa y sometiendo de esta forma a Los Hurdanos a penas y pagos de multas que en ocasiones eran tan elevadas que obligaban a malvender las propiedades para poder hacer frente a las mismas; circunstancia en muchas veces aprovechada por los propios albercanos para comprar a precios mucho más bajos que los establecidos para la época.

Del mismo modo, los intereses de explotación de la tierra eran diametralmente opuestos, puesto que mientras en las tierras hurdanas era esencialmente ganadera (Barroso Gutiérrez F, 1992), en las tierras albercanas venía determinada precisamente por el sector apícola y sus productos derivados. Así, el pastor hurdano, acostumbrado a la quema del monte en las épocas apropiadas con el fin del brote posterior de abundante alimento para el ganado, chocaba directamente con los intereses del apicultor, dado que dicha práctica resultaba perjudicial para la cría y explotación de las abejas que necesitaban de frondosos bosques para el desarrollo su actividad reproductiva. En consecuencia, la ordenanzas municipales de la época prohibían y perseguían con fuerza todo lo que pudiera modificar este “*status quo*”. La prohibición de prender fuego era absoluta. Una multa de quince reales castigaba el incendio de una pequeña parte del terreno que iría creciendo en función de la importancia de la quema. Al mismo tiempo, una serie de medidas protegían los arboles impidiendo totalmente la roturación, existiendo una casuística muy minuciosa y detallada sobre lo que estaba y lo que no estaba permitido (Domínguez D, 1995). Sin la posibilidad de desbrozar los arboles resultaba imposible obtener terrenos para los cultivos, lo que unido a la falta de alimento para el ganado equivalía en términos efectivos a pobreza.

Como el lector podrá deducir con facilidad, la inflexible actitud albercana llevó parejo un cambio drástico en los medios y métodos de subsistencia hurdanos, lo que determinó unas gravísimas secuelas económicas toda vez que la agricultura que pretendió suplir esta situación no llegó a ser más que una mera actividad complementaria de la principal ganadera, puesto que las características del terreno hacían imposible una explotación de mayores posibilidades.

Para hacernos una idea del complicado contexto socio-legislativo de la época, reproduciremos de forma textual lo expresado en la ordenanza numero XVIII, que aunque data del año 1515, es muy probable que estuviera siendo aplicada desde fechas muy anteriores y cercanas al inicio de la administración albercana en la zona, según los cree la profesora GABRIEL BERROGAIN en su artículo “*Ordenanzas de La Alberca y sus términos: Las Hurdes y Las Batuecas*” (Berrogaín, 1930):

“...Otosi ordenamos que por quanto es cosa mui conocida el dicho daño e perjuicio e agrabio que se hace e reciben los corrales e portuelos que tienen colmena. Haciendo cerca de ellos majadas e casa para vibir e corral de ganado, a esto se ordena y dize que de aquí adelante nenguna persona deste lugar, ni de su campaña, no pueda hacer ni hagan casa, ni corral, ni majada de ganados cerca de ningún corral ni asiento de colmenas, a menos que de corral cerrado de pared aya e tenga de término de los dichos, ciento y sesenta estadales, medidos como dicho es, e de postuelo, ciento. E que en todo este dicho término que dan a los dichos corrales e poestuelos ninguno pueza rozar, ni roze, ni queme, ni siembre, ni saque tierra de nuevo, salbo vega e tierra que sea ronpida e usada e sido sembrada a esté echa bega echa. E que sobre la tal vega no se pueda más acrecentar caiendo dentro de dicho dicho término y se desaga la tal casa, e corral, e edificio, que ansí hicieren o

tuvieren fecho. Que los alcaldes e rejidores del dicho lugar, que son fueren a la sazón, no pueda ninguno hacer, ni dar licencia, ni señalar mas de la manera que dicha es, so pena de quinientos maravedís a cada uno de los dichos oficiales. E la tal licencia que en este cas dieren, no balga e sea ensí ninguna, e, mas. sean obligados a pagar el daño e perjuicio que al dueño del al corral e postuelo recibiere...”(Ordenanza XVII : Colmenas. 1515).

Todo este cúmulo de situaciones represivas provocó una espiral de empobrecimiento que repercutió de forma directa en las condiciones de salubridad en la zona dada la falta de alimentos básicos y complementos alimenticios que provocaron el aumento de casos de enfermedades como el raquitismo, las fiebres palúdicas o el bocio a consecuencia de la falta de yodo. Al mismo tiempo, las deficientes comunicaciones, la falta de ordenación objetiva del territorio y la lejanía de las alquerías que dificultaban sobremanera el acceso a las mismas determinaron una disminución de profesionales de la educación y de la sanidad que no aceptaban la comarca como zona de destino laboral, repercutiendo directamente sobre las condiciones de vida y obligando al desarrollo de recursos propios que al menos pudieran paliar tan extrema situación; entre otros muchos medios de adaptabilidad al entorno se encontraban las formas de *medicina tradicional*, puesto que una de las causas que empujan a una población al uso de este tipo de terapias es el agotamiento o falta de posibilidad de tener acceso al sistema médico, lo que obligaba a buscar otras posibilidades en su necesidad de dar respuestas a los procesos de enfermedad.

Tal situación permaneció de forma parecida durante nada más y nada menos que seis siglos, hasta principios del siglo XIX (periodo de 1813 a 1822) (Grajel M, 2001), cuando las reformas efectuadas por sucesivos gobiernos liberales iniciaron una serie de programas de reorganización administrativa del país dentro de un ambicioso programa de modernización, lo que determinó que la comarca se instaurara como un espacio independiente que acababa con los privilegios de La Alberca sobre este territorio. Dicho proceso podría haber encontrado su punto final en el 30 de noviembre de 1833 (Domínguez D, 1995) en que la comarca de Las Hurdes queda de forma definitiva adscrita a Extremadura y La Alberca a la Comunidad de Castilla y León, terminando la lucha que se había producido durante casi 600 años y que dejó un rastro de pobreza y subdesarrollo en la zona bajo su jurisdicción que aún hoy en día resulta evidente.

No obstante, las nuevas reformas no fueron capaces de acabar con el lastre de pobreza que se había generado durante tantos años. La situación de aislamiento y sumisión económica sólo comenzó a revertirse con la creación del *Real Patronato de Las Hurdes*, que fue constituida de forma consecuente al viaje que por la zona realizó el monarca Alfonso XII en 1922, decidido a conocer la región que estaba en boca de toda Europa como consecuencia de los estudios de LEGENDRE, o los escritos de GABRIEL y GALÁN o UNAMUNO. La labor de dicha institución comenzó poco después del mencionado viaje, dando cuentas de sus acciones en primera instancia en 1927 (Carrasco JB, 2008). La comarca que encontró el Real Patronato presentaba un territorio de 47000 hectáreas poblado por unos 8000 habitantes (Domínguez Domínguez, 2007) con una tasa de fallecimiento anual de 92,50 por cada 1000 habitantes (Carrasco JB, 2008) (Domínguez Domínguez, 2007), donde la mortalidad por paludismo, fiebre tifoidea de origen hídrico y otras manifestaciones producidas por la falta de higiene y alimentación deficitaria eran latentes y demostraban unas condiciones de vida en cierto modo miserables, lo cual se llegó a

identificar con el término “*mal de Las Hurdes*” esbozado por el Dr. MARAÑÓN en referencia a una situación de desnutrición crónica (Catani,1989).

Las vías de actuación en los primeros años tuvieron varios puntos esenciales y devolvieron al pueblo hurdano su dignidad y el derecho a reconocerse como un pueblo integrado en la realidad de España; Así, algunas de las más importantes fueron:

- Reconstrucción o edificación y dotación de iglesias
- Creación de un plan técnico de colonización forestal del territorio
- Creación de factorías; con habitaciones para médicos, maestros, servicio de correos y Guardia Civil; todo ello casi inexistente hasta ese momento
- Construcción de caminos forestales que permitieran una circulación de actividad adecuada y que unieron todas las alquerías que componían la comarca

Las mejoras establecidas obtuvieron rápidos progresos que fueron especialmente evidentes en el área de la salud, fundamentalmente mediante el aporte de profesionales sanitarios, tanto médicos como practicantes, que resultaron esenciales en la mejora de la calidad asistencial y en la disminución de los casos de Paludismo, Viruela, Tifus u otro tipo de enfermedades desaparecidas en el resto del país y aún perdurables en la zona hurdana.

Ahora bien, no podemos negar la existencia de una cierta exageración y leyenda negra en cuanto al mito hurdano. Existen muchas teorías sobre ésta y no es posible determinar a una sola persona o autor como padre de la misma. El primero de los individuos que contribuyó fue el mismísimo Lope de Vega, que llevó a sus obras una serie de historias que le contaron durante una estancia en la localidad salmantina de Alba de Tormes. Posteriormente, surgieron un buen número de ellas que contribuyeron de forma decisiva al engorde de la situación; como muestra podemos encontrar la referencia que hace MADAME AERSENE ALEXANDRE en 1903:

“...Las Batuecas o Jurdes, es otro pueblo, en la frontera con Portugal, que tiene casi tantos bandidos como habitantes, siendo el resto enfermos de Bocio (...) esta población es digna descendiente de los monjes, que por ser muy fornicadores y dañinos, eran enviados allí para expiar sus pecados...”⁴⁹.

Posteriormente vendrían de la mano a partir del referenciado viaje de LEGENDRE, otros escritos de insignes personajes en su época como el DR. MARAÑÓN, GABRIEL Y GALAN, UNAMUNO o el ya comentado LUIS BUÑUEL.

Debemos entender que todos estos autores, no sin cierta razón pero de forma absolutamente exagerada, han contribuido históricamente al engorde sobre la leyenda de la zona hurdana. La mucha, negra y tendenciosa literatura que se tejió sobre estas tierras ha provocado una visión de la zona tremendista (Barroso Gutiérrez F, 1993) y desproporcionada en el ideario colectivo social español que aún perdura en nuestros días. Sí sus plumas hubieran sido más rigurosas con la historia entonces se habrían percatado de las huellas y vestigios que antiguas civilizaciones

⁴⁹ *Apuntes sobre Las Hurdes. Aspectos etnográficos y antropológicos*. Revista Folklore. 1989. Barroso Gutiérrez F.

dejaron por las serranías hurdanas ⁵⁰ desde los tiempos más remotos de los que aún encontramos evidencias en formas de petroglifos que pueblan de forma abundante la comarca .

⁵⁰ En este sentido, en conversación mantenida con el novelista y buen conocedor de la zona JOSE MANUEL RIVAS GONZALEZ autor de la novela “ *El marrano de San Antón o el oasis del mimo* “ deja abierta la posibilidad, y en esa línea se encuentra estudiando y trabajando, de que en los viajes de vuelta de los barcos españoles en la conquista de América, cargados de *indios* nativos, ante su falta de adaptación podrían haber sido confinados en tierras remotas para ocultar la realidad del hecho; una de estas regiones según el autor podría ser la comarca hurdana.

Breves apuntes sociales.

Si pretendemos hablar de la realidad social y cultural de la zona hurdana, salvando las distancias podemos realizar un símil con el concepto de aislamiento geográfico o barrera geográfica esbozado por DARWIN, C; según el cual la falta de contacto determina una serie de particularidades genéticas que en nuestro caso podríamos aplicar a particularidades sociales y culturales que abundan en la región que estamos estudiando.

De este modo, trataremos de esbozar aquí así, de forma muy superficial, algunas de estas señas de identidad hurdana que algunos autores han llegado a denominar como *“islote humano con entidad propia y singular”* (Medina E, 2004); tan sólo como ejemplo para el lector que le permita hacerse una idea de la singularidad de la zona en la que nos movemos y que igualmente tendría que ver con el razonamiento que llevan a cabo algunos antropólogos según el cual cuanto más pobre es una sociedad en recursos materiales mayor es el número de funciones simbólicas. Este hecho no pretende más que recalcar una vez más la sospecha de la existencia de un fuerte cuerpo de conocimiento médico tradicional en estas tierras que ampare los objetivos que perseguimos en este estudio.

Entre las muchas pruebas de la particularidad cultural de la zona, una prueba irrefutable es el hecho singular del escaso proceso de cristianización a lo largo de la historia, unido a una atracción especial por lo pagano. Como refleja BARROSO, F, se puede comprobar este hecho en las celebraciones festivas cristianas, que de hecho no existen: *“...un santoral rico, variado y arcaico. La Semana Santa carece de tradición (...) vivían sumidos en el peor de los paganismos (...) y mantienen ritos y prácticas no muy acordes con los que manda la Santa Iglesia de Roma...”* (Barroso Gutiérrez F, 1992). La situación parecía ser más patente en la zona *“alta”*, puesto que debido a las consideraciones a las que hemos hecho mención las dos zonas hurdanas se diferencian incluso en la cultural.

En otro sentido, de todas las formas de ordenación social posibles, existe una que se perfila como esencial en Las Hurdes y que tiene que ver con la necesidad histórica de apoyo para lograr sustento. Se trata de la familia, que en Las Hurdes ha sido estrictamente nuclear, compuesta tradicionalmente por los padres y los hijos solteros; y muy relacionado con el minifundismo propio de la comarca.

Uno de los elementos más estrechamente relacionado con la familia es la vivienda donde residen, a la que hacemos alusión en este trabajo al haber sido tradicionalmente vista como uno de los mayores símbolos del atrasado hurdano. La vivienda en la comarca no representa más que un mero elemento auxiliar de lo que es primordial: los bienes productivos, y sobre todo la tierra. Una prueba irrefutable de esta situación es el contraste entre el extremo cuidado que ha caracterizado a los hurdanos en lo que se refiere a sus huertos y el aspecto de premura y precariedad en la construcciones de las viviendas antiguas, obedeciendo a un propósito de utilidad que queda plasmado en la economización de materiales y espacios (no hay relación entre el número de miembros de la familia y el tamaño de la casa) que no constituyen más que un nuevo ejemplo de adaptación al entorno ecológico donde les ha tocado vivir.

Da para mucho el tema de la vivienda hurdana; sobre ella y su tamaño han recaído las más variadas acusaciones y leyendas negras que hacían referencia a la promiscuidad y al incesto en la zona. Algunos autores encuentran explicación a este tipo de hogar en “...el repliegue inconsciente del grupo familiar sobre sí mismo para evitar la dispersión que implica la necesaria y normativa exogamia, con el peligro en cada generación de la múltiple división de recursos...” (Catani, 2002).

Íntimamente relacionado con la estructura familiar nos encontramos dos elementos que aunque no constituyen nuestro objeto de estudio sí merece la pena mencionarlos aunque sólo sea desde el campo de interés que constituyen para cualquier Antropólogo: el matrimonio y la herencia anticipada.

El fenómeno más relevante del tradicional matrimonio hurdano residía en que se encontraba supeditado a la autoridad paterna, que buscaba asegurar la permanencia familiar. Así, consiguiendo matrimonio entre “iguales” (nótese la repetitividad de esta cuestión en la literatura antropológica mundial en sociedades que parecen estar muy alejadas de la comarca hurdana, al menos en lo geográfico) se aseguraba la pervivencia de las nuevas familias. Aunque la endogamia local parecía ser predominante, la homogamia ha primado sobre aquella, y el matrimonio es visto por los hurdanos como una etapa que permite, mediante los hijos, la reversibilidad de la relación de amparo entre las generaciones por medio de la transmisión del capital por las vías materna y paterna.

Por su parte, la herencia anticipada conocida como “*hijuela-acetua*” y que LEGENDRE vino a definir de la siguiente manera: “...cuando los padres son viejos y han criado a los hijos “*parten el capital*” de forma rigurosamente equivalente. Los padres se quedan así sin recursos o simplemente con el simple usufructo de la casa. En contrapartida, los hijos se comprometen en dar a los padres una cantidad precisa de alimentos y, en lo general, amparo... “. La situación tiene una variante denominada “*estar a meses*” que consiste en quedarse el ascendente igual número de meses al año en casa de cada hijo.

Tales ejemplos en los que podríamos ahondar de forma casi ilimitada o al menos excediendo lo que con este trabajo se pretende, han sido simplemente esbozados en el esfuerzo en el que vinimos insistiendo desde casi el principio de este texto por reafirmar la singularidad hurdana y la necesidad de continuar con estudios en esta zona que nos ayuden a comprender tan especial realidad socio-cultural. No obstante, pasaremos en las líneas que siguen a describir nuestro trabajo de campo con objeto de no dilatar en exceso y evitar así la posible dispersión de nuestro objeto esencial de estudio, la *medicina tradicional*, toda vez que entendemos que el lector se encuentra preparado suficientemente gracias al contexto que hemos pretendido crear con todos los elementos que pudieran influir para lograr un perfecto entendimiento de la realidad a estudiar.

*No viven vida de humanos
nuestros míseros hermanos
de las montañas jurdanas*

Gabriel y Galán. 1904

TERCERA PARTE

TERCERA PARTE

CAPITULO CUARTO

La medicina tradicional en Las Hurdes.

Las Hurdes es bien conocida por sus curanderos, brujas y componedores (Barroso Gutiérrez, 2008) cuyo conocimiento parece casi perderse en la noche de los tiempos (Peral Pacheco y Martín Alvarado, 2009) y que se han constituido desde antaño como personajes muy respetados por esas tierras, fundamentalmente en Las Hurdes “*altas*”; donde su poder y su capacidad nunca fueron puestos en duda por la población autóctona, en la misma línea que el médico adquiere una posición preeminente en la estructura de cualquier sociedad porque el pueblo respeta y ensalza a todo aquel que tienen la capacidad de “*curar*” o “*evitar*” la enfermedad como sustrato y eje central de todas las ordenaciones sociales.

Las dificultades históricas derivadas de la orografía y la falta de recursos económicos por diferentes vicisitudes determinaban comunicaciones a través de tortuosos senderos de no más de medio metro de anchura de increíbles pendientes que determinaban la despoblación desde el punto de vista de la escolarización, así como la nula capacidad de asistencia médica o farmacológica, por lo que “...*el 90% de los enfermos se veían en la necesidad de acudir al remedio casero en Las Hurdes...*” (Puig I, 1960), lo que determinó y obligó a que el pueblo hurdano desarrollara a lo largo de los tiempos toda una cultura farmacopeística donde se entremezclaban la medicina naturista con los rituales exotéricos heredados de una intensa y arraigada tradición pagana (Barroso Gutiérrez F, 1993), puesto que cuando la ciencia popular basada en remedios meramente vegetales, animales o minerales fallaba se hacía necesario recurrir al auxilio de lo religioso y la fe como explicación del proceso y búsqueda sin cuartel de la solución como último recurso que diera salida a una situación de desesperación. Desesperación que en términos hurdanos fue durante cientos de años mucho más habitual que en el resto de España, por tanto en cuanto prevalecían enfermedades ya desaparecidas en el resto del territorio patrio y el acceso a su curación se tornaba fuera de toda posibilidad; de ahí que el desarrollo que este tipo de curación de base psíquica tuviera un especial campo de cultivo en la zona que en muchos sentidos parecen haber llegado algo camuflados hasta nuestros días, en Las Hurdes se sabía que su mayor esperanza era la desesperanza. En este sentido, la personalidad del hurdano se ha visto constituida a lo largo de los siglos como supersticiosa; no hay lugar en España donde la magia, la superstición y lo transcendental hayan convivido y aún convivan de forma tan inmiscuida en la normalidad de las vidas cotidianas como en Las Hurdes.

Pero volviendo por los rieles de nuestro empeño y hablando exclusivamente del entorno ecológico más cercano en forma de plantas medicinales; éstas se han constituido como una excelente solución que generación a generación se ha ido transmitiendo de unas gentes a otras acuciados por la necesidad de dar solución a sus problemas de salud en la comarca. La transmisión se ha producido en la mayoría de las ocasiones de forma oral pasando a formar parte del patrimonio inmaterial de la zona, rico en muchos aspectos aún por estudiar; con ello, la riqueza en lo intangible nos proporciona el primero de nuestros problemas. La falta

absoluta de documentación bibliográfica específica se alza como un escollo a la hora de dotar de un argumento científico de calado a nuestras suposiciones; y no sólo eso, sino que en la mayoría de los casos por experiencias previas de etnografías similares, los antropólogos médicos se han encontrado con un fuerte celo a la hora de desvelarles los secretos curativos, guardados con ardor por los poseedores de tal privilegio. Nuestra experiencia no se constituirá como una excepción, puesto que en la conjunción de la superstición con lo inmaterial es fácil discernir las rarezas de las pocas referencias escritas:

“... y sí lo que tiene es un catarro, les colocaba Linza con Mostaza sobre el pecho, y también manteca, y les fregábamos bien los costados, las espaldas, todo bien fregao. También se cocía la raíz de la Jortiga y se le daba una cucharadita; y con estas cosas se ablandaba el catarro...”⁵¹

No hay normas escritas que determinen quienes sí y quienes no están capacitados para recibir los saberes ancestrales de la *medicina popular*; sin embargo, la norma no escrita determina que por lo general se produce una transmisión a través de una estructura descendente donde el arduo proceso de traspaso se efectúa desde las personas de mayor edad y por ello con mayor experiencia y conocimiento, hasta las personas receptoras, de menor edad y menor experiencia/conocimiento; siendo la línea de transmisión vertical que se produce de padres a hijos el binomio más preconizado, encontrándose tradicionalmente a la mujer como la receptora esencial de dicho conocimiento en su rol social de cuidadora, agudizado por la especial relación de complicidad entre la madre e hija que viene a jugar un papel esencial.

Entre los hombres hurdanos, históricamente los pastores o aquellos que han tenido una estrecha vinculación con el ganado en particular y con el campo en general han sido los que han recurrido en mayor medida a este tipo de prácticas según nos cuentan los propios vecinos. La primera relación se explica por la necesidad de dar auxilio a las reses en sus procesos de enfermedad. La segunda por un mayor conocimiento del medio ecológico en general y de las plantas medicinales en particular, por la convivencia diaria que con ellas mantienen, lo que facilitará el conocimiento de base empírica característico de esta forma curativa. (Altamiras Roset et al, 2009). En este sentido encontramos alguna referencia en términos bibliográficos tangibles a una planta denominada en la zona como “*toña*”, cuyo uso parece ser eficaz por sus propiedades epispásticas y a la que acudían los segadores hurdanos cuando se producían algún corte con la hoz (Barroso Gutiérrez F, 1993).

En cuanto a aquellas personas con dedicación plena (dedicación a tiempo completo) al arte de sanar según la casuística tradicional, se encuentran algunas referencias históricas en tierras de Las Hurdes, salvando la falta de estudios al respecto y todos aquellos cuyo conocimiento y sapiencia no hayan pasado a la posteridad por la falta de registro escrito. Este tipo de informantes son los que ansiamos encontrar en nuestro trabajo de campo puesto que nos permitirían aglutinar conocimientos y nos facilitaría nuestra labor de recopilación.

⁵¹ *Por tierras de Las Hurdes: la tía Teresa.* Barroso Gutiérrez, Félix. Revista Folklore. Tomo 13^a. Pág. 169-173. 1993.

Así, aunque suponemos la existencia de múltiples conocedores de remedios en función de los razonamientos anteriores, encontramos la primera referencia en el último tercio del siglo XIX, donde ya era conocido ONOFRE HERNÁNDEZ AZABAL que llegó a abrir una consulta en Salamanca. Siguiendo sus pasos, en el siglo XX otros respetados curanderos hurdanos se establecieron en Coria, Ciudad Real y Béjar. Entre la década de los años 30 y 40 alcanzó fama el popular TOMÁS PALOMERO IGLESIAS, más conocido por *“el curandero de Casar del Palomero”* (Gutiérrez Ubero, 2011) y del que incluso hemos obtenido menciones en nuestro propio trabajo etnográfico, lo que nos hace tener una idea de la repercusión que en su momento tuvo puesto que parece ser que *“...hace muchos años que ya murió...”*⁵² según algún informante anónimo nos indicó al preguntar por su figura y del que se tienen referencias de algunas curaciones *“...casi milagrosas. Venía gente de todos sitios para verle...”*. Otra alusión a *curanderos* ya fallecidos aportada en nuestra investigación fue *“Costa”* en la alquería de Aceitunilla, que aunque algunos vecinos de Las Hurdes *“bajas”* nos hablaron de su capacidad para las *“ventosas”* y *“colocar huesos”*, en nuestra búsqueda en su propia localidad nos informaron sobre su fallecimiento en tiempos recientes.

También hubo, claro está, reputadas curanderas en la línea de la importancia de las mujeres como cuidadora esencial dentro de la comunidad, todas ellas ya fallecidas a excepción de una (al menos de las que pudimos tener conocimiento); como *“Tía Josefa”* (Aceitunilla), *“Tía María la Sandina”*, *“Tía Juana la Cariela”*, *“Pilar”* (Robledo) que aún en vida *“...realiza curaciones con aceite de hipérico y una hierba macerada que coge de la montaña, y que coloca los huesos en su sitio, aunque la mujer ya está muy mayor y ya sólo vende el aceite”* o *“Tía Teresa”* igualmente de Aceitunilla, a la que anteriormente hacíamos mención a algunos de sus remedios y que se erigió como estupenda mezcla sincrética de remedios naturales, exotéricos, mágicos, cabalísticos e incluso biomédicos, puesto que al parecer poseía ciertas dotes de cirujana en su faceta de *“capaora de anginas”* (Barroso Gutiérrez F, 1993) o incluso de Podóloga, por su habilidad para quitar los *“cravos de los pies”* (Barroso Gutiérrez F, 1993). No obstante, *“Tía Teresa”* mostraba especial capacidad para las hierbas medicinales :

“... y para las diarreas teníamos que cocer tres o cinco rabitos de zorra, que es una planta que se cría cerca del agua, y había que tomar una tacita de este cocimiento, y la diarrea se cortaba en un santiamén...”

“... para las pulmonías lo mejor eran las raíces cocidas de jortigas...”

*“...para curar un dolor muy corriente que es el dolor de cabeza, hay que ir a coger la hierba que se llama verbena. Esta hierba hay que machacarla bien machá, y se echa en la sartén con una gota de aceite y la clara de un huevo, todo ello se calienta en la sartén o en un cazo y, después, se forma un cataplasma que se pone en la cabeza...”*⁵³

⁵² Desde este momento todas las referencias textuales que se hayan recogido en nuestro trabajo de campo, bien por medio de toma de notas o transcripciones de grabaciones, se indicaran en letra cursiva. El lector podrá observar que la transcripción se realiza siguiendo la ortodoxia del habla de Las Hurdes en la medida de lo posible. Se trata esta habla de un dialecto derivado del antiguo asturleonés con orígenes anteriores a la reconquista, y que aún perdura, aunque ya muy castellanizado.

⁵³ Barroso Gutiérrez, Félix .Autor , *op. cit.* Página 90.

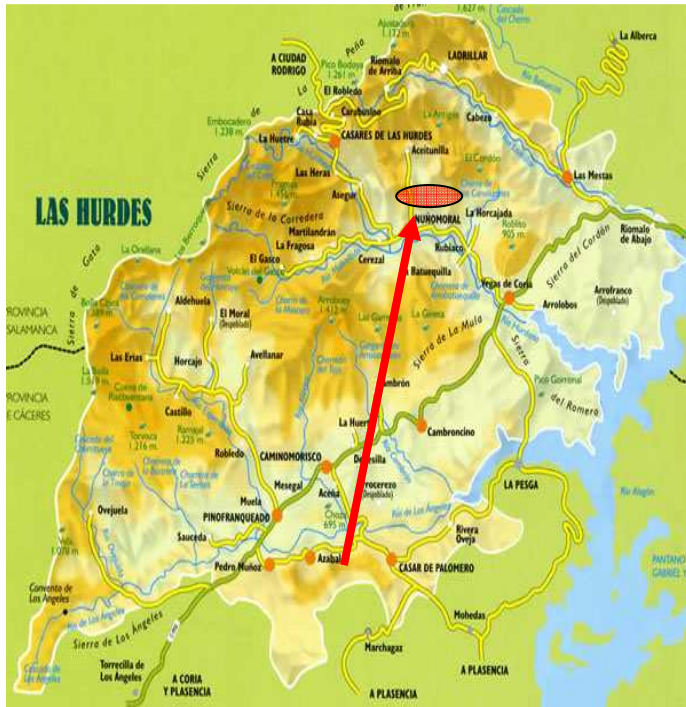


Imagen 5. Sobre la base de la imagen número 2 (página 69) se observa la localización geográfica del poblado de Aceitunilla y su difícil situación geográfica en la zona de Las Hurdes “alta”, hecho este con segura influencia en la existencia de varios *curanderos* en la localidad dada la perentoria necesidad de búsquedas curativas frente al aislamiento geográfico.

Agentes de la medicina tradicional hurdana.

- **Medicina tradicional. Modernismo y postmodernismo en Las Hurdes.**

Así las cosas, iniciamos en pleno periodo estival del año 2011 nuestro trabajo de campo, nuestra propia etnografía hurdana en busca de saberes ancestrales que dieran luz a nuestras suposiciones iniciales y por bueno el refrán hurdano que reza: “*piensa más un necesitao que 100 abogaos*”. En el fondo, la esperanza de lograr un bagaje suficiente que nos espoleara hacia futuras empresas de mayor calado toda vez nuestras hipótesis y objetivos iniciales pudieran ser, al menos en la medida que la subjetividad de la cuestión lo permita, dados por válidos.

Siempre acompañados de nuestro diario de campo para la toma de notas de todo aquello que vemos y escuchamos al más puro estilo “*Malinoswkiano*”, trascendental en el esfuerzo que tenemos que realizar para no perdernos en el intrincado universo de la farmacopea tradicional; nuestra inseparable compañera fotográfica Nikon® en su faceta de plasmadora fiel de la belleza del paisaje más que en su credencial de instrumento antropológico básico en el quehacer diario, y nuestra útil y siempre fiel grabadora de voz, imprescindible para las posteriores transcripciones, reflejo sobre papel de la esencia última del trabajo, la entrevista; nos adentramos en tierras hurdanas a lo largo de 10 intensos días repartidos en un periodo de dos meses y condicionados por una falta acuciante de disponibilidad en cuanto a tiempo. A veces sólo, la mayoría, remontando las angostas carreteras y escarpadas laderas en motocicleta como forma de recorrer, disfrutar y aprovechar el contacto con el sobrecogedor entorno. Otras veces acompañado, las mejores, por mi amigo, consejero y Antropólogo Dr. MARIANO JUAREZ al que debo agradecer el inestimable aporte de sus conocimientos y experiencias en el trabajo sobre el terreno que un Doctor en Antropología posee y que a mí, aspirante a ello, aún me falta; esencial para que en muchas ocasiones me guiara en el complicado sendero de la reestructuración de mis ideas y suposiciones iniciales muy alejadas, como posteriormente se demostraría, de la realidad actual de la materia en el entorno, al menos en la forma y prisma de enfoque inicialmente propuesto.

Cabe decir y reconocer la consciencia acerca de la poca o nula idoneidad en cuanto a la distribución temporal en la que se ejecutó esta estancia etnográfica, en tanto que imposibilita la esencia misma de la Antropología, la observación participante plena, único instrumento fiel y valido que nos legitima en el pleno conocimiento de las tradiciones, roles, valores y normas que se van internalizando poco a poco y que nos permiten establecer conclusiones adecuadas que incluyan un enfoque tanto “*Emic*” como “*Etic*” de la realidad, en post de la obtención de legitimación en el intento de explicar tanto las conductas individuales como de grupo. Puede que este tampoco sea el objetivo de este estudio, por lo que defenderemos aquí una visión meramente observadora de la realidad que nos facilite ser lo más objetivos posible, dejando posibles perspectivas más profundas sobre lo que piensan o perciben los actores para futuras investigaciones de mayor entidad en la materia que nos exijan de una superior particularidad y concreción.

Aparcadas las aclaraciones nos mostramos en estos momentos interesados en la vuelta por el sendero de la re-estructuración, la reubicación de nuestra realidad de estudio ya mínimamente esbozada. Para ello resulta legítimo aclarar que si una ventaja presenta el trabajo de campo sobre cualesquiera otras metodologías es que efectivamente, con el tiempo, la convivencia y la perspectiva, uno se puede permitir abrir los ojos, esparcir su mente y comenzar a ser conscientes de que según nos aproximamos a la verdadera naturaleza de las realidades humanas lo que se buscaba con ahínco se encuentra, casi con toda seguridad, mal enfocado; y lo que es más preocupante y agobiante a medida que sucede, según avanza el tiempo aumentan las posibilidades de ni tan siquiera encontrarlo, al menos en la forma y tiempo en la que inicialmente se había imaginado, puesto que es bien conocido en la Antropología que lo artificial, lo que se estudia en el despacho, tiende a cambiar en la medida en la que se avanza en la interacción entre el investigador y el sujeto estudiado.

En ocasiones, los problemas que planteamos como previos pueden llevar a restringir la observación, a tapar la realidad o a dificultar la captación de verdades que pudieran tener un significado decisivo, por lo que la etnografía es fiel compañera de batallas si lo que se pretende es comprobar "*in situ*" como cambia la realidad, y nos permite cerciorarnos de la aplastante evidencia de que los tiempos, como parte indisoluble de la realidad, también lo hacen; lo que en consecuencia se traduce en una reestructuración de patrones de comportamientos y necesidades que determinan la asignación de nuevas formas y roles sociales, de nuevas necesidades personales y de formas diferentes de dar respuestas a las mismas lejos de lo que uno puede presuponer desde la distancia del estudio de los textos de referencia. Y comento estas en principio poco alentadoras palabras para hacer notar el giro que con el tiempo hemos ido introduciendo en nuestro pensamiento paralelamente al avance en la etnografía y a medida que la toma de contacto nos permite un cada vez más profundo encuentro con la realidad hurdana y por su puesto, con la realidad de sus gentes; Irguiéndose en su conjunto no sólo como apasionante experiencia educativa en lo etnográfico, sino como increíble practica vivencial en lo personal.

Cabe hacer notar aquí con énfasis, puestos como estamos a hacer notar los antecedentes y contextualizaciones que han envuelto a nuestro trabajo sobre el terreno, las dificultades que el mismo presenta en la zona en la que hemos pretendido y elegido trabajar. Y no me refiero únicamente a las dificultades propias de un trabajo cualitativo y la subjetividad que de sus datos se puedan desprender en cuanto que no son cuantificables, como ya suponemos en todo trabajo etnográfico; sino que nos referimos a dificultades por un lado en lo material, secundarias a la esencia naturalista del trabajo antropológico. Esencialmente determinado en esta ocasión por la extensión del terreno de estudio y las malas comunicaciones entre poblaciones y alquerías. El mismo aislamiento y las mismas malas comunicaciones que determinan la particularidad de nuestras hipótesis, como es lógico en su normalidad, dificultan su comprobación. En alguna ocasión nos hemos encontrado con referencias por parte de informantes sobre concedores de remedios naturales en alguna alquería alejada; su comprobación y contacto nos ha

obligado a desplazarnos de forma reiterada y repetida con una inversión de tiempo que ha podido minar las posibilidades finales del estudio ejecutado⁵⁴.

En contraposición pero en suma, nos topamos al mismo tiempo con dificultades de carácter intangible, probablemente, seamos francos en este sentido, acuciadas por la falta de experiencia en el contacto directo etnográfico con el informante. El hurdano es desconfiado con el forastero, es más, me atrevería a definirlo desde el más absoluto respeto como terriblemente reactivo con el desconocido, sobre todo sí este lo que hace es preguntar por formas de acción a la que los vecinos han recurrido durante largo tiempo pero que se han procurado mantener en muchos casos en el anonimato al encontrarse fuera de las formas de medicina ortodoxa; por tanto en cuanto su falta de cientifismo las somete al confinamiento y a la subsistencia como saberes que adquieren la forma de entes oscuros y supersticiosos, símbolos identificados por la biomedicina como representativos de una época de irracionalidad y ostracismo que la sociedad moderna, al menos así lo preconizan, debe superar para subirse el carro del modernismo.

Con semejantes antecedentes, no debiéramos habernos sorprendido como así lo hicimos al encontrarnos con dificultades en nuestro empeño de lograr información fidedigna, e incluso en aquellos momentos en los que algún informante con los que posteriormente entablaríamos un buen trato nos reconocieron habernos omitido la verdad bajo el razonamiento de que “...no hay que fiarse del primero que viene por ahí...”. Sólo a medida que nuestra presencia se normaliza establecemos relaciones de mayor confianza y evitamos las diferenciaciones en el trato, lo que determina que los datos pasen a validarse en el sentido indicado por Malinowski. De esta forma, la construcción de la confianza de los participantes nos exige tiempo y esfuerzo que sumamos a la dificultades que referenciamos.

73

Advertencias y antesalas metodológicas efectuadas en la medida en que nuestras modestas posibilidades nos lo permiten; las dos primeras jornadas etnográficas se limitaron a la búsqueda de “informantes” y fuentes de datos válidas, especialmente centrados en la zona que hemos denominada como “alta” ante la suposición, basada en los registros bibliográficos consultados y en la evidencia de los condicionantes históricas y orográficas, de una mayor posibilidad de éxito.

Pronto nos toparíamos con nuestro primer gran error. Pensar que las realidades no cambian en las comunidades a lo largo del tiempo nos condujo a creer en el inmovilismo de las formas de atención médica tradicional; consecuencia directa la presunción acerca de la existencia de *curanderos*, *sanadores* o *composteras* en la línea de aquellos de los que habíamos tenido referencias previas en nuestro trabajo de aproximación a la realidad del entorno.

Los inicios de la búsqueda de información siempre resultan complicados y algunos autores lo plantean como una de las mayores dificultades del trabajo sobre el terreno; máxime sí la situación se ve acuciada por la existencia de limitaciones de tiempo y por la falta de una convivencia total con el grupo objeto de estudio; de una observación participante adecuada en su ejecución que nos permita ganar la

⁵⁴ No sólo encontramos en Las Hurdes una diferencia entre “altas” y “bajas”, sino que las propias “altas” tienen una subdivisión por una barrera montañosa coronada por el pico “Bodolla”, con pésima carretera; por lo que el tránsito entre un poblado de una y otra parte se hace laborioso, precisando de abundante tiempo y casi las mismas dosis de paciencia.

confianza de los actores a los que estudiamos. Para ello, es corriente buscar individuos que facilitan el acceso y ayuden a romper las barreras psicológicas iniciales, a éstos algunos autores los identifican bajo el nombre de “*porteros*” o “*facilitadores*” (Monistrol, 2007), y su elección adecuada es fundamental para obtener una información de calidad y correcta para el cumplimiento de los objetivos.

En nuestro esfuerzo decidimos recurrir inicialmente a aquellos cuyas profesiones están enfocadas en el ámbito sanitario y por lo tanto, al menos desde nuestra idea preconcebida, con una supuesta mayor sensibilidad y atención a esta clase de actuaciones e individuos, lo que en teoría debería facilitar el conocimiento de su existencia; para ello, decidimos enfocar nuestros esfuerzos hacia la información que nos pudieran facilitar los profesionales sanitarios de la zona (fundamentalmente médicos/as y enfermeros/as que como compañeros de profesión siempre se mostraron colaboradores e interesados en la materia, más como curiosidad personal que como probablemente alternativa terapéutica. O esa al menos fue la lectura subjetiva que de sus palabras desprendimos), así como a las farmacéuticas de las localidades de Pinofranqueado en la zona “*baja*” y Casares de Las Hurdes en la zona “*alta*” (quizá el contacto con una herboristería hubiera sido más adecuado en este sentido, pero la inexistencia de la misma impidió como es lógico, esa posibilidad). Con todos ellos, y una vez puestos suficientemente en antecedentes sobre nuestras intenciones como forma de lograr su confianza, nos encontramos con una inicial desilusión, puesto que existió una clara unanimidad en cuanto a referenciar la presencia de este tipo de personajes en tiempos remotos como consecuencia de “...*otro tipo de formas de poder curarse...*”; pero tajantemente fue desestimada la posibilidad de su existencia en los tiempos actuales: “...*que yo sepa, el último que hacía de esto ya murió...*”, y aunque las seis personas con la que tuvimos conversación hablaron de la existencia de remedios caseros y de usos de hierbas de las que habían oído hablar e incluso visto⁵⁵, no lo asociaban curiosamente de forma significativa con la zona hurdana, sino que creían que formaban parte de las formas de sanación que eran habituales en la mayoría de las zonas rurales de Extremadura, independientemente de que la ecología de cada lugar determinara el uso de uno u otros productos o remedios a la hora de actuar sobre la persona necesitada y que por supuesto igualmente ocurría por esas tierras.

En este inicial varapalo etnográfico andábamos inmersos cuando decidimos llevar a cabo un replanteamiento en cuanto a la localización de “*porteros*” se refiere, bajo el pensamiento y la convicción de que si hablamos de *medicina popular* debe ser el propio pueblo llano quien lo necesite y lo conozca, y en consecuencia debemos recurrir al propio pueblo en su más pura esencia para confiar en que nos guíen hasta aquellos individuos con capacidades o habilidades especiales al respecto. Para ello concluimos establecer contacto con la población autóctona de a pie, con los vecinos, con los ancianos, con aquellos que viven y necesitan de Las Hurdes y de sus particularidades y que por lo tanto conocen más y mejor que nadie lo que estas tierras nos pueden ofrecer.

⁵⁵ En este sentido cabe preguntarse sobre la idoneidad de estos “*facilitadores*”. Todos ellos no residían de forma habitual en ninguna de las alquerías, y aunque en el caso de la farmacéutica de Pinofranqueado si lo hacía en el pueblo, debemos tener en cuenta que esta localidad por ser la de más población y en consecuencia mayores servicios, poco tiene que ver con las formas de vida y/o necesidades que podemos encontrar en otros asentamientos más alejados y poco comunicados. Entendemos pues que este sesgo es importante y por ello ponemos en duda lo adecuado de su información.

Sabedores del recelo y la desconfianza al que el etnógrafo se enfrenta con asiduidad y que se torna especialmente agudizado por estas tierras; el objetivo radicaba en interaccionar con el hurdano o la hurdana sin despertar recelos ni provocar incomodidades; preferentemente nos mostrábamos interesados por aquellas personas de una cierta edad, por aquello de un mayor arraigo, conocimiento de la zona y porque no, necesidad de ese tipo de soluciones. Puestos a arriesgar, elegimos como lugar de contacto esencial (en algún sitio el antropólogo se tiene que socializar, y si no hay una convivencia directa con la comunidad esto no es una empresa sencilla) los bares de las alquerías más recónditas, aprovechando la función de socialización que los habitantes de estas tierras en particular, y nuestro país en general, llevan a cabo entre sus paredes. Dirigimos así nuestros esfuerzos hacia aquellas poblaciones de pocos habitantes⁵⁶, donde en sus locales, escasos por otra parte, resulta menos complicado y violento llevar a efecto el acto social que permite la comunicación y la relación interpersonal con los autóctonos. En estos contextos, la consumición se hace esencial como muestra de respeto hacia el dueño del local y como forma de igualdad con el resto de clientes, lo que nos permite romper las fuertes barreras de prejuicios y recelos iniciales para pasar al amparo de la misma a establecer conversaciones variadas bien con el dueño, bien con alguno de los pocos habituales usuarios de este tipo de locales por estas tierras.

Gracias a esta estrategia las distancias iniciales poco a poco se van limando desde la cercanía y el respeto, sin aburrir con nuestros intereses y participando en conversaciones que aunque nos puedan resultar ajenas nos ayudarán a nuestra propia socialización y aceptación por parte del grupo. Así, en aquellos lugares donde por unas causas u otras percibimos la existencia de un cierto grado de empatía con nuestra causa establecemos coloquios en torno a la salud y a las soluciones que a ésta se daban y dan; y es aquí donde, dirigiendo con cautela y paciencia el tema de discusión hacia nuestros intereses propios y objetos de estudio, bajo el lema de la sociabilidad y la igualdad, cuando la etnografía comienza a mostrarse agradecida, cuando el Antropólogo comienza a sentirse un poco etnógrafo, cuando comenzamos a encontrar las primeras soluciones a nuestros interrogantes. Todo ello aumenta de forma inevitable nuestra excitación, pese a ser advertidos por el SR.JUAN, tabernero del único bar de la alquería de Huetre, que *“...eso es cosa de mayores. Antes sí se hacían esas cosas, pero ya se va a la residencia y ya está. La gente ya no usa eso...”*, antes de ponernos sobre la pista de *“...Costa, de La Aceitunilla...”*, nuestra primera referencia, respecto del cual nuestro *“facilitador”* nos indica que: *“...ese se dedica a las ventosas y a los huesos rotos...”* en lo que posteriormente resultaría ser una pista falsa, puesto que en la búsqueda del supuesto *curandero*, en su propio pueblo, su viuda nos informaría sobre su fallecimiento en tiempos recientes sin que ninguno de sus hijos hubieran heredado conocimiento alguno en la materia. Es aventurado decirlo, pero puede que sin saberlo nos encontráramos ante el último de los *curanderos* de Las Hurdes.

En posteriores conversaciones con el mencionado Sr JUAN, constatamos como el mismo en su infancia hubo acudido *“...al curandero del Casar...”* por un *“...problema de reuma en los brazos...”* y *“...con unas friegas me lo quitó todo...”*. También *“...era muy bueno uno de Salamanca...”* pero *“...ya ha muerto...”*, *“...te*

⁵⁶ Para conocer más sobre la función de socialización de los bares y el alcohol se puede recurrir a la lectura de: Arévalo, Marcos (2005). *Las culturas del vino. Del cultivo y la producción a la sociabilidad en el beber*. Sevilla, Signatura/Fundación Maimona.

ponía las ventosas y te levantaba todo lo que tuvieras hundido...". Para posteriormente hacernos notar que: "...la gente mayor utiliza sus cosas. Lo que ha visto en casa cuando niño...".

Parece pues que el camino para obtener información, ahora sí, es el adecuado, por lo que sin ánimo de agotar a un mismo "facilitador" cuyo testimonio podrá ser seguramente de grandísima utilidad en un futuro, vamos alternando distintas opciones y distintas poblaciones en nuestro empeño de ejecutar la técnica que los antropólogos conocen como "bola de nieve". Hablamos de este modo con JOSE VICENTE, camarero de la localidad de Pinofranqueado, que tarda muy poco tiempo en reconocernos que "...no hay ya por aquí...", para posteriormente indicarnos "...sí acaso hay una señora que yo me acuerdo que fui cuando pequeño, realiza curaciones con aceite de hipérico y una hierba macerada que coge de la montaña, y que coloca los huesos en su sitio, aunque la mujer ya está muy mayor y ya sólo vende el aceite...", "...en Robledo, creo que se llama Pilar, pero no estoy muy seguro, ya no me acuerdo...". Es JOSE VICENTE el primero en hablarnos de los nombres de CIRILO o de AMADOR "...el de los pies...", e igualmente nos hace alusión a: "...el "Tío Picho", pero tienen ahí un lio muy raro, una historia de esas de familia...". (Se refiere, como posteriormente tendríamos la opción de comprobar, a la relación personal con su hermano, Cirilo).

Sin embargo, el primer hecho verdaderamente fructífero no acontecerá hasta nuestro paso por la alquería de Aceitunilla, en la búsqueda del informante referenciado como "Costa", cuando uno de los vecinos ante nuestro interés nos comenta: "...ya no los hay...", pero sin embargo nos aporta un dato esencial para nuestra investigación: "...hay uno que sabe de estas cosas en Riomalo (refiriéndose a la alquería de Riomalo de arriba) pero no sé cómo se llama. Sé que sabe del tema pero no se dedica a ello ni nada de eso...". KATY, camarera de Las Mestas, por su parte nos indica: "...yo no sé mucho de eso, pero sé que aquí en el pueblo están CIRILO y ANASTASIO que venden la miel y eso se que lo utiliza la gente para los constipados y la garganta...". Con lo que ahora ya si nos daríamos por fin cuenta de las dos nuevas líneas en torno a las cuales deberían girar desde ese momento nuestros esfuerzos.

Con esta parca información en nuestro bagaje comenzamos a hacernos en nuestras cabezas una nueva cosmovisión sobre la situación a la que nos enfrentamos: los *curanderos*, figuras ancestrales del conocimiento médico popular, parecen no existir en la zona, a falta de una etnografía más profunda que confirme tal inicial impresión, al menos en la forma y sentido referenciado e imaginado, determinada por una dedicación total o al menos parcialmente alta al arte de sanar; la razón en apariencia se torna como sencilla desde la distancia del análisis posterior y pausado a ojos del forastero, a falta de un análisis estructural más profundo que determine conclusiones de mayor calado. La misma necesidad que propicia el auge determina su declive cuando ésta no es acuciante ni pone en peligro la vida de las personas. Así, cuando existe una mejora de las condiciones y de las infraestructuras de comunicación que determinan que el sistema biomédico se implante plenamente, éste fuerza un desplazamiento de otras formas de curación a las que no acepta como tales y somete a la penumbra. Así ha ocurrido en otras partes y así parece haber ocurrido

en tierras hurdanas, a la espera de que la crisis del sistema biomédico provoque otros efectos que deberán ser estudiados con mayor detenimiento⁵⁷.

No obstante, ésta no es razón suficiente para languidecer en nuestro empeño, puesto que los conocimientos ancestrales, inmiscuidos en la cultura y en la forma de ser de un pueblo, no se borran de la noche a la mañana, y aunque es segura la idea que comentamos, también parece clara la existencia de un cambio en la formas y en el orden, de una reformulación de la realidad médica tradicional que nos lleva a esbozar una primera idea en este giro que nuestra investigación inició; la idea de una nueva categorización, de una nueva taxonomía que nos permita una ordenación conceptual de la situación actual y que divide en dos las opciones que en la actualidad se tiene de acceder a las soluciones terapéuticas que vienen de la mano de la medicina popular en el caso particular de Las Hurdes:

- 1) – Descartada de forma inicial la presencia de *curanderos* o conocedores de *medicina tradicional* a tiempo total, nos encontramos con una nueva variante, prolongación de los conocimientos ancestrales en plena adaptación a las nuevas realidades; conformada por aquellos vecinos que poseen sabiduría en la materia pero que lo utilizan a nivel doméstico, propio, nivel “*micro*”, o como mucho en recomendaciones a amigos, conocidos o personas que recurren a ellos en forma de favor personal. Podemos definir a estos individuos/as en el sentido de no perseguir un fin lucrativo en sus actuaciones, a diferencia y en contraposición a los curanderos a tiempo completo que antaño no resultaba demasiado complicado encontrar; sino que poseen una serie de conocimientos adquiridos y los utilizan con la normalidad de quien ha visto esa práctica a lo largo de los tiempos y como mucho como una vocación de servicio libre de todo interés monetario.

Un buen ejemplo en esta forma de interactuar con los saberes médicos tradicionales lo representa JERÓNIMO; natural de localidad de Riomalo de arriba. Referenciado con anterioridad y al que no nos resultó complicado encontrar por su popularidad entre los vecinos de la zona. Se convierte de este modo JERÓNIMO en el primero de nuestros informantes clave⁵⁸.

Localizado pues físicamente el primero de los sujetos que nos ayudará a confirmar o desmentir nuestras suposiciones a lo largo de esta aventura; decidimos aplicar, en el sentido estrictamente metodológico, sobre los actores esenciales la técnica de entrevista no estructurada, grabadas en su voz siempre previo permiso y con anotaciones continuas, donde se comparte claramente la sensación de estar viviendo una entrevista, de tener un plan con unas preguntas concretas en la mente. Resulta trascendental diseñar un guión de entrevista con el interés de obtener la mayor cantidad de información posible y que habitualmente no resulta accesible con la mera técnica de la observación participante, siempre tomando como base los objetivos principales y el tema de investigación; debemos trabajar

⁵⁷ Nos referimos aquí a las corrientes que ante la crisis del sistema biomédico abogan por una potenciación de las formas de curación complementarias o alternativas en el extremo del término.

⁵⁸ Para un conocimiento total de las conversaciones con éste y otros informantes se pueden consultar las entrevistas transcritas en los anexos existentes en el final de este documento.

especialmente en la línea del esfuerzo en que casi no exista ningún tipo de control sobre las respuestas y el informante se sienta con plena libertad para hablar y expresarse. El Antropólogo debe dejar que el informante se exprese a su ritmo, en sus términos, sin sugerir respuestas, haciendo gala de un ejercicio de paciencia que debe constituir una de las cualidades esenciales del etnógrafo. Procuramos incluir en la medida de lo posible en nuestros encuentros el interés por la confección de una breve historia de vida a través de nuestras preguntas, fundamentalmente en lo que se refiere a la forma en la los conocimientos fueron adquiridos. Nos interesa la transmisión como ente casi central, puesto que su conocimiento se torna como básico en post de garantizar la pervivencia en el tiempo y el futuro de la práctica. En este sentido, nuestros informantes, en su totalidad, vendrán a confirmar nuestras teorías y suposiciones iniciales, en esta ocasión si, obtenidas a través de nuestras referencias bibliográficas. La transmisión vertical como casi única manera de aprendizaje y conocimiento. Al mismo tiempo, las entrevistas giran en torno a nuestro esfuerzo, a veces poco fructífero, por averiguar el tipo de remedios que utilizan con más asiduidad, su composición y el tipo de usuarios que recurren a sus capacidades, sí es que resulta posible categorizarlos o englobarlos en grupos concretos⁵⁹.

Así que, JERÓNIMO (informante número 1), varón, nacido hace 69 años en la localidad de Riomalo de arriba, alquería que en la actualidad cuenta con 17 habitantes y una población máxima de no más de 70 habitantes a lo largo de su historia, situada en la parte de más intrincado acceso del valle hurdano, constituyéndose como la última población de la parte oriental de Las Hurdes y por ello especialmente aislada del resto del territorio. Este aislamiento no debe pasar desapercibido a los ojos del investigador, puesto que se mostrará como relevante tanto en lo geográfico como en lo arquitectónico; pues es ésta la causa, llevada al extremo en este caso, que determina que sea ésta y no otra la localidad donde aún se pueden apreciar las formas de la tradicional arquitectura hurdana clásica de pizarra (ver imágenes 7 y 8) así como la característica ordenación de las casas en estas tierras a la que tanto tiempo y esfuerzo dedicó en sus obras el Antropólogo CATANI, M⁶⁰; Al unísono, es ese el mismo aislamiento extremo en el que en un pasado no muy lejano se pudo fraguar la explicación de muchos de los conocimientos que nuestro informante nos relata, puesto que ante la imposibilidad de tener acceso a recursos vitales en el área sanitaria surgían mecanismos para lograr la difícil supervivencia como así nos confirma en el transcurso de nuestros diálogos: *“...cuando era niño mi padre entendía y me contaba muchas cosas, el hombre aquí se tenía que apañar como podía porque no había otra cosa...”*.

JERÓNIMO, según nos indica, vivió en el pueblo hasta joven, fecha en la que ante la falta de oportunidades y la pobreza aún existente marchó a Pamplona (Navarra – España) en busca de trabajo en un proceso histórico de emigración no sólo característico de la región hurdana, sino de la Comunidad Autónoma Extremeña en general. La ansiada estabilidad laboral la encontraría encontrada en una fábrica (no nos precisa a lo que se dedicaba

⁵⁹ Una futura investigación más detallada al respecto nos podría hacer pensar en la posibilidad de profundizar en las características socio-económicas de los usuarios, concepto salud/enfermedad, procedencia: rural o urbana, eficacia del tratamiento y tiempo del tratamiento prescrito...etc.

⁶⁰ Ver nota a pie de página número 45 para una mayor información sobre el autor.

exactamente) donde permanecería estable hasta la fecha de su jubilación, en la que regresaría a su población de origen⁶¹, donde reside en la actualidad y en cuyas intrincadas calles y espacios mantendríamos nuestros encuentros.

En los primeros años de su vida JERÓNIMO acompañó a su padre en las labores agrícolas, fundamentalmente pastoriles, y fue durante esta etapa en la que aprendió la mayor parte de los conocimientos de los que hace gala en el campo de la *medicina tradicional*. Pastor de profesión y vida, el progenitor de nuestro informante constituye un ejemplo perfecto de transmisión de conocimiento vertical entre un padre acuciado por la necesidad de dar respuesta a problemas de salud, con un buen conocimiento del medio natural donde desarrolla su actividad, y su hijo o personas de su entorno; lo que hemos venido a identificar como transmisión de carácter vertical. La marcha de nuestro informante en busca de mejores perspectivas de vida unido al interés en la materia agudizado por las enseñanzas paternas, determinó una forma de conocimiento médico tradicional muy extendida en nuestros días y que puede ser definida como *sincretismo médico tradicional*; donde las prácticas de *medicina popular* vienen a fusionarse con formas y recursos médicos propios de la modernidad de nuestros días, para dar lugar casi a una nueva categoría en las formas de actuar sobre el proceso salud-enfermedad desde la perspectiva de los conocimientos ancestrales: “...cuando era niño mi padre entendía y me contaba muchas cosas y cuando me fui a Pamplona también leí libros para saber más. Yo estaba en la fábrica y lo explicaba mucho. Muchas veces casi no me dejaban ni de trabajar...”. “...Bueno, pues muchas cosas de mi padre, la gran mayoría. Y luego pues yo me he interesado y tengo libros de todo esto. Yo he ido leyendo de lo que aprendí aquí, ¿me entiende?...”. De este modo observamos como se entremezclan las nuevas y las viejas formas del saber, surgiendo conocimientos que van mucho más allá de los remedios que se pueden encontrar en la ecología inmediata de la comarca y que llegan a remedios naturales fácilmente asequibles gracias a la industria moderna, erigiéndose esta característica como una nueva forma de *medicina popular*: “...el Cardo Mariano ya viene en pastillas, ya viene hecho. Vienen pastillas y sí no quieres las pastillas pues luego también vienen gotas. Se toma una tacica después de las comidas. Tres veces al día...”.

No obstante, el conocimiento del medio ecológico, al menos en este caso, continúa siendo fundamental y decisivo, siendo el resto de los conocimientos meramente accesorios y adaptados a las nuevas realidades; nuestro informante demuestra no sólo conocer la farmacopea que la industria le posibilita, sino aquella cuya recolección es manual, próxima, rudimentaria y muy probablemente casi milenaria: “...Mire vamos ahí, que le voy a enseñar la ortiga. Hay dos clases (Nos levantamos para acercarnos a unos matorrales cercanos donde nuestro informante revuelve entre la maleza), dicen que la negra es mejor que la otra. Aquí, está de aquí, es la otra. La seca y la cuece y

⁶¹ Algunos autores se refieren a la misma como “emigración “boomerang”, en la que se hace notar que en términos globales la emigración en estas tierras parece tener más bien un carácter temporal que definitivo, considerándose el hecho como una “alejamiento necesario pero temporal de los lugares de origen”, cuya función parece estar en la determinación de una movilidad horizontal que sirve para mejorar posiciones en la estratificación social interna o, en el peor de los casos consolidar posiciones originarias. (Luque Baena E, 1982)

se puede tomar también un par de tazas al día. Se hace de vez en cuando. Eso es muy bueno, la ortiga es muy buena para eso. Para depurar la sangre...”, “...para que la sangre circule mejor...”⁶².



Imagen 6: Nombre vulgar: Ortiga. Nombre científico: *Urtica dioica* L. Familia: Urticaceas. Recolección en la comarca de Las Hurdes por nuestro informante nº 1.

Autor: David Conde Caballero.2011

La mención realizada en torno a la necesidad de constatar de manera científica los remedios naturales es llevada a cabo por nuestra parte en esta ocasión, con lo que la información suministrada por JERÓNIMO es revisada, demostrándose que el conocimiento empírico es válido en la mayoría de las ocasiones, puesto que con normalidad presenta un importante conocimiento de las realidades fisiológicas (ver nota a pie de página numero 59). JERÓNIMO maneja perfectamente cuales son los usos médicos de esta planta, que son múltiples, y que se encuentra fácilmente accesible, sin gastos económicos y sin un esfuerzo importante para lograr su recolección. En la misma línea y como ejemplo que refuerza lo indicado: “...le voy a contar una cosa para el colesterol (...) usted por ejemplo corta Zarzamora, como esa que tiene ahí en frente. Coge una bolsa de la hoja, la seca y la toma durante nueve días seguidos. A la mañana. Una taza, en ayunas...”⁶³

⁶² Nombre vulgar: Ortiga .Nombre científico: *Urtica dioica* L. Familia: Urticaceas

Usos médicos: Estimulante del aparato digestivo y anti diarreico. Favorece la función biliar. Aumenta las secreciones y favorece los movimientos peristálticos. Se puede considerar como laxante. Sin embargo, la raíz se puede usar en el tratamiento de la diarrea.

Anti-arteroesclerótica: Su riqueza en clorofila le confiere propiedades circulatorias en el tratamiento de la arterioesclerosis y en la mejora de la circulación sanguínea.

Antidiabética. Anti anémica. Diurética.

La planta puede recogerse desde principios de primavera hasta el otoño. Si se utilizar seca, deberá secarse a la sombra y guardarse en un sitio seco. La raíz deberá recogerse a finales de agosto y guardarse en recipiente hermético.

FUENTE : <http://botanical-online.com/medicinalsurcadioicacastella.htm>

El avance en el tiempo y la creciente confianza de nuestro informante se hace palpable poco a poco, podemos comenzar a pensar que hemos establecido un buen contacto entre antropólogo y objeto de estudio, lo que nos permite la obtención de nuevos elementos a analizar a medida que la relación se afianza; el informante demuestra conocimientos no sólo en el área estrictamente médica, sino que la necesidad de dar respuesta a otras dolencias determina la noción y demuestra sus dotes en el uso de otros remedios y vertientes como la rehabilitadora o la curativa. Así, nos habla de "...Sí, sí. Luego vale también para cosas de heridas...", "...la miel de encina, es para cosas de heridas...", o incluso de dolores musculares, articulares o tendinosos: "...tendinitis y cosas de esas. Yo cogía Fresno le cortaba una rama y le quitaba la piel de fuera, hasta que llegaba a la parte blanca. Sacaba un buen puñado y lo echaba en una botella siempre tapada. Siempre hay que taparlo. Y le echaba o bien orujo o bien alcohol de 96°. Y lo dejaba "macenando" ahí un mes, y luego ya pues se quedaba ahí (...) eso para los tendones en buenísimo. Hay que darse una friega ahí. Eso yo no sé lo que pasa pero le da consistencia al nervio..."^{64 65}.

Puestos a contrastar sobre la información obtenida los problemas esenciales que surgen del uso médico tradicional como hacíamos con anterioridad, nos disponemos ahora a trabajar sobre aquella tesitura que viene determinada por la falta de rigor en el uso de las dosis y los posibles efectos que un uso desmesurado pudiera presentar en los pacientes⁶⁶; nuestro informante es plenamente consciente de estos elementos y así nos lo hace notar en varias ocasiones cuando nos comenta: "...quería decirle que con las hierbas hay que tener un poco de cuidado ...", "...sí hay que tomar una taza, dos tazas o tres tazas, no hay que tomar más ...", "...yo le digo una cosa (...) la hierba es igual que la "medecina". Igual que todo. Hay que tomar con moderación..." o incluso es conocedor de posibles interacciones medicamentosas con medicamentos de síntesis química habituales en la farmacopea actual,

⁶³ No hemos encontrado en el caso de la Zarzamora (*Rubus ulmifolius*) los usos médicos que de forma particular nos referencia el informante, a pesar de que la misma planta sí que posee otras múltiples propiedades medicinales claramente referenciadas en la bibliografía especializada al respecto.

⁶⁴ Nombre vulgar: Fresno .Nombre científico: *Fraxinus Excelsior*. Familia: Oleáceas.

Se utiliza en infusión, decocción, tintura, polvos y cataplasma. Las hojas del fresno son utilizadas en los reumatismos, artritis, artrosis, dolores articulares y gota. Tratamiento de edemas, en tendinitis y en esguinces.

FUENTE : <http://botanical-online.com/florfraxinusexcelsior.htm>

⁶⁵ Hay aquí un elemento importante y destacable. Nuestro informante posee un amplio conocimiento empírico, suficientemente demostrado, toda vez que los usos que le atribuye a una determinada planta coinciden con los que la literatura científica nos proporciona; sin embargo, muestra un corto bagaje en términos anatómicos puesto que confunde por ejemplo las ramificaciones tendinosas con las nerviosas. Como ya comentamos en su momento la falta de conceptos y formación de los conocedores de *medicina tradicional* constituye un problema en su uso y difusión, siendo ésta la razón principal por la que nosotros siempre hemos abogado por el uso dentro del sistema por parte de profesionales plenamente cualificados y formados al respecto.

⁶⁶ Para más información al respecto repasar lo comentado en el apartado de este mismo estudio:

problema al que también hacíamos referencia en su momento: "...*La ortiga. La ortiga es otra cosa muy buena. La ortiga, para la gente que no toma, ¿cómo se llama...? El "Sintrom"⁶⁷". Para la gente que toma eso no lo puede tomar, porque con la ortiga va la sangre mas liquida...*".

Con todo ello, logramos completar dos intensas jornadas en las que tomamos contacto con una de las formas en las que la *medicina tradicional* ha llegado hasta nuestros días y se manifiesta cotidianamente, al menos en Las Hurdes, si bien sospechamos que es un modelo que se repite con asiduidad en otros lugares, puesto que no existe una diferenciación conceptual que pueda venir determinado por las particularidades de la zona. Se trata de una nueva forma de entender los conocimientos tradicionales, quizá esperada en cierta medida en función de las lecturas previas, pero no por ello menos interesante. Ponemos "*el punto sobre la i*" para recalcar como característica esencial las formas sincréticas de utilizar los remedios como forma indiscutible determinada por la de adaptación a los nuevos tiempos, a los nuevos contextos y en consecuencia a las nuevas realidades en el afrontamiento de los procesos de salud-enfermedad que determinan que los conocimientos médicos, las formas en que los pueblos se enfrentan a la enfermedad, y en extensión, las formas de *medicina popular*, se adaptan y varían en función de las globalidades sociales y las necesidades de sus usuarios. Los procesos de atención como elemento vivo, dinámico. Una forma de afrontar los conocimientos y las necesidades donde la influencias de los nuevos flujos, tanto de personas en forma de corrientes de emigración/inmigración; como de información, en forma de nuevas tecnologías, facilidad de acceso a un volumen de información desconocido hasta nuestros días..., determinan una fusión entre las formas tradicionales, las formas biomédicas y las formas tradicionales modernizadas en tanto en cuanto son industrializadas y comercializadas en grandes cantidades, paradoja suma de las formas capitalistas. Junto con todo ello, el uso no lucrativo constituye una dimensión importante y diferenciadora, especialmente sí la comparación se efectúa sobre aquellos individuos que en el pasado utilizaban la *medicina tradicional* como forma de vida, en cierto sentido a tiempo completo. Paradoja inversa, la medicina como concepto de uso universal en esta caso, también la tradicional.

Con semejantes credenciales, no podemos dejar la oportunidad de pulir nuestro afán categorizador del que hemos venido haciendo gala y en cierto modo abusando, la ocasión lo merece. Abogamos, en una reformulación muy personal del concepto, por denominar a esta forma de entender la *medicina popular* como *modernismo médico tradicional*, entendiendo el término en contraposición y esfuerzo diferenciador de las antiguas formas tradicionales regidas por otros parámetros y que hoy parecen encontrar baja o nula ubicación en los idearios de las comunidades. Si cambia la esencia, debe cambiar la forma en la que se denomina también. Aclaremos en última instancia que la designación utilizada se encuentra muy lejos de identificar esta nueva forma de atención con otros movimientos bajo el mismo nombre

⁶⁷ "Sintrom": el informante se refiere aquí al nombre comercial Sintrom®. Medicamento de síntesis química cuyo principio activo es el Acenocumarol y que se utiliza como anticoagulante por inhibición de la acción de la Vitamina K.

en diferentes ramales científicos, lo que nos exigiría de un análisis mucho más pormenorizado y serio. Usamos aquí el término como un elemento denominador meramente diferenciante y al mismo tiempo aglutinante con la segunda de las opciones que a continuación pasaremos a analizar.

- 2) Lejos de acabar, nuestras experiencias sobre el terreno continuarían acrecentándose, puesto que la técnica que en Antropología se conoce como “*bola de nieve*” determina que a medida que avanzamos en la investigación obtenemos una creciente información. Espoleados por estas averiguaciones provenientes de diferentes “*facilitadores*” así como referencias bibliográficas que harían mención al respecto; decidimos interesarnos por la creciente sospecha que en nuestra mente hacia temer una nueva forma de entender la *medicina tradicional hurdana* distinto a lo visto hasta esos momentos. No es fácil explicar este nuevo subgénero crecido al amparo de los saberes médicos populares, pero sí tenemos claro que su esencia misma viene determinada por la comercialización de los saberes médicos ancestrales, no sólo dentro de la comarca, sino en otras zonas incluso del extranjero. Nos enfrentamos pues a un nuevo concepto. No son estos individuos tampoco *curanderos* en la forma y medios popularmente entendidos, sino que los definiríamos más como “*vendedores de salud*”, “*comerciantes de remedios*”, consejeros en definitiva con conocimientos en salud que venden formas de curación y prevención, a veces, permítannos la licencia, de forma descarnada, atentando incluso contra la esencia misma de la *medicina tradicional*; donde se imponen los valores de la oferta y la demanda, en definitiva las imperantes leyes del mercado. El neoliberalismo parece haber infectado de este modo las prácticas médicas del pueblo que en buena parte se han caracterizado a lo largo de la historia por un cierto altruismo, sino total si parcial.

Así, en estas lindes, nos encontramos con lo que nosotros identificamos con una segunda categoría dentro de nuestro estudio. Sí tenemos que definirla, para ser coherentes, debemos hacerlo en un esfuerzo diferenciador tanto de las formas ancestrales como de las formas modernas esgrimidas con anterioridad; por lo que en contraposición denominaremos a esta forma de entender la realidad popular como *post-modernismo*⁶⁸ *médico tradicional*.

Entendiendo como tal a aquellas formas que han venido a tomar el relevo de los sanadores que se circunscribían a sus propias alquerías o las muy cercanas para saltar incluso al negocio de la *medicina tradicional* internacional. El *modernismo* como diferenciación de las formas más ancestrales, y el *postmodernismo* como diferenciación de ambos.

Encontramos referencias dentro de forma de entender los remedios naturales a “*El Tío Picho*” y “*Cirilo*”, así como otros informantes nos hablan de “*Conrado*” o “*Amador*”, bien conocidos por sus conciudadanos “...*tienen*

⁶⁸ Acuñamos aquí el término postmodernismo en el sentido de movimiento que abraza formas de economía de consumo en contraposición a las formas de economía de producción que podrían ser propias del modernismo. Un movimiento donde prima el individualismo sobre el carácter grupal. Donde la revalorización de las formas naturales y del medio ambiente se mezcla con la compulsión al consumo. Donde resulta fundamental el mensaje, la venta de salud en este caso, y el efecto que pueda producir sobre el consumidor.

puestos en los mercados y venden polen y miel que viene muy bien para la salud...".

CONRADO CRESPO DUARTE, "Conrado", de la alquería de Cerezal, que elabora un producto llamado "Crelor" inventado por su padre y alabado por diversos especialistas, que elimina radicalmente los malos olores, las grietas y un sin fin de pequeñas dolencias que afecta a los pies y cuyos productos de base enteramente natural comercializa bajo el poco original eslogan de: "Sí quieres tener los pies frescos compra productos Crespo", y que el propio creador comenta que se realiza "subiendo al monte en primavera y recogiendo un poco de ceborrincha, otro poco de borriquera (...) las almaceno en sacos en el corral de casa y las cuezo y embotello en mi propia cocina" (Ortiz A M, 2002).

AMADOR RUBIO MATEOS, "Amador, el crecepelos", natural de Pinofranqueado, que prepara ungüentos crecepelos y cremas regeneradoras, y cuyos conocimientos obtuvo de la observación de la sabiduría ancestral de Las Hurdes y de "aquella gente que extraía las raíces de la "ortiga bullonera", que posteriormente eran machacadas a la luz de luna en unos recios morteros de madera de encina (...) muy especialmente presto atención a una planta llamada "Toña" (...) de la que es conocida su poder bacteriostático y vasodilatador desde tiempos inmemoriales, al menos entre la comunidad pastoril hurdana, que la empleado para remediar males y enfermedades y como elemento profiláctico y purificador"(Barroso Gutiérrez, 2008). Mezcla de remedios naturales con conceptos exotéricos-mágicos⁶⁹, tal es la importancia y alcance de estos productos que AMADOR llegó a tener un stand propio en la Exposición Universal celebrada en Sevilla en el año 1992 y sus productos han llegado a exportarse a EEUU y México.

"Nada tiene de extrañar que la fama de Amador haya surcado los mares, llegando hasta los oídos del embajador de los Emiratos Árabes en España, Abulda Al-Mansoori, quien se acercó hasta Las Hurdes, interesándose vivamente por los productos del alquimista y curandero. Actualmente, cuando este embajador ya se encuentra en Arabia Saudí, sigue en asiduos contactos con Amador, a fin de culminar unos proyectos que tienen entre manos..."⁷⁰

JUAN DUARTE que comercializa una serie de productos con el nombre de "Dusana", o CLEMENTE SANCHEZ, de la alquería de Las Erías, que afirma aliviar la artrosis y otras dolencias óseas (Gutiérrez Ubero A, 2011).

Sin embargo, de entre toda la profusión sobredimensionada de nuevos comerciantes de salud postmodernos hurdanos hay dos que destacan por encima de todos. Destacan tanto en cuanto su popularidad resulta abrumadora por un lado, y por que la importancia de su volumen de negocio se muestra como sobrecogedora por otro; que dadas las características de esta nueva forma de entender la práctica médica tradicional es un elemento

⁶⁹ Obsérvese la conjunción de *medicina tradicional* y carácter mágico exotérico característico del holismo de este tipo de prácticas y que ya hemos mencionado en alguna ocasión; como vemos aún perduran este tipo de prácticas en esta nueva forma de aplicar la *medicina popular*: "la ortiga bullonera" es machacada a la luz de la luna" (Barroso Gutiérrez, 2008).

⁷⁰ Las Hurdes. Amador Rubio: brujo, curandero y alquimista. Barroso Gutiérrez, Félix. Revista Folklore. 2008. Tomo 28^a. Páginas 204-207.

como mínimo a tener en cuenta. Hablamos de ANASTASIO MARCOS DOMÍNGUEZ conocido con el sobrenombre de “El Tío Picho” y CIRILO MARCOS DOMÍNGUEZ conocido como “Cirilo”. Hermanos⁷¹, hijos de ANASTASIO (comerciante, apicultor y poeta popular de cierta fama en la comarca bajo el pseudónimo de “Tío Picho”) Y MARÍA, descendientes ambos de la alquería de Las Mestas. Los dos, tras establecer contacto telefónico y explicarles nuestras intenciones (resulta harto sencillo lograr contactar con ellos puesto que se encuentran ampliamente publicitados en Internet en aras de la búsqueda de la venta de sus productos) pasaron a convertirse en nuestros segundo y tercero informante respectivamente, en el esfuerzo de aportar algo de luz en esta nueva, y para nosotros sorprendente, forma de entender la *medicina tradicional* que tanto ha variado nuestra perspectiva inicial y tanto ha virado nuestro objeto de estudio.

Con veinticuatro años CIRILO se casó con piedad (son padres de seis hijos). Más tarde, emigrarían a Holanda para trabajar en un matadero. A su vuelta, CIRILO se hizo taxista para después trabajar como apicultor, carnicero y, por fin, montar su propio bar-restaurante en su localidad de nacimiento, Las Mestas.



Imagen 7. Diferentes ejemplos de los que hemos venido a llamar *medicina tradicional postmoderna*. Remedios tradicionales “industrializados” y perfectamente preparados para su distribución y venta. “Ciripolen” de Cirilo (centro), “Crecepelos” de Amador (izquierda) y “Crelor” de Conrado (derecha).

Autor: David Conde Caballero. 2011

⁷¹ Aunque son hermanos de nacimiento las relaciones entre ambos están completamente rotas como así nos confirmaron los propios protagonistas en su papel de informantes. A pesar de tener un negocio muy similar en una alquería extremadamente pequeña; la rivalidad comercial y monetaria parece haber primado fuertemente en esta ocasión. Aunque en nuestras conversaciones con los informantes nos explicaron en cierta medida las razones y existe un amplio universo en cuanto a plagios de fórmulas e iconografía, hemos obviado esta parte al considerar que forma parte de la esfera personal de los informantes y por tanto consideramos éticamente reprobable su uso y posible análisis.



Imágenes 8 y 9. La comercialización de la *medicina tradicional* llevada a su máxima expresión en la localidad de Las Mestas, donde conviven CIRILO y ANASTASIO y que se erige como verdadero centro comercial donde es posible encontrar todo tipo de remedios y productos naturales. El lector atento sabrá observar las formas de producción en masa o la iconografía en forma de “marketing rural”.

Autor: David Conde Caballero. 2011

En 1991, ante la inexistencia de un centro médico o de una farmacia en el pueblo: “...aquí no había ni farmacia ni médico ni nada. Entonces yo tenía dolores en los pies de gota, tenía colesterol (...) bueno, un montón de

cosas...“y siguiendo una antigua receta de su padre⁷² basada en remedios puramente naturales obtuvo una bebida altamente energética que, poco a poco fue frenando su malestar “...con cosas de las abejas y con algunas hierbas que hay por aquí en las montañas y la hice...”⁷³. De este modo había inventado lo que posteriormente se conocería bajo el nombre de “*Ciripolen*”, en honor a su nombre y a uno de sus componentes fundamentales, el polen.

El “*Ciripolen casero*” tuvo una acogida excepcional, especialmente desde que fue dado a conocer por unos periodistas a principio de los años 90 que habían oído hablar de sus beneficios, hasta tal punto que llegó a fabricarse industrialmente⁷⁴ y comercializado a gran escala, inaugurando lo que desde nuestra conceptualización se etiqueta como *postmodernismo médico tradicional* en Las Hurdes. Detrás de CIRILO vendrían otros muchos en busca de prosperidad monetaria; entre sus clientes figuraban “...*el Cónsul de Togo en Canarias o la casa real española...*“. El “*Ciripolen*” se distribuyó por toda España y algunos países extranjeros como bebida energética con especiales propiedades afrodisíacas⁷⁵: “...*bueno, se hizo muy famosa una frase que yo dije un día en televisión “sí quieres hacer el amor tres veces al día, Ciripolen por la noche, por la mañana y al medio día ¡”. Porque es muy afrodisíaco, eso es por lo que tiene tanto éxito y es que además con la Jalea Real que va contra la impotencia sexual; aparte de todas las otras cosas que lleva...*”.

Aunque el “*Ciripolen*” dejó de fabricarse industrialmente en el año 2003, CIRILO lo siguió elaborándolo de forma artesanal, como en sus inicios, y en la actualidad puede probarse en su bar de Las Mestas y en los puestos ambulantes que nuestro informante posee en varios mercados de la región.

El fenómeno que el producto generó quedaría plasmado para la posteridad, puesto que bajo el nombre de “*Un emprendedor en Las Hurdes*” se ha editado la biografía de nuestro informante que en la actualidad resulta harto

⁷² Anastasio, padre de Cirilo y Anastasio, era un apicultor del pueblo de las Mestas. Bien conocedor de su entorno ecológico y obligado por la necesidad poseía conocimientos de *medicina tradicional* como así nos confirmaron ambos informantes. Se trata esta de una forma de *medicina tradicional* clásica, donde con remedios y elementos del entorno se consiguen soluciones terapéuticas notables. Nótese de nuevo la ya mencionada transmisión vertical que ya hemos tratado en varias ocasiones.

⁷³ El recelo hurdano por un lado, y el recelo de las formas de Medicina tradicional se unen aquí en el esfuerzo de los informantes por no revelar en ningún momento las hierbas concretas que utilizan en sus preparados.

⁷⁴ Para hacernos una idea de la dimensión económica que el remedio natural alcanzó, valga señalar que la marca “*Ciripolen S.L.*” fue el patrocinador principal del equipo de fútbol Rayo Vallecano de Madrid S.A.D en la temporada 93/94, en la que el mismo militaba en la primera división del fútbol español. Nunca antes un remedio natural había alcanzado esa dimensión y prosperidad económica.

⁷⁵ Las propiedades afrodisíacas del “*Ciripolen*” son tan solo un dato meramente anecdótico, puesto que por los componentes conocidos que tiene posee además un alto valor médico. Así, el polen lo convierte en una fuente rica en Vitaminas A, C, D, E y B. También contiene calcio, magnesio, potasio, fósforo, hierro y cobre. Aumenta la hemoglobina y el rendimiento físico e intelectual. La Jalea Real, otro de sus componentes, se ha mostrado como un eficaz hipolipemiante y estimulador del sistema inmunitario. De la miel muchas cosas se han escrito, pero parece probado que combate la anemia, las enfermedades arterioescleróticas y tiene conocidas propiedades antibióticas.

complicada conseguir puesto que se realizaron pocas copias en una única edición.

Sin embargo, lo esgrimido hasta el momento no nos debe incitar a confundir a nuestro informante con un mero comerciante de productos naturales que poco interés puede presentar desde la perspectiva antropológica. Sí ahondamos, si diseccionamos capas a la manera de Clifford Geertz, veremos que CIRILO, como todos los que hemos venido a englobar bajo esta nueva forma médica postmoderna, es sobre todo un vendedor de salud, un curandero a la moderna en el que se constata un perfecto manejo de la jerga médica y una consciencia de que quienes buscan su amparo pretenden ante todo estar sanos: *“...el colesterol te lo reduce, sí tienes azúcar, para los niños para el desarrollo y para la memoria...”*, *“Urbasón”*; buen conocedor de los remedios naturales con los que elabora sus productos pero sabedor de que estas formas de medicina van más allá, van directos a la *psique* de quien lo demanda como parte de sus capacidades holísticas; hecho éste que lo permiten diferenciarse de las formas médicas alopáticas y en suma constituirse como una forma de uso alternativo cuando las formas biomédicas no resultan suficientes: *“... Estoy muy mal, nada más tengo la esperanza de usted. Todo lo demás que he utilizado no me ha funcionado nada...”*, *“Yo lo único que te puedo dar (...) la agarré así fuerte y te voy a dar toda mi energía, todo lo mejor que puedo y te vas a llevar la Jalea Real y polen. Te vas a tomar en ayunas una cucharadita de Jalea Real debajo de la lengua, que sabes que va muy bien, y luego el polen una cucharada en un vasito de leche...”*.

Al mismo tiempo, las nuevas maneras de mostrarse vienen a conjugarse con el arquetipo de curandero tradicional; en parte CIRILO en una extraña mezcla entre lo moderno y lo antiguo que viene a constituir la esencia misma de esta forma aquí definida de aplicar los remedios tradicionales. El conocimiento continúa siendo esencialmente empírico, donde el informante sabe que el efecto es positivo pero no conocedor de cual es el razonamiento que lleva a ello: *“...yo no sé después que habrá pasado, pero a mi me llamó en Navidad dándome las gracias y diciéndome que había recuperado un poco...”*; y adquirido en transmisión vertical mediante el habitual binomio padre-hijo: *“...mi padre es que era una persona muy inteligente y conocía muchos remedios. Tenía un reuma de miedo como yo te he dicho...”*.

Exactamente en la misma línea que estamos trabajando podemos englobar al tercero de nuestros informantes ANASTASIO, réplica cuasi exacta uno del otro, con un negocio casi paralelo y al mismo tiempo descarnadamente enfrentados. En 1983 comenzaron las andanadas de ANASTASIO en la comercialización de remedios naturales, aprendidos como en el caso anterior por una transmisión nuevamente vertical: *“...sobre todo de mi padre...”*, nos cuenta el informante. Definido por algunos *“facilitadores”* como *“curandero”*, por otros como *“show-man”*, lo cierto es que su verborrea y manejo de términos nos sorprenden desde el principio: *“...se puede utilizar para arteriosclerosis, angina de pecho, estados depresivos, trastornos cardiovasculares, frigidez, impotencia sexual, para el desarrollo de los niños ...,para montones de cosas...”*; aunque es justo reconocer que ha sabido sacar partido de las colmenas como nadie, puesto que se trata de un personaje bien conocido en toda Extremadura o como lo define ALONSO JR

“he aquí el hacedor de pócimas, ungüentos, pomadas y polvos más famoso de Extremadura” (Alonso J, 2007), haciéndose necesario reconocer su valía e innovación puesto que, según el mismo, elabora nuevos tipos de miel que pueden tener usos lo mismo contra la inapetencia y el riñón que sobre la circulación del sangre y el buen funcionamiento del sistema nervioso (Alonso J, 2007).

Pero ANASTASIO es mucho más en el mismo sentido que lo era CIRILO. Sí en nuestra etnografía centramos nuestros esfuerzos en una observación detallada de una jornada de trabajo en el entorno de su puesto ambulante, pronto percibiremos que su espacio es mucho más que esto y se conforma en una auténtica consulta médica itinerante, una nueva forma de atención clínica en la calle fuera de los parámetros de la medicina más ortodoxa. A él, acuden personas en busca de todo tipo de remedios a través de sus productos:

“...entonces te vienen personas con estados depresivos, otro que tiene otros problemas, hay un poco de todo...”, quizá en ese intento desesperado ya aludido de los usuarios en post de una búsqueda de soluciones que no logran encontrar en aquellos que le ofrecen las formas de medicina alopática. Ya no hablamos aquí de una necesidad médica tradicional por incapacidad para obtener otro tipo de recursos como antaño correspondía, sino que hablamos de una verdadera consulta médica complementaria en busca de la solución que no se obtiene por las vías regladas según los patrones biomédicos. Patrones que, seamos sinceros, como toda disciplina tiene sus lagunas, en este caso mayores de lo que en un principio se pueda llegar a pensar y dificultades que los pacientes tratan de llenar recurriendo a un sinnúmero de formas terapéuticas. No es ajeno a este hecho nuestro informante; mantiene bien sistematizado el discurso y lo recalca ante cada uno de sus clientes. Es un vendedor de salud y lo sabe bien: *“...Que haya salud! . Le deseo todo lo mejor...”*, *“...pues que sigas teniendo esa salud, que eso es muy importante...”*. Conoce a la perfección, a tenor de lo que observamos, que sus clientes creen en el sistema alopático, pero buscan aquí algo más. Es por ello que maneja la complicada nomenclatura médica: *“...el polen es un complejo vitamínico. Aumenta las defensas, te reduce el colesterol y el azúcar, luego te circula mejor la sangre, vale para la descalcificación de los huesos, para el crecimiento de los niños, para sí estas estudiando para fortalecer un poquito a esa persona que está estudiando...”*, al mismo tiempo es conocedor de la necesidad de recalcar la calidad de sus productos, sabedor de que los usuarios muy probablemente llevarán a cabo esta comparación respecto de los elementos medicamentosos de síntesis industrial: *“...estoy avalado por la Junta de Extremadura, tengo la Marca Extremadura...”*. En este sentido, no podemos dejar de hacer mención a la existencia de los repetitivos problemas en el campo de la *medicina tradicional* a los que hemos hecho mención en múltiples ocasiones. De este modo, por ejemplo, el Polen, producto con múltiples propiedades pero que entre sus posibles problemas se encuentra la irritación gástrica, se vende sin que en la etiqueta se haga ninguna referencia ni a su dosificación ni a sus posibles problemas asociados. Las formas médicas tradicionales deberán trabajar en esta vertiente en un futuro si pretenden progresar.

De entre las variables que nuestro informante distribuye y vende destacan especialmente los productos derivados de la apicultura como la miel, el polen

y la Jalea Real⁷⁶, todos ellos con abundantes propiedades beneficiosas para la salud y de fácil obtención en tierras húmedas en virtud de la ecología de la zona: *“...la de eucalipto y la de tomillo, que te va muy bien para la garganta y para los bronquios. También es muy digestiva la de tomillo. La de azahar y la de romero va muy bien para la circulación de la sangre y sobre todo para el sistema nervioso, es como un relajante. Cada una tiene sus propiedades y sus cosas buenas (...) luego está la Jalea Real, es un reconstituyente. Es lo máximo que hay en la colmena. Esto lo suelen tomar cuando están las personas muy agotadas, muy cansadas, que no tienen ilusión o que no comen...”*.

De todos los informantes a los que hemos tenido acceso, ANASTASIO cumple con los requisitos básicos para constituirse en el arquetipo de comerciante de la *medicina tradicional postmoderna*. Si CIRILO inauguro las formas, ANASTASIO es el presente. Vendedor de salud, adaptado a las nuevas tecnologías en forma de web y venta on-line. Conocedor de la jerga biomédica y con capacidad de influencia sobre aquel que demanda sus servicios, expansor e innovador en sus objetivos de venta y los productos que oferta; se nos presenta como la comercialización de los remedios tradicionales elevados a la enésima potencia: *“...la consume la Casa Real desde hace ya 22 años, luego me han hecho proveedor oficial de Naciones Unidas...”*, *“...al Papa Juan Pablo segundo le estuve mandando Jalea todos los meses...”*.

Es justo decir aquí que, quizá por desconocimiento inicial o quizá por falta de profundización en la temática, esta nueva presentación de los usos médicos tradicionales no formaba parte de nuestro ideario previo a afrontar el trabajo de campo, la etnografía ha sido quien nos ha aportado su conocimiento. El análisis aquí efectuado es mera y evidentemente un análisis muy superficial de la realidad y es seguro que la misma merece de un más detenido estudio y análisis, puesto que los horizontes de la investigación aquí esgrimida aún se tornan fuertemente borrosos y confusos, especialmente en el sentido de determinar los antecedentes que han llevado hasta ella por un lado, y lo que quizá sea más interesante, en el sentido de la influencia que su uso pueda tener en los pacientes, que a tenor de una primera somera observación, parecen encontrarse muy identificados con sus usos y satisfechos con sus resultados. La falta de estudios en el campo es seguro que nos animará en un futuro a trabajar sobre esta línea, toda vez que otras vías de estudio del

⁷⁶ Entre las propiedades de estos productos encontramos:

Polen: Para algunos autores el alimento más rico de la naturaleza. Estimula el apetito, eleva la capacidad de trabajo y disminuye la tensión arterial. favorece la producción de glóbulos rojos, con su consiguiente efecto frente la anemia. Al mismo tiempo disminuye la inflamación prostática, la ansiedad y el nerviosismo.

Miel: Con probadas propiedades antibióticas, los estudios actuales van encaminados a sus efectos beneficiosos frente a la artritis. Rica en sales minerales, hierro, fósforo, calcio y vitaminas. Posee propiedades antioxidantes y depurativas.

Jalea Real: El alimento más rico de la colmena, estrella de la apicultura. Mejora y aumenta el metabolismo basal o de reposo. Mejora el metabolismo celular por su función antioxidante. Antihipertensiva. Ayuda a combatir la fatiga mental y muscular. Disminuye la ansiedad y el nerviosismo. Mejora el funcionamiento de las glándulas suprarrenales. Mejora el peristaltismo intestinal.

FUENTE : <http://innata.com>

universo de la *medicina tradicional* en Las Hurdes merecen como mínimo de una profunda reflexión en tanto en cuanto parecen haberse agotado, al menos en la forma y manifestación que en principio esperábamos encontrar.

Percepción de los agentes de salud “oficiales”, médicos y/o enfermeras/os, respecto del uso de la medicina tradicional hurdana en la actualidad.

Si atendemos en exclusividad al objetivo propuesto en este estudio (determinación de las posibilidades reales de los remedios tradicionales en las instituciones sanitarias públicas), se deduce la necesidad de que los agentes sanitarios tomen un papel activo y se constituyan como elementos esenciales que colaboren en el proyecto. No se puede lograr una posible colaboración con el sistema sanitario sin la participación y el beneplácito de sus actores esenciales.

En una primera aproximación que nos pudiera permitir “testar” las opiniones de los profesionales al respecto, establecimos contacto con un total de dos médicos y dos enfermeras que en su momento pasaron a adoptar el papel de “facilitadores”, formando parte de nuestra estrategia inicial y poco acertada como ya esgrimimos en su momento en el sentido de localización de nuestros informantes clave. Los citados sanitarios mantuvieron una actitud positiva hacia la colaboración e incluso ante la posibilidad de aplicar el uso de determinados remedios herbarios en situaciones muy concretas. Debemos reconocer que el sesgo fue importante, y es muy probable que nuestra presencia física les llevara a indicar una respuesta del todo afirmativa hacia nuestras pretensiones.

Conocedores de que la situación probablemente no se ajustase a la realidad en la medida requerida, tratamos de evitar dicho sesgo realizando una encuesta breve de cinco preguntas cerradas acompañada de una carta de presentación que explicase nuestras intenciones y asegurase la colaboración en futuros desafíos⁷⁷, con el objetivo de determinar el grado de implicación con el que podríamos contar. Para ello, se llevó a cabo el envío postal de la documentación a un total de 40 profesionales (20 médicos y 20 enfermeras/os, de los diferentes Centros de Salud de la zona), acompañada de sobre franqueado para la devolución gratuita de los resultados.

En el momento de determinar las conclusiones las mismas no pudieron ser menos alentadoras, por lo que nos vemos en la obligación de replantearnos la idoneidad de la metodología utilizada y la reformulación radical de la misma. Los motivos para semejante decisión se sustentan en los índices de participación, que han resultado ser tan bajos que ni tan siquiera nos parecen lo suficientemente representativos como para poder tomarlos en cuenta, motivo por el cual no los incluimos en este estudio.

⁷⁷ Se puede tener acceso a la carta ya la encuesta en sus versiones originales en el anexo cuatro que acompaña a este escrito.

Muchos y variados son los motivos que podríamos determinar como causantes de este fracaso. Mala elección en la metodología, escaso tiempo para facilitar la respuesta, época estival en la que muchos de los profesionales se encuentran de vacaciones... aunque es evidente que también podríamos en la posible falta de interés en la cuestión o en la colaboración.

En cualquier caso, lo que parece seguro es que deberemos realizar una reformulación tanto en la forma como en el fondo si en un futuro pretendemos lograr una colaboración que se torne como adecuada y significativa; la cual nos permita aportar una toma de decisiones y reflexiones en la línea de dar respuestas a los interrogantes planteados.

QUINTA PARTE

CAPITULO SEXTO

Conclusiones. Cumplimiento de objetivos. Viabilidades futuras.

Este trabajo ha pretendido un acercamiento a las formas que perduran en la actualidad sobre como diferentes culturas han utilizado a lo largo de los tiempos remedios a su alcance para enfrentarse a los procesos de enfermedad. Considerando que las formas médicas modernas, denominadas biomédicas o alopáticas, se han implantado de forma hegemónica en nuestras sociedades tan sólo hace varias décadas, es fácil suponer que los diferentes pueblos han afrontado a lo largo de los siglos los procesos de salud-enfermedad en función cada una de sus particularidades. A la globalidad de cada una de éstas formas la conocemos bajo el nombre de *medicina tradicional*, y posibilita la actuación a través de diferentes vertientes sobre los procesos patológicos; una de ellas la hemos seleccionado como objeto de estudio: la *medicina tradicional* basada en el uso de plantas medicinales.

En un esfuerzo de dotar a la Antropología de una vertiente eminentemente aplicada, hemos procurado baremar aquí las posibilidades de colaboración entre las formas de *medicina popular* y el sistema alopático, en su preponderante papel de forma médica principal en nuestro entorno; toda vez que la OMS realiza recomendaciones en este sentido por un lado; y dado el momento de crisis global actual por el otro, incluida una crisis del sistema biomédico, que hace aconsejable la búsqueda de posibles soluciones o formas de mejora en un elemento de la importancia y gasto de energía social como el que representa la lucha contra los procesos patológicos por un lado, o los esfuerzos en su prevención por otro.

Tras poner en antecedentes al lector sobre la situación actual a nivel mundial en el manejo de estas terapias; con un auge en su uso tan evidente como problemático dada su falta de validación en términos de seguridad y calidad; decidimos centrar nuestro estudio en un área geográfica acotada. Las particularidades ya esgrimidas nos llevan a seleccionar en este sentido la comarca cacereña de Las Hurdes, para lo cual hacemos un esfuerzo que permite una buena contextualización que presente y justifique nuestra elección.

Cuando el investigador etnográfico desea acercarse a la verdadera naturaleza de las realidades humanas que son objeto de su estudio, debe hacerlo desde la descripción en primer lugar y desde la comprensión en segundo; situación ésta última que sólo podremos alcanzar en plenitud ejecutando un análisis conjugado de la información obtenida en el análisis bibliográfico por un lado y en el trabajo sobre el terreno por el otro, lo que nos posibilitará, tras un ejercicio interpretativo, la tarea final de llevar a cabo la construcción de conclusiones; esfuerzo de concreción y síntesis que se debe tornar como objetivo fundamental en toda investigación seria. A medida que las impresiones van surgiendo se deben analizar y comparar hasta que su interpretación nos parezca válida y quedemos satisfechos intelectualmente con ella.

La consecución sobre esta región del método etnográfico en post de los objetivos propuestos nos lleva a concluir que una de las ventajas de esa forma de investigación es la flexibilidad y apertura que presenta, que nos posibilita descubrimientos fortuitos que en un principio ni tan siquiera sospechábamos. Este hecho se traduce en lo que nuestro caso hemos denominado bajo la terminología de *modernismo y postmodernismo médico tradicional hurdano*. Dos formas de entender la *medicina tradicional* que se encuentra muy alejadas de nuestras presuposiciones iniciales y que determinan un importante giro conceptual.

Es claro que la visión de la hipótesis inicial que llevamos cabo al comenzar estas líneas ha ido variando sustancialmente con la dinámica exploratoria, toda vez que lo artificial, lo que se crea en los despachos, se ve ampliamente modificado por la realidad del trabajo con los informantes; hasta tal punto que a fecha de hoy nos resultaría complicado poder llegar a negarla o validarla; no estamos pues en condiciones de determinar si existen o no posibilidades en referencia a que los métodos médicos hurdanos tradicionales pudieran llegar a utilizarse por parte de los agentes oficiales de la sanidad estatal. En primer lugar porque nos resulta complicado poder llegar a determinar que efectivamente existe o no un cuerpo de conocimiento propio de esta región, que era uno de nuestros objetivos específicos. Las expectativas de los pacientes respecto al “*tipo tradicional*” de curandero que pretendíamos encontrar parecen haber variado debido a la popularización de los recursos del sistema sanitario, como ya en 1995 observaría y reflejaría en sus escritos KUSCHICK; al mismo tiempo que la difusión de los conocimientos de los remedios caseros parecen estar en franco retroceso entre la población. Los pacientes parecen tener sensación de que los productos vendidos en las farmacias son más efectivos y sólo recurren a las prácticas tradicionales cuando éstos no han sido válidos o no han mostrado el resultado que en un primer momento se esperaba. Los concedores de remedios han venido a incorporar a sus terapias medicamentos y expresiones propios de la jerga médica, lo que ha determinado un sustancial y continuo cambio en la terapéuticas utilizadas y la determinación de un nuevo patrón médico tradicional. En segundo término, las concepciones neoliberales y el triunfo de las pautas mercantilistas y económicas han llevado a la creación de un segundo modelo de uso tradicional supeditado a la cotidianidad de las transacciones monetarias y diametralmente opuesto a los valores tradicionalmente imperantes en estas formas de atención.

Así, el presente trabajo sólo ha venido a satisfacer muy parcialmente los objetivos que nos habíamos impuesto como esenciales, toda vez que consideramos que la complejidad de la cuestión, las dificultades propias del carácter de los habitantes de la zona, los problemas que surgen respecto de la “ocultación” de este tipo de prácticas y las complejidades de comunicación y desplazamiento como consecuencia de la intrincada orografía del terreno, así como los giros conceptuales con los que nos hemos encontrado; aconsejan la realización de una verdadera etnografía y un proceso de observación participante pleno que permita crear una imagen acorde y fiel de la realidad; una etnografía que permita convivir y determinar si, ya comprobado no en la forma en la que preveíamos pero si bajo otros parámetros, existe ese cuerpo de conocimiento que sospechamos; toda vez que las tradiciones arraigadas a lo largo de los siglos, mucho más si éstas surgen de necesidades, no se pierden de la noche a la mañana en el ideario colectivo de los pueblos. Sólo una convivencia en este sentido dotaría de una adecuada fiabilidad al estudio ejecutado, puesto que la etnografía pura nos permitiría alejarnos de aquellos

que monopolizan o pretenden monopolizar los usos médicos tradicionales, de las nuevas formas aquí esbozadas, y acercarnos para diseccionar la vida cotidiana de las familias hurdanas, a la gente de a pie, lejos de la búsqueda de curanderos que aquí hemos pretendido; donde, ahí sí sospechamos, es muy probable que continúe existiendo la esencia misma de los ancestrales remedios documentados en la zona que deberemos rescatar con concienzuda precisión cirujana de entre los usos y costumbres locales.

La determinación de esta sospecha bajo un nuevo prisma exigiría de un esfuerzo antropológico que supera este estudio, por lo que lo planteamos como una de las dos posibilidades futuras que se ramifican de este escrito. Será así cuando entonces, con los datos adecuados, cuando podamos afirmar o negar la existencia de dicho cuerpo de conocimiento, y será entonces cuando podamos trabajar sobre su posible aplicabilidad en el sistema sanitario. Todo esfuerzo en este sentido sin una verdadera etnografía se tornará como inútil.

Con todo ello, esperamos que la experiencia nos valga para comprender que en el campo de la Antropología no se permite estudiar variables de forma aislada, definiéndolas primero y tratando, con posterioridad, de encontrarlas. No se puede señalar un camino para ir a un lugar que todavía se desconoce. El etnógrafo se debe sentir libre para poder descubrir un problema, antes que sentirse obligado a investigar un problema determinado que pudiera existir sólo en la mente del investigador. Hemos aprendido que no debemos caer en la justificación de la investigación como único fin.

En la misma línea de reformulación debemos trabajar respecto del específico objetivo que buscaba la determinación de disponibilidad de los agentes de salud en la zona. Una futura investigación deberá buscar sin duda otras fórmulas adecuadas de acercamiento y baremación de opiniones entre los profesionales de un sector que en ocasiones se muestran distantes y desconfiados con todo aquello que no se encuentra dentro de los parámetros y dogmas dictados por “*su Medicina*”. Quizá, desde la asunción de errores, la forma seleccionada no fue la adecuada. Quizá, igualmente, la única fórmula que nos podría llevar a conocer el verdadero sentir de esta población sea una verdadera entrevista en la misma línea etnográfica que aquí estamos defendiendo.

Respecto de investigaciones futuras, es claro que se han abierto varios campos. Al ya comentado, cobra especial significación lo que aquí hemos denominado bajo el término *postmodernismo médico tradicional*. La determinación y estudio del porque de semejante profusión de personas dedicadas a estas lindes en la comarca objeto de estudio, si tenemos en cuenta la proporción de los que hemos tenido referencia en comparación con la población escasa de la zona; la determinación del porque de su éxito, el escrutinio del verdadero origen de tales remedios, la determinación de su efectividad, y el estudio de sus bases fisiológicas así como de parámetros de seguridad en sus uso parecen ser campos suficientes como para invitar a su estudio y reflexión.

Por último, como base adecuada que nos permita continuar trabajando en la línea, debemos dar aquí por válidos dos de los objetivos específicos que en un primer momento se planteaban. En primer lugar, la adecuada localización de informantes claves que nos puedan ayudar en un futuro tanto con su información como con la localización de nuevas fuentes de información. Y en segundo lugar, la constatación

de una documentación bibliográfica suficiente y adecuada en lo que se refiere a *medicina tradicional* y Fitoterapia por un lado; y a la realidad y entorno humano por el otro. Elementos que nos alientan sin duda a trabajar en las nuevas posibilidades que esgrimimos como conclusión de esta investigación e inicio de las futuras.

*Entre las sierras que baña
el bello paisaje hurdano,
nació un pueblo cristiano
parecido a una cabaña.
Y siendo de todos los pueblos
Las Hurdes siempre una flor
en hidalguía, en amor,
la que más belleza encierra
es la más hermosa tierra
pa'l amor y pa'l placer.
Aquí siempre la mujer
destella regia hermosura
cual estrella que fulgura
al querer amanecer.
¡Hurdanas!
Sois las más lindas violetas
distinguidas entre las flores,
sois la dulzura y amores
y el capricho del poeta.
Al coronar la meseta
de la suave colina,
destella luz tan divina
cual otra de mañana;
yo te comparo jurdana
a la estrella vespertina*

Una flor de mi tierra: “Las Hurdes”.

Tío “Picho”.

ANEXOS

- Anexo 1
 - Figuras
 - Imágenes
 - Tablas
- Anexo 2
 - Ejemplos de programas de *medicina tradicional* y atención primaria de salud en diferentes partes del mundo y aceptados como tal por la OMS
- Anexo 3
 - Transcripciones de entrevistas con informantes
 - Informante 1
 - Informante 2
 - Informante 3
- Anexo 4
 - Carta y cuestionario dirigidos a médicos/as y enfermeras/os

ANEXO 1.

Figuras, imágenes y tablas.

Figuras

Figura 1 (Pág. 36): Ordenación de los conceptos de *medicina tradicional* y medicina popular en relación con el sistema alopático

Figura 2 (Pág. 50): Porcentajes de uso de la *medicina tradicional* en países africanos en datos obtenidos por la OMS de los distintos informes gubernamentales (OMS, 2002).

Figura 3 (Pág. 50): Porcentajes de uso de la *medicina tradicional* en países desarrollados seleccionados (Salud, 2002). Fuente: *Health Canada 2001*. Fisher P y Ward A. Organización Mundial de la Salud. Canadá. 1999.

Figura 4 (Pág. 51): Países en los que existe regulación nacional en relación a la medicina a base de hierbas (OMS, 1998).

Figura 5 (Pág. 59): Gráfico que muestra una buena evidencia de la eficacia de medicinas a base de hierbas pero su valoración es inadecuada. Fuente: "*Estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre medicina tradicional 2002-2005*". OMS. Ginebra. 2002. Basado en datos de "*Herbalmedicines: anevidence based look*". *Therapeutics Letter*, Edición 25, junio-julio de 1998.

Imágenes.

Imagen 1 (Pág. 68): Localización de la comarca en la provincia de Cáceres. Fuente: www.espacioural.com.

Imagen 2 (Pág. 69): Comarca de Las Hurdes en la que se especifican los municipios y las diferentes alquerías. Fuente: www.centrodocumentacionhurdes.com.

Imágenes 3 y 4 (Pág. 74): Fotogramas del documental “*Tierra sin pan*”. Fuente: http://munich.cervantes.es/FichasCultura/Ficha40210_25_1.htm.

Imagen 5 (Pág. 95): Sobre la base de la imagen número 2 (página 69) se observa la localización geográfica del poblado de Aceitunilla y su difícil situación geográfica en la zona de Las Hurdes “*altas*”, hecho esto con segura influencia en la existencia de varios *curanderos* en la localidad.

Imagen 6 (Pág. 110): Nombre vulgar: Ortiga. Nombre científico: *Urtica dioica* L. Familia: Urticaceas. Recolección en la comarca de Las Hurdes por nuestro informante nº 1. Autor: David Conde Caballero. 2011.

Imagen 7 (Pág. 117): Diferentes ejemplos de los que hemos venido a llamar *medicina tradicional postmoderna*. Remedios tradicionales “*industrializados*” y perfectamente preparados para su distribución y venta. “*Ciripolen*” de Cirilo, “*Crecepelos*” de Amador y “*Crelor*” de Conrado. Autor: David Conde Caballero. 2011.

Imágenes 8 y 9 (Pág. 118): La comercialización de la *medicina tradicional* llevada a su máxima expresión en la localidad de Las Mestas, donde conviven CIRILO y ANASTASIO y que se erige como verdadero centro comercial donde es posible encontrar todo tipo de remedios y productos naturales. El lector atento sabrá observar las formas de producción en masa o la iconografía en forma de “marketing rural”. Autor: David Conde Caballero. 2011.

Tablas.

Tabla 1 y 2 (Pág. 70): Población de los principales municipios hurdanos junto a su superficie y densidad demográfica. Población y densidad total de la comarca.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística. 2008. <http://www.ine.es/>.

Anexo 2.

Ejemplos de programas de *medicina tradicional* y atención primaria de salud en diferentes lugares del mundo y aceptados como tal por la OMS

Fuente: "Informe del taller interregional de la OMS sobre el uso de la medicina tradicional en la atención primaria de salud". Ulaambatar, Mongolia. OMS. 2007.

Nombre del proyecto	Zona interesada	Metas del proyecto	Método de distribución	Beneficios	Otras informaciones
Nuevo proyecto de promoción del uso de plantas medicinales en la atención primaria de salud en cinco países del Mekong	Cinco países del Mekong: · Camboya · República Democrática Popular Lao · Myanmar · Tailandia · Viet Nam	· Promover la MT · Integrar la MT en la APS · Colaborar e intercambiar información dentro de la subregión del Mekong · Promover el fortalecimiento de la capacidad nacional	· Cuatro países publicaron materiales educativos para los pacientes sobre plantas medicinales locales. · En Myanmar se distribuyeron botiquines con medicamentos tradicionales para su uso en emergencias.	· Documentación de medicamentos herbarios locales y mayor sensibilización pública · En Myanmar se distribuyeron oficialmente 150 botiquines a 150 aldeas de tres municipios.	La falta de conocimientos técnicos constituyó un problema. Del 30 de julio al 1º de agosto de 2007, con el apoyo de la Fundación Nippon, los países participaron en una reunión de trabajo de la OMS.
Fortalecimiento del sistema de atención primaria de salud y prestación de atención básica de salud segura, conveniente, eficaz y económica a la población local	Regiones Autónomas de las Minorías Zang y Qiang de Aba, situadas en la zona nordoccidental de la provincia china de Sichuan	· Mejorar el acceso a la APS en las zonas rurales · Difundir la MT en regiones remotas	· Se desarrolló una red de suministro para atender las necesidades rurales, mediante sacos que transportar a lomo de caballo o mostradores médicos (pequeños puntos de atención). · Se utilizó la red de supervisión para garantizar la calidad, la inocuidad, el bajo costo y la eficacia	· Una infraestructura más sólida (se construyeron 151 sitios nuevos) · Promoción de la MT · Acudir a un doctor resultó más fácil y menos caro.	Un problema fue el hecho de que la población estuvo dispersa en una zona extensa, en un terreno accidentado para viajar que también dificultó las visitas al doctor, la compra de medicamentos, etc.
Promoción de medicamentos asequibles y accesibles	Región Autónoma Hui de Ningxia, China	· Asegurar la distribución de medicamentos para atender la demanda · Garantizar la inocuidad, eficacia y calidad · Velar por que los medicamentos sean baratos, accesibles y asequibles	· Principio de los «tres uniformes»: licitación uniforme, precio uniforme y distribución uniforme, y entrega a hospitales, clínicas y centros de salud de aldea	· El costo de distribución de los medicamentos se redujo en un 40%. · La reducción total del costo alcanzó los 259 millones de yuanes.	El proyecto fue supervisado por un comité de expertos formado por doctores, farmacéuticos y gerentes, tanto en el ámbito de la MT como de la medicina alopática.
Sistema de venta de medicamentos «HAICHI»	Japón	· Aumentar el nivel de salud de la nación tanto en las zonas rurales como urbanas · Mantener una relación de confianza con los clientes · Suministrar medicamentos de alta calidad · Comprender las necesidades del mercado · Reunir y proporcionar información	· Los vendedores de medicamentos HAICHI visitan a los clientes y les dejan una caja de medicamentos. · Los vendedores HAICHI cada 4-6 meses regresan para reponer los medicamentos y cobrar los que se han utilizado, así como para impartir educación sanitaria.	· Estimular la industria farmacéutica · En todo el Japón, el 52,3% de todos los medicamentos producidos se destina a la venta mediante el sistema HAICHI.	El sistema de venta de medicamentos HAICHI funciona de acuerdo con los reglamentos nacionales sobre vendedores de medicamentos, al igual que el sistema administrativo local de la Prefectura de Toyama, en la que tiene su base la operación.

MT = medicina tradicional; APS = atención primaria de salud

Anexo 3.

Transcripciones de entrevistas con informantes

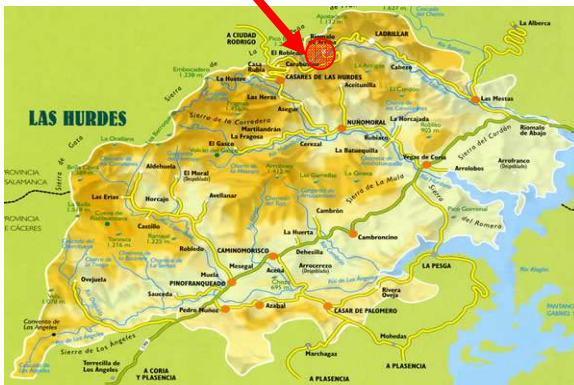
Iniciamos aquí las transcripciones literales de las entrevistas mantenidas con nuestros principales informantes y que han determinado la fuente esencial de información de esta investigación. Separaremos las transcripciones por informantes e incluiremos sólo aquello que tenga especial relevancia o relación con el campo que queremos estudiar, puesto que la investigación Antropológica de campo exige un trabajo no contemplado en el que nos debemos de ganar la confianza de nuestro interlocutor y cuya transcripción no haría mas que alargar de forma innecesaria la longitud de este escrito.

A partir de aquí, nos referiremos de la siguiente forma a la secuencia de conversación, siendo la intervención del autor denominada con la letra **A** (Antropólogo) y la del informante con la letra **I** (Informante). Remitimos del mismo modo al cuerpo del trabajo sí se estuviera interesado en tener más datos sobre los informantes por medio de su historia de vida y de la metodología utilizada con cada uno de ellos.

Informante número 1

Se resumen aquí las informaciones de dos entrevistas distintas realizadas con el informante los días 12/07/2011 y 19/07/2011, ambas llevadas a cabo sin otros interlocutores y con la tranquilidad de estar sentados en la piscina natural del pueblo (Riomalo de arriba), sin ningún tipo de interrupción. Utilizamos el tipo de transcripción natural en la que se incluyen errores de pronunciación, sonidos... pero se elimina toda aquella información irrelevante.

Jerónimo – Riomalo de arriba



A - ...bueno Jerónimo, con todo lo que me ha contado le pediría el favor de que me hablara sobre los remedios que usted utiliza. Sería bueno para mi estudio y conseguiríamos que no se perdiesen este tipo de cosas que pueden valer a la gente.

I - Yo lo primero que, que... para los catarros yo no uso “medecinas”.

A – Ya, es que eso es precisamente lo que nosotros venimos buscando. Porque nosotros sabemos que hay gente aquí, pues por que antiguamente no podían ir al médico por lo que fuese, la gente nunca utilizaba medicinas.

I – Yo por ejemplo me hago para la... los catarros. Me cuezo una cebolla buena que la corto, “cortadita”, ¿no? Y luego la pongo a cocer en tres cuartos de litro de agua.

A – Pero...¿se corta, eh...?

I – O sea, usted coge la cebolla, la echa a cocer en tres cuartos de litro de agua. La corta en tres o cuatro pedazos... pequeña. Que no sea muy grande. La pongo a cocer y le añado unas cuatro “cucharaditas” de azúcar.

A – Cuatro cucharaditas de azúcar.

I – Luego ese líquido le pongo a cocer y cuando veo que está bien “cocidita” la deajo que repose. Y entonces cuando ya que reposa la paso por un colador. Un colador de tela, o sea de una maya.

A – Sí, sí. Un colador de toda la vida.

I – Exactamente. Y ese líquido lo tomas cuatro o cinco veces al día. Cuatro o cinco “cucharaditas” de las de café. Haces una pequeña medida y eso, luego ya no hace falta que le eso...

A – Esto se toma así, ¿crudo? Sin mezclarlo con nada.

I – Eso nada, eso lo mete en agua cocida y todo eso. A partir del segundo día o el tercero hay que meterlo en frigo porque se corta.

A – Ya.

I – Eso es como un jarabe.

A – Sí, queda como un jarabe, como una pasta, ¿no?

I – No, no. El líquido ese sino luego se va cortando y entonces en mejor tenerlo en el frigo. Entonces luego... cojo una medida de una cuatro “cucharaditas” del líquido ese y me lo tomo cuatro o cinco veces al día. Hasta que termine ese jarabe. O sea, dos, tres días. Yo me llevaba hasta para la fabrica trabajando. Entonces eso es bueno para la garganta, para los oídos. Te limpia los oídos, los conductos.

A - ¿Y se le quita todo?

I – Hombre claro. Entonces yo no, yo no uso otra cosa más que eso. Entonces para la asma, para todas esas cosas... la cebolla no hay cosa mejor que esa.

A – Ya, sí. Eso lo he escuchado. Y eso lo ha aprendido usted o lo ha aprendido allí en Pamplona.

I – No, es que yo me gusta mucho la cosa de las hierbas. Cuando era niño mi padre entendía y me contaba muchas cosas, el hombre aquí se tenía que apañar como podía porque no había otra cosa, y cuando me fui a Pamplona también leí libros para saber más. Yo estaba en la fábrica y lo explicaba mucho, muchas veces casi no me dejaban ni de trabajar... bueno, eso la cebolla. El ajo también se puede hacer igual.

A – Sí, eso para el catarro. ¿No?

I – Eso para el catarro. Para cosa de catarro también. También hago casi la misma historia. Vale igual. Pero el ajo también había que comerlo crudo.

A – Sí, eso lo he escuchado muchas veces.

I – De uno a siete, ocho al día. De dientes. Pero por lo menos uno todos los días, para la sangre y para el intestino. Eso para que la sangre vaya más fina, y el intestino.

I – Dejando eso, vamos al Cardo Mariano.

A – Pero eso lo hay por aquí. ¿Cardo Mariano lo hay por aquí?

I – Cardo Mariano me parece que por aquí no hay. Eso lo hace... hay por la parte de Valladolid y por ahí. El Cardo Mariano es para cosa del hígado para depurar el hígado. Porque, ¿sabes lo que pasa? El hígado es lo principal.

A – Sí, es un órgano muy importante.

I – Entonces hay que tener... y el Cardo Mariano también va bien para cosas de venas y todo eso. El Cardo Mariano. Para el reuma.

A – Y esto. ¿Cómo se prepara?

I – El Cardo Mariano ya viene en pastillas, ya viene hecho. Vienen pastillas y sí no quieres las pastillas pues luego también vienen gotas. Se toma una “tacica” después de las comidas. Tres veces al día.

A – Eso para depurar un poco, ¿no?

I – Sí, sí. Luego vale también para cosas de heridas, para...

A – ¿Que se hace un plasma y se pone en la herida?

I – No, no. Eso es bueno para cosa de venas y todo eso.

A – Para que cicatrice antes...

I – Exactamente. Para que cicatrice antes.

I – Una cosa que no la usan aquí mucho los médicos es el Carbonato de Magnesio.

A - ¿Bicarbonato?

I – No, no. Carbonato de Magnesio. No el Carbonato normal, el Carbonato de Magnesio. El Carbonato de Magnesio ¿sabe una cosa? Que el Carbonato de Magnesio te vale también para el catarro, para todo... para cosa de infarto para todo.

A – Y eso. ¿De dónde se saca?

I – Eso lo puedes comprar en una tienda de estas de hierbas. Herbolisteria. Esto viene en pastillas. Viene en...¿cómo se llama? En jarabe también y viene en polvo. Yo por ejemplo lo he usado para mi, para mi lo he usado para... en polvo. Es mejor. Le voy a decir una cosa. A veces uno tiene un infarto y le hacen una analítica y da todo bien. Y dice el Médico... ¿y qué ha pasado aquí? Y muchas veces es que le falta lo principal, le falta el magnesio. Vale para muchas cosas para depresiones, para todo eso. Eso abarca un sinfín de cosas... y es que se aporta muy poco en las comidas Magnesio.

I – Luego empezamos con más hierbas sí quiere.

A – Sí, sí claro. Yo estoy encantando de escucharle.

I – La Manzanilla ya sabe que de toda la vida, ¿no? Para el reuma, para todas las cosas abarca la manzanilla.

A – Para las digestiones también, ¿no?

I – Sí, sí claro. Para eso también es muy bueno.

I – Le voy a decir una cosa. La planta del tomate. La planta del tomate es muy buena para las cosas de los enfriamientos. Cuando dice... he cogido un enfriamiento! Pues bueno, la planta del tomate hay que tomarla nueve días mejor. Sino pues lo días que pueda. Dos, tres.

A – ¿Pero sólo la planta?

I – La planta, la planta. Las hojas. Se dejan secar, se lavan... y luego se cuece igual que una manzanilla y se toma nueve días seguidos. Más no. Puede descansar un mes luego volver. Entonces eso es para esas personas que cogen un enfriamiento y no saben como sacarlo, y que van al médico. Bueno, pues eso se toma a las mañanas en ayunas y durante media hora no se toma nada. Bueno... y entonces eso sale... eso sale que se mata. Yo le digo porque yo he hecho pruebas, eh; Yo conmigo, eh ;

A – Sí, sí, claro. Supongo. Pero, todo esto... ¿Dónde lo ha aprendido usted?

I - Bueno, pues muchas cosas de mi padre, la gran mayoría. Y luego pues yo me he interesado y tengo libros de todo esto. Yo he ido leyendo de lo que aprendí aquí, ¿me entiende?

I – Vamos a ver... una cosa que le voy a decir. Usted se opera, o yo mismo. De una hernia, de dentro. Y joder, es que...tarda. Para que sane rápidamente por dentro después de que ya va a su casa. Entonces dice... pues ahora me voy a coger nueve días seguidos una taza de manzanilla, pero sin endulzar. Entonces media hora sin tomar nada después de eso. Eso es para que cicatrice por dentro, porque es que la manzanilla cicatriza, ¿me entiende?

A – Sí, sí.

I – Entonces yo le voy a decir una cosa. Nunca me habían operado a mí de hernia y en tres años me tuve que operar de las dos. Cuando fui a casa lo primero que hice fue eso y a los nueve días me había mejorado todo. Yo esto se lo he dicho a mucha gente... pero ya le digo, hay que tomarlo una novena. Nueve días. Pero eso hay que darlo sin azúcar.

A – Siempre sin azúcar. ¿no?

I – Sin azúcar mejor. Hombre, sí por ejemplo le echar miel, pues es buenísimo.

A – Hombre, la miel aquí en la zona se usara mucho, ¿no? Hay mucha miel por esta zona.

I – Sí, sí. La miel se utiliza aquí muchísimo. Yo le voy a decir ahora tres clases de miel. La miel de encina, es para cosas de heridas. Aunque por aquí la que mas hay es la miel de milflores.

A - Para curar heridas, ¿no?

I – Para cosas de herida, exactamente. Porque esa es más fuerte. La de Brezo es para cosas de estomago. La de Eucalipto y la de tomillo es para cosa de pulmones. Para bronquios, para catarro... para todas esas cosas. Y luego la de Romero también es para cosa de adentro.

A – Y esto, que es. ¿Una cucharada de miel?

I – Eso se lo puede tomar en el café en el desayuno todos los días. Cuando tengo catarro también la tomo con la Cebolla que ya le he dicho, lo refuerzo un poquito con miel. ¿Me entiende?

A – Ya. Y entonces usted vive en este pueblo.

I – Bueno, yo estoy jubilado. Vengo aquí casi todo el año. Pero tengo una casa en Pamplona, donde trabajaba en la fábrica. El otro tiempo lo paso allí. Ahora en los San Fermín me he venido aquí, no me gusta tanta gente. Yo iba algunas veces en la fábrica, alguna tarde iba al servicio médico y a la tarde iba y me decía la ATS, siéntate. Siéntese y cuénteme cosas. Y yo me iba y le decía... oye maja, que yo me tengo que marchar. No se preocupe, sí llama el jefe le dice que está conmigo. Porque yo entiendo un poco de masajes también.

A – Entiende de masajes... ¿y para que utiliza los masajes?

I – Bueno, lo masajes yo por ejemplo le he curado brazos a gente .

A – Pero...¿tendinitis ?¿Inflamaciones?

I – Tendinitis y cosas de esas. Yo cogía Fresno le cortaba una rama y le quitaba la piel de fuera, hasta que llegaba a la parte blanca. Sacaba un buen puñado y lo echaba en una botella siempre tapada. Siempre hay que taparlo. Y le echaba o bien orujo o bien alcohol de 96º. Y lo dejaba “macenando” ahí un mes, y luego ya pues se quedaba ahí. ¿Me entiende?

A – Sí, sí.

I – Eso para los tendones en buenísimo. Hay que darse una friega ahí. Eso yo no sé lo que pasa pero le da consistencia al nervio.

A - ¿Una vez al día?

I – No, eso puede darle tres o cuatro veces. Puede darle las que quiera. Eso es muy bueno. Eso lo que hace es que le da consistencia al nervio. No se lo que pasa pero es muy bueno eso.

I - Otra cosa que sirve para friegas lleva cinco cosas. Lleva ortiga, lleva ajos, guindillas picantes, zanahorias... y ¿cual es la otra?... ahh, Romero. Pues cojo eso y cojo una buena poca de cada uno, y a lo mejor hago un par de litros. Lo echo en un tarro grande.

A - Pero... ¿triturado?

I – Lo corto cortito, y lo hecho dentro. Eso lo dejo “macenando” por lo menos un mes. Después del mes lo puede usar para cosa de dolores y todo eso...

I – Luego le voy a decir un jarabe muy bueno también. El jarabe ese lo venden en las tiendas. Es un jarabe que lo llaman “*Santasapina*”. Es un jarabe que lo venden en esto de hierbas. Lleva un Abeto pintado por fuera. Es resina del pino, y se usa para cuando duele la garganta. La resina del pino se hace como una capa, que es lo que te hace que te cure todo en la garganta. Sí no quieres hacerte remedio de los

otros pues te puedes comprar este jarabe. Lo bueno que hay es que hay que terminar el jarabe. Siempre hay que terminar, como cuando vas al médico y te pone unos antibióticos. Hay que terminárselos, aunque veas que estas bien.

A – Sí, hay que hacer un ciclo completo.

I – Exactamente, exactamente. Eso hay que terminarlo, porque sí no hace nada. Eso es una cosa de las mejores que hay. Ese jarabe es buenísimo. Sí no se acuerda puede pedir el jarabe que lleva el pino pintado por fuera. Eso viene de Suiza me parece.

A – Bueno Jerónimo. Algo más de lo que se acuerde. Ya no le quiero molestar mucho más.

I – Bueno, no se preocupe. Yo estoy encantado. Ya en otra vez que venga, porque ahora mismo le podría decir un montón de cosas. Y luego pues también le voy a decir una cosa, es que muchas veces dices... es que las pastillas no me hacen nada. Eso es porque tomas alcohol. Es como el que toma antidepresivo. Sí tomas antidepresivo y tomas alcohol, pues eso nada. Del alcohol hay que olvidarse cuando se está haciendo un tratamiento.

A – Perfecto Jerónimo. Yo quería pedirle permiso para mencionarle en mi estudio. Para poner... pues Jerónimo me digo, Jerónimo me contó. Sólo voy a poner el nombre, para que no se sepa quién es. Nunca se ponen apellidos ni nada.

I – Sí hombre, por eso no pasa nada. No se preocupe.

I – Quería decirle que con las hierbas hay que tener un poco de cuidado.

109

A – Igual que con los medicamentos, ¿verdad?

I – Sí hay que tomar una taza, dos tazas o tres tazas... no hay que tomar más. Luego hay otra cosa, que es que aquí en España están muy contaminadas las hierbas.

A – Sí, a veces es que pasa que las hierbas a lo mejor están al lado de la carretera y ese tipo de cosas, ¿verdad?

I – Eso es... yo lo digo, porque yo lo he leído en varios libros.

I – Un día me llego una de la fábrica que siempre estaba con una y con la otra. Y un día me llego y me dijo. Es que tengo aquí una hostia de esta...Entonces me quede mirando y le digo...¿Pero es que has estado con una pilingui por ahí? Porque la cosa que tienes tu ahí en ese sitio malo. Y muchas veces hay que tener paciencia. Yo le mande una pomada en Pamplona... pero ahora mismo no me acuerdo de cómo se llama. La hacían en Pamplona. Eso también valía para los granos. Sí te salían unos “granicos” te lo dabas ya los pocos días ya no tenías nada.

I – De todas formas, sí viene por el invierno yo le puedo ir diciendo más cosas. Ya apuntare yo algunas cosas que me vaya acordando para ir contándoselas.

A – Se lo agradezco mucho Jerónimo. Cuando yo lo tenga todo terminado, descuide que le mandare una copia para que usted pueda leerla.

I – Mire, le voy a contar una cosa para el colesterol. No me haga mucho caso porque yo no lo he hecho. Usted por ejemplo corta Zarzamora, como esa que tiene ahí en frente. Coge una bolsa de la hoja, la seca y la toma durante nueve días seguidos. A la mañana. Una taza, en ayunas. Ahí no se le echa nada.

A – Se cuece, ¿igual que la manzanilla?, y ¿se toma lo que salga de ahí?

I – Una “tazica”. Se cuece, nueve días seguidos. Eso es una novena. Y eso es para el Colesterol. Yo no tengo Colesterol y no he hecho la prueba. Yo, hablando con una señora, había un señor que Navarra que tenía un Colesterol de la Hostia. De Navarra, porque ahí beben y comen mucho. Y le digo, sí tiene Colesterol es porque quiere. Con esto le va a bajar. Y exactamente, se lo tomo nueve días y le bajo. Lo puede hacer nueve días y luego descansa dos o tres meses y lo vuelve a hacer.

I – La ortiga. La ortiga es otra cosa muy buena. La ortiga, para la gente que no toma... ¿cómo se llama....? El Sintrom. Para la gente que toma eso no lo puede tomar, porque con la ortiga va la sangre mas liquida. Hay que tomar un par de días o tres a la semana. Eso para la sangre.

A - ¿Para que vaya más liquida?

I – Exactamente, para que vaya más liquida. Eso se cuece también, y se puede tomar un par de veces al día, uno por la mañana y otro por la tarde. La toma dos o tres días. Pero ya le digo, eso hay que tomarla... el que no toma Sintrom. Yo la como en ensalada.

A – Pero...¿la ortiga se coge del campo o se compra ?

I – Se coge del campo.

A – ¿Esto es para prevenir?

I – Sí, para que la sangre circule mejor.

A – Yo la cojo aquí mismo y la como en ensalada, la gente dice que pica. Que no hombre, que no. La tienes que lavar bien.

I –Mire vamos ahí, que le voy a enseñar la ortiga. Hay dos clases (Nos levantamos para acercarnos a unos matorrales cercanos donde nuestro informante revuelve entre la maleza), dicen que la negra es mejor que la otra. Aquí, esta de aquí, es la otra. La cuece también puede. La seca y la cuece y se puede tomar también un par de tazas al día. Se hace de vez en cuando. Eso es muy bueno, la ortiga es muy buena para eso. Para depurar la sangre.

A – Puede coger una para llevarla.

I – Ya se la cojo yo. Que pica como la hostia. Esto está todo lleno de esta ortiga, por ahí abajo hay mucha más, que es mejor, porque por allí no pasa la gente.

A – Jerónimo, está usted acabando con mi cuaderno. Es toda una enciclopedia abierta ¡!

I – Yo le digo una cosa... la hierba es igual que la “medicina”. Igual que todo. Hay que tomar con moderación. Por ejemplo el Cardo Mariano sólo se puede tomar dos tazas.

A – Bueno Jerónimo, ya no quiere robarle más tiempo. No quiero molestarle más. Me gustaría poder localizarle más adelante para que usted me siga contando cosas.

I – Bueno, bueno. Como usted quiera. A mí me gusta mucho hablar con la gente de esto porque a mí me gusta mucho.

I – Pero yo creo mucho en el Magnesio. Pero hay que tomar la cantidad adecuada cada día y por la noche. En el hombre es más que en las mujeres.

A – Y usted... ¿toma medicamentos?

I – No, yo medicamentos no tomo. También ando mucho. Yo cuando salgo pro ahí, y veo que la gente lleva medicamentos a montones. Y luego sabe lo que pasa... que se tupen de dulces y de grasa. Y eso es lo que no se puede hacer. Yo apenas lo pruebo. Porque es malo para cosa de la sangre.

A – Bueno Jerónimo, pues ha sido un placer haber hablado estos dos días con usted.

I – Igualmente. Bueno, que tenga mucha suerte. Ya le escribiré yo alguna “cosica”. Ah, otra cosa le voy a decir. ¿Usted sabe porque no se quedan muchas chicas embarazadas? Porque la falta Magnesio.

A - ¿Sí?

I – Hombre claro ¡!. Le falta Magnesio a la persona. Eso es una de las cosas más importantes de la vida que hay hoy. Hay un libro de una señora que va a muchos coloquios en Barcelona que habla del Magnesio. Usted compre el libro y lo verá. Ana Maria Lajusticia se llama. Se dedica a eso de siempre. Lo toma una temporada y luego lo deja.

I – Bueno pues nada

A – Jerónimo, un placer haberle conocido.

I – A mí me gusta hablar mucho de esto. Que tenga buen viaje.

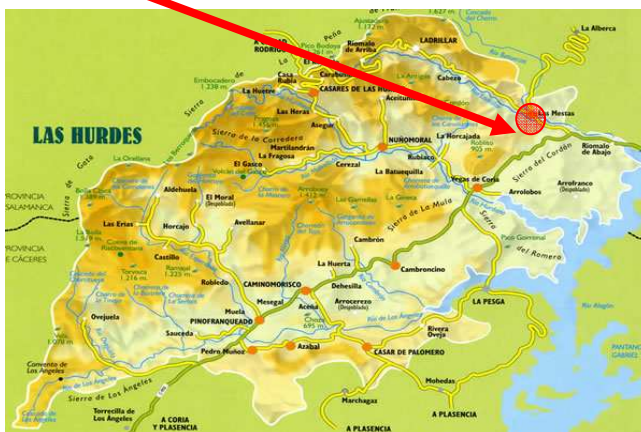
Informante número 2

Se resumen aquí las informaciones de una entrevista efectuada el día 22/07/2011. Previo contacto con el informante establecimos una cita durante la celebración del mercado semanal de Plasencia, puesto que el informante nos asegura “*estar muy ocupado*” y nos resulta imposible concertar una segunda en un lugar más acorde. A lo largo de la entrevista se realizan múltiples interferencias que han sido eliminadas de esta transcripción por razones de economía de tiempo y espacio. Pero sí es seguro que no sea la mejor forma de efectuar este tipo de recursos antropológicos, esta situación nos permitió observar a uno de nuestros informantes en plena acción de comercialización de *medicina tradicional*. Utilizamos el tipo de transcripción natural en la que se incluyen errores de pronunciación, sonidos.... No obstante, dado la naturaleza del lugar donde se efectuó la entrevista, en algunos momentos nos ha resultado imposible llevar a cabo la transcripción al no poder discernir bien las palabras que se utilizaron como consecuencia del ruido conversacional.

En esta entrevista junto a Anastasio participan dos antropólogos. El que suscribe que se identificara por **A** y el compañero al que hemos hecho mención a lo largo del texto que se identifica como **A1**. En algunos momentos con objeto de poder entender el contexto donde se realiza la entrevista se incluirán las conversaciones de algunos clientes que se identifican con la letra **C**; sin embargo, aceptamos que la mejor solución interpretativa hubiera venido de la grabación en vídeo de la situación que nos hubiera permitido a buen seguro una mejor comprensión de lo acontecido y el entendimiento del nuevo concepto de comercialización que hemos tratado de explicar, puesto que la mera transcripción del sonido no permite percibir la situación en toda su magnitud.

112

Anastasio – Las Mestas. Conocido popularmente como “Tío Picho”



A – Buenos días Anastasio. Soy David, que le llamé por teléfono para hablar sobre el estudio que le comente de medicina en Las Hurdes. Veo que tiene usted un buen puesto aquí, con mucha gente. ¿Sólo vende miel o tiene usted otras cosas?

I – No, yo vendo todo lo que ves aquí. Yo soy el pionero casi de Plasencia para arriba de la miel y de los productos que se relacionan con ella. A partir del 90-92 ya aparecieron por ahí cooperativas que se dedicaron también a esto, pero así es la

vida macho. Yo empecé con todo este tema en el año 83, por aquí no había nada de esto, sólo una pequeña fábrica de miel, pero vamos, poca cosa. Era una buena salida porque tenía cuatro niños, me había dedicado a otras cosas...y bueno..., desde el punto de vista turístico y comercial yo ví que esto era una buena solución para mí. En el 87-88 fue cuando registre el nombre de mi padre, el "Tío Picho" y puse la foto en todos sitios; sacando una marca comercial registrada a nivel europeo, aunque luego este vendiendo a otras partes del mundo. Luego he registrado el "Pichín Real" y otras marcas. Pero todo con la foto de mi padre en todos los productos, que son de el más que míos.

A – Anastasio, veo que tiene mucha gente. A lo mejor le viene mejor que hablemos más tranquilamente en su pueblo o en otro sitio que usted crea que es conveniente. ¿Usted cuando esta por allí?. A nosotros nos gustaría saber sobre como la gente se cura en la comarca de Las Hurdes con cosas naturales, fuera de lo que usan los médicos. Por eso nos interesa saber que productos tiene, que es lo que vende, que es lo que la gente compra, para que lo compra, bueno...ya sabe, todo ese tipo de cosas.

I – Pues yo estoy por allí... esta mañana he estado por allí. Mañana tengo que estar en una feria en Ciudad Rodrigo. El domingo tengo que ir a Ahigal... y...es que estoy muy liado. Perdona un momentito...(Se marcha a atender a una cliente)

A y A1 – No, no se preocupe. Usted atienda a sus obligaciones.

I – (Tras petición de un producto por parte de una clienta). Que haya salud! Le deseo todo lo mejor.

(Se introducen múltiples interferencias. Sin embargo, hacemos notar que toda conversación con una persona que se acerca a su puesto siempre termina con la misma frase. "que haya salud" o bien " que tenga salud, le deseo todo lo mejor")

I – Bueno, pues como veis aquí estoy endulzando la vida a la gente. No es mal oficio, ¿verdad?... y además ya me han dado dos premios a nivel de Europa por mi miel.

I – (Una nueva clienta hace una pregunta sobre la miel de brezo). La de brezo la verdad es que amarga un poco, pero va fenomenal para cosa de corazón, riñones, arterias...

C – Yo no tengo ni colesterol, ni acido úrico, ni ná. Y voy a cumplir 82 años.

I – Pues que sigas teniendo esa salud, que eso es muy importante.

I – Bueno, otra vez estoy con vosotros. Pues mira, para nosotros lo importante es la miel. La miel, como se dice siempre, es fuente de vida. Tengo ocho o nueve tipos distintos de miel de producción propia. Estoy avalado por la Junta de Extremadura, tengo la Marca Extremadura. Luego también dispongo de Polen, de Jalea Real. Cada una se recomienda para distintas cosas, son lo mejor para la salud. Habréis visto como le he dicho a esta señora para que servía la de brezo, por ejemplo. La de eucaplito y la de tomillo, que te va muy bien para la garganta y para los bronquios. También es muy digestiva la de tomillo. La de azahar y la de romero va muy bien para la circulación de la sangre y sobre todo para el sistema nervioso, es como un relajante. Cada una tiene sus propiedades y sus cosas buenas.

El polen es un complejo vitamínico. Aumenta las defensas, te reduce el colesterol y el azúcar, luego te circula mejor la sangre, vale para la descalcificación de los huesos, para el crecimiento de los niños, para sí estas estudiando para fortalecer un poquito a esa persona que está estudiando. Yo, los chavales, cuando estaban en la Universidad de Salamanca, se tomaban una cucharada con un vasito de leche o lo que sea y me ha sacado unas notas extraordinarias.... Aunque hay gente que no lo toma y a lo mejor será tan bueno o mejor, ¿no?

Luego está la Jalea Real, es un reconstituyente. Es lo máximo que hay en la colmena. Se puede utilizar para arterioesclerosis, angina de pecho, estado depresivo, trastornos cardiovasculares, frigidez, impotencia sexual, para el desarrollo de los niños... para montones de cosas...Esto lo suelen tomar cuando están las personas muy agotadas, muy cansadas, que no tienen ilusión o que no comen.

A – ¿Es lo mejor de la miel?. O eso al menos es lo que yo tengo entendido.

I-Es una miel especial que segregan las abejas para alimento de la abeja reina. Yo de esto estoy dando todos los días conferencias. Ahora mismo me han llamado para que fuera a Pamplona dentro de unos días (aquí el informante inicia una larga reflexión sobre apicultura y el modo en el que se extraen los paneles, la jalea real, la organización de las abejas... todo ello constituye un monólogo de más de cinco minutos que no reproducimos aquí al considerar que su contenido no aporta nada especialmente novedoso a nuestro interés en el campo de la medicina tradicional. Sin embargo es de reseñar la pasión que el informante pone en su locución y la facilidad en el uso de algunas palabras técnicas).

A-Entonces. A mi me gustaría saber si aquí viene una persona y le dice... a mi me pasa esto. Y usted le recomienda...

114

I-Hombre, a mi me viene mucha gente. Y cuando voy a Bilbao, cuando voy Barcelona. Entonces te vienen personas con estados depresivos, otro que tiene otros problemas, hay un poco de todo.

A-¿Y se lo cuentan a usted todo eso...?

I-Hay anécdotas muy duras, muy duras. He estado en San Sebastián cuatro o cinco veces, en el país vasco. Voy allí porque me invita el Ayuntamiento a que vaya allí. Me regalo un chapela el alcalde de Bilbao. Fotos con el "Tío Picho" y toda la leche. Es lo que te digo. Perdonad un momentillo por favor (se marcha a atender a un cliente).

I-Que lo tome con salud... pues lo que os comentaba. Hay que informar a la gente de lo que hay. Yo no tengo estudios. Soy el mas pequeño de 17 hijos que tuvo mi padre. He escrito mucho sobre eso, si entráis en la pagina del "Tío Picho" os podréis informar sin ningún problema sobre todas estas cosas. Yo me he buscado la vida como he podido y todas las semanas van a mi casa cuatro o cinco autobuses. Porque allí tengo un museo de la miel.

(Aquí, sin venir demasiado a cuento, el informante nos cuenta los problemas con otro de los informantes sobre en los que nuestro trabajo de campo en Las Hurdes nos han indicado, Cirilo. Para nuestra sorpresa los dos son hermanos y existe una rocambolesca historia de ruptura de relaciones por competencia en un negocio que como veremos es similar uno del otro. No reproducimos aquí toda la información que

nos da sobre el caso por considerarlo sin interés para la investigación, amén de pertenecer a la esfera privada del informante).

A1- (En un intento de reconducir la conversación hacia nuestros intereses). ¿Y cómo se dio cuenta de que estas cosas podrían tener propiedades para la salud? Bueno, pues yo he leído mucho, he aprendido mucho....Y luego sobre todo de mi padre, que siempre me decía *“hijo, siempre hay que aprender cosas a lo largo de tu vida, y de las abejas se pueden aprender un montón de cosas de cosas buenas”*(El informante vuelve a intercalar un nuevo monólogo sobre las abejas y la inteligencia que poseen).

A- (Nuevo esfuerzo de reconducción hacia la temática de nuestro interés). Estamos viendo la gente que viene aquí a comprarle. ¿Hay algún tipo de personas en especial que le vienen a comprar? Más mayores, mas jóvenes...

I-Bueno, pues un poco de todo. Incluso la gente luego te llama y te da las gracias y se interesan.

A1-¿Qué es lo que más vende?

I-Ehhh, siempre lo que más he vendido siempre ha sido la miel de encina que me la consume la Casa Real desde hace ya 22 años, luego me han hecho proveedor oficial de Naciones Unidas. Esa miel es la que más se vende. Pero luego el Polen también la persona que tiene Colesterol a esta agarrándose al Polen, o cuando tienen las defensas muy bajas, también se agarran al polen.

A1- ¿Y cómo se toma?

I-Pues esto, una cucharada sopera en un vasito de leche, en un zumo, en el café, en una infusión, en lo que quieras...estas menos cansado todo el día, a parte que te aumenta las defensas te reduce el Colesterol, el azúcar y tal.

I-La Jalea Real. Te viene la gente. Mire usted, que resulta que tengo el ánimo por el suelo, no tengo ilusión por nada. Pues nada, Jalea Real al canto. Al Papa Juan Pablo segundo le estuve mandando Jalea todos los meses. Me acuerdo que me hacían entrevistas y me decían... claro, por eso el Papa se tambalea y no se termina de caer.

A-Bueno Anastasio, está siendo una conversación muy interesante y es gratificante hablar con usted. Tiene aquí casi una consulta médica. Pero hay cada vez más gente y es mejor sí pudiéramos hablar más delante de forma tranquila, así no le molestamos ni le interrumpimos. De todas formas me voy a llevar una bolsa de estas de polen para ver que tal funcionan.

I-Sí hombre, aunque ahora estoy muy liado. Cuando quieras me llamas y hablamos. Veras como me cuentas que el polen te ha ido fenomenal. Lo que sí os voy a pedir es que no comentéis nada de lo que he os he dicho de mi hermano. Son cosas muy delicadas. Ya sabéis, las cosas de familia, son unos líos. Yo lo he pasado muy mal por esto porque siempre lo he tratado de ayudar.

A-Pues se lo agradezco mucho. Tendrá noticias mías. Muchas gracias por todo. No se preocupe que nosotros no vamos a comentar absolutamente nada de esto. Puede estar tranquilo.

I-A ti joven, ha sido un placer.

(Continúa vendiendo en su puesto que cada vez tiene una mayor afluencia de público. Personas de todas las edades, mayoritariamente de edad avanzada, eso sí, y con una necesidad médica en la mayoría de los casos).

Informante numero 3

Es poleados por la rivalidad entre hermanos que nos comenta el segundo de los informantes y conocedores de parte de la historia de Cirilo y sobre todo la cantidad de rumores que circulan sobre sus productos, decidimos aprovechar la misma jornada anterior para desplazarnos a la alquería de Las Mestas e intentar contactar con el mismo. Conocedores de la posesión por parte del mismo de un bar, nos personamos en él. A nuestra llegada, su mujer nos informa sobre su ausencia “*porque está de viaje, vendiendo*”. Sin embargo no muestra ningún impedimento en facilitarnos su teléfono para contactar, entre otros motivos porque es el mismo teléfono que utiliza para la venta de sus productos, una vez le explicamos cuales son nuestros intereses y nunca indicándole nuestra conversación previa con Anastasio.

Puestos en contacto con Cirilo, nos emplaza para el día 26/07/2011 en la localidad de Las Mestas. A nuestra llegada, el parecido físico con su hermano Anastasio es evidente. No sólo en ese sentido, sino en la forma de expresarse y en la forma de mantener la conversación. Para nuestra sorpresa la conversación no será demasiado extensa, puesto que una vez iniciada el informante nos comenta que se tiene que marchar. Aplicamos una norma básica de la etnografía; paciencia.

Como en la ocasión anterior la entrevista es efectuada por dos antropólogos A y A1, y sólo se encuentra el informante en la tranquilidad del bar de su propiedad sin otros clientes que pudieran interferir.

Cirilo – Las Mestas



A – Buenos días Cirilo. Soy David, de la Universidad de Salamanca, que habíamos quedado para hablar de sus productos. Le llamé el otro día (presentaciones y demás formalismos. Pedimos una consumición en el bar).

I-Chicos, pues es un placer. Me acuerdo, me acuerdo. No sé en que puedo ayudaros. Contadme.

A-Bueno, hemos escuchado hablar mucho de sus productos, y nosotros estamos interesados sobre todo en sus propiedades a la hora de curar o luchar contra enfermedades sí las tienen. No se si nos puede contar algo al respecto. Sobre todo del “*Ciripolen*“ que es el más conocido de todos .

I-Pues el “*Ciripolen*” es una recopilación de todos los mejores productos que tengo. Lleva jalea real, lleva miel, lleva polen, la leche, una serie de cosas. Esto es energético. Esto te tomas ahora dos chupitos y parece que te vas a salir corriendo y vas a estar todo el día mucho mejor, aunque tengas ochenta años.

A-Bueno, y como dio usted con esto que luego ha sido tan famoso y ha consumido tanta gente.

I-Pues todo vino porque aquí no había ni farmacia ni médico ni nada. Entonces yo tenía dolores en los pies de gota, tenía colesterol... Bueno, un montón de cosas. Los achaques que tiene todo el mundo. Y me acordé de una vieja receta de mi padre con cosas de las abejas y con algunas hierbas que hay por aquí en las montañas y la hice. Y fue mano de santo. Y bueno, luego lo empecé a vender en el bar para que todo el mundo se pudiera beneficiar de sus propiedades y a la gente le gustaba mucho, venían de un montón de sitios de lejos a por él. Bueno, se hizo muy famosa una frase que yo dije un día en televisión “*sí quieres hacer el amor tres veces al día, ciripolen por la noche, por la mañana y al medio día*”. Porque es muy afrodisíaco, eso es por lo que tiene tanto éxito y es que además con la Jalea Real que va contra la impotencia sexual; aparte de todas las otras cosas que lleva. Entonces esto sí te lo tomas por la noche, por ejemplo, te acuestas con dos patas y te levantas con tres...(risas del informante)

I-Bueno, como os comentaba. He tenido mucho éxito con esto, cuando salió el “*Ciripolen*” me llamaron los de TVE para hacer un reportaje, fue un exitazo. Me llamaron de un montón de sitios para salir en televisión. De periódicos, de todos sitios. Por aquí ha pasado el Rey y todo.

A-Pero ¿tiene que ser miel de Las Hurdes, es específica?

I- No, no. Aunque yo creo que la miel de Las Hurdes es la mejor miel del mundo, las ahí también otras que son muy buenas, extraordinarias. Lo que pasa que hay mieles que tienen menos propiedades que otras. Por ejemplo, tu ahora mismo te meten miel de China que no llega a la altura de la miel española. La que yo uso sí es de aquí, y las hierbas también. Pero no se si esas hierbas las hay en otros sitios. Yo supongo que sí. Yo uso las de aquí porque son las mejores.

A-Cirilo, y... ¿que gente ahora mismo compra esto?

I-Bueno, hay de todo. Porque no sólo es el “*Ciripolen*”, también tenemos miel, polen etc. El “*Ciripolen*” es sobre todo gente joven, ya sabéis porque...(risas del informante). Pero por ejemplo hace algún tiempo vino un grupo de gente de estas de las excursiones y había una señora que no dejaba de mirarme y que yo notaba que me quería decir algo pero no se atrevía, hasta que al final me dijo que quería hablar conmigo. Se me agarró así a la mano, tendría como unos 32, 33 años. La miro así a los ojos y lo que tenía era el reflejo de la muerte en los ojos. Se le notaba bien que estaba “fastidiá”.

I-Entonces le digo al resto: me perdonan un momento que voy a dedicar un ratito a esta señora. Estaba el hijo mío que le mande a despachar y yo me aparte un poco con la señora para que no nos escuchara nadie.

A-Muy joven era, ¿no?

I-Sí, la habían echado a morir a casa prácticamente. Pero ella había oído hablar de mí, porque lo había oído hablar en la televisión, lo que sea. Y le digo ¿estás malita, verdad mi niña?

C-Estoy muy mal, nada más tengo la esperanza de usted. Todo lo demás que he utilizado no me ha funcionado nada.

I-Pero yo no soy nadie. Yo lo que único que te puedo dar... la agarre así fuerte y te voy a dar toda mi energía, todo lo mejor que puedo y te vas a llevar la Jalea Real y polen. Te vas a tomar en ayunas una cucharadita de Jalea Real debajo de la lengua que sabes que va muy bien, y luego el polen una cucharada en un vasito de leche. Yo no sé después que habrá pasado, pero a mi me llamo en Navidad dándome las gracias y diciéndome que había recuperado un poco, que le había subido mucho el ánimo.

A1- ¿Y los médicos?, ¿no le habían dicho nada?

I-Los médicos le habían detectado un tumor. Es que luego enciman te lo dicen los médicos. Jode, pues yo lo que digo. Sí una persona está mal, dale ánimos a ver si te pones mejor. Yo lo sé por mi padre que tenía una úlcera cancerosa, lo echaron a morir a casa, luego se auto medicó con las picadas de las abejas y mejoro lo que los mejores Médicos no habían podido hacer.

A-A1-¿Con las picadas de las abejas!!?

I-Sí, sí. Con las picadas de las abejas. Tenía un problema reumático de medio cuerpo para abajo porque aquí hacia mucho frío, y se metía en el río para pescar y coger peces, y de eso pues le quedo un reuma en toda esa parte del cuerpo... y a raíz de las picadas de las abejas, mejore mucho. Dice el que le picarían miles de abejas. Se vació encima una colmena.

A-¿Pero eso es peligroso, no?

I-Vamos a ver, esto hay que dejarlo siempre bien claro. La picada de abeja es medicinal siempre y cuando que tu no seas alérgico. Sí a ti te pica una abeja, aunque se te inflama el brazo, la cara...no pasa nada. Lo que sí está claro es que sí cuando te pica empiezas a toser, es una reacción negativa de tu organismo. Es la alergia. Al chaval mío, al mediano. Iba conmigo a las colmenas y no había problemas. Pero a medida que se iba haciendo más mayor, cuando tenía 16 o 17 años, le picó una.... y dice, Papá, esta vez me ha picado una en el tobillo pero es distinto. Otras veces me han picado y me dolía mucho, pero esta vez es distinto. Tengo la lengua muy gorda y me pica por todos sitios. O sea, una reacción alérgica. Entonces ya te asustas, porque ya tengo experiencia en eso. Salí corriendo y la primera casa que había le pedí un vaso de leche fría. Te tomas el vaso de leche fría

y eso te frena en esos momentos la reacción alérgica que tienes; pero tienes que ir luego al hospital para ponerte el “Urbason”.

A-¿Tiene entonces que estar muy fría la leche, no?

I-Muy fría, sí.

I-Luego hay otras cosas más modernas que han salido hace poco, pero eso ya lo venden en la farmacia. Son de amoniaco. Pero sí es alérgico no vale.

A1-Y entonces, ¿su padre dice se ponía la colmena? (intento de volver a dirigir la conversación por derroteros de nuestro interés).

I-Sí, mira. Mi padre es que era una persona muy inteligente y conocía muchos remedios. Tenía un reuma de miedo como ya te he dicho. Y un día fue a la parte de Salamanca y pidió que le llevaran a las colmenas. El se fue arrastrando a las colmenas de corcho y tiro para atrás 10 o 12 colmenas. Y al tirarlas pues se alborotan, como un toro. Donde haya negro se van. Y dice que le picarían 2000 o 3000 abejas. Empezó a quitarse las abejas... y entre el veneno y demás le empezó como a cocer la sangre, eso es lo que decía él, y se curó.

A-¿y con todos los productos que tiene lo envasa usted?

I-Esto es todo artesanal. Todo se hace en mi casa, pero lo envaso en una empresa de Almendralejo. Lo demás todo lo hago yo en casa. Lo que pasa es que yo empecé haciendo 200 botellas y es que hoy en día salen palés y palés. Entonces claro, yo ya no puedo hacerlo sólo en casa.

A-Claro!

I-Entonces yo lo que hago es pagar 30 céntimos para que me envasen, porque la materia prima, la miel, la Jalea Real, el polen... todo eso lógicamente es mío.

A-Veo que también tiene polen. He oído hablar muy bien de las propiedades del polen.

I-Sí, sí. Esto sí estas estudiando, te circula mejora la sangre, el colesterol te lo reduce, sí tienes azúcar, para los niños para el desarrollo y para la memoria. Es genial para la salud.

I-Chicos, pues os tengo que dejar porque tengo que ir a Béjar a unas tiendas que tenemos allí.

A-Ah, pues bueno. No se preocupe. Como yo ya tengo su teléfono, sí le parece, hablamos y nos mantenemos en contacto. Ha sido un placer poder hablar con usted este ratito.

I-Igualmente para mí. De todas formas yo en septiembre iré a una feria de bebidas que hay en Cáceres en el Palacio Carvajal. Allí tengo muy buenos amigos y los políticos de allí me aprecian mucho. Todos en general en Extremadura. Es que Extremadura es preciosa. Lo que pasa es que la Hurdes pues bueno, tiene su leyenda... y parece que a la gente le atrae mucho más.

A-Muchas gracias por todo, ha sido un placer.

I-Bueno, pues me tenéis a vuestra disposición.

(El informante se marcha apresuradamente. Fue una lástima, porque estamos seguros que nos podría haber aportado muchas cosas, especialmente en lo que se refiere a la comercialización de la *medicina tradicional*)

Anexo 4.

Carta y cuestionario dirigidos a médicos/as y Enfermeros/as de la zona, como agentes de salud, para conocer el grado de implicación que los mismos tendrían en un futuro proyecto de investigación.

Estimado/a Doctor /a,

Sirva la presente carta para saludarle, presentarme y solicitar su colaboración.

Mi nombre es D. David Conde Caballero. Soy un Antropólogo especializado en sanidad que en la actualidad se encuentra en la fase preliminar de un estudio de la Universidad de Salamanca denominado "**Posibilidades de la medicina tradicional hurdana en el entorno sanitario actual de la zona**". Dicho estudio pretende recobrar algunas de las ancestrales formas de curación de la comarca de Las Hurdes y determinar su aplicación en el contexto sanitario actual. El objetivo es doble: de un lado la recuperación de la memoria medica-cultural del lugar para evitar su pérdida. De otro, la determinación de las posibilidades que este tipo de actuaciones tienen en la práctica médica diría. Aclaro aquí que únicamente nos referimos a remedios a base de plantas o minerales propias de la zona; y en ningún caso a prácticas mágico-religiosas que habitualmente se asocian a este tipo de formas de curación.

Las fases del estudio pasarían por la recopilación de remedios mediante entrevistas con informantes locales. Búsqueda de bibliografía al respecto con el objeto de determinar la eficacia e inocuidad de dicho remedio. Estudio y seguimiento de los mismos en "**aquellas fases iniciales de resfriados, diarrea, dolores de estómago, fiebres ligeras etc**" tal y como recomienda y promueve la Organización Mundial de la Salud.

Somos conscientes que este tipo de estudios, especialmente en su última fase, es imposible realizar sin la colaboración de los agentes esenciales de Salud; médicos/as y enfermeros/as. Cada uno en su ámbito de actuación. Por lo que en esta fase preliminar pretendemos "testar" cual sería la aceptación del estudio y las posibilidades que el mismo presenta de viabilidad.

Con este objetivo le rogamos nos responda a las breves preguntas que se formulan en el folio anexo. Se trata de una simple encuesta anónima que llevara muy poco tiempo de cumplimentar. Sí el resultado es positivo, en un futuro acudiré personalmente a su centro para poder informarle con detenimiento.

Adjunto al mismo tiempo sobre franqueado para devolución del folio anexo. Observara que se trata de un domicilio personal; con el fin de asegurar su recepción en el periodo estival en el que nos encontramos.

Agradeciéndole de antemano el tiempo prestado y su colaboración

Reciba un cordial saludo



Posibilidades de la medicina tradicional hurdana en el entorno sanitario actual de la zona

Rogamos responda a las siguientes preguntas marcando la opción correspondiente y posteriormente la introduzca en el sobre franqueado adjunto para su devolución

1 – ¿Valora de forma positiva el intento en proteger y perpetuar los conocimientos en Medicina tradicional que se propone en este estudio?

Sí No

2 – ¿Considera que ciertas prácticas de Medicina tradicional (Compuestos a base de plantas y / o minerales), podrían complementar o incluso sustituir a algunos medicamentos existentes en **patologías leves**?

Sí No

3 – ¿Considera que la eficacia de los mismos podrían llegar a ser en algunos casos igual o mejor que la de los medicamentos químicos añadiendo la ventaja de la adaptación cultural a la zona en cuestión?

Sí No

4- Considera que los médicos/as / enfermeros/as deberían recibir formación adecuada de los principales remedios documentados* de la zona.

Sí No

5 – Estaría dispuesto a utilizar y realizar seguimiento sobre alguno de los remedios propios de su zona, colaborando con el estudio que aquí se le ha presentado.

Sí No

Gracias por su colaboración

*Todos y cada uno de los remedios a los que aquí nos referimos pasaran por una primera fase de documentación que aseguren su eficacia e inocuidad. Sólo bajo este requisito se propondrá y hará seguimiento de su uso.

Bibliografía

- 1-Abel, C (2003). *¿Salud para todos en el año 2000?* En Puyana de Palacios, A y Farfán, G (Comps.), Desarrollo, equidad y ciudadanía: las políticas sociales en América Latina (p. 219). México DF: Plaza y Valdés Editores.
- 2-Alonso, J (2007, Diciembre 16). Polvos mágicos y pócimas infalibles. *Diario HOY*.
- 3-Altamiras Roset, J; Peral Pacheco, D; Vallejo Villalobos, J; Martín Alvarado M y Peré Rocura, P (2009). La transmisión de la medicina popular en la baja Extremadura. *Revista de Estudios Extremeños, LXV(III)*, 1547-1588.
- 4-Peña Machado, MA (2007). Vigilancia de efectos adversos provocados por medicamentos y técnicas de medicina natural en la población pediátrica. *Revista Cubana de farmacología, 41(3)*.
- 5-Arkerelle O (1984). WHO'S traditional medicine programme: progress and perspectives. *WHO chronicle, 76-81*.
- 6-Barroso Gutiérrez, F (1989). Apuntes sobre Las Hurdes (Aspectos etnográficos y antropológicos). *Revista Folklore, 09b*, 136-144.
- 7-Barroso Gutiérrez, F (1992). *Las Hurdes. Visión interior*. Salamanca: Diputación de Salamanca.
- 8-Barroso Gutiérrez, F (1993). Por tierra de Las Hurdes: la Tía Teresa. *Revista Folklore, 13a*, 169-173.
- 9-Barroso Gutiérrez, F (2004). La desestructuración del sustrato antiguo: el caso de Las Hurdes. *Revista folklore, 24b*, 121–126.
- 10-Barroso Gutiérrez, F(2008). Las Hurdes. Amador Rubio: brujo, curandero y alquimista. *Revista folklore, 28a*, 204–207.
- 11-Berrogain, G (1930). Ordenanzas de la Alberca y sus términos: Las Hurdes y Las Batuecas. *Anuario de historia del derecho español*, tomo VII, 381-441.
- 12-Brown, P; Barrett, R y Padilla, M (1998). *Medical Anthropology: an introduction to the fields. Understanding and Applying Medical Anthropology*: Mayfield Pub. Co.
- 13-Cañedo Andalia, R; La O Zaldivar, J; Montejo Castells, M y Peña Rodríguez, K (2003). De la medicina popular a la medicina basada en la evidencia: estado de la investigación científica en el campo de la medicina tradicional. *ACIMED, 11(5)*
- 14-Carrasco, JP (2008). *Las Hurdes: aislamiento, pobreza y redención social (Siglos XVI al XX)*. Cáceres, Extremadura, España: Universidad de Extremadura. Servicio de publicaciones.
- 15-Catani, M (1989). Las Hurdes como imagen de una sociedad local en transformación. *Revista de Estudios Extremeños, Vol.55, Nº 2*, 605-632.
- 16-Catani, M (2002). A propósito del estudio de las tradiciones populares en Extremadura. *Revista de Estudios Extremeños, Vol.58, Nº1*, 185-228.
- 17-Correa, C (2002). *Protección y promoción de la medicina tradicional: consecuencias para la salud pública en los países en desarrollo*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- 18-Domínguez, D (1995). *Las Hurdes. Estudio Geneológico*. Mérida, Extremadura, España: Editorial regional de Extremadura.
- 19-Domínguez Domínguez, J (2007). Real Patronato de las Hurdes (1922-1931): una institución de beneficencia al servicio de las Hurdes. *Revista de estudios extremeños, 63(1)*, 101–114.

- 20-Duarte Gómez, M (2003). Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), 635–643.
- 21-Eme Ember, C y Peregrine, P (2004). *Antropología*. Ed Pearson.
- 22-González Pozuelo, F (1985). Rasgos culturales de la sociedad tradicional extremeña. *Cuadernos de realidades sociales*, (25-26), 85-110.
- 23-Granjel, M (2001). Las Hurdes en el siglo XIX: definición del territorio y evolución demográfica. *Revista de estudios Alcántara*, (53-54).
- 24-Honorio, MV (200, Agosto 15). Julian Pitt-Rivers , Antropólogo. Diario *El País*. Madrid.
- 25-Hughes, C (1968). Ethnomedicine. *International encyclopedia of the social sciences*, 10, 87–93.
- 26-Martínez Guijarro, J (2005). Los parámetros de seguridad en Fitoterapia. *Revista de Fitoterapia*, 5, 117-133.
- 27-Kenny, M y Miguel, JM (1980). *La Antropología médica en España*. Barcelona: Anagrama.
- 28-Kuschick, I (1995). *Medicina popular en España*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- 29-Legendre M (2006). *Las Hurdes. Estudio de geografía humana* (1º ed). Badajoz: Editorial regional de Extremadura.
- 30-Luque Baena, E (1982). Las Hurdes: Apuntes para un análisis antropológico. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, Nº 17, 7-38.
- 31-Geraldes Días, M y Salgueiro, L (2009). Interacciones entre preparaciones a base de plantas medicinales e medicamentos. *Revista de Fitoterapia*, 9(1).
- 32-Martín Herrero JA (1989). *Antropología médica: medicina tradicional en Salamanca y provincia*. Salamanca: Universidad de Salamanca, Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación (Sección Psicología).
- 33-Medina, E (2004). Reflexiones sobre Las Hurdes. *Revista Folklore*, (279), 99-102.
- 34-Menéndez, E (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional? *Revista Alteridades*, 4, 71-83.
- 35-Menéndez, E (2008). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades e transacciones*. México DF: Centro de Investigaciones y Estudios superiores en Antropología.
- 36-Monistrol, O (2007). El trabajo de campo en investigación cualitativa. *Nure Investigación*, (28).
- 37-Morón Rodríguez, FJ (2008). Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud acerca del uso de los tratamientos tradicionales. *Revista Cubana de plantas medicinales*, v 13, n4.
- 38-Murcia, N y Jaramillo, L (2001). La complementariedad como posibilidad en la estructuración de diseños de investigación cualitativa. *Índex de Enfermería*, nº 12.
- 39-Nesse, R y Williams, G (1996). *Why we get sick: the new science of Darwinian Medicine*. New York: Times Books.
- 40-Nortier, J; Martínez, M; Schmeiser, H; Arlt, V; Bieler, C; Petein; Depierreux, M (2000). Urothelial carcinoma associated with the use of a Chinese herb (Aristolochia fangchi). *N Engl J Med*, 342(23), 1686–1692.
- 41-Organización Mundial de la Salud (2005). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2002-2005*. Ginebra: Autor.

- 42-Organización Mundial de la Salud (1998). World Health Organization-Traditional Medicine Regulatory Situation of Herbal Medicines.A Worldwide Review. Ginebra: Autor.
- 43-Organización Mundial de la Salud (2002). *Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional: WHO/EDM/TRM/2000.1*. Ginebra: Autor.
- 44-Organización Mundial de la Salud (2003). Directrices de la OMS sobre buenas prácticas agrícolas y de recolección (BPAR) de plantas medicinales. Ginebra: Autor.
- 45-Ortiz, A M (2002, Enero 20). Pies que huelen a rosas. Diario *El Mundo*. España.
- 46-Peral Pacheco, D y Martín Alvarado, M (2009). La medicina popular en la ciudad de Badajoz. *Revista de Estudios Extremeños*, LXV, 1389-1438.
- 47-Perdiguero , E y Comelles, J (2000). *medicina y cultura: estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: editorial Bellaterra.
- 48-Perdiguero, E y Fernández Juárez, G (Coord) (2006). Una reflexión sobre el pluralismo medico. *Salud e interculturalidad en América latina: antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ediciones Abya-Yala.
- 49-Peschel, W (2007). The Traditional Herbal Medicine Directive within the European regulatory framework for Herbal Products. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, 6, nº 4, 102-111.
- 50-Portela Guarín, H (1987). Enfoques antropológicos sobre la Atención Primaria en Salud: Integración de la Medicina Alopática y Tradicional. *Revista Maguaré*, 4(4), 139-150.
- 51-Prieto, J (2007). La regulación global de los medicamentos herbarios. *Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, 6(4), 92–101.
- 52-Puig I (1960). *La comarca de "Las Hurdes". Su pasado, presente y futuro*. Revista Ibérica.
- 53-Rodríguez, A (2005). Fitoterapia. Bases científicas y legales para su aplicación. *BLACPMA*, 4(4), 71.
- 54-Sánchez Fernández, J y Sánchez Maldonado, J (2009). Necesidades de gasto sanitario público inducidas por factores demográficos. Un análisis por Comunidades Autónomas. *Revista de estudios regionales*, (86), 157–180.
- 55-Solimene, U (2000). *General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- 56-Vidal Casero, C (2003). El desarrollo de La Legislación sobre plantas medicinales en la comunidad europea y su incorporación en el ordenamiento jurídico Español. Su Problemática. *Derecho y Salud*, 11, 85–107.
- 57-Viola, A (2000). *Antropología del desarrollo: teorías y estudios etnográficos en América Latina*. Barcelona: Paidós Studio.
- 58-Yamashita, H; Kishino, H; Hanyu, K; Hayashi, C y Abe, K (2007). *Informe del taller interregional de la OMS sobre el uso de la medicina tradicional en la atención primaria de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- 59-Zambrana Álvarez, T (2005). Beneficios de la Fitoterapia. *Revista Cubana de Plantas Medicinales*, 10, 10(2).

Webs

- 1-Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (s.d.). Recuperado a partir de <http://www.aemps.es>.
- 2-Botanical online (s.d.). Recuperado a partir de <http://botanical-online.com>.
- 3-Buñuel, L (1932). Las Hurdes. Tierra sin pan. Recuperado a partir de <http://vodpod.com/watch/671995-las-hurdes-tierra-sin-pan>.
- 4-Centro de documentación de Las Hurdes (s.d.). Recuperado a partir de <http://www.centrodocumentacionhurdes.com>.
- 5-Centro de Investigación de Fitoterapia (2007). Estudio INFITO sobre el consumo de plantas medicinales en España. Recuperado a partir de <http://www.infito.com>.
- 6-Correa, C (2010). Protección de los sistemas de medicina tradicional, planteamiento y promoción de las plantas medicinales. Recuperado a partir de <http://foros.uexternado.edu.co>.
- 7-Espacio rural (s.d.). Recuperado a partir de <http://www.espaciorural.com>.
- 8-Gutiérrez Ubero, A (2011). Curanderos extremeños. Suite 101. Recuperado a partir de <http://www.suite101.net/content/curanderos-extremenos-a47312>.
- 9-Instituto Cervantes en Múnich (Alemania) (s.d.). Recuperado a partir de http://munich.cervantes.es/FichasCultura/Ficha40210_25_1.htm
- 10-Organización Mundial de la Salud (2000). Situación reglamentaria de los medicamentos herbarios. Una reseña mundial. Recuperado a partir de http://whqlibdoc.who.int/HQ/1998/WHO_TRM_98.1_spa.pdf
- 11-Organización Mundial de la Salud. (s.d.). Recuperado a partir de <http://www.who.int/es/>

Agradecimientos

Valgan estas escuetas líneas para mostrar mi más profundo agradecimiento a todas las personas e instituciones que han mostrado interés y apoyo en la realización de este trabajo. Especialmente me encuentro agradecido a los profesionales del Centro de Documentación de Las Hurdes (Pinofranqueado-Cáceres), así como a los eficaces funcionarios del Centro de Estudios Extremeños (Badajoz), por su amabilidad y constancia en la información facilitada.

Al mismo tiempo, quiero agradecer el interés, guía y apoyo mostrado en el mismo por parte de Profesor Dr. Lorenzo Mariano Juárez. Docente en la Universidad de Castilla-La Mancha. Amigo y compañero de fatigas etnográficas.

Por último, mi más sincero agradecimiento por el seguimiento realizado de este trabajo al Profesor de la Universidad de Salamanca Dr. Jose Antonio Martin Herrero, mostrando aquí mis más sinceras disculpas por los problemas que hayan podido surgir.

Salamanca, septiembre 2011.

*Entre las sierras que baña
el bello paisaje hurdano
nació el pueblo cristiano
parecido a una cabaña
y siendo de todos los pueblos
las Hurdes siempre una flor
n hidalguía , en amor ,
a que mas belleza encierra
es la más hermosa tierra
pal amor y pal placer*

Anónimo

