

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Departament d' Antropologia, Filosofia i Treball Social

CURARSE EN SALUD

Las medicinas como sistemas de transacciones

Antonio Lasala Meseguer

TESIS DE DOCTORADO

Tarragona 2003

ÍNDICE

Introducción	7
Objetivos	13
1. El marco teórico y conceptual	
1.1. El paisaje de las letras	
-Antropología de la medicina, una subdisciplina	15
-La Medicina popular recuperada.....	19
1.2. El paisaje de las ideas	
-Los fundamentos	21
-Precisiones conceptuales	26
-Metodología	31
1.3. Hipótesis	33
2. El contexto histórico y social	
-Terreno y territorio: aires, aguas y lugares.....	37
-El personal.....	42
-Perfil epidemiológico	46
3. Fatalismo y tradicionalismo	
3.1. Crónica del fatalismo	
-El hospital de la Santa Cruz	49
-Santos, pestes y organización social	53
-La hora de nacer	60
3.2. Crónica del tradicionalismo clásico	
-Médicos y curanderos: Albalate	63
-Médicos y curanderos: Híjar	74
-Los pueblos medianos y pequeños	85
-Dichos y hechos tradicionales	92

4. Tradicionalismo dirigido, escepticismo y eclecticismo

4.1. Crónica del tradicionalismo dirigido

- Los espiritistas y el régimen..... 95
- La Serranica*, el médico titular y los celos..... 99
- Reposiciones y pinchazos 104

4.2. Crónica del escepticismo

- Las medicinas del desarrollismo 111
- Distancias culturales y expectativas profesionales..... 117
- Las medicinas y la coctelería 123

4.3. Crónica del eclecticismo

- Ye-yés, hippies y Freud..... 126
- Cirugía popular, destape y control de la sexualidad 131
- Comercio nuevo para ideas viejas..... 137
- Mirando a Europa..... 141
- El Ciego, el Negro y el Ángel*..... 143

5. La medicina oficial

5.1. Servicios: *vale quien sirve*

- El Centro de Salud como servicio 153
- El Centro de Salud como problema 156
- El Centro de Salud como solución 162

5.2. De la autonomía a la dependencia: viajes de ida y vuelta

- Consultas e historias, instrumentos de control 166
- Los consultorios locales 172
- Urgencias: el Centro en el centro 182

5.3. El punto de vista de los sanitarios

- El cuestionario: una solución política 186
- Medicina oficial: preguntas y respuestas 188
- Curandería: preguntas y respuestas 195

6. Los curanderos tradicionales

6.1. La tía Guapa: una curandera de toda la vida

- Para empezar 201
- Vivir, sufrir y curar..... 203

-Los parientes	208
6.2. Dos yerbateras y algo más	
-Dos vírgenes.....	217
-Dos yerbateras	220
-Dos pacientes desplazadas	222
-La hora de la hora.....	224
6.3. Ginés, el curandero de Valmuel	
-Prácticas viejas en pueblos nuevos.....	227
-Melocotones y anginas	233
-Cualquier sitio es bueno	240
6.4. El Tronco: encuentros y desencuentros	
-De la herrería a la mina	244
-Un alma en pena.....	246
7. Los curanderos esotéricos	
7.1. Paco Risa o la seriedad de las manos	
-El Señor Paco: contactos	251
-Manos de santo.....	257
-Las energías del bien y del mal	262
-El caso de <i>Las serranicas</i>	266
7.2. Beatriz y Tomás: misterios dolorosos	
-La sombra de la ninfa-mariposa	271
-La maestra, el aprendiz y las energías.....	280
-Piedras mágicas en un jardín digital.....	285
7.3. Gregorio, el curandero de Cerros	
-Camino de Teruel	288
-Desde Rusia con dolor	292
-Ideología y praxis	295
-Los clientes y la publicidad.....	303
7.4. Virtudes Segura o las aficiones peligrosas	
-Recuperando amistades	307
-Vida y milagros	310

8. El sistema relacional: transacciones	
8.1. La trampa de los estereotipos	
-Estereotipos locales y antropológicos	319
8.2. Transacciones ideológicas	
- Enfermedad y pecado. <i>¿Qué he hecho yo para merecer esto?</i>	326
8.3. Transacciones ideológicas, políticas y culturales: fronteras y territorios	341
8.4. Transacciones sociales.....	354
8.5. Transacciones económicas	
-Doctor Shopping	365
-Las otras medicinas y los dineros de la comunicación	371
- De las borrajas al euro.....	375
Conclusiones.....	383
Bibliografía.....	393

INTRODUCCIÓN

Primero que nada justificarse; explicar qué hace un hombre como yo tratando un asunto como este. Las experiencias vitales van a contracorriente: trabajar de joven y estudiar de viejo; pero no es sólo una cuestión de edad o economía. En un momento de lucidez nada juiciosa me planteé qué hacer en caso de acertar la lotería primitiva a la que nunca he jugado. No se me vino a la mollera nada mejor que irme de vacaciones a estudiar; ni viajes por África, ni aventuras en moto, ni aprender a pilotar un globo. No sabía entonces qué era una tesis, así que no sirvió de referencia ni se apuntó tan lejos. Como los haberes no eran muchos los tomé por pocos, y trabajando y estudiando de vacaciones me vi enfermero; herencia de la mili. Decidí tomarme más vacaciones y me hice antropólogo; herencia del espíritu aventurero. Lo de *hacerme* es un decir, pero me convencí de que podría ser una realidad. En el camino de la licenciatura al doctorado se acabaron las vacaciones y comenzó un periodo formativo que en sí es un lujo. No el resultado, sino el hecho de poderlo hacer. Por eso, presentar este trabajo supone, en lo más estrictamente personal, la culminación de un proyecto que se gestó el día de la lotería, aún sin saberlo y sin tocar. De eso hace once años.

La propias limitaciones marcarían los terrenos en los que me podría manejar para rematar aquellas intenciones de esta manera. Las materiales, pues ya no podía desplazarme de mi lugar de residencia ni podía desatender mis compromisos profesionales, ahora como enfermero en precario. Las intelectuales, por haber recibido la formación con cierta precipitación; suelo decir que soy enfermero o antropólogo *de microondas*. No salí contento con la formación que se me ofreció en la escuela de enfermería; se me quedó corta. Es cierto que la culpa no era de los profesores ni de los medios materiales, pero algo había en el programa que me dejó a *medio cocer*. Las respuestas las encontré en Sevilla, donde me había ido de vacaciones a estudiar antropología: allí estaba todo. Tanto, que me empaché, y tampoco era culpa de los profesores, sino de la avidez con que devoré. En Tarragona me enseñaron a digerir. La antropología de la medicina daba respuestas a la mayoría de los planteamientos críticos,

dudosos o controvertidos, que inconscientemente atisbaba en la formación o en la práctica enfermeril. En un principio pensé que la culpa estaba en la Epidemiología y la Salud Pública, por los métodos cerrados con que me enseñaron a manejarlas. No me interesaba tanto lo que supiésemos los sanitarios sino lo que no supiésemos; se entendía que buena parte de los problemas venía por el lado del *no saber*, y achacaba al “servicio de información” las deficiencias. Los factores socioculturales no se consideraban lo suficiente en la práctica clínica y, tratando de comprenderlos, exploré terrenos conceptuales, como el de “la salud”, o empíricos como el del alcohol o las drogas; la etnopsiquiatría abría otro mundo de desconocimiento.

De la mano del equipo docente de la Universidad Rovira i Virgili fui orientando la búsqueda de los aspectos de mi preocupación en los que pudiese sentirme más respondido. Una asignatura con el profesor Comelles me sirvió para centrar *esa cosa* de los curanderos; no para estudiar la curandería en sí, sino relacionando, a partir de una biografía de médico y una de curandera, las maneras de cada cual. Mis averiguaciones no tenían mucho alcance –el paciente se quedaba fuera- pero me descubrieron que la cuestión “técnica” no ofrecía demasiadas dificultades. Se me daba bien el *campo*. Abría, además, muchos ámbitos de estudio, relacionando la estructuras profesionales, los condicionantes ideológicos, la variedad de las estrategias, sus lógicas, en fin, un mundo alrededor de la salud y la enfermedad que traté de ir centrando durante los cursos de doctorado. Otra parcela de conocimiento en la que encajar inquietudes y dudas apareció cuando Joan Prat me sugirió la pertinencia de “casar” varios trabajos de novicio con el fin, metodológico y práctico, de aprender a pensar y escribir algún tiro largo; relacionando creencias y prácticas. Soy hombre de distancias cortas, pero traté de aprender. *Trabajar* la antropología, en líneas básicas, se presentaba como *el arte de atar cabos* –según frase atribuida a Luis Mallart-, e intentando hacerlo salió un cesto de aprendiz, pero se publicó, y maestro y alumno quedamos conformes. De aquella experiencia, inquietudes y conocimientos salió el propósito de analizar, centrando el tema, qué ocurre cuando en el mismo pueblo que tocan tambores, porque *se lo creen*, se ponen enfermos por que *se lo creen* también. Las lecturas de De Martino (1965, 1966, 1983) y las de Comelles (1993, 1994) centraron teóricamente el campo.

Lo primero fue revisar dónde aparecía algún trabajo similar por la zona. Aparecieron las primeras referencias. Carmelo Lisón no mandó a sus doctorandos a estudiar por aquí cosas de salud o enfermedad, pero los estudios antropológicos más serios venían de aquella escuela; Lourdes Segura y Rosario Otegui habían trabajado meticulosamente la

zona y fueron un estímulo. Más específicos resultaban los trabajos de Javier Sáenz, unos estudios para un proyecto aparcado, en la comarca vecina de Alcañiz, con quien compartía “territorios” sanitarios e inquietudes en otros campos más ruidosos. Las bases las comprendí como buenas, así que me incitaban a completarlas con una etnografía mas amplia. El material humano estaba al alcance, el económico quedaba a resguardo, la posición de observación era ideal, faltaba por ver qué se había dicho del tema, y en qué idioma. La etnopsiquiatría había sido un descarte muy primitivo por cuestiones idiomáticas; distingo el inglés del alemán, pero no los entiendo. Con el francés no ocurre eso, y con el portugués y el italiano me defiendo como buen turista. Se vio lo que se pudo; los guías, ayudaron.

La presencia intelectual y física de Eduardo Menéndez fue determinante. Estudiando sus propuestas teóricas y metodológicas fueron tomando cuerpo las herramientas que permitían abordar el tema con cierto realismo. Una pregunta recia de Menéndez *-¿por qué las clases subalternas aceptan morirse más?-,* llevaron a tomar conciencia de la necesidad de problematizar la situación. La precariedad y el drama habían sido crudos en tiempos todavía vividos, pero la situación sociopolítica actual en España había remitido a conformidades *menos* dramáticas, como enfermar más o sobrevivir peor, incluso morirse peor. De la asunción de esa realidad se derivaba que no podríamos hacer una antropología libre de compromisos, y tampoco una culta y erudita; y menos, alguien que no es una cosa ni la otra. El estudio debería servir para algo. Allí estaban las formas de trabajar que permitían conectar el paciente y su mundo, el médico y el suyo, y el curandero con el de él. *Y dios con el de todos,* que también preocupaba. Saber qué pasaba entre ellos sería el primer propósito. Pero había que saber qué era sustancial y qué no.

La primera demarcación fue física. Trabajando en un Centro de Salud, ese sería el territorio de exploración: siete mil habitantes en el norte de una provincia como Teruel, a priori subalterna y tradicional respecto al resto de la nación. ¿Qué pasaba cuando alguno de esos siete mil se ponía enfermo y debían buscar ayuda fuera de casa?, ¿quiénes lo pasaban peor? Las noticias que me llegaban eran de primera mano. ¿Y los curanderos?, ¿cuál era su papel en ese proceso? Varios estaban localizados; otros, por referencias, la mayoría al alcance de un corto viaje en coche. Se eligieron todos; luego se ampliarían a demarcaciones cercanas. Por sanitarios elegiría los “oficiales”, el personal del Centro de Salud. El primer acercamiento se realizó estableciendo el mayor número de itinerarios terapéuticos posibles, siempre que en ellos hubiese médicos y

curanderos. Había campo. La primera impresión fue que la mayoría se curaban en salud; no por la parte preventiva –el *no hacer*- sino por la activa –*visitarse*-. Los médicos se curaban en salud protegiéndose como podían ante lo que parecía excesiva demanda, negociando a la baja los términos de la responsabilidad de su intervención; los curanderos recogían *los restos* y los añadían a los menguados casos en que se tomaban como primera opción. Hace casi seis años de aquello y ni por asomo podía plantear una hipótesis. Acaso que el padecimiento era una pantalla social a la vez que una enfermedad. Pero se atisbaba un esquema relacional que se podía sistematizar. Desde el principio fuimos conscientes de que no íbamos a descubrir la pólvora.

La segunda demarcación sería teórica, y también lleva el sello de Menéndez: *¿Cuál es la significación que las clases subalternas hacen de la industria de la salud?. ¿Cómo se entiende esa industria?, ¿se consideran los servicios de médicos y curanderos como tal? Decidimos observar y anotar; prácticas, abundantes, pero clasificables; creencias, fundamentalmente por edades. La economía se perfilaba como asunto de fondo, pero la configuración de las enfermedades y sus remedios no se daban por igual entre personas de diferentes generaciones. Ni se decían igual, ni el mecanismo que se sospechase causante se estimaba el mismo, ni la precisión de los remedios era pareja. Allí se detectaba una configuración histórica que limitó temporalmente el objeto del estudio. Si la abuela había creído en la ictericia de tal manera, por tal causa, y se curó de aquella otra, había que revisar esas percepciones y prácticas desde que se infundaron, a principios del siglo XX, y aún antes sin ir más lejos. La tarea podía ser laboriosa, pero necesaria. En realidad, no se trataría de descubrir la historia de la sanidad y la curandería a lo largo de ese siglo, sino de enterarse del sistema de representaciones y prácticas simultáneas, de la abuela, sus hijos y sus nietos. De los que ahora vivían, y por eso se podían poner enfermos, unos más que otros. Haber reducido a los hijos, por ejemplo, no serviría más que para retratar el motor en marcha, y tampoco cabía limitarlo a la traumatología comparada o a los partos. Había tan poco adelantado que se precisaba establecer lo básico. Tampoco se trataba de hacer una crítica o una *evaluación* –en el sentido de control administrativo- al modelo biomédico o al de los curanderos, sino de ver cómo se articulaban ambos modelos con el que asumía el personal.*

Pergeñada básicamente de esa manera la investigación, se planteaba cómo hacerla servir. El objetivo académico, dado por hecha, quedaba implícito. Pero aprovecharla sería otra cuestión. Recuerdo la satisfacción intelectual y práctica que me produjo leer *Educación y curar*, de Uribe (1996); pensé que aquel trabajo merecería estar en las

bibliotecas de todos los Centros de Salud y Ambulatorios, al lado del Martín Zurro; el conocimiento que transmite es preciso, objetivo, útil y se debería tener en cuenta. Pero a los tres o cuatro años de publicarse no conocía a médico o enfermero que hubiese leído la obra, exceptuando los estudiantes de antropología médica; igual en las *altas instancias* han tomado alguna nota, pero no me consta. No hay conexión, y es motivo de depresión¹. Si Uribe con su maestría no llegó más lejos en la divulgación de sus reflexiones, mucho me temo no llegar ni remotamente a eso. Hay un problema de transmisión de saberes entre las ciencias sociales y las ciencias médicas que no cabe reducir sino desde el compromiso interdisciplinar. En tal sentido, doy por buena y suficiente la “alarma” o el interés que el curso de esta investigación haya generado entre médicos, curanderos y pacientes con quienes he compartido los últimos años. De ahí nace otro enfoque-tentación que se cierra sobre los anteriores. El hecho de investigar, aún intentando ser objetivo, tiene o puede tener efectos en el objeto-sujeto investigado. La implicación del autor, y las discusiones o comentarios que el propio proceso etnográfico hayan destapado se entenderán, a su vez, como objeto de estudio, adelantando por lo sabido que los agentes nos recolocamos para hacernos la foto. Lo que se consiga después no se recogerá aquí, pero se hará en otro sitio, por ver la validez o insustancialidad de este trabajo.

El texto que presento queda dividido en ocho capítulos.

-El primer capítulo contiene una revisión sucinta de la antropología médica en que se incardina este estudio, el marco teórico y conceptual, la metodología empleada, y las hipótesis. El segundo capítulo, muy breve, se dedica al contexto histórico-social y se remata con el perfil epidemiológico.

-Formando una segunda parte, los capítulos tercero y cuarto recogerán los procesos conformadores de las representaciones y prácticas hasta la apertura del Centro de Salud.

-En la tercera parte se explicarán las representaciones y prácticas tal como funcionan en la actualidad, contenidas en los capítulos quinto, sexto y séptimo.

Estas dos partes contienen el cuerpo etnográfico principal, con reflexiones analíticas parciales.

¹ El ensayo de Comelles y Martínez (1993) Enfermedad, cultura y sociedad se centraba en las relaciones entre Antropología y Medicina. En el epílogo se expresaba que una buena forma de intimar sería conocer el pasado común, pero se reconocía que, tras un siglo de darse la espalda, ahora siquiera se miran de reojo, aunque sea con desconfianza.

-En la cuarta, un único capítulo, el octavo, nos mostrará el análisis de sistema de relaciones.

El texto se cerrará con las conclusiones y la bibliografía consultada.

Los objetivos a los que va dirigido se exponen a continuación.

OBJETIVOS

Hay varios objetivos generales, ya esbozados, que necesitan ser articulados con los más específicos que les den cuerpo, comprimiendo el campo de actuación. Las hipótesis se desprenderán en la consideración apriorística que merezcan.

Como el planteamiento básico de este trabajo es un juego a tres bandas, el primer objetivo empírico –saber qué estrategias se dan entre médicos, curanderos y pacientes– está encaminado a dilucidar las relaciones entre los dos sistemas especializados, entendiendo que entran en juego cuando la autoatención se ve desbordada, punto este que habrá de dilucidarse. Interesa conocer el estado de cada uno de ellos, pero la idea es que puedan entenderse en su conjunto.

En lo relativo a la Atención Primaria es objetivo de esta investigación aportar datos que puedan ser de utilidad tanto para los pacientes como para los sanitarios. Por el lado técnico ha de servir de contribución a un metodología de investigación escasamente valorada. Las técnicas cualitativas no tienen “buena prensa” entre las investigaciones biomédicas; están bien expresadas y recomendadas en los manuales médicos al uso, pero son comparativamente escasas. Lo que se investiga se nos devuelve en cifras y porcentajes, que no están mal, pero no es todo lo que hay. No es una defensa de lo propio, que uno tiene la identidad partida, sino la constatación de un hecho que esta investigación intentará paliar. Pero no es sólo un cuestión de técnicas. El simple intento de profundizar en los factores socioculturales como co-determinantes de las condiciones de la asistencia, podrá destapar un conocimiento que puede diluir reticencias y aproximar miradas. La humanización de la medicina que tanto se reclama tiene su salida por la vía de ese conocimiento, aunque nos pueda jugar la pasada de que “*cuanto más saben más reclaman*”. Analizar eso como transacción es intención, más que objetivo, pero se ven parejos.

Al contrario que la medicina de los médicos la de los curanderos nunca ha tenido escribidor, y no se merecen ese desprecio; su potencial social y terapéutico es minimizado o folclorizado, y estamos interesados en ajustar en qué términos. Por eso, otro objetivo particular será enterarnos de cómo está incardinada la curandería en el esquema, qué trascendencia tiene; aquí, por no haber no hay ni cifras –tampoco las habrá, adelanto, más allá de las especulativas-. El conocimiento acerca de los curanderos está más claro entre el personal que entre los sanitarios “oficiales”. Mientras que los curanderos lo saben “todo” de los médicos éstos saben poco de los curanderos.

Hay que abrir ese conocimiento, siquiera porque unos y otros sepamos de sus aciertos, sus rotos y sus descosidos. No tenerlo es un factor de riesgo.

Para alcanzar el objetivo teórico, conocer la significación de los servicios sanitarios y curanderiles, habría que poner en relación los mecanismos de legitimación, las configuraciones culturales y el peso de la determinación infraestructural. Probando que esas relaciones se pueden entender como transacciones. Para ello hay que hacer evidente el sistema de creencias buceando entre los idearios, y relacionarlo con el de las prácticas. El objetivo parcial: conseguir establecer por orden cronológico el paralelismo entre los idearios y el esquema de prácticas; establecidos los dos campos, ya estaremos en disposición de comprender lo que ocurra aquí y ahora.

“El cometido de la comprensión historiográfica es descubrir coherencias condicionadas culturalmente en los comportamientos aparentemente irracionales de los individuos o de los grupos” (E. de Martino, 1994:292)

Otro objetivo parcial, relacionado con los anteriores se resume en una simple pregunta: ¿Quién está más cerca del paciente, el médico o el curandero?.

Las consecuencias de las relaciones entre religión, salud y mercantilización, en constante rediseño, son particulares por porque pasan aquí, pero este *aquí* nada exótico puede ser trasladable a otras comunidades y funcionar de la misma o similar manera; y a esa reflexión va encaminado el objetivo. En ningún caso se esperan descubrir con este trabajo leyes generales; no hay alcance para tanto.

1. EL MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

1.1. El paisaje de las letras.

ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA, UNA SUBDISCIPLINA

El estudio que estamos abordando se enmarca en el campo de la Antropología de la Medicina y engloba, entre otros, dos ámbitos que podemos considerar modernos dentro de las investigaciones: el estudio de instituciones de salud y el redescubrimiento de la medicina popular.

Las aportaciones de los antropólogos culturales y sociales en temas relacionados con la medicina, la salud o la enfermedad son relativamente recientes, excepción hecha de la Antropología física. Los estudios de Boas, Malinowski o Radcliffe-Brown son tan sorprendentemente escasos en esta materia que hacen pensar que sus informantes no se ponían enfermos. Ángel Martínez (1996: 371), de quien tomo estas notas, estima que la escasez de estudios específicos se debe a la falta de reconocimiento de la enfermedad como fenómeno social y cultural en comparación con otros problemas con mejor estatus etnográfico para la época. Lo mismo puede decirse de los estudios sobre los sistemas médicos autóctonos, que se solían asimilar a categorías consideradas más estratégicas como religión, magia o sistemas de creencias. Nos encontramos así ante una antropología para la que no existían ni enfermos ni sistemas médicos.

Los estudios sociológicos se adelantaron a los antropológicos bajo la influencia de dos historiadores de la medicina; se debe a Sigerist y posteriormente a Ackerknecht la inclusión de las fuerzas sociales, culturales y económicas en los análisis.

Según De Miguel (1980: 13), en la configuración de esta subdisciplina se aprecia la influencia de cinco líneas intelectuales con la siguiente cronología:

-A partir de 1924 surge el interés etnográfico sobre magia y brujería que incluye a la medicina primitiva.

-La escuela *Cultura y Personalidad* que desde 1934 interpreta a Freud desde una perspectiva más antropológica.

-La Escuela de Chicago, a partir de 1939, relacionando problemas psiquiátricos y mundo urbano.

-Los estudios internacionales sobre salud pública que desde 1942 se desarrollan con el apoyo de la OMS y otras instituciones.

-El enfoque cualitativo de los historiadores de la medicina, apuntado antes, por el que se acercan a las ciencias sociales.

La antropología de la enfermedad se inició abiertamente con la escuela de Cultura y Personalidad combinando teorías psicológicas y principios culturalistas, y se siguió, ya en los años cuarenta del pasado siglo, con investigaciones relativas a la enfermedad mental en los grupos indígenas, los usos culturales del alcohol o relacionando chamanismo y psicoterapia. Sería en los años cincuenta cuando aparecieran estudios definitorios de los *síndromes de filiación cultural*.

Fue a partir de 1953 cuando W. Caudill destacó tareas inusuales por entonces de los antropólogos, que comenzaron a impartir docencia a los profesionales de la salud o ayudando en trabajos de salud pública. Comenzaba así y entonces la *antropología aplicada*.

En la década de los sesenta autores como Fábrega o Foster intentaron nuevas construcciones teóricas y conceptuales tanto de la enfermedad como de los sistemas médicos. Aparecieron las distinciones terminológicas entre *disease* (enfermedad) e *illness* (aflicción) que posteriormente serían reconocidas por Kleinman como categorías culturales susceptibles de análisis etnográfico. Alejándose de la visión clásica, se señaló la posibilidad de que el antropólogo pudiera estudiar estrategias terapéuticas de la medicina occidental. De ahí resultaron los fundamentos teóricos de la antropología de la salud que permitirían estudiar a la biomedicina como una etnomedicina más.

Las investigaciones europeas tuvieron distintas resoluciones según la línea epistemológica vigente en cada país. Así, en Francia, se identificaron con la etnomedicina limitada a los sistemas médicos indígenas (Devereux), en tanto que en Italia partieron de una tradición sociopolítica (Gramsci) que luego reformularía la antropología (De Martino), rescatando la dimensión histórico-cultural y política de la enfermedad, sobre todo en lo relativo a la medicina popular².

La influencia italiana desembarcaría en Latinoamérica, sobre todo en Méjico, de la mano de E. Menéndez. En España los temas de antropología aplicada serían introducidos por C. Esteva y retomados por J.M. Comelles y O. Romaní, que institucionalizaron y desarrollaron ese campo amparando la actual denominación de antropología de la medicina; se buscaba una diferenciación clara con la antropología

² Para la confección de este trabajo, la lectura de *La tierra del remordimiento*, de Ernesto de Martino, tuvo similar importancia que el ya citado texto de Uribe. Si el primero fue referencia y guía para analizar el trabajo médico, el segundo lo fue en relación a los curanderos, por presentar los aspectos simbólicos de la curación encardinados en su historia.

medica, entendida ésta como la manera de comprender al hombre por parte de los médicos, a la manera de Pedro Laín³.

LA MEDICINA POPULAR

Hablar de *medicina popular* implica el reconocimiento de una o varias medicinas que constituyen saberes diferenciados de la medicina científica, también llamada occidental, cosmopolita, alopática o biomedicina.

La medicina popular ha sido ampliamente estudiada por los antropólogos aunque el concepto fue introducido por un médico, G. Pitré, en 1896. Con anterioridad era asimilada a *errores médicos*, *supersticiones vulgares* o *supercherías*. *Folk-medicine* fue otro concepto decimonónico similar, acuñado por W. G. Black hacia 1881. La demarcación del concepto se establecía por el modelo médico, y no por las ciencias sociales, en una campaña destinada a aculturar los saberes populares a la vez que legitimaba la eficacia pragmática de su modelo.

Entre 1880 y 1920 se produjo la escisión entre los folkloristas europeos y los antropólogos. Ese fenómeno no puede decirse que afectase a España, donde los estudios sobre medicina popular corrieron por cuenta de los folkloristas. mientras la antropología andaba a cargo de eruditos independientes de las universidades donde esa ciencia estaba ausente de los programas formativos. La medicina no se preocupaba de los aspectos socioculturales y los antropólogos antievolucionistas dejaron de interesarse por la medicina. Son destacables, no obstante, las aportaciones de los etnógrafos americanos de fines del siglo pasado y principios de éste relativas a los *medecine-men* (Bourke, 1892), los tratamientos medicinales (Wallis, 1922) o las sociedades médicas secretas de los grupos indígenas (Parker, 1909). Clemens y el británico Rivers también revisaron, años más tarde, las tipologías sobre la etiología de las enfermedades o los subsistemas ideológicos que englobaban las prácticas médicas.

A partir de los años cuarenta Redfield retomó el concepto de *folk-medicine* basado en el de sociedad *folk*, estableciendo el papel de los sistemas médicos como instrumentos de control social. Ackercknecht utilizará el concepto de *medicina primitiva* apuntando una tensión entre universalismo y particularismo, a la vez que articulaba medicina con magia -siguiendo a Tylor y Frazer-, aunque refutando las teorías evolucionistas que la

³ Las primeras lecturas críticas a este respecto – qué antropología hacían los dos autores anteriores y qué entendía Laín- nos llevo a acercarnos a mi paisano desde la inmodestia del neófito. El revolcón fue estrepitoso. La aportación de Laín es enorme, lo que cambia es el enfoque, por eso se eligió la antropología de la medicina y no la antropología médica. Laín no nombra a los curanderos pero sabía mucho de médicos, y convenía saber qué decía.

entendían como un precedente de la biomedicina. Ambos autores propusieron posturas holísticas distanciándose claramente del empirismo descriptivo y clínico-positivista de Pitré. Esta nueva medicina popular disoció las prácticas mágicas de las empíricas, dejando en manos de la medicina culta la biología y la eficacia biológica, quedando para la popular la eficacia simbólica y los aspectos socioculturales.

En los años sesenta la etnomedicina se había convertido en un cajón de sastre que unía trabajos aplicados, investigaciones académicas y etnografías, de manera que no llegó a constituir un corpus teórico-metodológico ni permitió comprender la lógica de la articulación entre sistemas que podía apreciarse en los itinerarios terapéuticos de los pacientes. Sería Fábrega quien organizaría términos, metodología y propuestas teóricas que se moverían entre los límites de lo orgánico y lo sociocultural, enlazando la vieja identificación de lo *folk* con la antropología y las dimensiones orgánicas con el discurso biomédico. Foster, haciendo la distinción entre sistemas médicos no occidentales (*personalistas* y *naturalistas*) intentó resolver el problema que planteaban las prácticas empíricas, pero fue criticado por dejar fuera de su atención a la biomedicina.

Uno de esos críticos, Kleinman, hizo uso estratégico de la dialéctica entre naturaleza y cultura, así como de las dicotomías mente-cuerpo e individuo-sociedad, proponiendo nuevos objetos de estudio en el marco de la medicina occidental tales como el análisis de su sistema ideológico, la división del trabajo en especialidades y jerarquías, normas de prácticas, sistemas de rol-estatus, procesos de socialización de los profesionales y de construcción del conocimiento. Dejaba, no obstante, territorios inexplorados como la dimensión histórica y política de los sistemas médicos que sí serían revisados por la antropología italiana a través de De Martino: articulación entre lo tradicional y lo culto, entre lo escrito y lo transmitido oralmente. Su aportación fundamental fue una teoría de las prácticas y una teoría sobre la articulación de los sistemas que explica tanto los sincretismos, fruto del proceso de medicalización rural, como las formas culturales específicas de las ciudades⁴.

Si nos ceñimos a los estudios de medicina popular en España encontraremos materiales de distinta procedencia. De carácter eminentemente descriptivo hallaremos los estudios de los folkloristas interesados en recoger y clasificar usos y costumbres tendentes a descifrar los orígenes en base a indicios (*survivals*) aunque no atendieron a propósitos interpretativos. Hoyos Sainz, Salillas o Casas unirían sus esfuerzos a

investigadores regionales como Risco, Lís Quibén, Mariño Ferro o Taboada (Galicia), Barandiarán y Erkoreka (País Vasco) o Gallardo (Extremadura)⁵. En esta línea, el estudio más reciente que conocemos es el de Rafael Andolz de 1987, sobre curandería en el Alto Aragón.

Los médicos también han aportado descripciones de enfermedades y terapias, aunque partiendo de categorías biomédicas. El caso más reseñable es el del historiador de la medicina Castillo de Lucas, con una amplia bibliografía en la que se incluyen algunos temas aragoneses en los que distingue entre medicinas supersticiosas, religiosas o naturales, con clara influencia de Ackerknecht. Otros, como Mariano Vicente, Royo Villanova o José Cabezudo atendieron a los mismos esquemas para nuestra región.

Más próximos al estudio que nos proponemos nos resultan las aportaciones de antropólogos españoles o extranjeros, que destacaron más los aspectos cognitivos y socioculturales (visión *emic*) Brenan y Pitt-Rivers abrieron los primeros estudios de carácter analítico en Andalucía; otros preferirán tierras más norteñas, como Kenny quien, estimulado por las investigaciones de Foster sobre las conexiones entre las tradiciones culturales españolas y latinoamericanas, publicó uno de los primeros artículos sobre etnomedicina (1962). Julio Caro, que comenzó a publicar ya en los años veinte, es considerado como el representante de la investigación etnohistórica en España, sobre todo en asuntos de brujería. Carmelo Lisón publicó en 1966 su estudio sobre un pueblo aragonés, el suyo, iniciando una nueva época en la producción antropológica local, aunque fueron sus trabajos sobre Galicia (1971 y 1979) los que abrieron puertas a investigaciones posteriores en diversos campos. I.M. Barriola también presentó varios estudios sobre medicina popular vasca a finales de los setenta.

A principios de esa década aparecieron una serie de libros de bolsillo con carácter divulgativo a cargo de J.M. Osuna, O. Caballero y F. Guerra influidos por las publicaciones extranjeras y más conectados con la sociología de la medicina que con los estudios etnográficos (J. De Miguel, 1980: 99)

LA MEDICINA POPULAR RECUPERADA

En las líneas precedentes hemos tratado de significar la evolución de los estudios sobre medicina popular y los de la antropología de la medicina. Recapitulando las líneas de investigación podemos atisbar una primera concepción en la que se trata de legitimar

⁴ Lo explicado hasta aquí es una síntesis de Comelles y Martínez (1994), J. De Miguel (1980) y G. Aguirre (1994)

⁵ Aquí, y en algunos párrafos próximos, la deuda es con I. Kuschick (1995)

el modelo biomédico. Posteriormente vemos cómo la antropología se apropia del concepto que, además de delimitar el objeto de estudio, marca los límites entre lo popular y lo científico, entre lo que se cree y lo que se conoce. Luego vemos cómo la reacción a esos límites hace surgir la idea de la medicina como una etnomedicina más, apuntada antes.

Los estudios que se realizan en la década de los ochenta y hasta la actualidad tienden a la recuperación de la medicina popular haciendo de la separación entre lo popular y lo científico su objeto de estudio. El abismo entre el irracionalismo exótico y la racionalidad científica se estudia ya como un ámbito en el que entran en juego las dimensiones sociales, económicas y políticas tanto del propio investigador y su entorno como de los actores sociales objeto de estudio. En definitiva, se atiende ya a la dimensión histórica y a la social, dejando de lado la imagen de coherencia patrocinada por las teorías funcionalista y la incoherencia de los folkloristas médicos.

Los debates más actuales plantean, además, otras líneas respecto al uso que debe hacerse de sus trabajos. Por un lado, cabe plantearse si los análisis de los problemas sociosanitarios han de utilizarse en cualquiera de los ámbitos de atención para incorporar modificaciones de fondo o puntuales, léase una antropología con aplicación clínica, o bien, entrar en el terreno de la independencia discursiva y crítica para no querer ver medicinas populares aisladas, sino para estudiar los procesos de producción y reproducción del modelo médico, haciendo una antropología crítica de la medicina. Una tercera vía trata de tomar las dimensiones de la enfermedad y de la aflicción para desarrollar modelos conceptuales y propuestas teóricas que el modelo médico ni se plantea (Comelles y Martínez, 1993)

La pluralidad de enfoques queda patente al revisar la producción reciente. Desde la Universidad de Granada -Gómez, Briones, Nebreda, Amezcua- proponen interpretaciones que basculan entre el estructuralismo y la taxonomía, pero las limitan a la curandería en sí misma y a su encaje en las creencias populares, ahorrándose el lugar que ocupa la alternativa curanderil en las prácticas sanitarias totales. Desde Galicia, Emilio González sí articula psiquiatría y medicina popular. Desde la Comunidad Valenciana, Perdiguero recupera el historicismo y el análisis de la producción de saberes, mientras Fresquet se ocupa de los curanderos de la región. Desde Cataluña, Granero se enfrenta al curanderismo urbano. Sáenz Guallar al del Bajo Aragón turolense.

De lo editado en España, la mejor síntesis de enfoques puede revisarse en un texto editado en Granada por J.A. González Alcantud y S. Rodríguez Becerra (1996) donde, al hilo de la curación y la creencia, se recogen un buen número de artículos de diversos autores que quieren dar cuenta de los motivos por los que la medicina popular puede ser recuperada, sea como objeto de estudio o como alternativa terapéutica a la medicina *deshumanizada* que denunciaba Michel Foucault (1999).

Desde el mundo de la literatura también llegan estudios, como el de Pedrosa (2000), analizando oraciones, conjuros y ensalmos. O desde el ámbito de la información, sea como divulgación o como análisis periodístico, como es el caso de Rodríguez (1992), amparado en teorías antropológicas. En ninguno de estos casos se orientaba la comparación entre sistemas médicos.

1.2. El paisaje de las ideas

LOS FUNDAMENTOS

La perspectiva antropológica ha ido planteando perspectivas y puntos de análisis validados como correctos y que se ajustarían a nuestro interés. Más vale exponerlos antes de entrar en otras consideraciones, por que se entienda lo que buscamos y de qué asunciones partimos.

La racionalidad de los sistemas diagnósticos y terapéuticos de los curanderos es una realidad, no una entelequia a descartar, por más negativas que hayan sido las consideraciones que sobre ellas se hayan hecho⁶. Y son racionales con arreglo a dos parámetros weberianos: con arreglo a *finés* y con arreglo a *valores*. Pero consideramos que pueden no tener porqué ser coherentes entre sí las dos condiciones. No sólo son eficaces las terapias más empíricas y fáciles de reconocer por la medicina oficial; hay una eficacia simbólica real. Y además no se da sólo en el campo “extraoficial” sino también en la medicina científica, aunque no se plantee de esa manera en su discurso legitimador. También es real, aunque habrá que matizar especialmente, la separación pragmática entre enfermedades tradicionales y “oficiales”.

⁶ Para los intelectuales racionalistas puros herederos de la Ilustración –la mayoría de los médicos-, la mente humana es intencionalmente *racional y científica*; la razón es el estándar universal aplicable para valorar validez y mérito. Para los herederos del Romanticismo, aún sin intelectualizar –buena parte de los curanderos y pacientes-, las ideas y las prácticas no se fundamentan ni en la lógica ni en la ciencia empírica; caen más allá de la razón inductiva o deductiva; no son racionales ni irracionales sino no-racionales.

La idea construccionista de la enfermedad y el enfermo planeará sobre la etnografía como una manera teórica de buscarla y entenderla⁷. Asumimos por evidente el rechazo o puesta en cuestión por parte del personal de determinadas formas de gestionar la enfermedad por la medicina de los médicos. Pero con las mismas posibilidades que utilizar esas mismas técnicas o conocimientos a su albur, como alternativa apropiada en situaciones en que no llegue la atención médica, e incluso en el caso en el que la accesibilidad sea buena. Dependerá de lo que se “construya” alrededor. Asumimos como fundamento que la enfermedad y sus remedios pueden no ser explicados únicamente como condicionantes exclusivos de lo biológico, sino que entran en el juego de procesos sociales, económicos y culturales que las constituyen.

Esos mismos fundamentos los aceptaron otras propuestas, como la funcionalista, que conducían a sesgos y omisiones que intentaremos regatear, reconociéndolos y poniéndolos en la lista de lo que no *debemos* hacer. El enfoque microsociológico tendente a la integración superestructural; la falta de relación entre el nivel micro y el más general; la oposición entre lo tradicional y lo moderno como dado, -sin contemplar las etapas de transición o la velocidad de los cambios-. Focalizar o prestar atención exclusiva a uno sólo de los modelos a emplear, sea el tradicional, el oficial o el *casero*. No atender al verdadero peso de las enfermedades a tratar en relación a la gravedad objetiva de las mismas. Estimación del mundo rural con los arquetipos propios de una cultura discriminatoria, o no suficientemente crítica con la realidad objetiva de las gentes del medio rural, nuestros “exóticos” europeos. La tendencia a analizar la medicina popular por oposición a la científica, ignorando los prestamos o la diversidad de las prácticas médicas populares⁸.

Pero no sólo estamos obligados a zafarnos de los sesgos biologicistas y funcionalistas. Líneas teóricas que nos resultan más cercanas por haber sido aleccionados en ellas, como la marxista, amplían la colección de fundamentos a tomar y sesgos a evitar. En este caso se relacionan con dos asuntos de interés: las estrategias de cambio en su relación con el poder y la determinación de los sujetos o sectores que habrían de usar “teóricamente” la medicina tradicional. En el primer asunto se plantea la consideración de lo “tradicional” como factor de resistencia a los cambios, sobre todo

⁷ La idea básica procede del famoso texto de Berger y Luckman *La construcción social de la realidad*. Pero se afina y especializa en la aplicación que estudiamos en Menéndez (1998) y más concretamente en Uribe (1996).

⁸ Para discernir estas cuestiones nos hemos basado en Aguirre Beltrán (1986: 246 y ss.), Menéndez (1981: 438 y ss.) y Menéndez (1990: 8 y ss.)

los revolucionarios⁹; en el otro, la dirección política que hayan de seguir esos cambios aplicados a poblaciones estigmatizadas como rebeldes o reaccionarias. En los dos casos la idea del paleta turolense dejaría de ser tener una condición de *peculiaridad* para convertirse en una valoración negativa, muy del gusto también de los médicos renovadores, aunque no sean marxistas. En cambio, serían concepciones populistas o anarquistas quienes recuperarían ese sujeto como objeto del cambio revolucionario. Gramsci vio la visión racista de esas apreciaciones en el campesinado del sur de Italia, y las tomamos por referencia¹⁰. Y es que las relaciones de poder “gruesas” ocultan las “de la calderilla”, las internas al grupo dominado, y ahí tercián ya las de género y por grupos de edad o étnicos.

Teniendo en cuenta esas consideraciones previas, el desarrollo del trabajo se ve amparado por tres ideas fundamentales.

1. El punto de vista de los actores sociales: el personal.

Se pretende dar voz a los encartados en el proceso salud/enfermedad/atención que, desde una visión holística, incluye necesariamente a médicos, a curanderos y a lo que en principio llamaremos “el personal”, siendo ésta una acepción que cabe aclarar. En cuanto que prestadores y receptores de servicios sanitarios ha de quedar clara la distinción entre ellos. Los sanitarios oficiales -médicos, enfermeros, trabajadores sociales, farmacéuticos-, en su condición de profesionales con diferencias de formación y grado, no van a ser vistos -*mirados*- como configuradores de un modelo homogéneo por la sencilla razón de que no lo son. Las diferencias intrínsecas y extrínsecas entre ellos obligarán a una suerte de evolución taxonómica, que se deduzca tanto de lo que *nos cuenten* como de lo que observemos que *hagan*. Sin olvidar que no son sólo proveedores de servicios sanitarios sino usuarios de los mismos. Son “sanitarios” pero son “*personal*” en cuanto piensan y actúan a partir de sus propios procesos personales y familiares. Esa doble condición de asistentes y asistibles¹¹ será tomada en su consideración de actores sociales. Y lo mismo reza para los curanderos. Y para los llamados “pacientes” o “usuarios” que, en determinados aspectos del proceso, actúan

⁹ La principal información al respecto la hemos obtenido de Shanin (1965), Wolf (1972), Galeski (1972) y Preobrazhensky (1972).

¹⁰ La primera referencia a Gramsci nos llegó de Piote (1972). El prólogo de Solé Tura (1972) en *Cultura y literatura* del autor italiano, permitieron una mejor comprensión de la lectura atenta que hay que hacer de los *Cuadernos de la cárcel*.

¹¹ La distinción, según J. M^a Comelles (1985), proviene de una primera delimitación en el ámbito familiar que determina quién ha de ser atendido en caso de que los mecanismos de autoatención se vean superados por el acontecimiento.

como prestadores del llamado “primer nivel de atención” y aún de otros niveles más avanzados. Centraremos la mirada, fundamentalmente, en el personal más subalterno, por eso en la etnografía aparecerán tantas personas mayores.

Siguiendo a E. Menéndez (1996), entenderemos el proceso de enfermar y curarse como estructura social y estructura de significado. Aclarar que nos referimos a la estructura como una construcción metodológica y no como una “realidad”. El actor, en este esquema, se convierte en unidad de descripción y análisis a la vez que en agente transformador, productor y reproductor. Los significados culturales de los padecimientos se entienden articulados con la estructura social.

2. El sistema de *representaciones y prácticas*.

Las estructuras social y de significado se estiman configuradas a partir de las prácticas y representaciones de los actores sociales. Durkheim, uno de los primeros en asociar este par de conceptos, ya los usó para describir y analizar los saberes de algunos técnicos¹². Posteriormente Mauss retomó la aplicación a los magos y sacerdotes; en ambos casos fueron vistos como agentes reproductores de representaciones y prácticas técnicas que expresan, de forma organizada, lo que ocurre en los conjuntos sociales¹³. La legitimación técnica precisa reproducir representaciones técnico-ideológicas a partir del papel, el rol, que han de representar el médico o el curandero. Las representaciones se entienden como una expectativa para la acción, pero es en la práctica donde se realiza y modifica; en pocos casos de forma automática o mecánica. “La ciencia”, se pone por caso, es una representación que legitima al médico a la vez que lo diferencia del curandero. Cada caso práctico implica, a su vez, representaciones y prácticas estructuradas en forma de saberes.

Se atenderá por tanto a la generación, renovación o persistencia de representaciones y prácticas que evidencien entre sí relaciones específicas, sean convergencias, divergencias, contactos o préstamos –transacciones- entre los implicados en los procesos, intentando definir cuáles sean estructurales o coyunturales. Trataremos de ver cómo la legitimación técnica de los sanitarios y los curanderos precisa reproducir representaciones y prácticas a partir del papel que socialmente desarrollan; un campo

¹² En *El suicidio* (1998) Durkheim encuentra la realidad social en sus valores y creencias. A base de interacciones individuales los sentimientos privados se transforman en hechos sociales, configurando entidades que llamó *representaciones colectivas*. Significaban modos de conducta que habrían de estudiarse por la vía comparativa en las diferentes instituciones de la sociedad y en estadios comparables de evolución.

¹³ “Contribución al estudio de las representaciones colectivas” (1903), en Marcel Mauss, *Institución y culto*.

compartido y reconocido por el personal, aunque dentro de límites que habremos de dilucidar. Esa apropiación de saberes previamente constituidos se espera ver claramente en los pasos básicos de los especialistas, en la inmediatez de sus actuaciones, dentro de límites institucionalizados que están sujetos a modificaciones conformadas previamente (Menéndez y Di Pardo, 1996: 53)

3. El punto de vista relacional.

Se es consciente de que los modos de gestión del proceso salud/enfermedad/atención generan estructuras sanitarias, usos y costumbres, en las que los actores sociales enunciados antes actúan entre sí; pero de distintas maneras según parámetros posicionales objetivos y subjetivos, como pueden ser nacer, enfermar o morir, la propia estructura por edades y sexos, la estratificación profesional o social, o si residen en pueblos grandes o pequeños.

Los sistemas de relación se atenderán bajo el prisma teórico de los conceptos de hegemonía y subalternidad procedentes del socialismo dialéctico de Gramsci. La idea básica es que al lado de la lucha de clases hay un desencuentro de culturas, es decir, choques entre maneras distintas de entender la vida. El teórico marxista, que estudiaba letras, estimaba que la lengua y los saberes populares están sometidos a la presión de la aculturación, de la mano de una cultura potente, señora de la lengua y el saber. Viene al propósito de este trabajo su desconsideración de una manera de entender el folklore como una ristra de fenómenos pintorescos, exóticos o extravagantes; el folklore puede ser el palpito cultural del personal en cuanto nos enseña su mundo, pero se entiende mejor en contraposición a otro mundo, el de las partes cultas de las sociedades históricamente determinadas. En la dicotomía coerción/consenso descubre que es la hegemonía ideológica desde donde el Estado lidera al personal, de ahí la importancia de las ideologías o las religiones asociadas al poder. Los curanderos no son la suma inconexa de supervivencias sanadoras pasadas de época y de préstamos recientes; suponen un conjunto estructurado de ideas, prácticas y valores, particular de las capas subalternas, en permanente estado de revisión. Poner en contradicción la cultura sanitaria hegemónica y la alternativa permite ver el dinamismo con que el personal se cura en salud integrando lo político ideológico en lo económico. La lucha por la hegemonía se da en cualquier nivel.

Cooperación, competencia, solidaridad, reciprocidad, resistencias, serán conceptos para manejar las formas de relación recogidas por la etnografía y sometidas a análisis.

PRECISIONES CONCEPTUALES

a) La *gracia* como representación.

En buena parte de la bibliografía consultada a propósito de los curanderos, aparece la idea de “gracia” como un producto de la cultura tradicional por el que, quien la posee, está legitimado socialmente para ejercer la sanación.

Javier Sáenz Guallar, en sus trabajos sobre medicina popular en Alcañiz y su comarca (1996, 1997), explica los matices que adornan en esa zona un concepto tan ambiguo. Me temo que cada vez más usado por los estudiosos y menos por el personal garante de la legitimación. Toma, de la encuesta del ateneo de 1901, lo dicho sobre Ariño –un pueblo limítrofe con nuestra zona- a propósito de la influencia de las condiciones del nacimiento en el futuro de la criatura: “*Si el nacido hace el número siete de los hijos varones, se cree que tiene gracia para curar enfermedades. La misma creencia se tiene de la que hace el número siete de las hijas y del segundo de dos gemelos*”. Compara el dato con lo que recoge en su etnografía y lo contrasta con lo escrito por Pitt-Rives (1971), Pitt-Rives y Peristany (1993), Kenny (1980), Cátedra (1989) y Briones (1996). Concluye con ellos que la manera más frecuente de llegar a ser curandero es por el hecho de haber adquirido la “gracia”, y mucho menos frecuente por un *aprendizaje segregado, especializado y formal*. Que la “gracia” se entiende como una cualidad adquirida e imprescindible, aunque se desconozca si lo que ocurre durante el embarazo o el parto sea la causa o el efecto de ese poder. Que tener gracia no basta, sino que hay que entrenarla y adiestrarla para ponerla en marcha y que sea efectiva cuando hace falta; que no es la *ciencia infusa*, vamos. Que la gracia es una aptitud que no se da exclusivamente para curar sino que, quien la tiene, destacará en el desarrollo de otras actividades.

Por mis conversaciones con Sáenz sé que no le va a importar que tome su reflexión como punto de partida, e intente adaptarla a mis datos y a mi metodología. Hemos puesto al comenzar esta exposición la cuña en el uso del concepto, más que nada por tener conciencia de que la mayoría de las personas a quienes he preguntado por él casi no lo han comprendido, o lo entendían como acepciones menos específicas, más *de andar por casa*. Es de uso común la gracia como *don de Dios*, algo que se cae de su peso si pensamos en la manera de hablar de quienes fueron entrevistados en 1901, pero ya no será tan usual cien años después. También se puede entender como un *don natural* que hace agradable a alguien; así lo usará el personal más agnóstico, más

ecologista o aquellos que prefieren decir “hasta luego” mejor que “adiós”. La gracia como *cualidad apreciable* se usará aludiendo a una idea de generalidad, subjetivamente. Pero más común y usual es la gracia como *garbo*, que antes llamarían *donaire*, pero ya no. Y lo mismo *obrar de gracia* no será fácil de entender hoy como gratuidad, sin premio ni interés. Quiero decir con toda esta milonga semántica que no conviene atender en exclusiva con un concepto de gracia anclado en el pasado, o como un estereotipo propio. Si los curanderos hubiesen desaparecido seguramente también lo hubiese hecho el concepto que les legitimó en su tiempo. Como no ha sido así, habremos de pensar en la “gracia” *era* lo que servía para justificar lo inexplicable. Conforme mejor se ha ido conociendo a los curanderos y sus cambios, y conforme han ido pasando las generaciones que usan el idioma, la gracia como concepto ha perdido vigencia, por eso y por haber curanderos habremos de mirar la gracia como una representación variable, cambiante, adaptada a los tiempos, y no como un concepto inamovible por más matices que le queramos expresar.

La pregunta, a cien años de la mentada encuesta y de la instauración de la Seguridad Social en España, sería ¿cuál es la evolución de la idea que legitima que un curandero sea reconocido como tal?.

b) *Eficacia simbólica.*

El concepto de eficacia simbólica tiene su origen en la necesidad de justificar la curación de un proceso biológico por medio de técnicas no biológicas. Lo que quiso justificar Lévi-Strauss (2000: 211-228) en 1949, cuando examinó un canto que ayudaba a bien parir, era la incoherencia del mecanismo de causa-efecto entre una cosa y otra. Intentaba dilucidar, por comparación, la relación microbios-enfermedad -asumida por los occidentales- frente a monstruos-enfermedad en un pueblo indígena. Una relación exterior frente a una interior. La manipulación que suponía la terapia de aquel canto, fuese de órganos o de ideas, se efectuaba por medio de símbolos. Su eficacia era simbólica. La verbalización funcionaría como intermediario entre el mundo interno y el externo; hace “pensable” la situación y aceptables los dolores, que se sitúan por medio del ritual en una esfera mítica comprensible. La verbalización provocaría el desbloqueo del proceso fisiológico, lo que le lleva a aplicar el concepto para entender las terapias psicodinámicas. Hace aparecer al chamán al lado del psicoanalista.

Ampliar el campo de aplicación del concepto a otros procesos permitió abordar con ciertas garantías interpretativas las curaciones atribuidas a la medicina religiosa,

aspectos diacríticos de la medicina científica, de los sistemas morales e incluso de los políticos. La manipulación de determinados símbolos provocarían reacciones con manifestaciones materiales tangibles. La eficacia de un discurso político era nula si se dictaba con la corbata inadecuada. La bata blanca y el fonendoscopio colgado al cuello adquirirían dimensiones terapéuticas inexploradas; el ensalmo castellano contra las hemorroides adquiriría una eficacia a la que se ponía nombre.

Sperber (1988), estudiando lo general del simbolismo, lo aplicó a diferentes disciplinas, concluyendo que es capaz de crear una orientación cultural común al grupo que comparte ese sistema simbólico, aunque admitiendo que puede dar lugar a diferentes interpretaciones particulares dentro de ese grupo. Como Lèvi-Straus, parte de considerar que existe una proximidad cultural, siquiera simbólica, que permite la curación. Aceptando sólo provisionalmente estas consideraciones, más ajustada a nuestro propósito interpretativo es la idea de Joan Prat (1984) de considerar a los conjuntos sociales capaces de construir “nuevas eficacias simbólicas” según sus necesidades, lo que enlazaría con el tema de la gracia como representación. Á. Martínez (1992) compararía la eficacia simbólica con la eficacia biológica, esbozando un modelo de comunicación en la asistencia sanitaria. Como objeto de aplicación preferimos la idea de eficacia simbólica como fenómeno constructivo más que como eficacia en sí. Hasta que nos metamos en teologías y hablemos de fe.

c) *¿Sistemas médicos o Modelos médicos?*

Modelos médicos y Sistemas relacionales. A esa decisión se llega después de las siguientes consideraciones.

Por definición, un sistema consiste en un conjunto de reglas, proposiciones, incluso teorías, que ordenan un todo que resulta coherente. En tal sentido entenderíamos un sistema médico como el conjunto de representaciones, conocimientos, recursos y prácticas, social e históricamente determinados, que conciernen a la interpretación de los estados de enfermedad y las acciones dirigidas a individualizarlas y enfrentarlas.

Un sistema es también una manera de hacer o de estar dispuesto algo. En tal sentido, el conjunto de las relaciones que se establezcan entre los agentes encargados de gestionar la salud, la enfermedad o la atención, estarán sometidos a formas de pensar, saberes, recursos y actuaciones, con las mismas determinaciones y condicionantes que el sistema médico que empleen. El sistema relacional englobará en su ámbito los

sistemas médicos. De ahí que, sistemas, los relacionales; tomados como maneras de estar dispuestos y cambiar.

También por definición básica, entendemos un modelo como un ejemplo a imitar, como una representación. O, más estrictamente, como el esquema teórico de un sistema que se elabora para simplificarlo y hacerlo de fácil comprensión. Para los que vamos a usar, la denominación de modelos. Modelo Médico Hegemónico, Modelo de Autoatención y Modelo Alternativo, a la manera de E. Menéndez.

El Modelo Médico Hegemónico es entendido como el conjunto de saberes generados por el desarrollo de la medicina científica, que ha ido hegemonizando los otros saberes hasta lograr identificarse como la única forma *correcta* de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como políticos. Sus características estructurales serían: internas - biologicismo, ahistoricidad, pragmatismo eficaz y mercantilismo-, externas - urbana, burguesa, capitalista, con aval estatal, educacional-, y mixtas -mecanicista, evolucionista, positivista-. En nuestro caso estará representado por el personal sanitario de la zona, el Equipo de Atención primaria que trabaja en el Centro de Salud de Híjar, por cuenta de la Comunidad Autónoma de Aragón que acaba de recibir las transferencias del gobierno central.

El Modelo Alternativo subordinado englobaría saberes y formas de distinta factura histórica y configuración cultural, incluyendo especialistas como chamanes, curanderos, hierbateros, arregladores, componedores, ensalmadores, brujos, o técnicas más modernas como quiroprácticos, aromoterapeutas, homeópatas, sofrólogos, etc. Las características de este modelo: concepción globalizadora de la enfermedad, socialidad, ahistoricidad, legitimidad comunitaria, eficacia psicosocial, racionalidad técnica y simbólica, y tendencia a la exclusión o recientemente a la mercantilización. En nuestro trabajo se considerarán todos los especialistas de estas características, a excepción de los paracientíficos, que trabajen en la zona o sus alrededores.

El Modelo de Autoatención incluye actividades relativas a la alimentación, vestido, salud, higiene, prevención o remedios que permiten la reproducción social y biológica del grupo doméstico y/o las redes sociales de apoyo. Su estructura más permanente es la reproducción social, pero también opera como parcela de ese proceso la automedicación, relativa al uso de productos de patente, hierbas, sales u otros que sirvan

para el manejo de la salud. Incluye también los procesos de autoayuda e incluso autogestión, su dispositivo más político.

d) Procesos asistenciales, itinerarios terapéuticos y dispositivos asistenciales.

Cuando hablemos de cuidados *legos* o *profanos* nos estaremos refiriendo a una serie de actividades y funciones que raramente se presentan con pautas fijas; están mediados por una cultura popular pragmática, adecuada a cada ocasión, y que incluye recursos apropiados y accesibles que no cubren los profesionales, sean médicos o curanderos.

Siguiendo a Comelles (1994:36) entenderemos el proceso asistencial como “*el conjunto de actos, referentes simbólicos o representaciones sociales y saberes que giran en torno a una persona que ha sido considerada socialmente como “asistible” y que tiene como objeto atenderla y ayudarla, comprenderla y curarla entre otras cosas*”.

Según ese autor, dichos procesos son un constructo, en el sentido de que son únicamente observables cuando se producen o se reconstruyen. Elige esa denominación, y no la de *itinerario terapéutico*, a causa de las connotaciones de la palabra *terapéutica* que no debería extender su sentido a las prácticas de cuidar. El itinerario, también llamado *carrera del enfermo*, se entiende como *los pasos a dar* para conseguir el objetivo. Los dispositivos asistenciales serán las instituciones que intervengan, sean médicas o no.

Resultará de utilidad al revisar los itinerarios terapéuticos distinguir entre los diferentes procesos asistenciales, las redes sociales implicadas y, por último, los dispositivos asistenciales, institucionales o no, donde encontraríamos los servicios de la medicina científica y los de los curanderos (Haro: 2000:108)

e) El proceso de medicalización.

Cuando hablemos de *medicalización* estaremos haciendo referencia al proceso por el cual, a partir del siglo XVIII, la medicina se hace cargo del hecho de la existencia, el cuerpo humano, la conducta y el comportamiento, deviniendo en una red cada vez más amplia que cuanto más funciona menos se escapa su control.

El despegue médico y sanitario, desde entonces, se debe a la confluencia de ese proceso con otros dos más: el efecto de la intervención médica en la *biohistoria* –pestes, tuberculosis, etc.-, y la *economía de la salud*, es decir, la integración del mejoramiento, los servicios y el consumo de salud en el desarrollo económico de las sociedades más privilegiadas.

El estudio histórico del proceso de medicalización permite a Foucault decir (1990: 125) que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una privada, sino precisamente todo lo contrario. Socializó un primer objeto, el cuerpo, en función de su fuerza laboral. El control social sobre los individuos no opera sólo por la conciencia o la ideología sino que se ejerce en el cuerpo. Para ese tipo de sociedad, lo biológico, lo somático, lo corporal, está antes que nada. “*El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica*”.

METODOLOGÍA

La metodología empleada incluye la revisión de materiales históricos, la observación participante, la realización de entrevistas en profundidad y un cuestionario. Dejar fuera las conversaciones informales sería flaco reconocimiento al peso que tienen como provisoras de datos.

En primer lugar, la recolección de material bibliográfico en archivos históricos locales y provinciales. Fundamental al respecto resulta el catálogo de los fondos del antiguo ducado de Híjar; está contenido en el libro de M^a José Casaus (1997) que recoge fichas sobre la zona desde 1268 hasta 1919. Se han consultado las actas municipales de Híjar y un extracto de los asuntos sanitarios en las actas del ayuntamiento de La Puebla¹⁴. Las lecturas de las historias locales de los pueblos de la zona también aportan datos de interés, aun cuando los mismos hayan de ser sometidos a una revisión dados los sesgos que contienen. El ellos hemos visto, más que otra cosa, transcripciones de documentos, abundante anecdotario, y datos estadísticos que ilustran la contextualización histórica antes aludida. Hemos buscado y encontrado los textos escolares en los que se comenzó expresando la teoría higienista; los comentarios de sus propietarios y los propios contenidos han sido motivo de interés. Otros documentos y análisis sociológicos relativos al llamado “intrusismo profesional” también dan juego al respecto¹⁵.

La observación participante puede ser más *observación*, pero no más *participante*, por la condición del investigador de natural y residente en la zona, amén de su trabajo como enfermero sustituto y de refuerzo en ese Centro de Salud desde el comienzo de la investigación. Esa situación permite un recorrido permanente y suficientemente prolongado por los diferentes domicilios –principal oteadero de la autoatención- y consultas de los diez

¹⁴ Cortesía del señor Meseguer, antiguo secretario de ese ayuntamiento y aprendiz de zahorí. (No es pariente).

¹⁵ “Intrusos, charlatanes, secretistas y curanderos: aproximación sociológica al estudio de la asistencia extracientífica en la España del siglo XIX”, de Ángel Albarracín en *Asclepio*, 24; 323-366.

pueblos sobre los que se investiga. Ese estatuto de provisionalidad permite un acercamiento de primera mano y sin duda reporta datos que de otra manera serían imposibles de conseguir. La consulta de enfermería y la de urgencias, unidas a la vivencia cotidiana de los problemas de salud, se convierte en un enclave privilegiado que nos ha de permitir realizar un trabajo en el que la intersubjetividad sea pieza clave del propósito buscado¹⁶.

En el caso de los curanderos y de algunos médicos hemos creído conveniente el establecimiento de sus biografías. Las historias de vida se plantean como una metodología humanista frente al positivismo biologicista (Pujadas, 1992:8). En nuestro caso ha tenido una doble utilidad. Como “abrelatas”, al principio de cada entrevista, para tomar confianza con el entrevistado casi siempre bien dispuesto a centrar su propia figura. Como referencia comparativa después, cuando se comprendía la pertinencia de cruzar varias que definieran un campo más amplio. En tal sentido, *Los hijos de Sánchez* de O. Lewis (1964) supuso el primer referente. El segundo, *A tumba abierta*, de Romaní (1983), que nos ganó para la causa. Menos específico pero más ajustado a nuestro propósito sería el acercamiento de De Martino (1999) a las biografías de los tarantulados.

Las entrevistas realizadas algunas veces se han podido grabar. Con ellas no hay problemas. Se transcriben, se fichan, y se pueden volver a escuchar con facilidad revisando tonos, silencios, interjecciones o giros del idioma que dan claves interpretativas de rigor. Otras, son fruto de conversaciones esporádicas, no previstas o informales, o fruto del propio trabajo como enfermero. Se ha procurado, en estos casos, transcribirlas lo antes posible en un diario de campo, que en este caso no es un libro en sentido estricto sino un sistema de ficheros y carpetas informáticas muy básicas. Más sitio ocupan los montoncillos de anotaciones. Su fichaje, clasificación y análisis adolece de la fiabilidad de las conversaciones grabadas, aunque tienen la ventaja de la espontaneidad de que carecen aquellas que se producen ante el magnetófono.

Las guardias en el Centro de Salud o el propio trabajo en los consultorios de los pueblos pueden, antropológicamente hablando, dar mucho de sí en cuanto a conocimiento profundo de temas relativos tanto al médico con quien se convive como al personal al que se atiende. Pero anda teñida de una privacidad que es difícil convertir en texto. Incluso está sometida al secreto profesional. Por eso sólo puede ser usada como contexto y, como se dice por aquí, “sin nombrar prenda”. En un apéndice se ofrecen los datos básicos de los pacientes que nos prestan sus palabras (P, seguida de un número).

¹⁶ Intentando regatear implicaciones y centrando el papel del etnógrafo, Geertz (1997) lo sitúa entre el físico y el novelista. El primero es considerado un “no autor”, insensible, cosificador y etnocéntrico; el

En el caso del personal sanitario, con el fin de evitar susceptibilidades y objetivar lo más fielmente posible su posición, se ha dispuesto una encuesta compuesta por una batería de quince preguntas que ha sido respondida por escrito. Fuera de esas respuestas, cuando la información nos viene de su parte, aparecen como M, seguida de números romanos.

Con los curanderos el problema técnico condiciona de otra manera. Los hay que permiten la grabadora; otros no quieren ni verla, aunque no les importa que se tomen notas. Otros no acceden siquiera a la entrevista y hay que irse a los pacientes, al establecer sus itinerarios terapéuticos, para enterarse de cómo se produce la actuación. En ningún caso pensé en hacer fotografías; una desafortunada entrevista gravada a María de Nardó me vacunó para varios años.

1.3. Hipótesis

Sólo una hipótesis se planteó desde el principio de forma consciente y sirvió de guía y motor en la investigación. El resto de las que proponemos estaban apuntadas como posibilidades entre otras; gracias a ellas, no obstante, se consiguió cerrar el campo y limitar los objetos y sujetos de interés. Cuando se estableció el índice, hace casi tres años, habían tomado el cuerpo y la importancia que justifican su inclusión, aunque no se resuman en ellas la totalidad de los puntos tratados.

La hipótesis principal se sitúa en nuestra preocupación por lo que aparece como un exceso de demanda de atenciones en cualquiera de los dos modelos especializados. La preocupación por la salud se percibía desproporcionadamente escasa respecto a la preocupación por la enfermedad. Entendíamos que tenía cierta lógica pensar en la enfermedad cuando aparecía, no antes, pero no se encontraba justificación para tan pocas medidas preventivas y tan amplios dispositivos y estrategias asistenciales. Parecía como si al aumentar estos disminuyeran las precauciones. Consideramos que la aparición de estrategias para tratar los problemas sociales se materializan en la gestión de las particularidades del individuo. Al hilo de esa reflexión formulamos la siguiente hipótesis:

segundo “hiperactor”, impresionista, oidor de música que no existe y también etnocéntrico. Para el etnógrafo reclama visión íntima pero fría evaluación.

1ª. La configuración histórica de los modelos médicos especializados ha propiciado una estrategia sociocultural consistente en la delegación de responsabilidades colectivas de autoprotección a cambio de un servicio eficaz de reparación individual.

La siguiente formulación vino propiciada, al poco de comenzar el trabajo de campo, por la constatación de la frecuencia con que se visitaba a especialistas *no médicos* para resolver asuntos de salud. No sólo permanecía la alternativa curanderil clásica, en precario en la década de los setenta, sino que se detectaban nuevos espacios terapéuticos que rompían una supuesta coherencia cultural. De ahí saldrá otras dos hipótesis complementarias:

2ª. Conforme van siendo asumidas por la medicina oficial las demarcaciones patológicas que llevaron en otro tiempo a los curanderos, las demandas asistenciales de éstos disminuyen. Aunque permanecen en sus especialidades más empíricas como primera opción, se generan nuevas expectativas patológicas o terapéuticas asimiladas a ese modelo, no cubiertas o defraudadas por la medicina científica.

3. El personal, a su vez, genera nuevas formas de legitimación de las actividades curanderiles en un proceso pragmático de asimilación de novedades que, en lo fundamental, están mediadas por el factor económico.

La relación confusa que encontrábamos en las percepciones de los pacientes respecto de los médicos y los curanderos nos llevó a plantear una comparación de orden cultural: ¿quién está más *cerca* del paciente, el médico o el curandero?, ¿qué forma cultural se articula con más éxito con su manera de entender la vida? Las distancias culturales han servido de justificación de la ineficacia terapéutica o, dicho al contrario, a mayor proximidad cultural mejor eficacia. Al respecto enunciaremos la última hipótesis.

4. La proximidad cultural entre paciente y terapeuta ni es garantía de curación ni elemento determinante en la misma. La mayor distancia cultural, con iguales condicionantes de oportunidad, puede significar mayor eficacia terapéutica, lo que justificaría la percepción que se tiene de los súper-especialistas médicos o de los curanderos tenidos por exóticos. El médico de cabecera o el curandero tradicional

de la zona suponen el punto de equilibrio tácito, pero se desborda ante concepciones culturales en proceso de asimilación.

Será en este ámbito en el que pongamos a trabajar en conjunto el choque de culturas como lo entendía Gramsci y la creación de eficacias simbólicas que proponía Prat.

2. EL CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL

TERRENO Y TERRITORIO: AIRES, AGUAS Y LUGARES

Este es un paisaje de colinas. No hay montes altos, hay *cabezos*. Más altos y grandes cuando el río entra en la comarca, desde el sur bajando al norte, que no es contradicción, aunque lo parezca. Conforme se desciende por el cauce del río Martín las colinas se achaparran y se convierten en planas que se extienden hacia los desiertos de Belchite o de Alcañiz. Se ven huertas que desangran el río y campos de cereal que, ni rezando, consiguen desaguar los cielos. Todo se inclina hacia el Ebro que pasa a una veintena de kilómetros; ni se le ve ni se le huele; allí se va a pescar a caña. A él sirve la orografía de este terreno. Su agua, de boca, la catan los de La Puebla y se la están quitando; se acaban de mancomunar para tomar de la buena, la que viene de Oliete, donde los cabezos son más altos, en la sierra de Arcos. Del río grande no vienen aguas, aunque no será por no pedir las. Lo que sí vienen son los vientos dominantes, de la parte de Zaragoza: cierzo. Aparece anunciado en el cielo por *los monchones*, unas nubes algodónadas y sueltas que asoman por el noroeste y se van a perder a todo trapo, dicen que al mar. Cuando esto ocurre, tres días al menos se mantendrá el ventarrón. Los pueblos no le tienen miedo: casi todos están plantados sobre mogotes elegidos y aguantan el tirón. Los llega a desmelenar cuando viene enfadado, levantándoles algunas tejas y tumbando algún ciprés. Se encañona por las calles y se arremolina en algunas plazas. En lo que queda al abrigo bulle más el personal. Al viento que anuncia las lluvias le llaman “castellano” y es templado y poco frecuente.

Todos los inviernos hiela y todos los veranos traen sofocos. “*Ni al frío ni al calor se los comen los ratones*” –dicen- cuando alguien nombra que no hace mucho frío o mucho calor. Ya vendrán. Las aguas de mayo pueden venir en abril, o en junio, o no venir. Esto molesta más que el viento, aunque sólo sea por tradición: las cosechas, inciertas, están aseguradas, y lo mismo cuenta para el pedrisco. Lo que no traiga el tiempo lo traerá *Europa*, sólo que haciendo *papeles*. La climatología cambia menos que la geografía física. La *geografía humana*, que es la que cambia más, ha mudado menos por cuenta de los vientos o los cabezos que por cuestiones de aguas.

Lo mejor que se puede decir del terreno es que está ventilado. A mediados del XIX así lo reconocía Madoz¹⁷, cuando señalaba el emplazamiento de los cementerios. Lo

¹⁷ Pascual Madoz (1986). Diccionario Geográfico Estadístico Histórico 1845-1840. Teruel, Edición facsímil. DGA.

peor lo suelen decir los visitantes: -“*esto es feo...*”; pero vaya usted a saber que idea tienen de lo bello. Casi seguro que piensan con estética de calendario, de Alpes suizos, florestas amazónicas, o de Saharas dorados, arenosos y serenos.

El espectáculo de la naturaleza de estos sitios está en un cielo que deja ver todas las estrellas que caben en la vista. Y aún así, eso depende de la luz que salga de los pueblos. Observatorios nocturnos que en la época del candil eran escuelas populares de astronomía, están ahora medio cegados por las luces halógenas que llegan desde el polideportivo nuevo, las farolas de las calles, o el parpadeo que cientos de televisores emiten desde ventanas con Climalit. En el monte pelado, mejor quedarse con el cielo, bien pegado a la tierra.

J.M. Serrat, cuya madre era de Belchite, pueblo vecino, hizo poema cantado de estos lares:

*Por la mañana, rocío
A mediodía, calor
Por la tarde los mosquitos
No quiero ser labrador*

Para cuando escribía Madoz, con intenciones de fiscal desamortizador, ni un solo palmo de territorio estaba sin hollar por la mano del hombre. Lo que no se edificaba se labraba o pastaba. Ya hacía días de eso. Pero han cambiado tanto los cultivos como los cultivadores. También, como no, han cambiado las maneras de nombrar el terreno y sus habitantes. Las demarcaciones administrativas se construyeron cuando hubieron de cambiar los gestores de los pagos. Dejaron esto en Teruel, -no queriendo reconocer una provincia centrada en Alcañiz-, cuando de ese sur no soplaba ni llovía apenas nada, por lejano y a desmano. Y desde allí administran, a medias con Zaragoza y Madrid. Al personal lo habían ya etiquetado como *bajoaragoneses*, los del hondo, y lo acaban de cambiar hace poco para designar la comarca como *Bajo Martín*¹⁸. Esto ya no es el Bajo Aragón *de toda la vida* –queda para Caspe, Alcañiz y sus anejos-; los que mandan han dicho que ahora son del Bajo Martín, que es mejor así. La cosa es tan reciente que aún no se sabe sustituir el gentilicio. Y ya es cambio estar en el mismo sitio pero ser nombrado, por él, de otra manera. La cosa es que ni la gente que viera Madoz, ni la madre de Serrat, ni el mismísimo Pío Baroja, se podrían imaginar que este territorio iba a tomar nombre de un río, y menos de un regajo como es el escuálido Martín.

¹⁸ Ley 8/1996, de 2 de diciembre de delimitación comarcal de Aragón. Boletín Oficial de Aragón, nº 145

Lo de Baroja es ilustrativo de la nombrada estética de calendario –con el caserón de Iztea a la acuarela, en Bera de Bidasoa-. Si lo reproduzco pese a su extensión es por ser testimonio literario del terreno, hecho por un viajero extrañado que, hacia 1930, se dejó caer, de paso hacia Zaragoza:

“Aquella tierra me pareció verdaderamente árida. ¡Qué paisaje! ¡Qué desierto! ¿Y esto ha habido alguien que lo ha querido conquistar? –me preguntaba yo-, y pensaba si sería una fábula inventada para satisfacer nuestro amor propio.

La verdad es que aquello parecía que no lo podía querer nadie ni regalado.

Todo el campo estaba calcinado, amarillo, de un color como de yema de huevo. La vegetación era débil. En las primeras horas de la tarde el cielo mostraba un azul intenso, implacable, y al anochecer, el poniente parecía un mar rojo de sangre, con islas alargadas y negruzcas.

(...)

Avanzamos despacio por la carretera llena de baches y de rodadas profundas; de día hacía calor; de noche, frío; y salían a relucir las bufandas y las mantas arrolladas a la cabeza; las anguarinas y los capotes de color de sayal, que daba a los carreteros un aire muy antiguo.

Este trozo de país desde Alcañiz hasta Zaragoza me pareció, en su mayor parte, un verdadero desierto polvoriento.

Era un país formado por cerros ocre, rojos y grises, calcinados por el sol, de color de ceniza; daba la impresión de tierra violenta y convulsa, polvorienta, ruinosa con sus pueblos amarillos, construidos con adobes de color miel; con algunas torres mudéjares de ladrillo, con tracerías decorativas. En el aire volaban los cuervos en bandadas. Las águilas se cernían en las alturas, y las urracas marchaban con su vuelo bajo. A veces cruzaba, rasando la tierra, una pesada avutarda.

Me daba una sensación extraña el pensar que se podía estar en un país todavía en guerra en un sitio tan desierto, en donde se andaban tres o cuatro leguas sin encontrar un pueblo o un habitante.

Yo me figuraba que aquella tierra debía parecerse a Palestina. El campo se veía amarillento y blanco, con algunos registros en las acequias, como grandes colmenas encaladas; los pastores, con sus rebaños, corrían por los terrenos poblados de tomillares y romerales y se extendían los barbechos amarillos, áridos y sembrados de piedras.

En todo el día nos cruzamos con tres o cuatro carromatos, con las mulas cansadas y medio dormidas. Cerca de Azaila vimos un hombre joven, moreno, que llevaba una piara de gorrinillos negros.

Llegamos a Híjar, pueblo grande, calcinado por el sol. Cerca de él, en La Puebla, Quílez había fusilado años antes a veintisiete nacionales de Samper y de otros pueblos.

En las puertas de las casas de Híjar se veía mucha gente: hombres gruesos, con el pañuelo en la cabeza y el calzón corto, tipos de cara roja e inyectada; otros, flacos, renegridos, y una gran cantidad de mujeres y de chiquillos.

(...)

Me chocaba mucho la extensión de tierra improductiva.

En el campo se veían muchas casas de adobe y con parte de las tapias de la vivienda o del corral caídas.

*Le pregunté la causa a nuestro arriero; pero él no supo contestarme.
¿Por qué pasaba esto? ¿Es que se había empobrecido la tierra? ¿Por qué
donde antes había vivido una familia, ya no podía vivir otra?.”¹⁹*

Amarillo, ceniza, desierto y polvo, lo de Palestina es una apreciación que se ha repetido en otros autores posteriores, en particular por los poetas que han intentado relacionar las celebraciones locales de la Semana Santa con lo telúrico. Producen la asociación, aparte de por la geología, por el asunto de los calvarios, de los que esta tierra está salpicada y que tienen un componente evocador, estético, paisajístico y simbólico de gran potencia.

Desgraciadamente las peleas por esta tierra no han sido fábulas para satisfacer ningún amor propio, salvo que el gusto por la tierra propia se convierta en fabuloso, como así ha sido: una mezcla de romanticismo, dineros y supervivencia. Pero la tierra no es nada si se la mira de paso. Si se rememora a la manera de don Pío, sólo lo propio tiene valor y se entiende. Lo propio es la referencia natural de todo observador. Buñuel, que era de la tierra, sabía que pudo hacer lo que hizo –lo que le dio la gana- por haber sido su padre el mayor propietario de tierras de su pueblo, un rico; lo que no le niega el genio.

El paisaje no es nada sin el personal. Es algo cuando coloca a cada cual en su terreno, marcando algo tan físico como las distancias, tan importantes para administrar. Las áreas de un bancal no son nada hasta saber qué producen; y *son más* cuando se sabe para quién producen. Ese es el meollo del paisaje tal y como pudieron verlo Madoz, la madre de Serrat, o Luis Buñuel. El paisaje con intención.

Se comparten los aires, se parten las aguas y se amojonan los lugares. Esta manera de ver el terreno habrá que añadirla a la hipocrática, inexcusable en el quehacer de entender de gentes. La intención de un paisaje se nota cuando se pregunta, por ejemplo, por la historia de cualquier bancal: seguro que tuvo dueño, que cambió, por lo menos, cuatro veces de mano, que se hermanó con otros bancales y formó hacienda, que lo sembraron o lo dejaron descansar; que a su orilla fusilaron a seis y que ahora en el sitio crecen malvas y aparecen luces; que su anterior dueño lo perdió en una timba, que ahora es de tres y no es de nadie porque están los papeles en un notario. No les cuento nada de la historia de cada casa, ni de la pared medianera de cada corral. En la aglomeración de cada pueblo destaca siempre el caserío de la iglesia, con su campanario y sus cigüeñas – que han vuelto-. Donde hay castillo no se separa mucho de la iglesia y, calles abajo, unos pocos caserones de varios siglos, de piedra y ladrillo cocido, que aguantan mejor

los tiempos que las casas de mampostería y adobe, que son mayoría de las que vio caerse don Pío y bien que se preguntó el porqué, que ahí sí se le vio la intención. El espacio, donde todo él parece sobrar, escasea en las viviendas de algunos.

Del reparto de aguas están llenos los tribunales y lo que queda de los archivos municipales. Y los periódicos antiguos, cuando reflejaban la construcción del pantano nuevo: la democratización del agua fue, donde llegó, cosa de Calvo Sotelo, aunque el asunto venía de atrás. Como en esas cosas le daba la razón a Joaquín Costa, se enfrascaron en meter una fuente en cada plaza y, quien se lo pudiera pagar, una *jeta* en cada casa. El agua de riego se lleva por normativa escrita desde hace setecientos años o más. En pleitos de agua y tierras en cada barrio hay expertos. Cada cual por lo suyo. De las aguas fecales mejor no hablar; van todas al río Martín o a los arroyos más próximos, aunque ya se están instalando las primeras depuradoras. Que *la mierda, cuesta abajo corre*, es origen de desencuentros históricos. En eso, lo local es una miniatura exacta de lo nacional, y no deja de tener su guasa que a esta tierra se la incluya en la España húmeda.

Si miramos Albalate, el pueblo más alto, la memoria de los repartos nos lleva al arzobispo. Aguas abajo, en Urrea, Híjar y La Puebla, nos topamos con el duque, pleiteando con el obispo. Si a Samper, Jatiel y Castelnou, con una orden militar, en pleitos con el duque. Azaila, Vinaceite y Almochuel eran terreno de disputa de todas aquellas autoridades y otras más. Todos querían aguas, tierras y lugares de otros. A la orilla del Martín quedan seis de esos pueblos; los tres últimos nombrados ven pasar, si es que pasa, el arroyo Aguas Vivas; La Puebla de Híjar se queda con el Val de Zafán, pidiendo que le cambien el apellido por el de su arroyo. Albalate del Arzobispo hubo tiempos en que tampoco estuvo conforme con su nombre y, en un toque de imaginación díscola, quiso llamarse “Luchador”, Albalate Luchador. Por ahí ya se va demarcando una geografía política.

Esto, administrativamente, es Teruel. Para los demás efectos, Zaragoza. O sea, es Teruel pero no tiene nada que ver con el “existir” de Teruel. El camino que hacía Baroja es ahora la Nacional 232, ruta de mercaderías, de turistas que vuelven de las playas de Tarragona y Castellón, y de paisanos que andan arriba y abajo con sus coches, tractores, furgonetas y ciclomotores. No hay mulas ni muleros. La población de caballar no pasa de las dos docenas de jumentos de capricho. Los antiguos muladares no han servido de cementerio para los vehículos finados, que se pueden ver abandonados en cualquier

¹⁹ Pío Baroja (1981: 191 y ss.), *Los confidentes audaces*. Caro Raggio, Madrid.

erial, formando parte del paisaje que ahora ve el repartidor de medicamentos desde su furgoneta.

Baroja no pudo oír más ruido que el de los carromatos; acaso el de las campanas si paró cuenta. Han sido pueblos de la *Crónica del alba* de Ramón J. Sender: callados. Hoy, no tanto. Entrados en el siglo nuevo generan tanto ruido como las ciudades. Vivir en los pasos de las carreteras es un suplicio. Se sigue hablando fuerte, como si este fuera un mundo de sordos, aunque ya no cantan recio. Aquí suena tan de todo como en Zaragoza, pero menos, aunque se destaca más. Lo que más gusta es que pregonen: ensordan a cualquier hora para avisar un riego, largar una filípica municipal o, en horario comercial, anunciar sardinas o zapatos a buen precio; y los entierros. Todo con la sintonía musical adecuada al tema de cada pregón, al comenzar y al cierre. La noche, cuando por fin cae, trae el cielo y deja un silencio con runrún doméstico, hasta el próximo pregón. Peor en verano.

EL PERSONAL

En la actualidad, el territorio administrativo Bajo Martín -al que en lo sanitario se añade el pueblo de Almochuel-, se extiende a lo largo y ancho de 827,2 kilómetros cuadrados. Allí viven, según el Padrón Municipal de 1998, 7.783 personas. Eso significa que a cada habitante le corresponden algo más de 106.000 metros cuadrados, o sea, un desierto por cabeza. Dicho en términos estadísticos la densidad de población para ese año era de 9,4 habitantes por kilómetro cuadrado. A día de hoy, un poco menos por seguir disminuyendo. El mismo dato, para todo Teruel, es prácticamente igual: 9,3. Otra cosa es comparar con Zaragoza cuya densidad es de 48,0. Pero cuando mejor se entiende la desproporción ente terreno y personal es al comparar con la cifra nacional: 75,5 habitantes por kilómetro cuadrado. Como no se puede decir que sobra terreno – todos lo quieren- habrá que decir con propiedad que falta personal.

Haciendo cuentas, en 1900 había 15.437 habitantes ocupando el mismo terreno, lo que da una densidad de 18,6, justo el doble de la actual. Para esas fechas la densidad de población de la provincia de Teruel era de 17.0 h/km. La comparación de esos datos corroboraría la idea general que se tiene de la zona como la más rica y poblada de Teruel, pero permite decir que eso era antes. Creo que la demarcación administrativa Bajo Aragón turolense, de donde viene la fama de *los más ricos de Teruel*, estaba determinada por la comarca de Alcañiz, más rica y poblada antes y ahora, que se mantiene como centro comercial y administrativo de esta zona periférica. Segregado el

Bajo Martín, y comparando su evolución demográfica, podemos ver que no ha perdido proporcionalmente más personal o más deprisa que el resto provincial.

Estamos ante un modelo territorial claramente desequilibrado. No sólo encontramos una baja densidad sino un fuerte contraste entre municipios. Albalate es el pueblo mayor que, en su mejor época, llegó a albergar 4.500 personas. Le sigue Híjar que nunca llegó a los cuatro mil, aunque ejerce de centro administrativo por su situación en la red de comunicaciones. La Puebla y Samper han andado parejos de población aunque con alternancias a lo largo del siglo, sin llegar nunca a los tres mil habitantes. Urrea, siempre con menos de mil quinientos, queda a medio camino entre los *pueblos grandes* y los *pequeños*, y éstos, que nunca han pasado de ochocientos habitantes, se pueden asociar en dos grupos: los que alguna vez tuvieron más de quinientos -Azaila, Castelnou y Vinaceite- y los que nunca llegaron a trescientos -Jatiel y Almochuel-. Todos padecen un problema común: su situación crítica. En los extremos, Albalate ronda hoy los dos mil cuatrocientos habitantes y en Almochuel ya no llegan a los cincuenta. En la tabla siguiente se puede ver la evolución de la población a lo largo del siglo XX

	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1981	1991	1998
ALBALATE	4220	4454	4630	4519	4054	4256	3844	3046	2724	2384	2379
AZAILA	691	798	759	682	564	572	493	363	293	154	184
CASTELNOU	579	532	507	484	404	352	295	216	148	123	104
HÍJAR	3348	3833	3853	3719	3610	3545	3093	2473	2210	2106	1949
JATIEL	244	241	258	245	256	209	182	104	66	56	70
LA PUEBLA	1934	2276	2790	2837	2328	2651	2506	2105	1534	1256	1117
SAMPER	2604	2803	2587	2610	2371	2380	1997	1589	1401	1079	1002
URREA	1153	1243	1349	1321	1130	1113	1000	839	757	663	628
VINACEITE	470	582	653	738	604	609	522	464	415	295	304
ALMOCHUEL	97	142	160	141	121	140	128	84	63	49	43

Hacia 1920 la población había crecido hasta situarse en máximos históricos. Sólo Samper y Castelnou muestran por esas fechas una tendencia descendente. Proporcionalmente -y en términos absolutos- quien más creció fue La Puebla, gracias a la azucarera. A partir de entonces comienza el descenso en todos los pueblos; se deja notar el bajón provocado por la guerra civil a expensas tanto de los fallecimientos como del exilio, curiosamente menos significativo en Híjar y Samper que en Albalate o La Puebla, lo que da que pensar en adscripciones políticas a los bandos de la contienda. Curioso resulta el repunte al alza que manifiestan estas dos poblaciones en los años cincuenta. Cabe señalar que entre 1900 y 1950, aun a pesar de la seriedad de los acontecimientos, no se altera sustancialmente la distribución espacial de la población;

entonces el peso demográfico en Aragón correspondía a los municipios en los que vivían entre 1.000 y 5.000 habitantes. A partir de esa década y hasta 1981 el descenso se vuelve vertiginoso a causa de la emigración a Zaragoza, Cataluña o Levante; pocos miraron a Europa y casi ninguno a América. A partir de entonces disminuye el ritmo decreciente debido al agotamiento biológico de los pueblos y los cambios en las pautas de reproducción urbanas²⁰. Zaragoza capital es difícil que crezca ya a expensas de los pueblos; hoy concentra más de la mitad de la población aragonesa.

Una de las características demográficas más llamativas es “*que las calles están medio vacías, y lo que ves son viejos*”. El alto índice de envejecimiento, que en algunas poblaciones puede llegar al 68% de mayores de 65 años, es indicativo de un crecimiento vegetativo negativo debido al fuerte descenso de la natalidad, que en las dos últimas décadas se ha reducido a la mitad. A todo eso se añade un retorno moderado de aquellos emigrantes que, al jubilarse, prefieren la tranquilidad de su pueblo que las ciudades o lugares donde ejercieron su vida profesional. Los pueblos pequeños han perdido las escuelas por falta de alumnado, y las tabernas por escasez de parroquianos que además ya no beben. En los pueblos más grandes todavía se ve algarabía de críos que van y vienen a la escuela o que, por las tardes, andan jugando por las calles a juegos que no entienden los abuelos y abuelas que los miran mientras los cuidan.

En lo económico, no poseemos datos específicos por ramas de actividad pero, para dar una idea del proceso de terciarización de la economía, podemos ofrecer las cifras provinciales que, en cualquier caso, no ofrecerán distorsiones significativas respecto a la zona de estudio. El sector servicios concentra el 47.3 % de la población activa, casi la mitad de la población; la industria ocupa el 23.9 % y la construcción un 10.4%; la agricultura y la ganadería juntas se quedan en un 15.2%. Queda un 3.2% computado como *sin empleo previo anterior*. Comparadas estas cifras con las de principios del siglo XX queda patente, sobre todo, el descenso de empleo en el sector agropecuario en favor de los servicios.

²⁰ Severino Escolano, La población aragonesa en el umbral del siglo XXI, Zaragoza, 1999.

En cuanto al paro registrado en el INEM, podemos ofrecer los datos relativos al periodo comprendido entre 1995 y 2000 que se exponen en la siguiente tabla:

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
ALBALATE	51	71	84	64	82	100
AZAILA	0	1	0	2	2	2
CASTELNOU	6	0	2	1	1	1
HÍJAR	87	79	64	41	42	38
JATIEL	0	1	1	0	0	1
PUEBLA	62	54	44	20	23	25
SAMPER	38	33	26	23	16	15
URREA	25	26	16	10	11	15
VINACEITE	3	2	4	4	7	4
Total	272	266	241	165	184	201

Desde el año 1992, en que comenzó en la zona un moderado despegue económico, la población que busca empleo en las oficinas del estado se cifra como una de las más bajas de España. Pero también lo es la tasa de actividad. Mientras que en el resto de la región la tasa de paro en mujeres es muy superior a la de los varones, aquí es a la inversa; no es difícil para ellas entrar en los talleres de confección o en el servicio doméstico, aunque esta sea tarea de la que se comienza a ocupar la población emigrante, árabe, suramericana o del este europeo. Las campañas promovidas por los ayuntamientos de pueblos vecinos para evitar los desequilibrios demográficos echando mano de los inmigrantes extranjeros están teniendo, de momento, éxitos notables que pueden llegar a consolidarse, a la vez que crean un estado de opinión que tiende a favorecer la integración de los mismos. Mientras hay quien se enroca en la vieja idea del forastero como enemigo, otros, los más pragmáticos, procuran leer las partes positivas, sobre todo cuando se piensa en quién habrá de pagar las jubilaciones de los ahora cincuentones. Con reticencias o sin ellas, en todos los pueblos se pueden ver ya pobladores nuevos de diversas procedencias. Cuando algo no funciona, se rememoran los viejos tiempos de la *convivencia pacífica* entre moros, cristianos y judíos.

La proporción de población analfabeta en Aragón, y nada hace pensar que la de la zona sea superior, es del 1,8%, inferior a la de España que sufre un 3,2%, siendo mayor entre las mujeres que entre los hombres. Mandar a la gente joven a estudiar no fue tendencia habitual antes del desarrollismo. Entonces o se iba para religioso o para militar; hoy la proporción de población con estudios superiores de Aragón es superior a la del resto de España. En determinados ámbitos de la administración los turolenses tienen fama bien ganada de “oposidores”. Nada extraño cuando la agricultura expulsa gente y la industria no se desarrolla suficientemente. Cualquier familia, esté en el rango

social en que se la pueda colocar, acoge uno o varios universitarios, preferentemente inclinados a estudios que puedan realizarse en la universidad de Zaragoza o sus campus de Huesca y Teruel. El problema es que pocos tendrán ocasión de ejercer sus profesiones en el sitio de origen.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Para Madoz, la enfermedad más común que sufrían en estos pueblos era las *fiebres intermitentes*. Según la Encuesta Nacional de Salud de 1993 *la percepción del estado de salud de los aragoneses es en general buena*. Los datos epidemiológicos publicados por el Gobierno de Aragón en su “Plan de salud para Aragón” de 1999 así lo muestran.

La esperanza de vida al nacer es una de las mayores de la Unión Europea: 78,9 años en varones y 82,3 en mujeres. Para morir sí que siguen más o menos el patrón europeo: las causas más frecuentes de mortalidad son las enfermedades del aparato circulatorio, tumores, enfermedades respiratorias, digestivas y los traumatismos. Entre todas suponen un 82,6% del total.

La tasa de mortalidad infantil es de 5,5 por mil nacidos vivos, que está por debajo de la media nacional; entre 1975 y 1995 ha disminuido un 65%, siendo las causas más frecuentes las enfermedades del periodo perinatal y las anomalías congénitas (72% del total) La mortalidad durante ese mismo periodo ha descendido tanto en varones como en mujeres. Han registrado descenso las tasas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, por tumores malignos de estómago y cirrosis. También el cáncer de mama en mujeres demuestra un ligero descenso desde 1990. Han aumentado las tasas por cáncer de pulmón en varones y de colon en ambos géneros, así como por trastornos mentales. Se mantienen estables las tasas por cardiopatía isquémica mientras que la mortalidad por accidentes de tráfico muestra un patrón irregular.

Los datos de morbilidad ofrecen menos confianza, según los propios redactores del Plan de Salud. Se recogen del registro de enfermedades de declaración obligatoria, registro de cáncer en Zaragoza, registro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y Encuesta de Morbilidad hospitalaria (a partir de una muestra de ingresos) El índice de hospitalizaciones por cada 1000 habitantes (115,2) es superior a la media nacional (107,1) siendo el grupo de edades comprendidas entre 45-54 años donde se produce el mayor número de ingresos. Las causas más frecuentes de hospitalización son las enfermedades del aparato digestivo en ambos sexos. Les siguen los traumatismos y envenenamientos en los varones y las enfermedades del aparato

circulatorio en las mujeres, pero se advierte de un 21% de registros de alta sin especificar y mal definidos.

La incidencia de las enfermedades susceptibles de control mediante inmunización es muy bajo o cero, gracias a la presencia de los programas de inmunizaciones, aunque quedan algunas sin erradicar. La tuberculosis proporciona entre 22 y 27 casos por 100.000 habitantes pero parece subestimado; las toxiinfecciones alimentarias son un problema frecuente, apenas se da la fiebre tifoidea y la hepatitis A se presenta en brotes que afecta a población de bajo nivel socioeconómico. Un problema de salud importante en todo Aragón son las zoonosis, con una incidencia superior a la media española. Destaca la brucelosis con 11 casos cada 10.000 habitantes (1997) y, con menor incidencia, la hidatidosis (4 por 10.000), el carbunco y la leishmaniasis. No existen casos de rabia pero no se descarta su posibilidad por la situación epidemiológica del entorno. La infección por VIH/sida es menor que en el resto de España; las enfermedades de transmisión sexual presenta bajo número de procesos declarados y una importante infradeclaración. Prácticamente la totalidad de la población en edad escolar está correctamente vacunada, aunque se detectan reticencias en grupos culturales como los gitanos. La incidencia de parotiditis, sarampión y rubeola ha descendido en más de un 90% desde la introducción de la vacuna triple vírica en 1981; lo mismo ha ocurrido con la hepatitis B, y la tosferina.

Sobre toxicomanías no se encuentra información valorable, pero se aventuran cifras para 1996. Más de la mitad de los jóvenes entre 15 y 24 años fuma regularmente, habiendo adquirido el hábito en torno a los 14 años. Han disminuido el número de consumidores de heroína modificándose la vía de administración (ahora se fuma o se inhala) Se ha incrementado el uso de las llamadas drogas “legales” (alcohol y tabaco) con edades de inicio cada vez más tempranas y consumo de alcohol en jóvenes ligado al ocio. También se incrementa el consumo de cannabis: dos de cada diez jóvenes lo consumen de forma habitual. Las drogas de síntesis entraron en los pueblos hace siete u ocho años y se han incrustado como un producto más entre los jóvenes, quienes suelen oscilar entre la abstinencia en los días de labor y el policonsumo en los de fiesta.

La siniestralidad laboral presenta una tendencia ascendente, sobre todo en el sector de la industria. La interrupción voluntaria del embarazo revela que desde la despenalización en 1985 se ha producido un incremento de las IVE's notificadas.

3. FATALISMO Y TRADICIONALISMO

3.1. Crónica del fatalismo

EL HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ

“Toda la vida trabajando y a morir al hospital”.

Esta frase, que se oye con frecuencia cada vez que alguien es llevado a un hospital con mal pronóstico, pone en canta una queja llena de desazón. Se la puede oír en boca del propio afectado o de cualquiera que se entere de hecho, aunque no es usual entre los jóvenes. Aceptado que el trabajo sea una necesidad maldita, no se acepta bien que se muera sin el amparo de los propios, sin el consuelo de la buena muerte que se merece quien ha cumplido con un valor fundamental: ser trabajador. Se piensa, no sin razón, que quien ha dedicado su cuerpo al castigo del esfuerzo físico debería ser librado de él en su propia casa, en su cama, rodeado de aquellos que han compartido o se han beneficiado del sacrificio. Morir en el hospital se toma como un fracaso doble: de la medicina, que no consigue sacar del trance a quien lo sufre a pesar de poner medios, y del propio sufridor que no ha sido capaz de conciliar en su derredor siquiera la renta de una muerte como dios manda. Ese desespero tiene su origen en la manera de entender qué ha sido y es ese lugar inhóspito.

Uno de los principales problemas de la medicina es que no exista en el tiempo o en el sitio que se la demanda. O, si existe, que no cure, bien por no poder con la enfermedad, bien por no poder ir contra la biología, ahorrándonos la muerte. Si no hay medicina se la busca o se la inventa; en general, nadie quiere estar enfermo ni morir. Además, ha habido pocos sanfranciscos con vocación de pobres, pobres de solemnidad, que eran aquellos incapaces de conseguir siquiera el alimento, los medios, o las fuerzas necesarias para sobrevivir. Queriendo o sin querer, la pobreza ha ido asociada desde siempre a la mala salud, a la mala vida, y a la mala muerte, por eso, cuando la medicina no había alcanzado su estatuto de ciencia, se paliaba la asociación pobreza-enfermedad-muerte con instituciones nominadas como hospitales, aunque poco tenían que ver con lo que ahora entendemos por tales. El miedo a ellos persiste, de ahí el dicho y la extensión de la idea “hospital”²¹.

²¹ Para una visión crítica de los orígenes del hospital moderno, ver Foucault y otros (1979).

En el año 1300, quince años después de la primera Carta Puebla, Pedro Fernández *el Señalero*, segundo Señor de Híjar y destacado cristiano, funda un hospital para pobres en esa localidad. Dona al efecto unas casas, varios huertos, una viña, las gallinas que han de pagarle cada enero los moros de La Puebla y Urrea, y derechos sobre determinadas fincas con el fin de dar *espitalidad de los ditos señores pobres enfermos o otros que allí espitalidad querrán por el amor de Dios, reclamantes del dito nombre*.

En plena convivencia entre cristianos, moros y judíos, la reciente autoridad del nieto de Jaime I impone el nombre de la Santa Cruz *así como el pueblo cristiano es intitulado y designado por aquella*. A los historiadores de la cuestión²² no se les pasa por alto el tratamiento de *señores pobres mendigantes* o *señores pobres maleantes*, con el que se designa a quienes podrán ser receptores de aquella obra benéfica. Puestos a ensalzar la figura del primero de los cristianos locales, alaban que les dé el tratamiento de *señores*, aunque se les escape la limitación asistencial para quienes estuviesen bajo las enseñas de la estrella de David o de la Media Luna. Las siete obras de misericordia que el señor fundador invoca al principio de la redacción de las *Ordinaciones* le sirven para *ser uno en compañía de aquellos*, y no de otros. Con todo, lo que más preocupaba al noble era la corrección administrativa del centro. Una administración que tiene asumida la dualidad alma/cuerpo de forma indisociable.

Para la cura de almas manda construir una iglesia dentro del mismo hospital de manera que los pobres *maleantes* puedan escuchar la misa desde sus propios lechos; para que pueda mantenerse el servicio espiritual crea una Capellanía perpetua y designa capellán de la misma a un clérigo *idóneo y honesto* que, por su expreso deseo, deberá ser natural de Híjar y cantar misa cada día. Dispone que, para cuando él muera, el capellán sea designado por el Vicario, la Justicia y los Jurados de esa Villa. Nombra patrono del hospital y de sus bienes al Obispo de Zaragoza rogándole *imponga excomuni3n a los que vendan y concedan indulgencias a los protectores*. Prohíbe los juegos²³, los cantos seculares, los bailes y los instrumentos de música. Manda, en cambio, que la víspera de la Santa Cruz los clérigos de Híjar canten vísperas solemnes y, el día de la fiesta, hagan misa cantada con serm3n incluido, asignando una cantidad

²² Gregorio Lasala (1959) en su *Historia de la muy noble, leal y antiquísima villa de Híjar*, donde toma las notas de Florencio Jardiel.

²³ Se nombran los juegos de dados, alfard3n, tanlas, sarcos, doce piedras y *otros*. Actualmente sólo se conocen los dados, pero es marginal y sin mediar dinero. Apostar es un afición-vicio enraizada en la zona; la baraja es el sistema más usado, aunque está siendo desplazado por las apuestas patrocinadas por el Estado o las máquinas tragaperras. Apostar a las chapas (una variante del alfard3n) es afición tradicional en Albalate, ritualizada ahora en un día determinado.

de dinero para cada clérigo, sacristán o monaguillos, que han de ser obsequiados durante los dos días, además, con buen vino.

Para la salud de los cuerpos instala dos *casas*, una para varones y otra para mujeres, de manera que cada uno de ellos ocupe su propia cama y no puedan mezclarse aun formando matrimonio. En caso de ser *tacaño, truhán o alcahuet* y no venga acompañado de mujer, el hospitalero deberá recibirlo benignamente tan solo un día y una noche, no más; si acompañado de *mujer de mala sospeita* se le advierte que no se verán ni en la mesa ni en el lecho, ni siquiera a solas, dentro o fuera del recinto bajo pena, si les hallasen, de *diez días en la cadena*; si estuviese enfermo se le atenderá *hasta que por su pie pueda andar por toda la villa*. Si trajese *mujer a bendición* se les permite comer y cenar en la misma mesa pero no compartir lecho. Queda prohibido en ningún caso que los hombres vayan a la casa de las mujeres y éstas a la de los hombres, ni de día ni de noche; que ningún hombre duerma con otro hombre en el mismo lecho; que se albergue allí *a muller mala pública por dineros ni por ninguna otra razón sino tan solamente en caso de enfermedad o en hábito de muerte*. Ordena que para Navidad todos los años se vistan tres pobres varones y siete mujeres; para la fiesta de la Santa Cruz se hará lo mismo con trece hombres y siete mujeres. Se atenderá asimismo a la lactancia de las criaturas que lo necesiten. La atención médica se dispone de la siguiente manera: *que si en la Villa de Híjar ha o había agora o por tiempo, físico christiano o judío que sepa de medicinas que le sean rebajadas por cada un año las dos partes de la peita ordinaria que a aquel le tocara (...)*. Encara quiero que el sobredito físico que los sobreditos pobres encara curara, sean quitos y exentos de *Heresta* y de *cabalgada* y de *cualquiera otra exención*.

Establece cuáles son las funciones del hospitalero, cómo debe atender los amortajamientos, enterramientos y funerales de los que allí mueran, qué hacer con las ropas de los difuntos, de la obligación de demandar limosna en los días de fiesta y domingos por cada casa. En el testamento que otorgó el fundador dieciocho años más tarde dispuso para el hospital quinientos sueldos jaqueses para su ampliación, toda su ropa de cama, y dineros suficientes para preparar cincuenta lechos de madera con sus cincuenta colchones, mantas y sábanas que *sean nuevos*. Se amplió con salas especiales para religiosos y *personas honradas que quisieran ingresar*. Dejó asimismo *mandas* para construir otros hospitales en Fraga, en Lécera y en Belchite.

Nos encontramos ante una institución que, al amparo de la caridad cristiana, ejerce mecanismos con vocación de hegemónicos para el control de la población. Concentra un sistema de ideas-valor que se mantendrán durante siglos: naturalización de la marginalidad, separación radical de géneros, asexualidad, negación del ocio, discriminación del “otro”, horizonte de salvación espiritual, individualización y ejemplificación. A los efectos que más nos interesan cabe señalar el particular pragmatismo de aceptar la presencia posible, si lo hubiese, del *físico judío*, siempre que sepa “de medicinas”, sin hacer distinción entre ellas. Nada se dice de la medicina árabe, lo que no es extraño habida cuenta de ser la propia del enemigo del abuelo del fundador, de su padre y de él mismo, aunque fuera en esa época depositaria de la mejor medicina que se practicaba y que no perdería vigencia hasta la instauración de las universidades, siglos después²⁴.

Era, el de la Santa Cruz, un hospital enclavado en las cercanías del pueblo, próximo a la entrada por el puente, contiguo al molino de aceite propiedad de quien lo mandó construir. A su capilla se accedía desde el camino de ese puente, sin necesidad de pisar las instalaciones hospitalarias centradas en los lechos. Para cuando el pueblo se ensanchó por ese lado construyendo la Plaza de la Villa y las viviendas adyacentes, la Capilla del hospital había tomado la advocación de San Valero –obispo de Zaragoza- y se le llamaba *la iglesia de los infanzones*,²⁵ por reunirse allí los notables rebeldes que no querían acudir a la iglesia de santa María la Mayor, donde sí iban los duques y los nuevos conversos. San Valero se convirtió, a la sombra del hospital, en el tabernáculo del integrismo cristiano. Medró hacia la salud del espíritu más que a la del cuerpo y albergó, siglos después, una comunidad de religiosas que se encargó de la educación cristiana de niños y niñas, en clara competencia con los maestros laicos.

Con el paso de los años los duques mandaron construir para el mismo fin el hospital para pobres de La Puebla, que padeció de peor gestión y más restringida economía; igualmente existía otro en Samper de Calanda, en la calle de la Luna, del que llegan noticias como hospital de campaña durante las guerras carlistas. Del de Albalate no tenemos noticias de su fundación; abrazado, como el de Híjar, por el caserío al crecer el pueblo, sabemos que no pudo acoger a los enfermos de peste pues se decidió aislarlos en el castillo. En Urrea de Gaén no sería hasta principios del siglo XX cuando un prócer

²⁴ Luis García (1984), *Los moriscos y la medicina*.

²⁵ Mariano Laborda (1980), *Recuerdos de Híjar*. Arse, Zaragoza.

del pueblo donó casa y haberes para instalar uno; hasta hace pocos años allí estaban las consultas del médico y del practicante.

El paralelismo más claro se da entre el de Híjar y el de Albalate, las dos poblaciones con mayor cantidad de servicios y población. Ambos comenzaron como hospitales para pobres, sirvieron de hospitales de campaña o incluso como cuarteles, evolucionaron a parroquias, se instalaron en ellos órdenes religiosas que derivaron de la sanidad a la enseñanza, y acabaron, en el último tercio del siglo XX, reconvertidos en residencias de ancianos a cargo de patronatos benéficos municipales. En el camino fueron cárceles, tanatorios, o lugares en los que celebrar la ceremonia de las vacunaciones, cuando llegaron. Sin duda evocan el *mal fario*. Así se entiende que a las actuales residencias de ancianos se les aplique, por extensión, analogía –los hospitales franquistas eran *Residencias*- y evidencia física, el dicho que encabeza este epígrafe. Toda la vida trabajando, criando hijos, luchando por una casa, para acabar en el mismo sitio que los *señores* mendicantes, tahúres, rufianes, transeúntes y pobres de solemnidad: el hospital. *Dime tonto y dame pan.*

SANTOS, PESTES Y ORGANIZACIÓN SOCIAL

El catolicismo sanador de la Santa Cruz cumpliría su periodo de implantación hegemónica con el advenimiento del catolicismo barroco. Allá donde las medicinas no llegaban o fracasaban se buscaba el amparo de la protección divina; eso se ha aplicado a cualquiera de los asuntos relacionados con el bienestar. Cosechas, animales y personas se ponían bajo advocaciones religiosas, mágicas o esotéricas de protección. Para asuntos de salud, determinados santos se consideraban mediadores entre el enfermo y la voluntad divina, por eso se les veneraba. Santos curadores, se les llama, cada cual con su especialidad, aunque los hay con varias, como san Antonio Abad, san Antón, que lo mismo protege a los animales de cualquier desgracia que a los humanos del herpes, las pestes o las quemaduras; san Blas se invoca para proteger o curar las enfermedades de la garganta; santa Quiteria, la patrona de Samper, para la rabia; santa Águeda se encarga de las enfermedades de los pechos y santa Lucía de las de los ojos; la Virgen de Arcos, patrona de Albalate, es especialista en lepra y sequías; san Ramón Nonato, abogado de los partos. A cada uno se le honra con una fiesta. De los santos invocados en la zona para esos menesteres el más común es san Roque; la iconografía lo representa con su hábito de peregrino, su báculo y un perrillo lamiéndole las heridas. -“*San Roque es..., es muy de pueblo, ¿no lo has visto?, con la saya deshilada y rota y mal androñao, carica*

de cansao, con el sombrero, el palo y el perrico, sangrando por las piernas, de los enganchones. Debía ser un pobre diablo, por las pintas...” (P1) Su imagen puede verse en hornacinas o pequeñas capillas sobre los arcos de entrada a los pueblos, así como en los templos de donde es patrón, pero pocos se acuerdan de su relación con las pestes.

En julio de 1648 se declaró la peste en Albalate. No se encontró explicación para su naturaleza, aunque corrieron rumores:

*“...fué que vino a este lugar un hombre de Valencia con su mujer e hijos, fué recibido en una casa donde muy brevemente murió uno de los hijos, enfermaron todos de ella y murieron; de allí con la comunicación de vecinos y parientes apenas quedó nadie en aquel barrio, extendiéndose después, al resto de la Población”.*²⁶

Fue el arzobispo quien mandó llevar a los *atacados* al castillo donde fueron asistidos por los capuchinos, pese a los consejos de los médicos; de los allí instalados murieron cincuenta y uno, entre ellos el cirujano y varios religiosos. En las casas, en los dos meses siguientes, fallecieron otros cien. Fue la primera ocasión en que se hizo el traslado de la patrona desde su santuario al pueblo, dando origen a una romería anual y de varias traslaciones posteriores por motivos similares.

En septiembre de 1783, en Vinaceite, había muerto gran número de personas, incluido el vicario, por una epidemia de cólera. No era novedad; en los años anteriores ya se había presentado el problema, aunque con menos virulencia, y no se había sabido poner remedio. Se sospechaba de la calidad de las aguas pero el personal seguía consumiendo la del río. Fue el administrador del duque quien tuvo que hacer las gestiones necesarias para disponer de aguas saludables solicitando la construcción de una balsa, aljibes, una fuente, y la traída de aguas potables desde Belchite. El duque se hizo cargo, además, de pagar las medicinas y de mandar que visitaran el pueblo *un médico y un cirujano*. Así ocurrió. Visitaron, emitieron informe, cobraron y se fueron. Hasta la próxima. Cuatro años más tarde persistía el problema. El farmacéutico del pueblo se quedó a cargo de la situación y, para hacernos idea de sus condiciones de vida y oficio, cabe decir que su hija, enferma en el hospital de Híjar, *ya está restablecida y puede salir a servir*. Los monjes agustinos de Híjar procuraban el aliento espiritual, a falta de médico o de cura que se quisiera acercar.

En 1834 el hospital para pobres de La Puebla estaba a rebosar por otra epidemia de cólera; allí estaban recogidos los enfermos del pueblo mas los de Samper y Castelnou. Y sin medios. Otra vez los agustinos entran a paliar en lo posible el problema; cuando

²⁶ Vicente Bardavú (1914), Historia de la Antiquísima Villa de Albalate del Arzobispo.

piden al administrador del duque ayuda económica, se les contesta diciendo que ya socorrieron al ayuntamiento para estos enfermos. El cura no se conforma, protesta y, al fin, consigue seiscientos reales para los frailes. Urrea por esas fechas sufre de lo mismo y han de echar mano del granero de la duquesa, improvisando un hospital²⁷. Los gastos los hubo de pagar el ayuntamiento; la señora advirtió que ella ya ponía el local.

En Híjar las sucesivas pestes acarrearón los mismos problemas. Faltos de conocimientos precisos sobre el origen y transmisión de la enfermedad, los clínicos especulaban sobre la malignidad de las aguas de la Acequia del Lugar, que atraviesa la vertiente oeste del pueblo regando los huertos de esa ladera, los más próximos a las casas. Servía también de vertedero. El agua era empleada para el lavado de los despojos procedentes de los sacrificios de animales; por su cercanía a la población se usaba como letrina por los vecinos de esos barrios; allí se realizaba parte del proceso de cría del gusano de seda ensuciando las aguas; también se vertían los alpechines fétidos de un par de molinos de aceituna. Hasta mediados del siglo XVII los santos patronos del gremio de los médicos, san Cosme y san Damián²⁸, siendo naturales de Arabia, no se veneraban en la iglesia del hospital, su morada “natural”; se alojaban en una de las principales capillas de la iglesia parroquial. Como no debió surtir efecto su concurso para paliar la peste, ni los médicos fueron capaces de atajarla, se decidió sacar a las calles el Cristo crucificado que estaba en la sacristía. Era de talla excelente según puede verse en las estampas que se hicieron de él antes de su destrucción en la guerra civil. Era un Cristo barroco imponente, de tamaño natural. Como todos, clavado de pies y manos a la cruz, sufriente y ensangrentado, de anatomía poderosa, apenas cubiertas sus partes pudendas por una tela de pliegues apretados, anudada a la cadera y a punto de descolgarse dramáticamente. Coronado de espinas y con todos los estigmas de la pasión tal como se representaba en su versión más truculenta. -“*Era un Cristo que daba miedo, pero era muy poderoso*”. Los ediles municipales fueron los encargados de sacarlo a hombros en una sencilla peana durante la peste de 1780 u otra de fecha cercana a esa. Obró el milagro. San Cosme y san Damián hubieron de cederle el sitio, tanto en la capilla como en la mentalidad agradecida de quienes creyeron en su intervención. Desde entonces se le llamó Santo Cristo de los Milagros²⁹. Se dice incluso que mantuvo

²⁷ M^a José Casaus (1997), *Archivo ducal de Híjar*.

²⁸ Mariano Vicente, en una comunicación presentada en la Academia Deontológica de Zaragoza el 29 de enero de 1961, remitiéndose a Antonio Castillo de Lucas, indica que se elige a los dos patronos por ser hermanos y simbolizar la unión que debe existir entre los profesionales. Publicado en *Clínica y Laboratorio*, nº 432, “La Hermandad de San Cosme y San Damián en Zaragoza. Datos históricos”

²⁹ Antonio Castillo de Lucas hizo una curiosa clasificación de los Cristos sanadores que se publicó en *Clínica y Laboratorio*, nº 342, “Las imágenes de Cristo y la Medicina Popular”, 1954. Considera el más

conversación con el venerable padre Pedro Selleras, fraile del convento de Híjar que tenía aura de santo y que tampoco tuvo buena muerte. La santa Cruz volvía a redimir al mundo. La medicina universitaria, *in albis*.

En 1885, cuando la medicina científica había determinado los mecanismos principales de causa-efecto de las epidemias, se volvió a precipitar otra que se tituló como “cólera morbo”. En la provincia de Teruel provocó cinco mil muertos, y más de doscientos cincuenta mil en toda España³⁰. Por ser relativamente reciente la memoria popular se hace eco de sus efectos, de las condiciones de propagación, y de los mecanismos para controlarla. Se habla de hervores y sahumeros, de campañas contra ratas, topos y mosquitos, y de la imposibilidad de moverse con libertad, sobre todo los pobres: *“muchos ricos se fueron con las tartanas a los baños de Segura o a los del Pirineo, o a sitios limpios, pero a mis abuelos, que tenían familia en Jaraba, no los dejaron marchar y les metieron miedo”* (P2) Se nombran la clausura de calles o barrios, la higienización de viviendas –se encalan de blanco y añil tanto las paredes de adobe como las de ladrillo caravista, sobre todo las jambas de ventanas y puertas por donde *puede entrar el bicho-*, la desparasitación de animales y cuadras y, sobre todo, la afectación masiva que produjo entre la población infantil –*“yo ya sabía que mi abuela se iba a hacer vieja; nació en el año del cólera, no sabía el número, y siempre decía que los que camparon en aquel año era porque tenían una naturaleza muy fuerte”* (P3) Hablan de la demanda de aguas potables, del cubrimiento de parte de la Acequia del Lugar en Híjar y de la desecación de zonas pantanosas en Samper. Y del desespero de los médicos y autoridades sanitarias de la época, que aceptaron volver a procesionar santos, vírgenes y cristos, a falta de mejor remedio.

La peste de 1918 cambió de nombre y de *bicho*: la gripe.

En Híjar murieron, en la de 1918, 133. Diariamente fallecían varios que eran sacados al cementerio en escaños y otros cargados en carros y envueltos en sábanas o mantas y así echados a la fosa común.

Cuentan los que aquellos terribles sucesos vieron, cómo la población estaba sumida en la más impresionante consternación, de sobresalto en sobresalto por las noticias de muertos sucediéndose hora a hora; cómo las gentes permanecían en sus casas herméticas...; otras, huían; presentaba el pueblo un aspecto de desolación con muertes por todas partes, y el ir y venir de

primitivo el Cristo Majestad, de influencia oriental, que ni sufre ni se contorsiona, y viste túnica; los Cristos románicos, de influencia helenística, hieráticos, sólo cubiertos con un paño pudiendo; y los Cristos barrocos, donde el dramatismo de la pasión se torna tan realista que gana el favor del pueblo *sencillo y creyente*. A éste último, si está mal esculpido, se le juzga despectivamente con el dicho “¡A mal Cristo, mucha sangre!”. No era el caso del de Híjar, aunque coincidan el estilo y los efectos.

³⁰ Mariano Laborda, opus cit.

*los valientes sin descanso asistiendo a los contaminados. Como “antídoto” se consumía alcohol: ron, coñac y vino en grandes cantidades.*³¹

La peste de 1918³² aporta datos etnográficos en Albalate, donde también se sufrió. La religión era el mayor consuelo; los santos, los valedores más eficaces:

“Yo, ¿sabes lo que le pido a Dios?. Ahí está “Santiago el glorioso que en el Cielo estás, por mi cuerpo y alma, tres vueltas das, Santiago en la puerta, Santiago en mi casa, Santiago en mi cama, Santiago en mi alma”. Ahí los tengo, ahí. Y santa Ana, p’a que me dé buena muerte y poca cama, que me muera cuando quieran. Yo, si pudiera ser, que no me hagan ir a Alcañiz ni nada (...). Y esta es la Virgen de Arcos, mi patrona. Ésta, cuando yo nací en el 18, había una peste muy mala, se murió de lo mejor del pueblo, mujeres de 22 años, de 25 casi no quedaba ninguna (...). Y bajaron la Virgen y la sacaron p’ol pueblo, ¿sabes?. Se cortó” (P4)

En el primer año del siglo XX se constituye en Híjar la Sociedad de Socorros Mutuos bajo la advocación del Santísimo Cristo del Milagro. Su reglamento se modificó en agosto de 1915 al amparo de la Ley de Asociaciones de 1887³³. Un ejemplar de ese reglamento, impreso en los talleres del Heraldo, en Zaragoza (1917), se encontró entre los papeles del que por entonces era médico titular de esa villa. Consta de ocho capítulos en los que se desarrollan cuarenta y cinco artículos explicativos de los objetivos y fines de la Sociedad, las condiciones de admisión de socios, las obligaciones, derechos, duración, cargos, sesiones de control y cultos debidos. Allí se explica que no tiene carácter político sino que su objeto es *auxiliar a los socios en sus enfermedades, originadas por los accidentes de trabajo, u otras causas procedentes exclusivamente de la Providencia Divina*. Podían pertenecer a la Sociedad *todos los varones Católicos Apostólicos Romanos, con residencia habitual en la villa de Híjar, cuya inmoralidad no sea motivo de escándalo, y siempre que gocen de buena salud, exenta de toda afección crónica o achaque natural que les predisponga a enfermedades continuas y frecuentes*, lo que habrán de acreditar presentando una cédula del *médico o médicos de la localidad*. Los socios serán de tres clases: fundadores, activos y honorarios. *Fundadores* serán los que ingresen dentro de los quince días después de la aprobación del Reglamento; tendrán como privilegio no pagar la cuota de entrada ni cumplir las condiciones de edad, siempre que no sean mayores de cincuenta años; *activos*, los que cumplan los requisitos de entrada, acepten las obligaciones y derechos

³¹ Mariano Laborda, opus cit.

³² Para comparar su efecto con lo que ocurrió en el resto de España, ver Granero (1985: 223 y ss.)

³³ Las diversas formas mutuales habían tomado impulso en toda Europa durante el siglo XIX. En España se dictaron varias disposiciones reguladoras como las reales órdenes de 28 de febrero de 1839, 25 de agosto de 1853 y 10 de junio de 1861.

comunes, y que tengan más de veinte años y menos de cuarenta y uno; *honorarios*, los que quieran pagar las cuotas mensuales renunciando a los socorros, no debiendo cumplir más condiciones que las de *catolicismo y moralidad*. La admisión de socios corresponderá a la Junta directiva quien apercibirá si *tiene algunos de estos defectos o vicios conocidos, como son: 1.º Blasfemar. 2.º Faltar al respeto a las autoridades. 3.º Jugar con exceso o a juegos prohibidos. 4.º Embriagarse. 5.º Trabajar en días festivos.* El capítulo de obligaciones incluye pagar la cuota de ingreso, variable según la edad entre dos cincuenta y diez pesetas, y la mensual, de una peseta; comunicar si se ausenta de la población, aceptar cargos, respetar al presidente y los acuerdos, asistir a las juntas generales, a la fiesta anual en honor del Santo Cristo del Milagro y a la misa de Réquiem que se celebre con ocasión de la muerte de un socio. Los derechos incluyen, a partir del cuarto mes de ingreso, recibir socorro en sus enfermedades *con la cantidad de una peseta cincuenta céntimos diaria, durante los tres primeros meses, y una peseta el siguiente.* Para que se ponga en marcha la prestación la familia avisará *al enfermero de turno y al médico*, éste extenderá la baja que se entregará al enfermero para que la haga llegar al Presidente; si el socio tiene que ir al hospital, recibirá allí la pensión y la visita del médico; lo mismo si la enfermedad ocurre fuera del pueblo, pero en tal caso deberá presentar certificado médico y visto bueno del cura párroco del sitio; en cualquier caso no podrán ser socorridos más meses que los prefijados; al fallecimiento se celebrará misa rezada *en sufragio de su alma*, salvo que sea socio honorario, en cuyo caso será cantada. Curiosamente es en el capítulo de derechos donde se incluyen las obligaciones indispensables, como *observar los preceptos del facultativo* y no salir de casa sin permiso del mismo. Se prohíbe trabajar o perjudicar su salud antes de recibir el alta; también se aclaran las limitaciones de derechos en caso de epidemia –al año siguiente les llegó la de gripe–, y la exclusión de los socios *que padezcan enfermedades ocasionadas por relajación de la conducta, abuso de alimentos y bebidas, y otras a las que voluntariamente se haya expuesto el enfermo, como desafíos, riñas por causas políticas y otras a juicio de la Junta directiva.* La Sociedad nace con *carácter de permanente y perpetua mientras queden en ella dos socios. En caso de disolución, los fondos que en ella existiesen pasarán a los del Santo Hospital de esta villa.* Una vez aceptado un socio podrá pertenecer a ella durante toda la vida *no cometiendo falta por la que deba ser despedido de la Sociedad. Estas faltas son las siguientes: Desobedecer al Presidente pertinazmente, después de haber sido amonestado tres veces; no pagar la cuota tres meses consecutivos; ser encausado y castigado en causas criminales;*

*continuar en una vida licenciosa o públicamente escandalosa; también puede despedirse por voluntad del socio. Los cargos de gobierno, bienales y sin retribución, son los de presidente, vicepresidente, tesorero, secretario, vicesecretario y tres vocales. Cargo subalterno y remunerado es el de *avisador*, encargado de la recaudación a domicilio y anunciar las juntas. El cargo de *enfermero* recaerá en socios designados cada año para visitar a los consocios enfermos cada dos días por lo menos; *procurarán consolar al enfermo y enterarse de sus necesidades, así como vigilar si se cumple el plan propuesto por el facultativo, todo en bien del mismo enfermo; notificando al Presidente cuando éste se resista al plan del médico*; serán ocho los enfermeros para cada año, distribuidos por parejas para cada tres meses. En el capítulo de sesiones se estipula la Junta general anual en enero, las ordinarias mensuales, y las extraordinarias a solicitud de la Junta o por petición de diez individuos *no multados*; en ellas tienen voz y voto todos los asistentes, *pero no podrán usar la palabra sin antes pedir permiso al que presida la Junta*. Las decisiones *se harán por votación secreta o nominal, según los casos*; todas las sesiones comenzarán con el rezo del Padre Nuestro y terminarán con el Ave María.*

Si comparamos este reglamento con las “ordinaciones” del hospital de la Santa Cruz, se percibe claramente que el moderno está cortado por el mismo patrón ideológico que su antecesor. Ambos se acogen al mismo símbolo y mantienen similar sistema de valores; sus disparidades formales muestran ser fruto de la evolución de las necesidades sociales para las que se conciben. El hospital emana de la autoridad que señala quiénes son “los suyos” y les ofrece un servicio del que cosechar prestigio; la Sociedad nace de los propios mutualistas como una forma de controlar los riesgos no cubiertos por la municipalidad o el Estado.

La intención del Señalero al fundar el hospital era recluir la enfermedad, asociada a la pobreza; allí sólo entraban enfermos. La Sociedad de Socorros Mutuos sólo admite sanos, para los enfermos ya existía el hospital, del que es deudo. El hospital era para cristianos y cristianas, incluso pecadores o forasteros, concebidos como individuos aislados y aislables, y vedado a los demás; la Sociedad sólo acepta varones, católicos, apostólicos, romanos e hijaranos, no pecadores públicos –nada se dice de los vicios privados, silenciados o transparentes-, pagadores –“religiosamente”-, obedientes, en edad de producir..., y pocos; no debían ser muchos los que cupiesen en semejante corsé. El hospital era fruto de una decisión política al servicio de intereses ideológicos y económicos donde el prestigio se lo lleva el fundador; la Sociedad se declara apolítica,

aunque dependiera del Sindicato Católico, en clara oposición a “otros”. El hospital marca un estigma que huele a pobreza, enfermedad y muerte; en la Sociedad hay sitio para el prestigio individual, para la caridad reconocida y la filantropía, lo que acentúa la discriminación. En ninguno de los dos casos el médico forma parte de la organización, pero se le reconoce como técnico y autoridad en la materia; es el único –con el hospitalero y el avisador, que son “de plantilla”- que cobra de las instituciones. Al hospital “iban” o “los llevaban”; la Sociedad “va”. Los dos casos suponen un mecanismo de control social. Medieval el hospital; moderno la Sociedad de Socorros mutuos.

LA HORA DE NACER

Cuando nació la hija favorita del tío *Cagaflotas* (P5) el médico no estaba en la casa para atender el parto. A varios kilómetros de distancia del pueblo, no había medio de avisarlo ni dineros con que pagarle. En los albores del siglo los médicos “*sólo iban a las casas p’a las cosas importantes*”, y parir, cosa genuina de las mujeres, se resolvía con saberes y recursos domésticos. El médico acudía si le llamaban, pero ni era fácil encontrarlo cuando alguna mujer rompía aguas, ni era costumbre o posible gastar dineros en un acontecimiento tan frecuente. En cualquier barrio de los pueblos grandes, en todos los pueblos pequeños y sin médico, o en las fincas de labor o parideras del monte, había mujeres que se ocupaban, con tanta pena como gloria, de asistir a las parturientas. Incluso las familias pudientes solían resolverlo sin la ayuda del galeno. La mayoría de las mujeres adultas eran prácticas en la asistencia a los partos; así habían sido socializadas. La muy famosa encuesta promovida por la Sección de Ciencias Morales y Políticas del Ateneo de Madrid, de 1901, recogía las condiciones en que se realizaban los partos por estas tierras:

“Se hace por mujeres prácticas, existiendo invencible repugnancia a que asista el médico, el cual solamente en los casos distócicos es llamado”.

“Está muy arraigada la creencia de que la presencia de reliquias favorece el buen resultado del parto. Es muy frecuente que en una habitación inmediata, coloquen una imagen de S. Ramón, convenientemente alumbrada. Otras hacen uso de bandas, medallas, etc.”

“El parto se verifica de pie, colocando a la mujer en dos sillas, en cuyos respaldos busca apoyos para hacer los esfuerzos. Cuando ha parido hacen que la mujer sople en el agujero de una llave para favorecer la expulsión de la placenta. Luego acuestan a la parida con las mismas ropas que llevaba antes y son opuestas a los lavatorios.”

“Después del segundo día le dan la alimentación que más le apetece, con los indispensables caldos de gallina”.

Uniendo de esta manera las diferentes fichas de la encuesta se nos hace evidente la asimetría de los préstamos sobre saberes sanitarios. Mientras que el saber popular, léase doméstico, acertaba en la manera de colocar a la parturienta, erraba en su aversión al agua. Parir entre dos sillas era la solución y evolución hacia la comodidad del parir en cuclillas. Como para defecar, la posición de rodillas flexionadas es reconocida como anatómicamente correcta, favorecedora de un buen alumbramiento cuando la mujer está sola y ha de ayudarse de sus propias manos para extraer el cuerpo de la criatura. La ayuda de las sillas implicaba una socialización del parir, la compañía de alguien que asistiera al evento –la comadre y otras mujeres- poniendo sus manos, sus ojos, y su experiencia, mientras las de la madre quedaban libres para mantener el equilibrio asiéndose a los palotes de la silla, apretándolos para pujar. Después de ver las sospechas cultas sobre la malignidad de las aguas como vector de los *males*, no ha de resultar tan irracional la oposición a lavarse.

De todas maneras, no sólo la hora de parir estaba influida por costumbres basadas en creencias empíricas. El trabajo de algunos médicos, maestros u otros ilustrados, preocupados por lo que consideraban un retraso cultural, se centraba en desmontar las creencias ancestrales, algunas de raíz religiosa, al respecto de cómo conseguir la fertilidad, determinar el sexo de los hijos, la justificación de los antojos o las capacidades especiales que pudiese tener la criatura según los signos que se mostraran durante el embarazo.

“Si el nacido hace el número siete de hijos varones, se cree que tiene gracia para curar enfermedades. La misma creencia se tiene de la que hace el número siete de las hijas y del segundo de los gemelos”.

Para cuando naciera la primera nieta del tío *Cagaflotas* la hija sería tumbada en una cama y se aferraría a los barrotes de la cabecera. Mientras, la comadrona titulada ganaba en comodidad para asistirle y ordenaba a las comadres un balde de agua hervida, y otro más, y los hiciesen falta. Para esa época, y hasta principios de los años sesenta, el parto se asociaba ya a la hoguera donde calentar las perolas de agua. Como en la elección de los papas, el humo de la chimenea o del corral a horas impropias de guisar, anunciaba la buena nueva. San Ramón y las lamparillas, los escapularios, las medallas y las bandas, pasaron a mejor vida cuando se demostró que las infecciones puerperales se llevaban mal con los lavatorios, aunque la comodidad de la matrona asistiendo en una cama prolongase la duración del parto, y la molestia de la parturienta. Las comadres serían las encargadas del agua, ahora sacrosanta.

El problema de la ciencia médica consistía en la ambigüedad del mensaje sobre las aguas, problema que aún persiste. No sabía transmitir en qué condiciones era saludable y en cuáles perniciosas. El descubrimiento de la asepsia se produjo al comprobar en algún hospital parisino que los médicos, que acababan de hacer disecciones a los cadáveres, sin lavarse, asistían a los partos, provocando infecciones en las madres que conducían a desenlaces más fatales que los ocurridos en los domicilios donde se usaban técnicas tradicionales. La ausencia de pestes y la propaganda vencieron la resistencia lega a los lavados, pero se ha tardado más de cien años en convencer a los científicos de la idoneidad del parto en cuclillas. Y aún así, el hoy llamado “parto natural”, con dolor, sin fármacos provocadores ni analgésicos, socializado hasta el punto de incorporar al padre como comadre -¿compadre?-, es una elección marginal que se ofrece en las clínicas privadas y no entra en el protocolo asistencial de los hospitales donde nacen hoy la práctica totalidad de los bajoaragoneses. Este hecho está relacionado con la obsesión, tanto culta como lega, por el control de los riesgos. Una forma de curarse en salud. La alta mortalidad neonatal de principios de siglo la paliaba el personal con una estrategia de múltiples embarazos, previendo los “fallos”. Cuando se pregunta a nuestras abuelas y abuelos por sus hermanos suelen comentar los muchos que eran, e incluso el número de los que murieron y los abortos que sufrieron sus madres: *“hubiéramos sido, por lo menos, doce, pero se le morían muchos de parto: la pequeña y el de antes, de sarampión, y varios abortos que tuvo, así que quedamos cinco, bueno, ahora sólo dos, mi hermana Trinidad, la mayor, y yo”* (P3) Para el personal de hoy, el pragmatismo adaptativo lleva a la lógica del mínimo número de embarazos para conseguir el máximo número de hijos aceptables (1,3 para la familia española actual). Para los médicos, la posición ginecológica exploratoria y operacional a la que someten a las parturientas es un factor nimio, impropio de ser tenido en cuenta, frente a la compleja intervención medicalizada en la que se ha convertido, no sólo el parto, sino el proceso de fecundación, embarazo, puerperio y crianza de los hijos.

3.2. Crónica del tradicionalismo clásico

MÉDICOS Y CURANDEROS: ALBALATE

Cuando don Pedro Baringo llegó a Albalate las calles empinadas y sin asfaltar le impedían llevar los zapatos limpios. Las aceras, donde las había, le servían para apartarse al paso de los carros, pero no podían protegerle ni del polvo en los días secos ni del barrizal en los de lluvia. Instalado en una de las mejores casas de la calle Mayor, lo normal es que diese varias vueltas al pueblo, a *su mitad*, arriba y abajo, antes de retirarse a comer. Las tardes, lo mismo. Veinticuatro horas al día, más de media vida. Medio pueblo *era suyo*. El otro medio era de don Paco, el otro médico. Para viajar a Zaragoza o ausentarse por cualquier motivo tenía que pactar con su colega. Hoy por ti, mañana por mí, cuando uno no estaba el otro se hacía cargo de los pacientes.

A doña Zoé, su mujer, la conoció en una de esas ausencias, en un tren que le traía de Zaragoza. Resultó que ella era farmacéutica. Así se les recuerda:

-“Tengo entendido que doña Zoé Rosiñac fue la primera Licenciada en Farmacia de España; eso lo sé porque lo leí en el Heraldo en unas noticias que salieron. El padre de don Pedro arrancaba muelas, y se cuenta de él que ponía la radio a tope p’a que no oyeran los que esperaban. Con doña Zoé tuvieron dos hijos, que nacieron aquí en Albalate y que con los dos he jugado yo a los pitos en la calle y he tenido gran amistad; uno se hizo abogado y otro dueño de un laboratorio (...). Cuando se fue del pueblo a Zaragoza, don Pedro tenía la costumbre de comer huevos y carne de Albalate, y las verduras, que decía que eran las mejores, y cada semana le mandaban una cesta a Zaragoza. Se fue en el 36 o el 37, pero cada vez que uno iba a Zaragoza a visitarse, pasaba primero por su casa para recibir consejo de a dónde tenía que ir” (P6)

Del otro médico, don Paco, también tiene el personal memoria, sobre todo de los detalles familiares:

-“Al otro médico le decían don Paco porque con lo de Francisco se encasquillaban las mujeres. Éste tenía el pueblo partido con don Pedro Baringo, pero se ayudaban. Entre ellos había buen entendimiento y se cubrían si alguno tenía algo que hacer fuera del pueblo, o si se ponía enfermo algún familiar o algo por el estilo. Este hombre tuvo tres hijas, una de ellas, ya fuera de Albalate, fue secretaria del Ministro de la Gobernación en Madrid y resolvió algunos pleitos del pueblo. En el que más mano echó fue cuando el jaleo de los casinos, el de los Ricos y el de los Pobres, que tenían un pleito entablao desde hacía años y no se resolvía (...)” (P6)

Siempre que se pregunta por los médicos de antes de la guerra en Albalate el personal rehace su memoria relatando sus condiciones familiares. Casi todas las personas entrevistadas se extienden en detalles sobre la apariencia que tenían, el lugar en que vivían, quién les servía, qué les gustaba comer, con quién se relacionaban y, sobre todo, sobre sus avatares familiares. Parece como si el “dibujo” del médico se

perfilase en torno a los detalles de su vida familiar y social. Incluso extienden el carácter y maneras de los médicos a las de sus hijos nacidos allí, aunque se dedicasen posteriormente a otras profesiones y en otros lugares.

El médico de cabecera era visto como el paradigma del *animal social*, con perdón. Su función como mediador era fruto del conocimiento profundo que tenía de las gentes del lugar, de su estatus económico y su integración en el medio, eso es, a medio camino entre las autoridades municipales que lo elegían y la población a la que atendía. Que fuera considerado buen o mal médico dependía tanto de su capacidad de mediación como de su *ojo clínico*. El ojo clínico se daba por sentado, habida cuenta de la formación académica y humana que podía presentar a la mayoría de sus pacientes, poco acostumbrados a criticar a una autoridad que, en su materia, era la mayor del pueblo. Su éxito definitivo vendría de su capacidad para mostrarse *humano*, cercano a la gente con quien convivía permanentemente. Un médico de pueblo de los de entonces *se hacía* del pueblo –en caso de que no lo fuera- encajando en el grupo socioprofesional que se le tuviera dispuesto. Curar, curaría a cualquiera; los amigos los elegiría él, dentro de su grupo *natural*. Por ese lado, nada distinto del curandero. Pero la memoria de éste cuenta las “hazañas”; la del médico, antes que nada, la familia.

-“*Tenían una criada que la tuvieron siempre y aquella (por doña Zoé), como estaba en la farmacia, los criaba la Marqueta, y cuando cayó mala y todo, ellos la atendían; los hijos, que los padres ya hubián muerto; fueron verdaderos p’a ella*” (P4)

Enterarse de cómo ejercían la profesión implica hacer preguntas específicas que cada cual responde remitiendo a casos particulares, y empleando un léxico inusual hoy: a la vecina tal le curaron una alferecía, en el accidente de carro intervinieron rápido pero no pudieron con el *paralís*, al hijo de aquel le pudieron mandar al especialista de la *ensundia* gracias a sus oficios, o cómo no pudieron salvar de aquel “*mal malo*” al torrero de la Fandega. Con la generación que se socializó en los años veinte, y que ahora son los octogenarios que cuentan estas cosas, se tiene la ventaja de la calidad vívida de sus recuerdos, tan mitificados como sobados de puro contarlos, en contraste con su incapacidad para acordarse qué cenó ayer. De todas maneras, hay acuerdo en que la fama de buenos servidores públicos les viene a los médicos, por el lado técnico, de su intervención en los partos. Y lo mismo da que la hazaña la cuenten hombres que mujeres. Así lo cuenta un varón:

-“*Iban, sobre todo, a los domicilios; se pegaban el día dando vueltas por las casas. Si llamaban al médico era porque ya estaban en cama. Colaboraban los dos médicos recorriendo el pueblo todos los días. Él –por don Pedro Baringo- tenía un cuarto en su casa con jeringuillas y otros instrumentos, pero allí iban pocos; de no estar malos en la*

cama, nadie avisaba al médico. Y a los partos. Aquí había dos parteras que iban a atender a las mujeres en los partos normales pero, cuando había problemas, llamaban a los médicos.

Te voy a contar una anécdota de un parto, que no es que estuviera yo allí pero que me la contó un tío mío que estaba. Era de una mujer que no podía parir y llevaba varios días y no podía; fueron los dos médicos y le sacaron a una niña, que hoy en día vive en Barcelona; las tías, el marido y todos decían “gracias a Dios y a la Virgen de Arcos”, y los dos médicos, muy cachondos ellos, dijeron “nos vamos, pero al próximo parto llamen a Dios y a la Virgen” (P6)

Y tampoco es extraño que el mérito de los partos con éxito lo compartiesen ambos médicos. Según una anciana: -“*Con los otros dos no salía una mujer a parir fuera. Ellos. Don Pedro Baringo ha sacao muchos chicos*” (P4) Se guarda memoria del médico que ayudó en el alumbramiento de cada cual; no era lo mismo que un padrinzago pero, como los médicos solían permanecer varias décadas en los pueblos, se tenía por ventajoso que te *visitara*, de mayor, el mismo médico que te ayudó a nacer. – “*¿Quién te va a conocer mejor que el que te trajo al mundo?*” (P5) Así se embarcaba la vida de un médico en la vida de los demás.

De Baringo cuentan que “*era, sobre todo, servicial. Y muy rocero y observador*” (P6) Según a quién se pregunte, los problemas de la Medicina no eran los médicos sino los medicamentos:

-“*Muy bien. Uno se ponía malo que se tenía que meter en la cama y eso curaba muchas cosas pero, si no se arreglaba, no te quedaba más remedio que avisar al medico. Y venía a casa, lo miraba, decía que si tal que si cual y, al final, apuntaba en un papelico lo que se tenía que tomar. El medico se aguantaba si no le podías pagar o le dabas algo, lo que tuvieses, huevos o un pollo o verdura..., pero lo malo era los medicamentos, que tenías que ir a la farmacia y allí se tenían que pagar con perras. Y ¿qué pobre tenía perras?, ¿y si el que caía malo era el padre?. El problema eran las medicinas; con el medico te podías arreglar, pero con la farmacia.... Así que casi nadie compraba las medicinas que te recetaban. Eso era lo gordo*” (P7)

Pero aún así, no todos guardan buena memoria de las prestaciones de los médicos. El ambiente socio-político previo a la guerra civil introdujo a un tercero que no respetó la partición geográfica del pueblo:

-“*El Centro de los Socialistas trajo otro médico. Le llamaban “el Centro”, y era como una Casa del Pueblo, o algo así, una organización que tenían. Yo no me acuerdo de su nombre pero era un hombre majo. No era titular pero bien, les quitaba faena a los otros. Era socialista pero no se metió en jaleos, en ninguno. Ya no sé qué ha sido de él; solo sé que después de la guerra ya no volvió. La gente aquí estaba bien servida; éramos casi cinco mil habitantes –los más fanfarrones decíamos que más de cinco mil, pero nunca ha habido tantos- y el ayuntamiento podía pagarles porque tenía tierras comunales y pinar de donde salían algunos dineros que se empleaban en eso. Y además se les daba las colaciones, que podían ser de particulares agradecidos o del mismo ayuntamiento que daba regalos a los médicos por sus servicios*” (P6)

Ya habían pasado dos años desde que empezásemos a recoger datos sobre los médicos y nadie parecía acordarse del nombre del médico socialista. Algunos lo conocían por “*el de la gorrica*”, por llevar, invierno y verano, la cabeza cubierta con esa prenda. A él no le pagaba el ayuntamiento ni participaba en el sistema de igualas; parece ser que cobraba de su sindicato y su labor no estaba tan reconocida como la de los médicos *oficiales*. Lo recuerdan como “*un hombre muy sencillo y muy callao*”, sin contactos personales ni profesionales con los dos “*titulares*”. De él no se recuerdan más detalles, que -“*no les caía bien a los otros y lo tenían amargao, sobre todo don Paco, que era muy estirao, muy serio y autoritario*” (P7) Ya sería a comienzos del tercer año de andar haciendo preguntas cuando apareció un nombre nuevo que atribuí al socialista. Se referían, en ocasiones, “*al tercero*”, a un tal Felipe Lacambra. Pero lo que resultó de aquel nombre fue el descubrimiento de un “*cuarto*” médico, con distinta situación que los nombrados antes.

-“*La gente, ir tanto al medico ¡de qué!, ¡bien! ¿y las perras p’a la farmacia? El medico venía a casa si lo llamaban, y venía dos u tres veces, a lo mejor tarde y mañana. Estaban don Paco Maicas y don Pedro Baringo y don Felipe Lacambra, que era de la Conferencia*” (P4)

Cuando pregunté a mi interlocutora si aquel don Felipe era el *socialista de la gorrica* me respondió: -“*No , no. Don Felipe Lacambra era un rico del pueblo, pero era medico y se casó con doña Mercedes Marín. Esa casa (la señala a través de la ventana) era d’ellos, y la torre de la Capellanía, y la torre de la Mozara, y... muy ricos (...). Pero aquel era p’a los que no podían pagar el medico, por la Conferencia que se dice.*”

Dos elementos de este breve relato merecen ampliación. La casa de Lacambra y la Conferencia.

En los bajos de la casa que fue de don Felipe Lacambra, en el centro del pueblo, hay hoy una tienda de tejidos con escaparate y puerta. Nada de ropas modernas ni exhibiciones de diseño. Allí se venden camisetas de tergal, ropa de trabajo, ropa interior, pantalones de vestir que nunca se pondría un quinceno, ropa de cama, en fin, una tienda de pueblo con su puerta abanderada de prendas. Nada que ver con una “boutique”. La otra puerta, la que abre la vivienda, es ancha, de madera maciza tallada, recién restaurada y barnizada, de las que ya no se hacen. No es una maravilla de talla pero anuncia una vivienda de las que tampoco se hacen hoy. Escaleras amplias, con barandado y llenas de cajas, dan acceso al piso. Los muebles no son los “originales” pero la amplitud de los salones, la distribución de las habitaciones, las carpinterías recias, y la decoración de los muros, delatan quien estrenó aquello. La escalera aboca a un salón muy amplio y bien iluminado al que se le quedan pequeños los muebles; su

techo, alto, está completamente cubierto por un mural al óleo representando episodios de la vida de santa Justa. La pintura no es buena. El efecto es magnífico: una mezcla de retablo y cúpula de teatro. Allí era donde se reunirían, en privado, las señoras más señeras de la Conferencia.

La Conferencia a la que se refería la mujer era la confraternidad de San Vicente de Paul, una organización benéfico-religiosa a cargo de mujeres seglares; semanalmente o por motivos de urgencia, se reunían en los locales parroquiales a fin de solventar “problemas de pobreza”. Las damas dirigentes de aquella reunión procedían de las familias más pudientes. Allí se unían la beneficencia con el puritanismo más sacrosanto. En Híjar también existía la Conferencia. En ambos casos me cuentan que para lo que más valían era para poner en aprietos a los curas, que no a los médicos, esposos de las presidentas. Eran las perfectas controladoras del cura, como lo eran de cualquier asunto relativo a la *moralidad y las buenas costumbres*, y aún de otros menos generales. En los dos casos se constata una común relación con los Hospitales para Pobres, parcialmente ocupados entonces por las monjas, las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl, mentoras eclesiásticas de las Conferencias.

Así pues, en el espacio temporal que media entre la encuesta de 1901 y la guerra civil (1936-1939), en Albalate del Arzobispo llegaron a ejercer simultáneamente cuatro médicos. No contamos los venidos como “ayudantes” en busca de quedarse con la clientela del jefe a su jubilación. El reconocimiento que se da a cada uno de ellos es diferente. Mientras que a Felipe Lacambra se le recuerda más por *rico* que por médico – no necesitaba su titulación para “comer”-, al socialista de la *gorrica* se le tiene más por pobre que por médico, de ahí que se le recuerde cabizbajo, casi intruso, innominado, sin relaciones familiares reseñables y sin más futuro que desaparecer sin dejar huellas; o porque fuera mal clínico, pero nadie me lo hizo notar. Con la misma legitimidad técnica para ejercer el oficio, ninguno de los dos pasaría a la historia oral de la medicina albalatina. Sí pasaron, en cambio, la pareja Baringo-Maicas: -“*Albalate siempre ha sido de dos médicos*”. Eran los designados “oficialmente”, aquellos sobre los que se montará la comparación, la referencia de los más ancianos, hoy los más. Y no sería sólo por su condición de médicos por lo que gozarían del reconocimiento público. Formaban parte del núcleo duro de los intelectuales orgánicos locales que, a la postre, ganarían la guerra.

-“*Y otra anécdota que te dará idea de lo que era aquel don Pedro, y que esa sí que la vi yo, que estaba jugando en la casilla de camineros del cruce de Lécera con otros críos. Estaban allí sentados, en el poyo, don Pedro con sus amigos, y estaba la pareja*

de la Guardia Civil vigilando el cruce. Es el camino que viene del pinar donde estaba prohibido hacer leña, y pasa un agricultor con dos burros cargaos de pino y le dan el alto p'a denunciar al desgraciao. Don Pedro, que se dio cuenta, se fue p'al guardia y le empezó a decir que si la enfermedad de su hija esto y lo otro, que no se preocupara, que no corría peligro, que si tal que si cual, de manera que entretuvo al guardia, y el de los burros apretó el paso y se libró de la denuncia. Apoyaba mucho a la gente baja” (P6)

Aquí, acostumbrados a temer el poder venga de donde venga, no hay inconveniente en reconocerlo comparándolo con el del Dios cristiano. Para los pacientes satisfechos de don Pedro y don Paco, eran casi como Dios. Semidioses. Otros lo asimilarán a la figura paterna. Los socialistas y afines no están aquí o no respiran para llevarles la contra, en caso que la mereciesen. El personal tuvo claro que desde que montaron equipo no entraron las pestes, ni se murieron criaturas, ni las madres de parto. La Seguridad Social se había montado en 1901 pero, por aquí, esa noticia no se recuerda. *Los médicos eran sus médicos.*

El *Mediodios* auténtico de Albalate ya era adulto cuando amanecieron por aquí los médicos nombrados. El mote se lo habían puesto al tío *Zarpudo*, superpuesto al familiar y por méritos propios, Natural y feligrés de esta parroquia, Francisco Tello Miguel, el tío *Mediodios*, era el curandero más antiguo del que da cuenta la memoria popular. *“Murió en el año veintiocho”*. Curaba *de gracia*, una de las formas clásicas de legitimación del curar. Pero una gracia que no le venía de su nacimiento sino, como a san Pablo, de un fogonazo. Analfabeto en tierra de analfabetos, sobre él se ha construido el mito y el contramito de las vidas milagrosas o inexplicables. El relato más extenso y sustancioso de los referidos a su persona nos lo hace su nieta, Francisca Tello Arnas, Paca *La Pesetas*, yerbatera reconocida; pasa hoy día por ser depositaria de los saberes tradicionales de Albalate, tanto sanitarios como religiosos o laborales, aunque nadie le haga ya mucho caso:

-“Mi abuelo tenía un hermano que se llamaba Jerónimo; y tenía poya, ya sabes lo que es poya: p'a calentar el horno p'a cocer el pan. Y no tenía mala caballería escocida p'a traer una carga leña. (...) Mi abuelo se dedicaba a..., estaba en la torre y, además, iba si le avisaban a alguna cosa, iba a coger... a lo mejor, después de volver de las olivas..., a capuz por los pozos. A pescar. Y luego eran torreros, que no les faltaba. Era muy trabajador”.

La cualificación profesional del *Zarpudo* era la misma que la de la mayoría de los de su pueblo: jornalero. Con el tiempo heredaría de su padre unas fajas de tierra de secano en el monte de Andorra, pero la mayoría de su tiempo lo empleaba en el trabajo hortelano en la torre de un rico, o ayudando a su hermano a completar las cargas de

leña. No cobraba por eso un real pero, según su nieta, no le faltaba pan ni companaje. Los pocos dineros que tocó en su vida provenían del trabajo por cuenta ajena, cuando se lo querían dar. Entretanto, se hacía con una especialidad para la que siempre se ha dicho que precisa gracia: pescador sin artilugios, a mano y buceando. A *capuz*, le llaman en Albalate. Barbos y madrillas caían en sus manos grandes y expertas. Ya estaba casado cuando sucedió el hecho que cambiaría su vida.

-“Pues le vino la gracia estando haciendo el plantero y se quedó... sin luz. “¡Oy, oy, oy! ¿qué me pasa, qué me pasa?”, y mi abuela, la mujer d’él: “madre mía, ¡Francisco!, ¡Francisco!, ¡Francisco!” y ya echó él a hablar y hablar y hablar cosas buenas de Dios y todas esas cosas ¿sabes?, echó a hablar qu’esto que aquello, que veo al Señor, que veo a Dios, que veo no sé qué.

Y es que una vez, mi abuelo, estando en el saso, en el monte de Andorra, (...) estando que se ponía a comer se le presentó uno: -“buenos días”, -“buenos días”, y le dice: -“¿por dónde se va a Andorra?, y dice: -“pues mire, tire ese camino de la senda y drecho irá a la carretera y de la carretera arriba a Andorra, que se ve san Macario y todo eso” pero antes, dice: -“se quede a comer conmigo”, dice: -“no, no, no”, -“que no es mucha la comida pero, en fin, lo que tenga comeremos”, a lo mejor una tortilla, o poca cosa tendría y... -“que no, que no, señor”, y dice: -“pues mire, todo esto p’alante” y... así como lo indicaba y lo miraba... ¡ya no lo vio!, ¡ya no lo vio!, “¿y esto?, ¿qué ha pasao?”. Mirándolo cómo se marchaba, se desapareció”.

-“Mi abuelo aquello lo echó a que era Jesucristo. Eso es, sí señor. Así le vino. Y él pues ya echó a relatar y esas cosas (...). Y muchos pues: -“eh, el tío Francisco, el tío Francisco”, y le sacaron el tío Mediodios, -“¡el tío Francisco es un curandero muy bueno!”. Se le aparecían muchas cosas y, a lo mejor, lo tumbaban, pero él era de mucha fuerza, de mucho ánimo. Y mi abuela era muy güenica, ¡madre mía, aquellos rezos!, y ya venía en sí, pero estando así, que parecía que estaba muerto, recetaba”.

-“Recetaba lo que tenían que tomar. “Tú tieenes unaas fiebres...” – imita Paca. Hala, iban otros, -“tú tieenes uuna costiilla hundidaa”, al otro -“pues tú tienes...” otra cosa. Y con hierbas. Todas, todas. Mira, yo una vez me caí y me pegué aquí en la espinilla. Tres meses el mal y venga y nada y, a lo último, digo, me cago en mi vida, a ver si encuentro curamal, una planta que hay, y la cogí. Y sale una gotica amarilla y me la eché y se me curó en veinticuatro horas.”

-“Yo no crecía e iba arrastra y él, pues echó a mirarme, y a tocarme, y a eso, y eché a andar. Era un curandero muy..., cuidaba las caballerías: torzones, aguaduras, todo lo que tenían ¿sabes? Y eso era, que tenía mucha gracia.”

-“Mi abuelo curaba..., si tenía una pulmonía, pom, si tenía unas fiebres, la caballería que a lo mejor se moría, que otro otra cosa..., que había alguna que estaba embarazada: -“esaaa llevaaa dosss”. Y lo veía, lo calculaba él. Lo calculaba él y lo veía, pues dos que tenía; “puess el uunoo se moriráa y el otroo...”, tal cual”.

-“Sí. Y a Andorra iba él mucho, pero mi abuelo no cobraba nada. No más, a lo mejor, le echaban en la botica, si llevaba, dos tragos de vino y..., como malas comidas y esas cosas, a lo mejor, le hacía mal. Le hacía mal, eso es. Un curandero muy bueno ¿eh?”.

-“Lo apreciaban mucho y todo eso pero: -“hala, ¿qué le damos?”, -“nada ¡va!”, a lo mejor le ponían algún bocadillo y dos tragos de vino y, a lo mejor, se caía

¿entiendes?. Se murió de 98 años mi abuelo. Era pescador a capuz, ni que hiciera frío ni que hiciera calor. Estaba en la torre; han estao siempre”.

“Pero era de verdá espabilao. -“Venga”, se fue mi hermana a la huerta y montó en la burra y cayó y se rompió el brazo. A la carrera “ven aquí”, pom, se lo curó, a mi hermana la Carmen”.

“Una vez a uno pues le pisó el tocino, y al año u así empezó con un dolor mu malo en el pie y le dijo a su madre: -“madre, esto el qué será”, dice: -“madre, hijo mío, ¿no te acuerdas que te pisó el tocino?”, -“pero hace mucho, pero, vamos a casa el tío Francisco”, y fueron y dice (imitando voz de lejanía)_ -“estoo es una pisaada de cerdo; el tociino que le pisóoo”, y le recetó él, p’a que se lavara, que lo que más recetaba era la hierba sanguinaria. Aún tengo un poco por casa.”

-“Hay de dos maneras. Ha de llover y ha de salir, que no la conocen todos; mi hermano la conocía, y mi hermana la Josefa, la mayor, y yo la conozco. Hay dos que parecen la misma pero una tira guías más grandes, la otra es más replanada. La replanada es la mejor. A un maestro que hubo aquí pues le daba mucha, que era muy güena. Es un depurativo mu güeno, p’a la sangre, porque...Una vez, una de la sierra “¡ay Paca!”, dice: -“tú tienes de esa hierba que les das a mi familia, (...) mi chico ¡lleva una de granos! Dijo. Pues toma, tenía un puñao. Dice: -“Paca, ya no lleva nada”, cuando bajó; se le curó enseguida. Nueve días se toma, como la manzanilla, se echa un pizquico así. Claro. Yo la cogía y la lavaba y la ponía a secar en grivas o en el tablillo, que aún lo tengo y, hala, y quitaba toda tierra y todo. Aún me parece que hay un poco”.

-“El tronco no tanto, más las hojicas, la hoja sí. Y luego la gurrutela también es muy güena. Mi madre aprendió mucho de su padre. Llevaba mi sobrina el brazo, que llevaba un pecho así, hija mía. ¡Tras!, la mascaba mi madre, y se la puso y se curó enseguida. La gurrutella, que vale p’a los conejos. Y luego está la hierba caracolera, que mi hermana llevaba un tumor en la garganta (...) “Hija mía” - le dijo don Gregorio- “pues no sé lo qu’es esto”, conque mi madre cogió hierba caracolera, que la conozco yo también, la machacó bien machacada, y la hizo con vinagre caliente y manteca de cerdo y como una cataplasma, pero en la carne”.

-“Curaba. Y los alfalces, la alfalfa también, la punta de la alfalfa es bueno p’a si un enfriamiento en el vientre o algo, la cataplasma también. Luego está la cola de gato, que p’a la diarrea pues es muy eficaz, barbaridá; en el Calvario la cogía. Ahora ya no subo.”

“Sí. Mi madre sí. También tenía gracia. Yo no pero, ¿sabes?, que nadie s’esconda p’hacer nada que lo veo, ya se pueden esconder que no les cal escondersen (...) o sea, que lo barrunto todo a la carrera. Y si tengo un pensamiento, tengo...esto, pues no me falla, no. Y un hermano de mi madre, mi tío Pedro, también, se murió en Francia, pero se murió muy joven. Y al otro, que se llamaba José María, qu’eraacomparao a mi abuelo, lo mataron jugando a las chapas, ahí, en la carretera, en el puente, pues entonces, por una perra gorda, riñeron o no sé qué y lo mataron. (...) Mi madre era muy sorda pero, en el momento, ná más que hicieses una ceña que “esta mujer qué cansada es”...ya te lo barruntaba: -“cansada, verdad hija mía” (...) no oía nada, ni el bombardeo cuando bombardeaban cuando la guerra”.

-“No, ¡quia!. El abuelo no se retrató nunca. Ni mi padre tampoco se retrató nunca; mi madre sí.”

No hay retrato del tío Mediodios. Los médicos de su pueblo están todos en las orlas de su tiempo, abundantes de grecas y escasas de licenciados. El retrato del tío

Mediodios lo hacen sus paisanos que lo conocieron, ya viejo y decrepito, paseándose por las calles de Albalate pidiendo limosna³⁴.

-“Ah, sí, el tío Mediodios, que ese también curaba, incluso después de la guerra (aquí le falla la memoria al anciano; o a la nieta, convencida de que murió en el veintiocho). Era un hombre muy humilde que se colgaba una cajetita con la imagen de la Virgen de Arcos, dando la vuelta al pueblo” (P8)

-“El tío Mediodios tenía un algo con las mujeres..., mira, a mí me han contaó que cuando a las mujeres se les ponía la teta prieta, les ponía la mano encima y les venía la leche” (P9)

-“Sí, sí. Ese hombre hacía milagros. Él y su mujer hacían los mandaos a los que iban a tomar los baños a la Virgen de Arcos. Una vez se quemó, había fuego y dentro estaban los chicos, el Pedro y el José María. Él entró y los sacó de las llamas; un milagro” (P10)

Otros no son tan generosos con la memoria del curandero. José Luis, compañero de Residencia de la Paca *La Pesetas*, es un jubilado bronco y seco que tiene por costumbre llevar la contraria a todo el mundo. De los más altos de su pueblo, siempre está malhumorado; cuando cuenta una gracia más parece que relata una tragedia. Siempre mira desde arriba, no lo puede evitar. Sabe que me entrevisto con Paca frecuentemente y me suele interpelar sobre lo que quiero yo de “esa”. Le digo que me cuenta cosas de curanderos, de hierbas, de los médicos de antes, del abuelo...

-“¡Zarpudo!, ¡el más desgraciao de Albalate!, -dice con tono exaltado-, ¡qué curandero ni qué hostias!, un zarrioso que iba por ahí con la cajeta de la Virgen pidiendo. Un desgraciao. Y ella, no alienta verdad. Te va a liar... y te contará más cuentos..., cosas que se imagina, ni caso, ¡el Zarpudo, Mediodios!, ¡me cago en la leche!”.

Dos pinceladas más de la figura más que arcaica del tío Mediodios.

Días más tarde, un anciano que había oído las palabras de José Luis me recomienda que no haga caso a ninguno a los dos, ni a la nieta ni al criticón. Que la nieta se quiere aprovechar de las cosas de su abuelo, porque nunca ha sido nadie más que una desgraciada, y por eso lo imita y ensalza: para destacar. Según él *el verdadero* era el abuelo; ella no sabe más que cuatro cosas de hierbas y muchos cuentos. El tío *Zarpudo* (no le nombró Mediodios) era, sí, un pobre desgraciado, que bebía todo el vino que le diesen, que andaba con la ropa sucia y rota, que dormía en la calle cuando le vencía el sueño. Que era buen hombre pese a todo, *que no tenía muchas luces* pero que sabía

³⁴ En la portada del libro de José Manuel Pedrosa (2000) aparece el retrato de un santero cordobés coetáneo del tío Mediodios. En ella da a besar a una niña una imagen religiosa; en la parte trasera del icono se ve claramente la caja de las limosnas. Limosnero, santero y curandero, esa es la mejor aproximación gráfica a la figura del curandero de Albalate.

cosas que nadie más sabía. Y que curar, curaba. Era, nadie lo duda, un especialista en hierbas; y que la manera *de hacer teatro* para diagnosticar y tratar era unas veces verdadera y otras falsa, muchas veces fruto de la bebida, pero que algo sí le había pasado a ese hombre que le hacía “especial”.

Fue Lola, otra compañera de Residencia, de noventa y tres años, la que explicó de otra manera el origen de los poderes del curandero. Según ella era muy devoto de la Virgen de Arcos, un creyente como había pocos. Visitaba con mucha frecuencia el Santuario de la Virgen donde se quedaba rezando horas muertas. Siempre mirando a la Virgen. Parece ser que le intrigaba. -“*Estaba loco por ver si era de carne*”. Cuando la curiosidad pudo más que la prudencia, con un palo se acercó a la imagen y le arremangó las sayas por ver lo que había debajo. Fue allí y entonces cuando recibió el fogonazo que *le apagó la luz*, y no arreglando el plantero como relata su nieta. Desde entonces, según Lola, llevó la vida que llevó *para redimirse de su pecado*.

Esta misma mujer me cuenta, hilando por otro lado, que cuando a su hijo le dio el *paralís*, lo llevó a la curandera de Oliete, que era ya muy anciana, y le dijo que no podía hacer nada. Ya otra vez le había advertido de ella un herrero: -“*P’a todos vale menos p’a mí. Tengo una enfermedad que no es de ella*”. Existía la discriminación entre enfermedades de unos o de otros.

Paca, creo, ya tenía previstas este tipo de reacciones negativas. La incredulidad o la indiferencia actual hacia las cosas de su abuelo son hechos que se vienen repitiendo cada vez que ella insiste en apuntalar el mito. Tiene su defensa en una parábola que cuenta cada vez que la memoria del curandero sufre un ataque. La fe, la pobreza y la limosna quedan así justificadas.

-“*Yo creo mucho en Dios; en un Poderoso creo mucho. Lo que no me gustan son las mentiras de la gente. Porque el Señor también fue a pedir por todo el mundo. Eso lo contaba mi abuelo y yo, como alcahuetica...*” y se explaya con un relato que sintetizo así:

-“*Un señor que recorría el mundo pidiendo limosna se acercó a una casa a pedir. La dueña era amiga de asistir a los mendigos pero su marido, ausente entonces, no. Ofreció la limosna pero el mendigo la rechazó diciendo que aquella noche se iba a hospedar en la casa. La mujer, temerosa, se resistía, pero el mendigo la convenció de que le dejase pasar la noche en la bodega; le ordenó, además, que le hiciese unas sopas con un mendrugo de pan florecido que traía consigo, que se las bajase a la bodega y que cerrase la puerta con llave dejándolo dentro. Accedió la mujer, hizo las sopas, las sirvió y cerró la bodega dejando al mendigo dentro. Cuando llegó el marido pidió su cena, cenaron y se acostaron. En la cama el hombre tuvo un dolor de tripas insoportable; la esposa le hizo un té de roca y, como no se le pasaba, se decidió a llamar al médico. Al pasar por la puerta de la bodega el mendigo preguntó desde dentro dónde iba y, al enterarse del padecimiento de marido dijo que no hacía falta*

llamar al médico. La hizo volver y le indicó que le hiciera cruces en el vientre al tiempo que recitaba el siguiente ensalmo:

*Entre l'arte y l'artera
Está el Redentor
A gusto de la señora
Y no del señor
Pan florecín
Sopa en cazuela
Pobre en la bodega
Dolor de vientre: ¡Sálite fuera!*

Así lo hizo la mujer. A la tercera vez, se le pasó el dolor. El marido preguntó quién le había enseñado a hacer eso y contestó que fue su madre quien se lo enseñó; el hombre no lo creyó e insistió sobre el origen de ese saber. Fue entonces cuando confesó lo ocurrido, y que tenían al mendigo encerrado en la bodega. El hombre, agradecido, le mandó a buscar para que se acostase en su propia cama. Cuando la mujer bajó a llamarle la puerta seguía cerrada con llave pero el pobre mendigo había desaparecido. Era Jesucristo.”

Al tío Mediodios pocos le reconocerían algo de no ser por el entusiasmo de su nieta. Ahora que están de moda las recuperaciones arqueológico-culturales, no será de extrañar que su figura acabe pasando al panteón de los ancestros populares. Los médicos están en el de los ilustrados. En los pueblos, como en las ciudades, se les reconoce la ilustración dedicándoles una calle, aunque luego ocurra que todos se acuerden del nombre y nadie del personaje que lo llevó puesto. Las calles de Albalate, algunas, se llaman de dos o tres maneras. Casi todas indican lugar (Cantarerías, Tremedal, Ancha, Horno, Cuesta de las Losas) y santo (san José, san Francisco, Mártires). A veces se les añade el tercero, en agradecimiento a algún personaje. La historia del nombre de las calles permite una lectura interesante de la historia del lugar. Por la calle de los Baños no puede pasar un coche por estrecha y empinada; tiene dos letreros de cerámica a su entrada, uno frente a otro. El más viejo, casi cubierto de cal, indica que por allí hubo un establecimiento higiénico; el más nuevo lleva el nombre de don Pedro Baringo. Es la calle Baños o la calle Baringo. Ningún joven sabe si Baños es apellido o si Baringo fue maestro, notario, político o si descubrió algo, aunque el cartel le nombre como “doctor”. Lo tienen claro cuando me dicen que sería *un rico* de los de antes; y el nombre de la calle fruto, casi seguro, de alguna alcaldada. Efectivamente, así nos lo confirma Luis Gasco, ex alcalde de Albalate y amable confidente. Su relación con el hijo del homenajeado provocó la denominación.

-“El abogado estuvo en Zaragoza de Presidente de la Diputación y ayudó mucho a Albalate; siendo yo alcalde, allá por los años sesenta, tenía interés en arreglar la calle que va desde la entrada de la carretera hasta el puente, la que cruza todo el pueblo, y

la quería echar de asfalto para antes de las fiestas; le llamé y le dije que esto no podía seguir así y que solicitaba su ayuda. Los otros del Ayuntamiento me decían que yo estaba loco, que no se podía arreglar aquello tan pronto, pero me llamó el abogado y me dijo si tenía peones preparados y le dije que sí, que por eso no quedaría, así que dos días antes de las fiestas mandó los camiones y todo con el asfalto caliente p'a que se pudiera extender bien y yo monté tres turnos que trabajaban día y noche y, p'a las fiestas, la calle estuvo asfaltada”.

“Lo de dedicarle la calle..., eso fue cosa mía, de cuando yo fui alcalde que me pareció oportuno dedicar una calle a un hombre que había hecho tanto por el pueblo, lo mismo que su hijo que me ayudó tanto y me hizo quedar tan bien con el asfaltado de la calle, que nadie pensaba que fuera posible. La iniciativa partió de mí, pero se sometió al Pleno del Ayuntamiento donde se votó afirmativamente por unanimidad, sería en 1964 o por ahí, y es esa calle estrecha que sale así, para arriba, de la plaza Aragón, que acaban de abrir ahora un bar en la esquina”.

MÉDICOS Y CURANDEROS: HÍJAR

Híjar, como Albalate, ha sido “siempre” *pueblo de dos médicos*. Cuando a principio de los años setenta se quedó uno solo, el personal reavivó la memoria para reivindicar al segundo que echaban en falta. Individualmente se pedía mejorar la posibilidad de atención. En el fondo, colectivamente, lo que se defendía era una idea de *categoría de pueblo grande*: los *pequeños* se habían de conformar con un médico, a veces compartido con otros si el pueblo era *muy pequeño*. Tener en Híjar un sólo un médico era señal de *pérdida de peso* en la eterna confrontación por el prestigio. La opinión generalizada era que alguien no hacía lo que se tenía que hacer. En el consultorio de aquellos años, cuando la sala de espera se desesperaba, eran frecuentes los recordatorios de las *parejas* que les prestaron asistencia.

Antes de la guerra, y por común acuerdo, el pueblo estaba *partido en dos*. Como la urbanística se adaptaba al terreno, el cerro cubierto de casas, calles y plazas se partió como una tarta, que no otra forma tiene este pueblo: del callizo de santa Ana hacia el sur, para don Román Espinosa; hacia el norte, para don Luis Monzón. La elección de la calle que partía territorios no era aleatoria. Entre las casas-consulta de ambos médicos no mediaban más de cien metros. La calle que las separaba era el callizo, la cuesta de santa Ana. Cada uno se quedó con el lado en el que vivía, partiendo de lo que entonces era la zona centro del pueblo. La calle Mayor, llena de comercio y servicios, se dividía en dos; las zonas periféricas resultantes quedaban equilibradas en cuanto a diversidad de clases sociales, economías o calidad de las viviendas. Para atender al personal disperso tenían sus caballerías, tartana incluida; don Luis llegó a disponer de uno de los primeros coches que rodaron por estos lugares. Como en Albalate, hasta las cuestas estaban

contempladas en la equidad del reparto. Tampoco era una novedad administrativa. Tras las expulsiones de judíos y moros, y hasta mediados del siglo XIX en que la moderna municipalidad se impuso como administración local única, el pueblo mantuvo dos órganos legales e independientes, algo así como dos ayuntamientos: la Parroquia, de los *nuevos conversos* (para don Román) y la Villa, de los *cristianos viejos* (para don Luis). El sistema debió resultar funcional y la manera de distribuir espacios de asistencia sanitaria heredó el viejo esquema. Nadie duda de su funcionalidad y aún permanece así, con ligeras variantes.

Ambos médicos eran considerados *gente de orden*. -“*Los médicos de antes eran dos señores*” (P3) Vestían elegantemente, habitaban viviendas amplias, ventiladas, luminosas, con jardín y huerto contiguos, decoradas con tapices, escudos heráldicos, pinturas, muebles trabajados primorosamente..., eran *dos ricos de toda la vida*. En la opinión del personal, mejor así. Que te hiciese caso un *rico* –sabio, elegante, ilustrado, con *maneras*- era considerado una ventaja terapéutica. Su labor fundamental se centraba en las visitas domiciliarias, aunque la costumbre de acudir a sus consultas *particulares* era más frecuente que lo que nos cuentan para Albalate; el análisis económico vino a demostrar por qué. Para los pacientes, permitía una toma de contacto con otro mundo: una visualización colectiva del lujo. Aunque la consulta repleta de libros no fuese exactamente la vivienda, desde la espera se podían atisbar los olores que emanaba la cocina, el trasiego de la servidumbre, la llegada de las visitas *no médicas*, el protocolo de entradas y salidas, la manera de moverse por su casa de “*la medica*” –la mujer del médico-, y las lámparas con bombillas eléctricas en contraste con el candil y el olor a aceite quemado de las casas de los que allí esperaban

Si se me permite un apunte autobiográfico -y no será el único-, el primer despacho que vi en mi vida fue el de don Román, ya jubilado, meses antes de morir. Luego vi un despacho en la Caja de Ahorros, más tarde el del alcalde y, a lo largo de mi vida, como cualquiera, miles de despachos más. Como el primer despacho ninguno. Quede el apunte de la sensación del paciente que sale de su alcobilla para sentarse a esperar en la antesala de la casa del médico.

Don Román no había nacido en el pueblo ni se había casado con una de allí. Comenzó a estudiar medicina en el año 1902, en Zaragoza. Allí cursó tres años hasta que su padre, harto de su relación con una peluquera, lo envió a Madrid a terminar la carrera. En Ayerbe conoció a Santiago Ramón y Cajal, quien le ofreció plaza de

investigador en su Instituto. No aceptó -según su posterior ayudante- por su afición al juego. Se estrenó como ayudante de don Pedro Baringo, en Albalate, hasta que, moviendo los hilos de las votaciones de los ediles de Híjar, consiguió plaza en ese pueblo. Como las cosas le fueron bien y venía de *buena familia*, compró y montó casa. La mayoría consideraba que *era del pueblo*. No son pocos los que dudan si era o no nacido allí; han de pensar en su rama familiar para darse cuenta de que no tenía parientes conocidos, anteriores a su propia prole. Sus hijos nacieron y se criaron en el pueblo hasta que tuvieron edad para trasladarse a estudiar fuera; nunca se despegarían del lugar y aún mantienen la casa, ahora a cargo de los nietos. Tampoco empleó sus dineros en inversiones foráneas; en cuanto pudo compró tierras, de secano y de regadío. Varias familias se hicieron *entrantes en la casa*. Su corte de “*mandaos*”, proporcional al tamaño de sus fincas, nunca fue tan extensa como la de sus compañeros de tertulia y clase; ni tan politizada como la de los terratenientes con quienes compartía vida social “oficial”. Políticamente conservador, nunca impuso su ideología personal ni a sus *medieros* ni a sus pacientes, aunque impuso la sanitaria.

En lo personal se le recuerda por sus aficiones favoritas: el juego y la música. Atento veinticuatro horas diarias a su profesión, buscaba los ratos muertos de las tardes para practicar con quien tuviese afición a la bandurria, la guitarra o el laúd. Su casa estaba abierta a los aficionados del arte de la rondalla, llevasen zapatos o alpargatas y, según cuentan, cuando se abrazaba a la guitarra se olvidaba de todo. Era su esposa doña Guillerma la que había de anunciar la hora de la cena para que los músicos colgasen los trastos y se aventasen a sus casas. A veces ensayaban en la casa de algún otro aficionado: -“*Sí, mi padre tocaba con él. Mira, al cuarto bajo de esta casa aún le llamamos el cuarto de la música; allí se metían don Román, mi padre y esos...*” (21) Las noches las dedicaba a los naipes. Era jugador *fuerte*. No se arredraba ante cualquier apuesta, apostador, ni sistema de juego. Era un experto en todos los juegos de cartas y entendía perfectamente los entresijos de los casinos. No era infrecuente que se acercase hasta Barcelona a apostar a la ruleta; se aventuraban, él y el farmacéutico, en una motocicleta norteamericana, una Indian, hasta la Ciudad Condal cada vez que algún acontecimiento social llenaba el casino. En un pueblo donde la afición al juego estaba firmemente encajada en la vida cotidiana, casi resulta chusco hacer preguntas sobre don Román. Nombran, enseguida, su condición de médico, pero pasan inmediatamente del tema sanitario al de sus aventuras en las partidas. Reconocido como un excelente

salubrista, ha pasado al panteón popular de héroes por su temperamento como jugador. En lo profesional, don Román era considerado un hombre serio y cumplidor.

-“Tenía una costumbre que a mi madre la cabreaba. Cada vez que venía a ver a mi padre, que lo teníamos malo de los pulmones, allí, en la cocinica de arriba de casa de mi madre, pues mi padre, como no podía respirar bien pero era muy friolero, siempre estaba al lao del hogar. Cuando venía don Román, que sentía que subía las escaleras, él se echaba a un lao, a la ventana, p’a coger aire. Y entraba el hombre aquel, y miraba al hogar, y veía la caña que tenía mi madre p’a avivar las brasas, soplando y..., la pillaba así, ¡clas! y, de mala ostia la rompía con la rodilla. Decía que p’a sacar las llamas que mejor el soplillo, pero mi madre no quería porque levantaba mucho polvo. No paró hasta que un día se presentó con un fuelle. Mi padre ya no lo usó porque se murió pronto, pero aun debe estar por casa” (P12)

Tampoco tenía reparos en poner a alguien verde por algún asunto que afectase a la salud pública. Cuentan que alguna madrugada, después de una noche de cartas, en vez de irse a casa a descansar se dejaba caer por el matadero municipal. Revisaba hasta los cuchillos. Inspeccionaba la higiene del cuarto de matar y del de desollar y, en caso de encontrar alguna deficiencia, no tenía inconveniente en inmovilizar la carne –cordero o cerdo- hasta que aquello no quedara como los chorros del oro. Y si visitaba las carnicerías, pocas veces se detenía en el mostrador, que la *vergüenza torera* de la carnicera mantenía pulcro. Se metía por los cuartos de dentro, donde sabía que se mataban más bichos que en el matadero. Allí, -“*para que la carnicera no pasase vergüenza delante de las parroquianas*” (P12), ponía las pegas que requiriese su inspección. Controlaba especialmente las zonas de secado de pieles, un mosquerío permanente, hasta que las mandó sacar del pueblo un verano, a las eras, en algún cubierto apartado.

-“En lo profesional no tenía amigos. Si veía algo que no le gustaba lo decía con claridad; y con mucha autoridad. La acequia del Lugar, la que pasa por debajo de su casa, la quería cerrada a cal y canto. ¿Tú sabes la de ratas que se metían allí?, y encima, como el grano estaba en las casas.... Pues aquel hombre se sofocaba. ¡Es que había visto críos de cuna mordidos por las ratas! Y, a lo mejor le salía así el genio y se ponía un poco..., pero es que tenía razón y, en lo suyo, la hacía valer” (P 13)

A don Luis Monzón, que además de médico de cabecera era oftalmólogo, se le recuerda menos..., por el nombre. Si preguntas por *El Bigotes* se les anima la memoria. Nada tiene de despectivo, aunque todo tiene su chunga; era del pueblo y los del pueblo se nombran o se recuerdan por el mote, aunque sean ricos, más que por los apellidos. Y aún lo identifican mejor si preguntas por *el marido de la Churrusa*, que también era del pueblo, se la recuerda de mote, y le sobrevivió cuarenta años.

La memoria que queda de él tiene todo que ver con su itinerario personal y poco o nada con el profesional. Siendo soltero consiguió la plaza e instaló la consulta en el caserón de su madre, en la calle Mayor. Con cierto toque beato, era aficionado a las lecturas románticas. Cultivaba una profunda admiración por la historia de España, y no poca por la de su pueblo. Conocía el mundo clásico, terciaba en asuntos de teología y filosofía, y mantenía contactos con intelectuales de Zaragoza y Madrid. Escribió y publicó apuntes en revistas y periódicos, alguno de corte folklorista y, de su lectura, atendiendo al estilo entre protocolario y periodístico que les daba, se deduce que pudiera ser él quien contestó la encuesta del Ateneo de 1901, por Híjar, aunque no pasa de ser una sospecha.

Se casó con la criada de su madre; primero en secreto, por lo que se decía que vivían amancebados y, más tarde, oficialmente. Como la señora era estricta no consintió semejante escándalo: mandó abrir otra puerta en la fachada para que entrase por ella la antigua doméstica. Para celebrarlo, los novios hicieron un viaje largo por Méjico donde María *La Churrusa* dejó bien sentado que ella podía ser tan ama y señora de su casa como su ilustre suegra. -“*Cuando la revolución panchista no le fue bien por allí y, ya, se volvió p'al pueblo. Su madre nunca transigió*” (M1) *La Churrusa* fue, mientras le duró el marido y hasta su propia muerte, la digna señora del señor doctor, presidenta de la Conferencia y gestora de la hacienda. No tuvieron hijos, pero sus sobrinos, labradores *medianicos* de toda la vida, acabaron heredando los campos, los dineros, los tapices, los libros, los bargueños y las vírgenes del Pilar de oro y plata que el médico puso en manos de tan arremangada esposa.

Don Luis siempre anduvo involucrado en los asuntos de su pueblo. Estuvo al tanto de la Sociedad de Socorros mutuos, de la que fue impulsor. Fue quien propició el cambio y orden de los *alabarderos*, los soldados romanos que acompañan las procesiones de Semana Santa. Acabó metido en política con el bando que ganó la guerra; de regalo le tocó ser alcalde en cuanto entraron los nacionales, así que debió lidiar la administración municipal cuando aún no había terminado el conflicto. Con fama de fascista le recuerdan quienes la perdieron, o los que volvían de los campos de concentración y se lo encontraban de alcalde; según ellos no le tembló la mano en el momento de la escarda, aunque no se le reconoce *sangre*. Los más cuentan que, como médico, era tan bueno como don Román, aunque no dedicase a la profesión tanto interés como su colega. Con una vida tan ajetreada, no es de extrañar que lo que cuentan de su vida

profesional no dé para mucho. En el mismo sitio que nació, murió. Está enterrado en un panteón familiar en el cementerio de su pueblo.

Unos años antes de la guerra, don Román *“ya empezaba a sentirse viejo y le costaba llevar todo su cupo”*. Quien esto nos cuenta no es otro que Laureano Lahoz, el único médico APD a quien hemos podido entrevistar. Acababa éste de licenciarse en Zaragoza y *“don Román me ofreció hacerme cargo de la mitad de su clientela. Como te puedes imaginar la acepté encantado”*. Laureano *El Carpañán* –larga vida que acaba de terminar- era hijo de un labrador con tierras propias y mala salud, y una comerciante de tejidos. Nació en Híjar y su buena disposición para los estudios hizo que sus padres decidieran para él un futuro universitario. Cuando se hizo cargo de aquel primer trabajo, soltero todavía, se quedó en su habitación de siempre en la casa de su madre, compartiendo cama y mantel con sus hermanos y hermanas. Le adecentaron un cuarto bajo a modo de despacho y allí seguía estudiando.

“Mi padre quería que me hiciese veterinario, porque en casa tenían algo de ganado y le gustaba la vida que llevaba el señor Marro, el veterinario de entonces, pero yo tenía claro desde pequeño que quería ser médico, así que aunque me mandaba a ver al veterinario, yo lo que hice fue medicina. Puedes decir que lo mío era vocacional (...). En Híjar, bien. Teníamos el pueblo partido y conocías a todo el mundo; aún me acuerdo de todos”.

Tres generaciones se acuerdan de él. A Laureano ya tiene que ser alguien muy respetuoso para que lo llame don Laureano, más allá de los que fueron sirvientes de sus padres. Nadie se dirigirá a él por el mote, entre otras cosas por creerse que su nombre propio lo es, pero mientras ha podido acercarse por el pueblo no ha dejado de visitar a sus conocidos, templando siempre una gaita chungona, afectuosa y llana, que no ensombrece el respeto que le tienen sus paisanos. Ha estado siempre enamorado de su pueblo.

“A mí, durante la guerra, que estaba de médico militar, conocía a algunos aviadores, que fue cuando me enteré que iban a bombardear Híjar, y le dije a uno: ¡a ver si le vas a dar a alguno de mi pueblo!; si has de tirar tira pero no hagas mal, apunta antes de entrar al puente. ¡Va, no hicieron ni caso!. Escacharon hasta mi iglesia, la de san Blas, y luego tuvieron la desfachatez de tirar la fachada, preciosa, que había quedao en pie.. Bombardearon sin talento (...). Y después, no me dejaron ir a casa, no me licenciaron, me tuvieron de médico militar y allí tuve un percance con un sifilítico que protestaba porque no lo licenciaban y se encaró conmigo y me metió una puñalada; era un paranoico (...). Hasta que se me hincharon los cojones y le dije al general que me iba; presenté certificado de los méritos y me dieron una medalla y volví a casa. Entonces entré con don Román. Por allí por el pueblo; había tanta faena que yo hacía las visitas por las casas con una bicicleta que tenía. Con la bicicleta a toda marcha por el pueblo visitando gente. Don Román ya no tenía ganas”.

Cuando comenzamos a poner en consideración la idea de *proximidad cultural* entre asistentes y asistibles, aún sin tener muy desarrollado el mecanismo por el que medir tal fenómeno, el análisis de la reacción de empatía que proporcionaba la figura de Laureano sirvió de referencia ideal por lo real; en el caso extremo de proximidad máxima, claro está. Nacido y criado en el sitio donde luego ejercería, empapado de conocer cómo era cada familia o cada barrio, entendiendo los sobreentendidos gestuales y verbales de sus propios, manejando la retranca al estilo de su pueblo, tuvo la suficiente e inusual virtud de no endiosarse por su éxito académico y profesional. Su padre seguía yendo al campo cuando se lo permitía la salud, y su madre vendiendo telas y encajes. Según él, cuajó como profesional porque mamó en su casa que *tratar con la gente no es más que contar lo que sabes y que se enteren*.

A lo largo de su estancia como médico en Híjar no hizo nada que rompiera el sentido común de sus clientes. Se le recuerda con una especial habilidad para interpretar los síntomas acercándose al padecimiento y al sufridor. Sin alharacas o falsas esperanzas, sin protocolos que encorsetasen la relación. Y muy hábil, también, para traducir lo que la ciencia médica tuviese que diagnosticar o tratar por su boca, haciéndolo comprensible. En una percepción muy general se le tiene por un médico que pensaba, sufría y gozaba como sus pacientes. En lo que más se le nota -estoy oyendo su grabación- es en la forma de expresarse. Se sigue atascando levemente cuando habla, ahora en la vejez avanzada más que nunca, pero tengo para mí que es una manera de frenar su *botepronto*: siempre es franco y de frente. Como gusta por aquí. No sintió la necesidad de “caciquear”; supo aceptar la admiración de su gente poniéndola al servicio de hacerse comprender.

Se entenderá mejor lo dicho trayendo una de sus actuaciones, contexto incluido.

Una tendera jubilada me ha contado varias veces que, cuando era adolescente, cogió una ictericia que le mudó el color. En su familia lo achacaron a un exceso de trabajo en tiempos de posguerra. El caso es que se puso amarilla. Su madre, de acuerdo con las vecinas.

“...se empeñaron en que tenía que ir al río a curarme. Mi madre me mandó a la torre de mi tía Carmen, dijo: -“vete allí que no te verá nadie”, y decían que me tenía que poner así, con los talones junticos a la orilla del río pero sin meterme, allí en la misma orilla, girada, dando la espalda al agua y los pies...descalza. Que si me quedaba así un rato se me pasaría, pero yo le dije: -“¡bien, voy a hacer yo esas tontadas!”. Mi madre se lo creía, pero a mí el que me curó la ictericia fue el Lauriano, que me curó con mucho reposo y, sobre todo, con pan frito para desayunar. Y aquella temporada sin leche ni huevos ni coger frío, que yo la cogí de un frío” (P14)

Cuando pregunto detalles de aquel ritual curativo insiste en que eso ella no se lo creía y que eran tontadas de las mujeres de antes; que no sabía si otras lo hicieron, pero que las vecinas aseguraban su eficacia. Que el mecanismo curativo parece ser que consistía en que el agua arrastraba la enfermedad al llevarse el reflejo amarillo de sus talones en ella; por eso debía permanecer un rato allí, quieta, sin que nadie la viera, aunque desconocía si en caso de ser vista se anulaba la efectividad del empeño.

- *“Hombre, había cosas que el Lauriano explicaba bien, porque venía mucho por casa y eso. Para los callos decía que era bueno el polvo del trillo. Eso no quería decir que te tuvieses que poner el polvo del trillo en los callos, sino que para el verano, que era cuando se trillaba, por el clima seco, se te va el frío de los huesos y por eso se te pasan”* (P14)

Sabía las concepciones de su gente, respondía con parábolas míticas que un convecino sabía interpretar; mejor que su compañero de oficio que lo tomaría por loco. Explicaba sus conocimientos *de facultad* ajustándolos a ese entender y ese léxico. Será por eso por lo que ha tenido fama de bruto entre sus colegas, más refinados. Y fama de entendedor y entendido entre los pacientes que ha tratado, siempre en pueblos aragoneses. Y que daba para la ictericia, sobre todo, pan frito para desayunar. *Que estuvieran quietos y alimentadicos* era la lógica científica de *Lauriano El Carpañán*.

Nada ha tenido nunca en contra de los curanderos que conocía. En su opinión, algunos eran muy expertos en el arte de componer huesos, reducir esguinces y torceduras, colocar en su sitio nervios acaballados o trayendo a juego *la carne fuida*. Nos contó su relación con el más famoso entonces.

-*“El tío Rufar era el curandero de la comarca; ese curaba todo con huevo: empleaba las claras y se comía las yemas, ¡ja, ja!. Cuando me lo encontraba por ahí le decía ¡cómete las claras!, y él se reía y me decía que las empleaba para hacer los masajes. Él tenía una habilidad..., él “encasquillaba” el hueso, si había alguna fractura, y entablillaba bien. Y yo le decía: ¡mira, que si tú pasas por médico yo pasaré por curandero!. Pero había algunos, coño, que te dejaban cada cosa fatal, ¡eh!”*.

Recordamos a la tía Salvadora, capaz de confeccionar cualquier artilugio con tela, ballenas y vetas, capaz de soportar una hernia. Aquella mujer era especialista en niños herniados y, aunque conocía y había practicado el ritual de pasar a la criatura por la horquilla de un árbol, en lo que se confiaba entonces era en el acierto de su manipulación para reducir la hernia y del suspensorio que hiciese. Siempre a la medida. Ya no era ortopedia doméstica, sino especializada. *El saber* se lo había pasado su madre; ella lo había perfeccionado, sobre todo, haciendo más cómodos los bragueros. Cuando murió a principios de los años setenta, aún se encargaba de las hernias.

El médico y el personal recuerdan que curaban la tía Chona, “*hermana del tío Zurdo*”, a la que don Román Espinosa mandaba gente con la misma confianza que hoy envían sus colegas al fisioterapeuta. Muy buena fama llevaba la Pilar *La Chapi*, también conocida por la tía *Sorda* -hasta el punto de hacerme pensar que se trataba de dos curanderas distintas-, -“*su marido era de Lécera, y vendía leche de cabra*”. De la tía *Gorretana* cuentan que no era tan buena, -“*esa era más mala; no sabía tanto*” (P3), pero también arreglaba. Todas se dedicaban a la traumatología y recibían a cualquier hora en sus casas, aunque si se encontraban cerca del lugar del accidente eran avisadas sin pensar en más. Al contrario de lo que ocurre con el tío *Mediodios*, nadie me ha sabido explicar el arranque de su legitimidad para curar. Los datos etnográficos revelan confusión al respecto; no se acuerdan los informantes quiénes curaban de gracia y quiénes no. Acaso se refieren indistintamente a la gracia y a la fama, dando por supuesto que una cosa acompaña a la otra. El empirismo aparece como la madre de esa protociencia. El curandero tradicional de la zona, el de toda la vida, es el que los mexicanos llaman “huesero”. Por aquí, hablar de curanderos remite a trauma. Llegan noticias más lejanas de aborteras, ensalmadoras o santiguadoras. Queda, de aquel regusto arcaico, cierta asociación curandera-bruja. En dos ocasiones nos llegan menciones, veladas prudentemente, de otras curanderas de especialidad diferente que existieron en el pueblo y, concretamente, de una que vivía en el barrio de San Antón a la que se tildaba de “medio bruja”, de tener que ver con “cosas de chicos y abortos” (P14), de quedarse con algunas vísceras y caldos –supuestamente para venderlos a las señoritas, lo que nos lleva a pensar en asuntos de cosmética-, y de la indelicadeza de dar a los animales los restos humanos como comida. Y que -“según se ve tenía que ver con otras de Andorra, o de la sierra o de por ahí..., pero eso lo sé yo de oídas, que yo no la conocí” (P2)

En alguna otra ocasión se malinterpretó mi intención de investigar sobre curanderos creyendo que buscaba asuntos referidos a brujas, sobre las que se hicieron comentarios chistosos que ilustraban con historias cortas y chascarrillos, puestos generalmente en boca de sus padres o abuelos. Se referían casi siempre a asuntos de *espíritus* y *aparecidos*. Existía en esos comentarios cierta tendencia a mezclar y ridiculizar, pero también se aceptaba que eran clientes esporádicos unos, habituales otros, de los curanderos. Llamaba especialmente la atención el buen entendimiento que existía entre los médicos, don Román y Laureano, y los curanderos *arregladores*. No se produjeron entre ellos los rifirrafes habituales de la época respecto al intrusismo profesional que

pueden encontrarse en los archivos judiciales o en publicaciones profesionales. Reproduzco parcialmente uno de esos documentos del Archivo Histórico Provincial de Teruel, aunque no lleva fecha ni lugar.

“Preguntado convenientemente por S.S. para que manifieste con claridad y precisión si el procesado Vicente Haro Verduch, al pretender curar al finado Pablo Anadón Blasco, se atribuía la cualidad de Médico ó Doctor en Medicina, o por el contrario se hacía pasar por la cualidad de Curandero, dijo: Que no puede decir si el referido Vicente Haro Verduch se daba á conocer como Médico ó Doctor, puesto que no conoce á dicho sujeto ni ha hablado jamás con él, puesto que cuanto expuso en su declaración prestada en este sumario al folio setenta y uno lo hizo por referencia de lo dicho por su hermana Pascuala Marzo Verduch”.

¿De dónde procedían las veladuras y contramitificaciones que denotaba el discurso del personal respecto de los curanderos? Tanto para el caso de Híjar como para el de Albalate, queda claro que la llamada *clase médica* no aparecía involucrada en el hecho. Hubo que buscar en otro lugar el origen del cambio de mentalidad. Dos instituciones merecieron nuestra atención: la enseñanza en las escuelas y la Iglesia católica. La fecha 1901 no sólo es el arranque de un siglo y logotipo de la encuesta del Ateneo, sino de otros dos hechos interesantes. Por Real decreto de 26 de octubre de ese año se declara obligatoria en todo el Estado la enseñanza en las escuelas de la Higiene y Fisiología; pensada como asignatura independiente formaba parte de Ciencias. Los primeros textos donde se desarrollaba el plan se comenzaron a editar hacia 1906. Rescatado de la limpia desarrollista practicada en la biblioteca escolar hijarana, llega a nuestras manos *Nociones de Fisiología e Higiene*³⁵. En la primera parte dedicada a la Fisiología no se hace ni mención al aparato reproductor, aunque sí se explica el digestivo, el circulatorio, el esquelético o el respiratorio. Cuando nombra las secreciones se limita al sudor y la orina. En su segunda parte, la dedicada a la Higiene, se explican los alimentos y el agua, las bebidas alcohólicas, el aire, la luz y el calor, las habitaciones, la piel, el aseo y los baños, los vestidos y la gimnasia, y el cuidado de los órganos de los sentidos. Nada que objetar a la concisión y simplicidad del texto..., hoy. Entonces hablar de gimnasia era como pedirle a alguien que trabajara sin remuneración. Acaso resulta ahora llamativa la tendencia a no relacionar unas cosas con otras. Quedaba el cuerpo humano –de hombre, públicamente tapado con un velo, como el Crucificado- como el mapa de las vacas en la carnicería; y los órganos como el despiece en el mostrador. No se debía entender muy

³⁵ Victoriano F. Ascarza, tirada 26, de la editorial El magisterio Español, 1931.

bien aquel cuerpo; ese no era el cuerpo de los escolares, o de sus madres o de sus tíos. Cuando pregunté, me dijeron que ese era el “*cuerpo del Catón*” (P 14), como el esqueleto era la muerte, aunque estuviese en otro “mapa” en la casa del médico. Me recuerdan quienes manejaron aquel texto (P14, P15, P2) que la maestra, angustiada por la imposibilidad de meter en las familias o en las cabezas de sus alumnas aquellas novedades higiénicas, acababa remitiendo al médico como sabedor de lo que ella no podía explicar bien. Sí captó la intención de sus superiores de desalentar cualquier fenómeno higiénico o sanitario que no tuviese relación con los contenidos del libro. Hacía saber que sólo el médico poseía los conocimientos que al respecto pudiesen necesitar, y despotricaba cada vez que se le planteaban costumbres y tabúes auspiciados por las familias o por aquellos *charlatanes* sin instrucción a los que acudían para resolver problemas de salud. La salud era lavarse y el médico. Fue la generación de los años veinte la que escuchó, por primera vez en un aula, que lo que se creía “verdad” no era más que superstición, infundio, sinsentido y barbaridad. Y eso mismo servía de excusa para que muchos padres dedujeran que, en la escuela, enseñaban cosas que se salían del “sentido común” que a ellos se les representaba.

Por el lado de la Iglesia, entre 1895 y 1910, se dieron en ella ciertos movimientos englobados bajo el vocablo “modernismo”³⁶. Allí encontraban dificultades para conciliar el racionalismo que inspiraban los protestantes con las posturas evolucionistas, el pietismo o el misticismo. Es en fechas cercanas a 1901 cuando se ponen límites a algunas manifestaciones de religiosidad popular, como ocurrió con las tradicionales procesiones de disciplinantes y, concretamente, con la representación de la Pasión que se hacía en la iglesia de san Antón. Corría la sangre, según cuentan los exagerados. Desde el púlpito, como desde el aula, se cambiaba el discurso culto acerca de la fiabilidad de las curaciones, aquí las milagrosas. Sólo sería ya milagro lo reconocido como tal por las autoridades eclesiásticas; la “milagrería” quedaba oficialmente anatémizada. Defender aquello requirió el informe y parecer de los profesionales sanitarios, de los médicos. Se ponía como ejemplo de milagro verdadero el de Calanda, por la implicación de los cirujanos en el reconocimiento científico de aquella gran verdad. Lo que fuera fe pura, ciega, se mudaba a fe científica. A la vez, se iba paulatinamente abandonando el mensaje de la resignación cristiana, como manera de afrontar la adversidad, y se recomendaban abiertamente las medidas profilácticas promovidas por el higienismo. Encomendarse a Dios, a la Virgen o a los Santos seguía

³⁶ Julio Caro Baroja (1985: 602 y ss.), *Las formas complejas de vida religiosa*.

recomendado, pero ya no se promocionaba desde allí como primera opción. Y si habían de restar importancia sanadora a sus intermediarios divinos a favor de los clínicos, no había de resultar extraño que, desde ese mismo estrado, se detestase la intervención de los legos. No tanto de los “arregladores” como de aquella otra sospecha que se relacionaba con brujas, artes adivinatorias, saberes ocultos y otras hierbas, que jugaban con lo que la Iglesia se veía obligada a renunciar. Ante un problema de salud, el mosén remitía al médico y consideraba *pecado moral* acercarse a la actividad paracientífica. Ese era el discurso cambiado que hubieron de aceptar los miembros de la generación de antes de la guerra.

LOS PUEBLOS MEDIANOS Y PEQUEÑOS

De mucho antes de la guerra procede una canción infantil que se recuerda en Híjar y en Samper. Parecerá un anacronismo pero su estilo es RAP, más recitación que canto. Se emplea como juego, como forma cariñosa de entretener, o para acallar algún llanto. Es la canción que acompaña al juego del caballito. Con el adulto sentado, se coloca a la criatura de cara, a horcajadas sobre las rodillas y sujeto por las axilas. Imitando el trote de una caballería, a cada palabra del canto se suben y bajan los muslos acompañando el movimiento con la recitación. Se provoca en el crío la sensación de que va a caballo, cada frase más rápida y amplia de movimientos que la anterior, hasta que se llega al galope tendido de la última en que el niño acaba creyendo que va a ser descabalgado.

*¿Dónde/ va el señor / doctor?
¿A / Jatiel / o a / Castelnou?
¿Cómo/ hacía / su / caballo?
¡trocoetrón / trocoetrón / TROCOTROOÓN!*

Fue la guerra la que descabalgó al médico de Samper, el que subía y bajaba con su caballo a atender a esos dos pueblos, a veces en su cupo. Una o dos horas de camino, tanto de ir como de venir, según el tiempo y sus inclemencias.

Las historias locales se han encargado de traer a colación el cataclismo que se sufrió en cada uno de estos pueblos. A estas alturas no resulta fácil remover cuentas saldadas o sin saldar, desmanes fuera de control o rencores nunca bien cicatrizados. Esas historias pocas noticias nos aportan sobre las condiciones sanitarias que se padecieron en aquellos años, aparte de ese “sálvese quien pueda” propio de las situaciones de crisis estructural. Desgraciadamente este periodo prolonga la crónica del fatalismo, porque fue nefasto para algunos médicos y pacientes. Quede, pues, como catástrofe en medio de un

proceso evolutivo a la que no parecía encaminada la vida de estos pueblos. Y tampoco extrañará saber que a los médicos que murieron se les recuerde más por sus itinerarios personales durante la contienda que por sus características profesionales. La representación social que se hacía del hecho trágico pesaba más que las condiciones de su oficio. Esa representación se aclara al preguntar si murieron por ser médicos o por ser ricos, cuando se responde que no fue la medicina ni la manera de ejercerla lo que les llevó al hoyo, sino su condición de “rico de toda la vida”, con las connotaciones que conlleva esa denominación. La razia comenzó, como en casi todos los sitios, con la quema de iglesias y el asesinato de los religiosos. La culpa puntual del estallido siempre se echa “...a gente de fuera que vino con el tren de Barcelona y quitó el freno que contenía tanto descontento y muchos problemas personales³⁷”. La confección del explosivo, sin duda, va por cuenta de la mala distribución de la riqueza y el conocimiento. Aquello se tomó como las pestes: el que podía se iba. Al médico de Samper no le dio tiempo a montar en su caballo. De todas maneras, a los que se pudieron marchar a tiempo les llamarían cobardes...

El mismo texto de historia local de Samper de Calanda que citamos a propósito de las estructuras sociales³⁸ nos va a proporcionar el dato referido a las condiciones en que fue asesinado el médico titular de ese partido. Mejor dicho, el *comportamiento inexplicable* de su hija después de la tragedia, que es lo que ha trascendido de esa historia. Se configuraba así otro mito con el que me he llegado a topar yendo de copas por Tarragona. Las autoridades franquistas de Samper confeccionaron un fichero en 1940 “*con la conducta político-social y religiosa de cada vecino*”. Está en la Casa Consistorial, pero cito al historiador por significar un cambio de percepciones:

“Aparecen en la documentación mujeres que, en principio, eran un modelo intachable de conducta y un dechado de virtudes para los falangistas y que sin embargo, tras el 18 de julio, a pesar de que los anarquistas asesinaron a su padre, médico titular del partido, “sin saber por qué, al poco de ocurrir estos atropellos, se unió como amante de Joaquín Ascaso, presidente del llamado Consejo de Aragón, de quien tiene un hijo y con el que permaneció hasta que se liberó Cataluña, huyendo a Francia una vez terminada la guerra”. (...) Estas mujeres han estado silenciadas durante años y, sin embargo, se han hecho acreedoras a un merecido reconocimiento, como tantas otras”.

Amarguras fuera, no tenemos noticia de cómo se las ingeniaba el curandero itinerante de Calanda, que solía visitar Samper, para seguir practicando sus curaciones.

³⁷ Se trataba del Comité de Milicias Antifascistas que salió de Barcelona a finales de julio del 36.

Imaginamos que durante ese tiempo andaría, como cada cual, preocupado por su pellejo. Durante los dos primeros años de investigación, a todas las personas a quienes pedí información sobre los curanderos de Samper me estuvieron diciendo que no conocían a ninguno. Lo mismo ocurría en los dos pueblos vecinos, Jatiel y Castelnou. Siempre me contaban que allí no había ninguno que entendiese de arreglos, que cuando sufrían alguna lesión iban al médico o se acercaban a La Puebla o a Híjar para servirse de los curanderos de allí. Me cuentan que, como habían de desplazarse, usaban más los recursos caseros o del médico que de los curanderos. Solían ser muy fieles de su médico de cabecera, y en raras ocasiones solicitaban otros médicos fuera de su partido, salvo en caso de los especialistas de Zaragoza. Al curandero lo elegían según la fama que se les atribuyera y lo gravoso de la *voluntad*.. Elegir entre Híjar o La Puebla dependía mucho de si tenían familia o conocidos que los pudieran hospedar, aunque sólo fuese por hacer una comida o para que descansase el lesionado. A aquellas alturas de la investigación no me cabía en la cabeza que no hubiesen tenido curanderos en Samper. La única referencia, y era esotérica, la había leído en otra historia local donde se dice que el antiguo castillo, sus ruinas más bien, habían servido en tiempos como lugar de enterramiento de las brujas, y que en tal lugar sigue la zarza que lo justifica³⁹.

Durante varios fines de semana acudí a un domicilio de Samper a atender a una anciana que estaba encamada y extensamente ulcerada. Como la cura requería su tiempo, aprovechaba para hilar la hebra con la centenaria tirándole por el lado *de las cosas de antes*. En uno de esos tanteos me aclaró lo que pasaba. Media hora más tarde redacté aquellas declaraciones sentado en el asiento del coche que usamos en el Centro de Salud. Se pierden, claro está, los matices y giros semánticos que empleaba la mujer, muy parecidos a los de la Paca *La Pesetas*, pero dan cuenta de lo que sucedía al respecto. Estas son mis anotaciones:

-“Según me acaba de contar C.M., en Samper a finales del siglo pasado sí había curanderos: un curandero y una curandera. Ella los conoció poco y cuando se casó ya no estaban; se debieron morir antes, a comienzos de la segunda década. Me ha dicho las calles en las que vivían pero no las puedo recordar, aunque me quedo con que una, la que era mujer, estaba en el lado de acá, el que mira a Castelnou. El hombre vivía en la zona alta, pero no estoy seguro si ha dicho exactamente en la calle Altero. Arreglaban

³⁸ Alberto Sabio Alcutén (1997:131), A las puertas de la memoria. La historia local en Samper de Calanda (1850-1970). Ayuntamiento de Samper de Calanda, IET.

³⁹ Alejandro Abadía (1996), *Samper de Calanda, siglo XIX*. Ediciones 94. Zaragoza.

huesos y torceduras. La mujer, no está segura si curaba de gracia -“*igual es que aprendió o le enseñó alguien*”. Del hombre sí que se decía que la gracia le había venido “*desde que su madre lo tuvo en la tripa*”. Se ha extendido más con la curación que le hacía a un hermano suyo un curandero que venía de Calanda cada dos o tres meses. A su hermano “*le puso los fuegos*”, (otra vez ha dicho “*le echaba los fuegos*”), unos vasicos que colocaba en su espalda para curarle los problemas de “*respiración cansina, que respiraba mal*” y que, por lo visto, también le resultaban muy bien para unos granos muy grandes y abundantes que le mortificaban, sobre todo en los hombros, molestándole al cargar las sacas. Los vasicos se los ponía en la espalda. Metía un poco de pelo de panoja y le pegaba fuego, por lo que le producía pequeñas quemaduras que justificaba imprescindibles en la curación. Le dejaba las ventosas puestas y se iba a otra casa. Luego volvía, se las quitaba cuando le parecía bien, le pagaban la voluntad, y se iba. Antes había de saber si querían que volviese en el próximo viaje.

Al final, cuando ya me iba, me llama otra vez para decirme que, ahora que se acordaba, el hombre de los Alteros no sabía si se había muerto en el pueblo o fuera, pero que sí se acuerda de que se tuvo que ir porque el médico le hacía la vida imposible, y que alguna vez incluso le echó a la Guardia Civil. Y que eso no lo sabían muchos, y que alguno, como soy practicante, pues que igual se lo había callado por eso” (P16)

En La Puebla se repitió la tragedia.

En los tiempos de prosperidad que trajo la azucarera había dos médicos titulares: don Credenciano Villar y don Sinforiano Lacalle. Como en los demás pueblos grandes, se tenían repartido el tajo.

“*Entre ellos tenían pacto. Durante muchos años se llevaron bien, pero no sé si por un asunto de sus mujeres, o del reparto que se tenían, por lo que fuese, llegó el día en que se tiraban por tierra*” (P17)

Por cuestiones similares a las de Híjar, don Sinforiano trajo como pasante a su consulta a un recién licenciado del pueblo, Luis Sierra, al que en pocas ocasiones se han referido, como en el caso de Laureano, con el *don* delante. El interino local terció, como es de ley, en la competencia con don Credenciano y a favor de su mentor. Se les consideraba a los tres *tres ricos*, y no se extienden sus paisanos en valoraciones sobre su actuación. La respuesta más frecuente es “*normales, eran médicos normales*” ; “*las casas, pasar visita..., normales*”. La Puebla, primer pueblo en el que se estableció la industria, tenía planteada más frontalmente la pelea reivindicativa con cualquiera que no fuese “obrerista”. Allí, el “caciqueo” ha tenido siempre respuestas más contundentes y

violentas que en otros pueblos más sumisos. La autoridad ha sido puesta en jaque con más descaro. No es despectiva su manera de no querer hablar de los médicos, es que no quieren verlos como autoridad.

Cuando los anarquistas aparecieron por el barrio de la Estación, ya había algún paisano que señalaba quién era *contrario*. Allí mismo lo liquidaban. A don Sinfioriano se lo cargaron en una de esas, me imagino que por ser considerado autoridad, o rico, o por no ser de la cuerda de los que manejaban ese día las pistolas. El caso es que, al margen de su actuación clínica, acabaron con él de la misma manera que lo hicieron con el de Samper. A la brava, y asunto terminado.

El *curandero de la Casilla* tuvo ocasión de ver como se acercaba el tren de Barcelona. Era ferroviario y vivía en una casa pequeña aislada a pocos metros de la estación, al otro lado de las vías, en un descampado. Con él no iba nada. Atendía su oficio y, en los ratos libres, *arreglaba* cosas de huesos, músculos y tendones. Ya llevaba años en el pueblo pero no era natural de allí. De él cuentan que era “*un hombre humilde, muy callao, muy sencillo y que trabajaba con mucha seriedad. Era muy práctico*” (P18) Si curaba o no de gracia era algo que no se me podía aclarar. Como había nacido fuera, era difícil que se hubiese hecho pública su manera de venir al mundo. Él, por lo que cuentan, no daba ninguna explicación: arreglaba y aceptaba la voluntad, las más de las veces en especias. Una mujer me relata el siguiente itinerario terapéutico.

- “*El de la casilla, Pascual el de la RENFE, aquel curó a mi hija cuando se rompió el brazo pero se lo dejó montao. Fuimos a ver a médico de Samper y dijo que ya estaba bien, que si lo tocaban sería peor. El hombre le hizo así, un garrote con aguardiente (¿), pero se lo dejó montao, y así va*” (P19)

Pascual, *el curandero de la Casilla*, era el preferido por el personal de otro pueblo con un solo médico. La gente de Vinaceite solía pasar por su casa para arreglarse desperfectos. Allí me cuentan (P20) que no sólo arreglaba huesos sino que también se metía con torzones, fiebres, diarreas, dolores gástricos o intestinales, problemas circulatorios y hasta con manchas de la piel. También atendía de las mismas dolencias a gente de Samper, Castelnou y Jatiel (P16, P19). Su terapia era, en general, física: masajes, torniquetes, estiramientos, flexiones. A veces colocaba emplastos y recetaba cuatro o seis tipos de hierbas que cosechaba o mandaba coger por el campo. Otros le llevaban las caballerías cuando se ponían malas pero no quería saber nada de ovejas, vacas, cerdos o animales domésticos (P17). Cuando lo destinaron a otra estación, ya después de la guerra, se perdió su rastro. Tenía competencia abierta con la tía *Guagua*,

que sí era del pueblo. -“*La tía Guagua era peor que el de la Casilla. Sabía menos, pero también arreglaba*” (P17)

El médico de Urrea de Gaén también se vio involucrado en la contienda. Más por sus propios hijos que por él mismo. Don Pedro Laín (padre) gozó en su tiempo del prestigio profesional de los expertos en cirugía. Estuvo muchos años ocupando la plaza de titular y el recuerdo que dejó entre sus convecinos alcanza el grado de eminencia. Se le recuerda como el mejor médico que le hubiese podido tocar en suerte a un pueblo tan sencillo como aquel. En ningún otro caso de los revisados aparece una figura tan claramente asimilada a la paterna. En alguna ocasión he llegado a escuchar que fue un padre para toda la población, y lo relacionan con los buenos partos. Gozan los de Urrea al nombrar que el prestigio de su médico era tal que se acercaba por su consulta gente de otros pueblos, de Albalate e Híjar, e incluso de Zaragoza, para que les visitase. He oído que disfrutar de sus servicios era “un lujo” accesible a cualquiera; incluso, a alguna curandera natural de ese pueblo. Uno de Híjar que fue su paciente esporádico nos lo confirma:

-“*¿Ves esta cicatriz que llevo en la varilla?. Ahora se me nota menos porque ya hace muchos años, pero esa me la hizo el médico de Urrea. Yo llevaba ahí un bulto gordo que mi madre decía que tenía muy mala pinta y a mí me molestaba p’a comer o si me lo tocaba y no paraba de crecer y mi madre, como no se me pasaba (...). Don Román le dijo que no tenía importancia pero mi madre me llevó andando por el camino de la huerta a Urrea. El médico tenía la casa en la plaza, donde ahora está la tienda del Martín, que la tenía muy bien arreglada, y allí me operó (...). Se pegó media mañana. Nos acompañó mi tía, que a ella ya le había curao de no sé qué mal, lo mismo que a mi primo. Me bajaron, mi tía y mi madre, en brazos, con un calor de maría santísima, y me ponían unos emplastos que se me puso todo muy rojo; pero el caso es que luego ellas pasaban vergüenza por si me veía don Román, pero no dijo ni media. Se ve que lo que me hizo no se podía hacer en el pueblo*” (P3)

En la fachada del caserón de la plaza está la placa grabada que recuerda a quien pueda leerla quién nació allí. Mientras redacto estas líneas llega la noticia del fallecimiento del homenajeado, don Pedro Laín Entralgo, hijo del médico que operó a aquel hijarano. La prensa nacional glosa la figura del académico, médico, historiador, lingüista, antropólogo y filósofo olvidándose de su padre y de su familia. Nombran, eso es inevitable, el pueblo en el que nació. Como con Goya y Fuendetodos, o Buñuel y Calanda, a los paisanos les gusta que el pueblo salga a relucir por haber sido la cuna de personajes tan ilustres –aunque generalmente tan poco “paisanos”-. No ocurre lo mismo con la prensa regional, tan aficionada a proporcionar relumbrón a sus próceres; en todas estas crónicas se insiste en que “de casta le viene al galgo”. En ellas se señala la

importancia de la figura paterna que tan buenos “fundamentos” proporcionó al hijo. Los periodistas, que estos días invaden Urrea para recuperar la figura del *último humanista*, pasan “de puntillas” sobre la postura de don Pedro al alinearse con la línea dura de los que ganaron la guerra, los falangistas de los que fue ideólogo. Y enfrentándose muy seriamente a su hermano que tomó la opción contraria emigrando a Rusia. Sus paisanos mantienen un pacto de silencio al respecto que notan incluso los periodistas. Con buen criterio, nadie quiere sacar a colación los sufrimientos del padre que vio cómo la guerra puso a sus hijos en frentes antagónicos. Como en el caso de Samper o de La Puebla, cuando se llega a ese punto, la tragedia personal ensombrece y limita la memoria profesional y pública de quienes sufrieron las contradicciones de la guerra civil. Y quizá por eso, por haber sufrido lo mismo que cualquier otro convecino, a don Pedro padre le dan un crédito popular más íntimo y personalizado que a su ilustre hijo. La oficialidad franquista reconoció los méritos dedicándole una calle. Por cierto, otro Laín, don Basilio, también tiene calle en ese pueblo. Y aunque se trataba de un cura, no son pocos los que asocian tal nombre con la familia de médicos.

Tal era la fama de don Pedro entre sus paisanos que cuando se pregunta por los curanderos de su tiempo minimizan su concurso afirmando la poca necesidad que había de ellos. Reconocen que sí los había pero que desde que llegó aquel médico prácticamente dejaron de trabajar. Incluso se deja traslucir la sensación de que agradecían que con él pasaran a mejor vida las percepciones sobre el cuerpo, la salud o las terapias populares que hasta entonces se habían utilizado. Al contraponer la figura del médico con la de los curanderos, el trabajo de aquel hombre *partió raya*.

Una mujer de ochenta y nueve años a quien tuve ocasión de atender varias veces en su domicilio, me explicaba que no es que el médico fuese tan extraordinario o accesible sino que las curanderas de Urrea eran *flojicas*, que eran mejores las de Híjar o las de La Puebla:

-“Claro que me acuerdo de las curanderas de Urrea. Había dos o tres que entendían algo de huesos y estorceduras, pero no eran curanderas curanderas, es que a lo mejor pues tenían práctica arreglando esas cosas y a veces pues, por el Regadío, cuando más de medio pueblo vivía allí, pues ¿cómo ibas a llamar al médico?, iban y el que sabía algo de eso, como..., lo mismo que los animales, que se entorzonaban o se lisiaban labrando (...), pues ¿llamabas al veterinario de Híjar?. ¡Quia!, ¿y de dónde sacabas las perras p’a pagar?, pues lo mismo: el que entendía algo pues arreglaba, y si quedaba mal, mala suerte. Aquí había una curandera de medio pelo que le llamábamos la tía Mauricia que arreglaba huesos, atendía partos y eso (...), pero era mejor curandero uno de Híjar al que fuimos más de una vez con ...” (P21)

DICHOS Y HECHOS TRADICIONALES

De esos pueblos pequeños llegan más noticias de terapias propias o percepciones tradicionales relacionadas con la salud que de los pueblos grandes, más proclives éstos a contrastar las “recetas” de los especialistas entre sí por disponer de más opciones. No recojo aquí los múltiples usos de las hierbas consideradas medicinales, valga la muestra de Paca *La Pesetas*. Algunas aparecen en distintos pueblos, grandes o chicos, y sus variantes no son sino adaptaciones locales de los mismos principios curativos o etiológicos; otras no las he oído más que en un sitio mientras que en los otros no tenían noticia de ellas. Las ofrezco en miscelánea como testimonio anterior a la guerra de las formas de entender el cuerpo o la curación que se procuraban los paisanos. Común a todas ellas es que prácticamente nadie las emplea en la actualidad, aunque algunas creencias están todavía en la “reserva mental”.

“Los nacidos en febrero sólo tienen un ala del hígado” (P22)

“Lo mejor para cortar la hemorragia es coger una telaraña sin destruirla y ponértela en la herida. Se corta inmediatamente”.

“Cuanto más arriba nace alguien, más fuerte es. No vayas a comparar la fortaleza de la gente de la sierra con los de Barcelona, Valencia o la gente de la rivera del Ebro” (P22)

“Las uñas y el pelo van como el vino y las cañas: con la luna. Tienen sus días en los que se pueden cortar o en los que no. Eso también vale para los trasplantes y los injertos. Te sales del día y sale mal”. En otras ocasiones se relaciona con el secado y curtido de las pieles de los animales sacrificados.

“Las diarreas se curan con clara de huevo y gaseosa de pitón” (P17)

“Los enfriamientos se pasan tomando obispos. Los obispos llevan su receta que es: higas, miel o azúcar, un litro de vino y dos zuros; lo pones todo a hervir hasta que quede reducido a la mitad. Cuando te lo tomas sudas mucho pero lo primero que te quitan es el silbido del pecho. Lo mejor, que ya no te resfrías más. Inmuniza” (P22)

“Hombre pequeño, hombre malo. Hombre grande, hombre falso. Hombre lisiao, hombre amargao”.

“P’a destetar a los chicos lo mejor es darles sopicas dulces o mostachones, o las dos cosas a la vez. Las sopicas dulces son lo mismo que las sopicas de leche, que se hacen con pan, aceite, azúcar y leche. Se han de cocer lentas, lentas, a fuego bajo” (P14)

“Si ves a un chico pequeño que come cal de las paredes o arena o tierra, no te preocupes. Les hace bien. Eso es que necesitan lo que lleva, lo mismo que las cabras que busca las balsas de agua salitre y chupan las piedras” (P23)

“Lo peor del regaliz es que les salen lombrices a los chicos, pero también vale cuando las llevan porque así las expulsan”.

“Quien pede fuerte y mea claro, no necesita médico ni cirujano”.

“Lo mejor para las quemaduras es untarse con aceite”. Se supone que de oliva; otro no se conocía.

“El frío tiene tres sitios principales por donde ataca: la cabeza, la boca y los riñones. ¿Por qué te crees tú que los viejos llevaban siempre pañuelo a la cabeza, tapabocas, y la banda hasta p'a segar?” (P3)

“La calentura de las mujeres tiene distinto origen que la del hombre. La de ellas es de adentro, la de los hombres de afuera” (P20)

“Si tocas el agua cuando tienes el periodo, se te corta y te puedes quedar machorra”.

“Para las picaduras de avispa, te meas en la tierra, haces una bola de barro así y te la pones en la picadura. Te deja de picar enseguida y te baja la inflamación” (P5, P23)

4. TRADICIONALISMO DIRIGIDO, ESCEPTICISMO Y ECLECTICISMO

4.1. Crónica del tradicionalismo dirigido

LOS ESPIRITISTAS Y EL RÉGIMEN

La posguerra trajo el silencio: -“aquí no piaban ni los pajaricos” (P3). Tal reserva era aplicable tanto a los curanderos y al personal como a los propios facultativos. La mayoría de los médicos que no fueron desalojados de sus pueblos por equivocarse de bando, aprovecharon para colocarse en mejores plazas. Los que tenían casas en los pueblos, y eran jóvenes, las vendieron y ocuparon los puestos vacantes en Zaragoza o en pueblos cercanos a la capital; los que ya no tuvieron ganas de traslados, generalmente por causa de la edad, se amoldaron a la nueva situación sin apenas cambios en su quehacer diario. A la mayoría no les costó demasiado esfuerzo; de mentalidad conservadora -“eran conservadores los que tenían algo que conservar”- (P3), su peor adaptación vino de la escasez de las arcas municipales de donde habrían de salir sus salarios. Muchas veces pasaban meses sin poder cobrar, por lo que los gastos empezaron a correr por cuenta de los receptores de la atención. Las igualas, que antes de la guerra eran una mera formalidad que casi nadie pagaba, se impusieron como condición obligatoria si se quería requerir atención médica. Los curanderos, fuera de los circuitos oficiales y sin más posibilidades que remontar el desastre personal, se quedaron donde estaban. Siendo mayoritariamente mujeres u hombres de edad avanzada, no tuvieron participación activa en el desastre. Expectantes ante los nuevos médicos, jueces y jefes locales del Movimiento, procuraron volverse transparentes o, como poco, pasar desapercibidos. En los pueblos donde el cura se alineó sin reservas con el poder, su desprecio por la vertiente esotérica de la curandería se hizo patente: no querían más *Mediodioses*.

El curandero tradicional, como hemos ido viendo, no ocupaba un espacio terapéutico delimitado con claridad. Quizá fuese la manera en que se hacían las preguntas lo que provocó la indefinición. En ocasiones se nombraban personas con cierta soltura para reducir fracturas o dar masajes en una contusión; a éstos los denominaban como “curanderos” por emplear, aunque fuese esporádicamente, las mismas técnicas que los reconocidos como “profesionales”, que dedicaban buena parte de su tiempo a esa actividad, aunque nunca fuese la prestación de ese servicio lo que les proporcionaba el sustento. El avance en la investigación y el tiempo investigado trajeron al papel otra

forma de curar que desvelaba y justificaba ciertas reticencias, prevenciones o veladuras hasta el momento poco claras. Fue cuando nos topamos con los *espiritistas*.

Las noticias básicas que nos llegan de ellos proceden de un aficionado al esoterismo, un viajante de comercio ya jubilado (P24), que en su juventud tuvo ocasión de coincidir en las fondas con miembros de los diversos corpúsculos que se fueron instalando por toda la región. Según él, en Aragón, el espiritismo entró a principios de siglo procedente de Francia. Sería en Huesca donde se afincaría un grupo de aficionados a esas artes, primero propiciado por algunos médicos, a los que después se unieron grupos de tendencias espiritualistas no cristianas. En la primera década del siglo ya existía en Zaragoza un grupo bien organizado que se reunía en una casa de la calle Alfonso I. Parece ser que, hacia los años treinta, en el grupo zaragozano primaban dos tendencias: una, la más ortodoxa, dedicada a auspiciar el encuentro con los muertos con el interés de descifrar el *más allá*; otra, que buscaba de la comunicación con los muertos extraer saberes, consignas o remedios para los problemas de salud, fuesen mentales o somáticos. A restos escindidos de ambas pertenecían varios médicos que acabaron teniendo problemas con el recién creado Consejo General de Colegios Médicos de España. Asfixiados por la situación en la capital, decidieron marginarse instalándose en algunos pueblos apartados de Huesca o de Teruel, sin presentar el título académico legitimador de su quehacer profesional. Ya no se presentaban como médicos sino como “espiritistas” que resolvían problemas sociales, familiares o personales, tuvieran o no relación con los de salud. De los que eligieron Teruel, nos llegan noticias que arrojan algo de luz sobre aquellas actividades. Se instalaron en dos pueblos de la sierra con tradición esotérica, Berge y Molinos, donde contaban con el concurso de algún acólito – un estudiante de medicina que no terminó la carrera- que se encargaba de la búsqueda de contactos por la zona, de forma itinerante. El interés proselitista con que abordaron la cuestión levantó las sospechas de las autoridades locales que los sometió a vigilancia. Buscaban por aquellos parajes personas con sensibilidad especial para cualquiera de los asuntos que consideraban relacionados con la naturaleza de lo extraordinario. Así, se aproximaban a echadores de cartas, visionarios, rezadores, zahoríes, curanderos, dementes, o a cualquier lugareño susceptible de ser utilizado como *médium*. Los acabaron encontrando e ilustrando. No resulta aventurado deducir que, acostumbrados a ser objeto de la duda o mofa de sus convecinos, algunas de esas personas viesan, en los advenedizos cultos, la justificación de unas sensibilidades y vivencias difíciles de encajar en el monopolio ideológico del tradicionalismo convencional. Dos datos

etnográficos nos ilustrarán acerca de la percepción que de aquellos hechos tenía el personal al que se ofrecían los servicios. En el primero, un varón de noventa y cuatro años, serrano de nacimiento aunque residente en la zona desde su juventud, nos hace un relato que tomé a vuelapluma y que transcribo purgado y sin modismos:

-“Había un hombre de mi pueblo que tenía muchos problemas de salud y ya le habían visto médicos, del pueblo y de Alcañiz, y no le daban soluciones. Había ido también a algunos curanderos y no le habían sacado nada. Se enteró de que en Molinos había dos médicos espiritistas que eran capaces de decir de dónde venían los males y qué tratamientos había para ellos. Se fueron a Molinos el hombre con su hijo el mayor. Se informaron de cuál era el mejor y, para probarlo, decidieron que el hijo, que no creía nada en esas cosas, subiese a la consulta y preguntase por el paradero y la salud de su padre, haciendo como que no sabía de él desde hacía tiempo. Mientras, el padre se quedaría esperando en la taberna. Arriba, planteando de esa manera el asunto al espiritista, éste respondió que su padre se encontraba en la Argentina y que no tenía ningún problema de salud. El hijo, riéndose, le dijo que era un estafador y que su padre estaba abajo, esperándole en la taberna. El espiritista le contestó que el que estaba allí era el marido de su madre, no su padre. Y lo malo del caso es que tenía razón, y lo sabía todo el mundo, menos el hijo” (P22)

El otro dato nos llega desde otro de los pueblos de la zona y, por suponer un problema familiar de nuestro informante, todavía sin resolver aunque hayan pasado más de cincuenta años, ahorraremos las referencias personales y locales. La transcripción, como en el caso anterior, evita la literalidad y las referencias comprometidas, aunque sigue lo más fielmente posible el hilo del discurso.

-“El caso de mi abuela es algo que no debería nombrar. En mi casa está prohibido hablar de eso y ni yo tengo muy claro qué es lo que pasó. Siempre nos han prohibido hablar ni enterarnos ni preguntar, pero está claro que algo hubo. La familia se dividió por eso y es un tabú, como si nadie quisiese hacerse cargo de lo que pasó. Pero, claro, a mí siempre me ha intrigado y, quizá tú que estás estudiando el tema, puedas aclararme algo. Mira, mi abuela tenía fama de bruja. Era una mujer bastante extraña. Lo que sé seguro es que padecía epilepsia y sufría unos ataques muy aparatosos, pero eso no justifica que la trataran de loca o mala o que hiciera mal a nadie. Lo que a mí me ha llegado es que se reunía, a veces, con otra mujer del pueblo y otra gente que venía de Andorra o por ahí –recientemente me ha llegado por otra fuente que eran de Oliete- y hacían algo que no estaba bien visto. Sólo sé que aquello se llevaba de boca en boca y mi familia le dijo a la abuela que dejase de hacer aquello porque comprometía a toda la familia. Como no hizo caso, riñó con ellos y no llevó muy buena vida. Lo que sé es que se juntaba esa gente y que el jefe era uno de Zaragoza” (P25)

En el momento en que me explicó aquello no supe qué decirle, pero a los pocos meses, después de contrastar su relato con el anterior y con la forma y condiciones en que se presentó por aquí el fenómeno espiritista, volvimos a reunirnos y concluimos que, efectivamente, la condición de epiléptica de su abuela la hacía susceptible de ser abordada y convencida por los propagadores de aquella doctrina; que las misteriosas

reuniones *secretas* de la abuela, sus comadres y los forasteros debieron ser sesiones donde se invocaran a los muertos y que su abuela pudiera haber servido de *médium*, dada su exuberante personalidad. Se descartaban así sus sospechas de que se pudiera tratar de reuniones de cariz político, religioso (quizá protestante) o relacionadas con la masonería.

El asunto no sólo convenció razonablemente al informante sino que nos permitió entender la postura radicalizada y no permisiva de la intelectualidad orgánica frente a los curanderos en general, fuesen de procedencia religiosa, empírica o esotérica. La hegemonía de la medicina científica, ahora que parecían cada vez mejor resueltos los problemas anatómicos, de las enfermedades contagiosas, de accesibilidad, farmacológicos o clínicos, se basaba en el descrédito de todo lo acientífico. Se metía indiscriminadamente en ese saco cualquier forma de gestionar la salud por medios autónomos respecto a la estatalización de la asistencia. Los curanderos, en ese esquema, no tenían cabida posible. El monopolio legal y la legitimación de la medicina como profesión se hizo fuerte en 1945 cuando se estableció el primer Reglamento de la Organización Médica Colegial. El Colegio Oficial de Médicos, dependiente de la Dirección General de Seguridad, aseguraba un control político del colectivo médico: el Estado ofrecía a cambio asalariamiento y la condición de funcionarios⁴⁰. A cambio, ese colectivo cedía buena parte de su independencia, lo que originaría no pocos conflictos de política profesional⁴¹. El personal ya la había perdido cuando en 1939 se impuso la Ley de Bases de la Seguridad Social, aunque, en la zona, la ley tuviera más que ver con los empleadores que con los empleados, que no dejaron de ser libres para buscar soluciones que tenían ya que ver más con las iguales que con la protección estatal. -“*Yo fui de los primeros que pagó el duro*”, es la memoria que queda de la nueva obligación de cotizar a un organismo del que nada se esperaba, es más, que se llegaba a confundir con la Hacienda Pública por cuanto suponía un gasto que no se veía reflejado en prestaciones distintas a las que se tuviera derecho *antes del duro*.

El régimen, que se calificaba a sí mismo como “tradicionalista”, se colocó a la vez otro apellido -“*y de las J.O.N.S.*”-, que cabe denominar como tradicionalismo dirigido, en el sentido de mantener los valores y órdenes jerárquicos anteriores aunque remitiéndolos a un nuevo obrerismo que trataba de tener en cuenta, no la condición de *persona*, o *individuo*, o *ciudadano* de cada uno de los españoles, sino su condición de

⁴⁰ Josep A. Rodríguez y Jesús M. de Miguel (1990) lo exponen con claridad en *Salud y Poder*.

productores. España necesitaba resistir el bloqueo internacional y, acostumbrada por la guerra a contemplar a los varones en edad productiva como el elemento fundamental que permitió ganarla, se hacía sensible nada más que a cubrir las necesidades sanitarias del personal que se necesitase, según ese criterio, para “levantar” España. Así, no es extraño que, atravesado todo por una permanente idea de fatalismo, -salvo en la élite de los vencedores, claro- al sistema sanitario que nació del Régimen se le hayan puesto ordenada y sistemáticamente los apodos siguientes: Moralista, Tradicionalista, Autoritario, Paternalista, Patriarcalista y Machista⁴². Veremos qué idea de ellos tenía el personal que lo disfrutó o sufrió.

LA SERRANICA, EL MÉDICO TITULAR Y LOS CELOS

Una de las primeras visitas domiciliarias que tuve que hacer como enfermero en La Puebla fue a la calle La Rosa. Allí viven tres mujeres solteras, con deficiencias locomotoras a causa de un déficit congénito de hormona del crecimiento. Soledad, Carmen y Gregoria han trabajado siempre como modistas costureras; primero en la torre donde residían con sus padres a las afueras del pueblo; luego en la calle donde les visito para inyectarles habitualmente *p’a los huesos*. Es un tratamiento prescrito por el especialista del hospital de Alcañiz y controlado por su médico de cabecera. Están en el “programa” de crónicos. La ATS a quien sustituía me dio indicaciones previas. No las conocía con anterioridad, aunque había oído hablar de ellas. Gente de Híjar les hacía encargos relativos a su oficio. Se las conocía por “las baldadicas de La Puebla”.

Se entra a la casa llamando a un portero automático de diseño “aerodinámico” que tarda en responder. La primera vez que llamé pensé que no había nadie y estuve a punto de marcharme. Esperé. Por fin se oyó una voz: -“*Quién es*”, -“*soy el practicante*”, -“*suba, suba*”. Se abrió la puerta de madera con una pequeña reja en el centro que permite mantener abierto un ventanuco de ventilación. Un pasillo conduce al arranque de las escaleras. A la derecha, una puerta cerrada da a un *cuarto bajo* que debió ser cuadra. Tres o cuatro gradas y, en un rellano, una puerta de cristales. Pasada ésta, un

⁴¹ El análisis de los problemas derivados de la pérdida de autonomía de los médicos ha sido estudiado comparativamente por Eliot Freidson en *La profesión médica* (1978:39 y ss.) Sobre la socialización de la Medicina Thomas McKeown y C.R. Lowe (1974) se explayan en *Introducción a la Medicina Social*.

⁴² Jesús M. de Miguel, en su obra anteriormente citada y, sobre todo, en *La amorosa dictadura* (1984) justifica ampliamente esta retahíla de apelativos. Oscar Caballero (1975) en *Autopsia. Chequeo a la medicina española*, abundó antes en los mismos términos sin especificarlos tan claramente, aunque con una visión menos analítica, más propia y acorde con su estilo periodístico, no poco corrosivo; dejaba caer, además, otro calificativo -“corrupto”-, que nadie antes se había atrevido a publicar, aunque la propia administración ya estaba intentando corregir tal desviación.

tramo de escaleras empinadas pero bien soladas lleva al primer piso. Otra puerta de cristales da acceso a un pequeño distribuidor. Enfrente, un dormitorio. A la izquierda, una cocina de la que salen efluvios de verdura cocida; es mediodía. A la derecha, otra puerta de cristales que da a una sala amplia y luminosa. -“*Pase, pase*”. Es el antiguo taller de costura convertido ahora en un salón de estar. Los muebles, contra la pared; en el centro, nada, amplio y despejado. En un rincón, una alacena cerrada. Al fondo, un balcón se abre a la calle e inunda de luz la habitación; Gregoria, de espaldas a él, apoya su brazo derecho en una máquina de coser. Sentada en una silla sonrío al suelo, da los buenos días y se queda *de muestra*, a la expectativa. Carmen, en viso y con los pelos revueltos, rubirrojos y húmedos, se seca con dificultad el sudor provocado por su paseo matinal del que acaba de volver; está sentada en otra silla junto a un sofá y, a su alcance, colgando del techo, dos anillas como las de gimnasio que le permitirán cambiar de postura si se aferra a ellas. Unas muletas permanecen en equilibrio inestable apoyadas en el respaldo; -“*Antes, mucho, mucho; ahora.. nada, nada*”, pronuncia con dificultad a modo de saludo. Soledad, *la Sole*, aparece a mi espalda renqueando, apoyándose en las paredes y el marco de la puerta. Debía estar por el fondo de la cocina: -“*Ahí le ha dejao la practicante de todo*”.

Aquello ocurría en el verano de 1997. Dentro de siete días volveré a esa casa. Ya hace tiempo que no entro sólo como practicante. Cinco años de contactos han permitido un acercamiento personal que permitirían una monografía completa. A lo largo de ese tiempo se han convertido en unas de mis principales confidentes, informantes, o como se les quiera llamar. Aparecerán en varias ocasiones en estas líneas a propósito de sus itinerarios terapéuticos, así que no está de más dejar en sus manos la presentación.

-“*Como éramos muchos hermanos y allí no había vida para todos nos tuvimos que trasladar aquí donde mi padre se hizo cargo de una finca y..., aquí nos establecimos. No creas que todos los hermanos están igual que nosotras; a nosotras tres nos tocó la china y, ya ves. Los que estaban bien se casaron y tienen familia, que ahí están mis sobrinos. Nosotras, no creas que la vida es jauja, que nos hemos tenido que espabilar para salir adelante, que a este taller venían de todos lados, de todos pueblos a que les cosiéramos, sobre todo de Castelnou, que como era pequeño, estaba cerca, y no había modista pues venían a que les arregláramos la ropa y todo eso; así que hemos trabajado mucho y, por ese lao hemos tenido suerte, que la faena no nos ha faltao nunca; que por esta casa han pasao... de todo.*”

En este momento voy a traer a colación a su hermana menor, y no costará mucho entender el porqué. Otra vez les cedo la palabra.

-“Nuestra hermana la pequeña era la séptima hija de nuestros padres, que como usted sabrá es el caso que se ha de dar para que alguien nazca con la gracia para hacer cosas. Era un portento para todo lo que hacía, igual la aguja que lo que fuese; pero ya desde pequeña lo que mejor sabía hacer era curar, que veía a alguien y sabía si estaba enfermo o no. Y lo mismo con los animales; que a casa traían conejos o reses que estuviesen enfermas y con sólo mirarlos sabía si se podían curar o se iban a morir. Curaba, desde pequeña, los torzones de las caballerías, bajaba las fiebres y curó a muchos (Da varios nombres propios y apodos, y sus hermanas aseguran que todavía le tienen reconocimiento). Pobrecica. Pero al médico no le parecía bien lo de mi hermana y no le dejaba que lo hiciera, así que en casa teníamos disgustos cada vez que aparecía alguien para que lo curara, pero ella como si no (...). Sólo te tengo que decir, para que veas lo que era que, cuando algún chico cogía el sarampión, venía su madre a casa para que se lo quitara y, por miedo al médico, mi hermana o incluso mi madre si no estaba ella, le daba una toquilla roja que tenía, se la ponían de frazada a la criatura y sin más se le bajaban las calenturas y se recuperaba. Ella misma dijo un día que no tenía remedio y que se iba a morir; y se murió en el día que ella había dicho y en las condiciones que pronosticó. Veintidós añicos tenía y ya lo había dicho; si lo sabría ella (...). Si tendría gracia que los quintos de Jatiel venían año tras año a pedir un jubón que tenía y se les dejaba para cuando el sorteo de quintas. Así nunca nadie tuvo que ir a África, y eso es verdad que los de Jatiel lo saben. Y aún después de muerta, el jubón cortado en tiras se les daba en Jatiel a los quintos y ninguno iba a África. Así era mi hermana la pequeña, que todo el mundo se acuerda de ella.”

Al preguntar a los curanderos o a sus familiares por su relación con los médicos no es muy frecuente que se pongan en su contra o se sientan discriminados; no hay que olvidarse de que suelen requerir sus servicios, rara vez al contrario. Tampoco los médicos plantean la cuestión mostrando un enfrentamiento abierto. Cuando se les pregunta por cuestiones de injerencia, unos y otros responden afirmando las buenas relaciones entre ellos o, como máximo, que cada cual está en su terreno y no se quiere meter en el de los demás. El tema de los terrenos la mayoría de los estudiosos lo resuelven afirmando algo que se ha convertido casi en una muletilla: hay enfermedades que son de médicos y las hay que son de curanderos. Es ésta una representación académica tan potente que da reparo poner a prueba; y menos cuando nos coincide algún dato. No podemos negar que, en lugares como Galicia, Castilla o Andalucía, se produce una delimitación popular entre patologías que definen si se ha de acudir a uno u otro especialista. Pero me temo que en el estudio de estos casos hay varios aspectos que quedan inconclusos. Primero, no se suele tener en cuenta la evolución en el tiempo del sistema de creencias: lo que valía para 1901 se hace valer para 1967 o incluso para 1999. Segundo, por necesidad de generalizar se simplifican extremadamente los casos, por que existe la tendencia a que estos sean muchos, pero revisados muy superficialmente; la extensión parece más convincente que la profundidad. Tercero, no

se suele contemplar el contexto social y cultural del enfermar y curar⁴³; se estudia la curandería en sí o la medicina científica de la misma manera, sin contemplar la posibilidad de entendimientos mezclados. Y cuarto, que se toma como estrictamente cierto lo que “se dice” sin tener en cuenta lo que “se hace”. El aojamiento, bandera española de los Síndromes de Delimitación Cultural, es el padecimiento clásico que sirve para justificar las terapias populares frente a las científicas, y paradigma de la eficacia simbólica. Pero ese es un problema de los antropólogos. Para los médicos se supone que es un problema de origen social, no una patología de etiología somática o siquiera psíquica en el que ellos hayan de intervenir. Para los responsables de la criatura suponen que discriminan fácilmente y sin dudas la etiología que determina el tratamiento. Así se ha querido ver casi siempre el tema, como un amplio encaje de bolillos semántico y culturalista pero sin asomarse a ver el conflicto en la calle. Pocas veces se han tenido en cuenta la evolución de las racionalidades que acompañan a ese fenómeno. Una madre que detecta síntomas, objetivos para ella, de malestar en su criatura es quien calcula el origen de la enfermedad; si columbra que le han echado mal de ojo, aunque se manifieste como apatía, desgana, diarreas, llanto irrefrenable o déficit de crecimiento, la causa le manda al curandero y no al médico. Incluso sabrá elegir entre los especialistas populares el específico. Pero ¿cuánto tiempo aguantará la madre el tratamiento tradicional en caso de no resultar efectivo?, ¿de qué depende, en última instancia, la salud de la criatura?. Imaginamos que dependerá de lo afianzado de la creencia, pero no cuesta pensar que si se prolonga el malestar acabará yendo al médico aunque tenga que pagar. Esto, claro está, sirve para el caso en que haya médico, curandero y algún bien material o moral que ofrecer a cambio; donde no hay médico lo tradicional prima, y ese era el caso del mal de ojo en la España profunda de Baltasar Gracián, de Goya, o incluso en la de Ramón J. Sender, de la que quedan, en el mejor de los casos, las muy manoseadas “supervivencias” que buscaban como setas los evolucionistas. Pero aquí tratamos de una zona y época en la que las discriminaciones entre territorios terapéuticos no han sido nunca tan delimitadas ni excluyentes; las racionalidades acaso buscadas y encontradas en otros contextos no nos podrán servir de guía. Bajándonos al terreno y al siglo, si el médico de cualquier pueblo bajoaragonés detectase fuera de su consulta, paseando por la calle o comprando el periódico, que una criatura a la que ayudó a venir al mundo sufre cualquiera de los síntomas descritos para el mal de ojo o cualquiera otro de la imagería popular, ofrecería espontáneamente el

⁴³ Ver Prat, Pujadas, Comelles (1980:43-68), “Sobre el contexto social de enfermar”, en Kenny y de

remedio de su arsenal que considerase oportuno. Es lo que se ha esperado todo el siglo de él. Seguramente no se enfadaría con el curandero sino con la madre. Pero vayamos a la opción contraria. Si, en las mismas circunstancias, es el especialista tradicional el que ve a la criatura en ese estado, ¿será capaz de criticar al médico u ofrecer a la madre su remedio? Aquí seguramente no, porque el curandero establecido sólo acude si le llaman y no cualquiera es su paciente, porque hay muchos que no aceptan su opción mientras que la del médico está generalizada, a diferencia de Galicia (Lisón, 1987) Pero, siguiendo el mismo supuesto, si fuese una vecina la que detecta los males del zagal, es casi igual de seguro que ayudase a la madre a descifrar la etiología de la enfermedad, iniciándose entonces el itinerario terapéutico –proceso asistencial- que más conviniera de acuerdo con la oferta existente.

La forma histórica en que se ha producido aquí el proceso de medicalización del personal lleva a entender que el médico sea racionalmente intervencionista, que el curandero sea abstencionista fuera de sus límites espaciales y simbólicos, y que el personal haga *a pelo y a pluma cuando ve caza y tiene hambre*, y perdón por la metáfora. Pero, además, y volviendo al hilo que ha motivado el circunloquio, ni el sarampión, ni las fiebres, ni los torzones, ni ninguna de las dolencias que llevaban a casa de La Serranica a los sufridores, eran territorios exclusivos de la curandera. Ese era territorio adjudicado *oficialmente* al médico de turno, y en la racionalidad científico-técnica de aquel hombre, ver que se procede ante un sarampión con una prenda, por muy colorada que fuese⁴⁴, no iba a hacer mayor efecto que poner a la criatura a la luz de la luna. Ciertamente él podía, entonces, hacer nada para curarle el sarampión, pero era el celo profesional, su dependencia ideológico-técnica del sistema, y su orgullo como representante de una idea hegemónica, lo que le llevaba a desdecir a la curandera hasta amargarle la vida. Tenía, pues, un problema profesional y otro científico. Deslegitimaba a la joven por acreditarse él, pero el personal, hasta que no apareció la vacuna, legitimaba tanto a la curandera como al galeno, y tomaba la postura de aquel médico como una injerencia autoritaria en un territorio que era, todavía, común, no de uno u otro. De ahí que la manera que tenían las hermanas y clientas de la curandera de entender su “celo” tuviera más que ver con la envidia que con la diligencia profesional. Yatrogenia social del médico en opinión de las hermanas, aunque expresada en otros términos. Distinto es el caso de los quintos de Jatiel, territorio exclusivo de la

Miguel (comp..) *La antropología médica en España*.

buenaventuradora, que el médico vería como tontería mientras la gente lo tomaba como el control de un riesgo que, como la enfermedad, afectaba a vidas y haciendas.

REPOSICIONES Y PINCHAZOS

Desde la posguerra, la manera en que se han ido llenado las vacantes de los especialistas dedicados a la salud ha seguido pautas y caminos diferentes. La de los curanderos siguió, hasta principios de los sesenta, la misma norma considerada tradicional, cubriendo relevos generacionales, aunque se denotan bajas no repuestas en Samper. Más o menos hasta esas fechas siempre había un número “naturalmente” limitado, proporcional a la población demandante aunque no al total de la población en que residieran, asunto que queda aclarado con los trasvases de un pueblo a otro, atraídos por la fama de alguno. En todos los cortes generacionales aparecen curanderos consagrados y legitimados al lado de otros –“*es que ese entonces no sabía tanto*”- que están en proceso de legitimación, en una fase de prueba en unos casos y de aprendizaje en otros. Con los médicos en cambio, tras la guerra y a la retirada de los antiguos, se inició una rueda de reposición mucho más dinámica. Se deja notar de distinta manera según a quién preguntamos. Los mismos que nos ayudaron en la época anterior son los que más lío se arman; recuerdan bien los cambios del domicilio-consulta pero denotan confusión en el orden sucesorio. La generación que no vio la guerra considera *clásicos* a los que conocieron siendo pequeños, aunque saben, *de oídas*, quienes les precedieron. Los médicos que sucesivamente fueron pasando por estos pueblos, en algún caso se llegaron a instalar en las casas de sus predecesores, casi siempre en calidad de arrendatarios y casi nunca usufructuando el mobiliario. Más frecuente era que alquilaran una casa céntrica y la vistiesen con ornamentos más acordes con los tiempos, de escasez, y sin el boato anterior. Tampoco era raro si cambiaban de casa por desavenencias con la patrona, casarse o aumentar la familia. Entre los años cuarenta y sesenta solían durar en el puesto doce o quince años. También hubo quien estuvo sólo unos pocos, o incluso alguno que se retiró y cambió de actividad, algo infrecuente. Lo más común era aguantar en estos pueblos el tiempo justo hasta conseguir mejor destino, fuese por cuestiones económicas o familiares. La mayoría no compró casa. En los pueblos pequeños lo normal era que ocupasen la “casa del médico”, un edificio de propiedad municipal que ponían a su disposición como incentivo que hiciese más llevadero el aislamiento, la soledad y la escasez de igualas. A los médicos los solía

⁴⁴ Acerca del simbolismo de los colores en la curación ver Turner (1999: 337 y ss.) y, en una referencia más próxima, De Martino (1999: 129 y ss.). Las cintas de colores, recordamos, también se utilizaban en

contratar ya el Estado, aunque quedaban algunos adscritos a la Diputación Provincial – los últimos herederos de la beneficencia- o a los Ayuntamientos. Ya no se vieron consultas y casas como las de antes. Ni chalecos de paño fino con reloj de cadena colgante, ni sombreros. Cierta aire marcial se instaló en las consultas, por cuenta de que la mayoría de los médicos se bregaron en el ejército. Llegó la penicilina y comenzó otra guerra.

Volviendo a los curanderos y por enlazar con el caso de Albalate, cuando el tío *Mediodios* dejó de curar por fallecimiento, y aún al mismo tiempo que él, había otras personas dedicadas a lo mismo. No tenemos noticias de que hubiese repuesto para su complejo sistema, pero las *arregladoras de toda la vida* estaban en número y cualificación a la altura de las de Híjar o La Puebla.

-“Aquí, cuando yo era chico, trabajaba Rosa Alcaine Aranda, que vivía en la calle Mártires, más o menos por el número 7. Esa arreglaba cosas de huesos, un hueso salido del sitio, estorceduras, todo eso lo arreglaba bien. Y sabía de huesos porque ella era mondonguera de oficio y se conocía muy bien lo de los cerdos y de ahí aprendió para las personas. Sabía hacer cataplasmas con hierbas y huevos y no sé que más. La gente acudía a la calle Mártires cuando tenía problemas de esos” (P6)

La curandera más reconocida una vez muerto el tío *Mediodios* era la tía Rosa *La Cuca*. Le acompañaban en esa actividad María Félix, la tía *Jabonera* y la citada Rosa *La Mondonguera*. Sin que se conozcan disputas entre ellas, tenían una competencia tan abierta como la tenían en los demás pueblos. En el interior de la curandería, sea profesión, ocupación o servicio altruista, también se dan mecanismos de diferenciación y jerarquía. Ser curandero reconocido y legitimado por la tradición y la eficacia era y es una forma de reconocimiento social, de prestigio, que impulsa esa competencia. A la cuestión económica no se le quiere dar importancia desde el discurso del curandero. Tampoco se la dan algunos estudiosos donde no la encuentran, o se le da justamente al considerar la inconveniencia de cobrar, pero nos consta que *la voluntad* no deja de ser una transacción económica implicada en el momento de la elección. Paca *La Pesetas* ejerció de yerbatera hasta que perdió las fuerzas para ir a por las plantas, y nunca cobró un real por ello. Aún sabiendo lo poco reconocida que ha sido su labor pues no se le considera curandera, defiende a capa y espada a su abuelo frente a las demás creyendo que, indirectamente, tal ascendencia la legitima a ella en su mérito:

-“Pero esas eran (curanderas) de poca importancia. Alguna esto de muñecas o brazos o algo, pero mi abuelo curaba brazos rotos, piernas, las caballerías, a Andorra iba mucho. Curaban, pero estorbaos sólo, otra cosa no. Ni curaban fiebres como mi abuelo, ni pulmonías ni nada. Mi abuelo curaba pulmonías y todo.... Esa, ahí bajo, sí

los partos. En términos de la antropología clásica, *magia simpática*.

en la calle san Francisco (...). María Félix sí, arreglaba alguna cosa, pero como el tío Zarpudo...”.

El tío Mediodios curó hasta que se murió. En Híjar los curanderos tampoco se han puesto más límites que los físicos para ejercer. Solían comenzar a hacerlo al llegar a la edad adulta, aunque alguno empezase ya en la juventud temprana. Se retiraban cuando se les acababan las fuerzas, la mayoría hasta el día de su muerte como fue el caso de Julián el Caminero, según nos cuenta su hermana María, la tía *Guapa*, la más requerida hoy día de las *arregladoras* de la zona.

-“Mi hermano era caminero y vivía en Urrea. Después se vino aquí porque hacía de Albalate a Urrea las cunetas, después lo pusieron de Urrea a aquí. Y siempre decían que como éramos siete hermanos siempre había uno que había de hacer estas cosas. Sí trabajaba sí; hasta que se murió aquí, que se murió trabajando. Se murió en casa de la Cecilia , esa que se le casó el chico el otro día, y se murió que iba a curar a una el pie, en el barrio Verde, que está casada con un Guerras, y que como estaba de obras dijo mi hermano: -“no subas que bajaré yo después que terminen los albañiles y te haré el pie allí”. Y bajó. Y la tercera noche que bajó, así se hizo al suelo p’a curarle el pié...se cayó así de morros...Dos horas vivió. Pero yo no lo vi gotica a mi hermano hacer nada. Y morirse él y ponerme yo. Y a mí tampoco me había hecho nada tampoco, no me había hecho nunca nada”.

El Caminero coincidió en tiempo y lugar con la tía Anria, hijarana de nacimiento y sucesora “natural” del tío Rufar. En la competencia le ganaba al Caminero. Aunque era de familia labradora, raras eran las ocasiones en que no se la encontrara en casa; trabajaba a tiempo completo. Debió ser una mujer alta y fuerte en su juventud aunque yo la conocí ya mayor, vestida rigurosamente al estilo de entonces, con las sayas negras y hasta los pies, el delantal gris y la blusa negra, la toquilla sobre los hombros y, en la calle, el pañuelo negro a la cabeza y anudado al cuello tapando un *moñete* de rosca que se hacía, como todas, trenzando un pelo que jamás se cortaban más allá de las puntas. Nunca la vi con zapatos ni creo que los usase nunca, como no fuese a una celebración. Por su casa, a cualquier hora del día y de la noche, se dejaban caer los que la necesitasen. No había semana que algún chico de la escuela no la pasase a ver, a curarse de algún *estorbao* producido por la contundencia de los juegos o la actividad infantil por calles, cabezos y huertos. En muchas familias era costumbre autorizar a los muchachos para que acudiesen a ella sin pasar por casa a avisar del percance. En más de una ocasión ha ocurrido que muchachos no autorizados entrásemos en su casa ayudando a algún lisiado. Así fue como la conocí de cerca. Cuando le comenté al médico Laureano aquel hecho me confirmó que ellos, a aquella edad, procedían igual. Que así fue, hace setenta y tantos años, como él entró en casa del tío Rufar.

Los cambios de vivienda de los médicos nunca supusieron un problema para el personal. Se habituaron a esos cambios frecuentes y se tomó con naturalidad la modestia de las nuevas consultas cuya novedad sería, no tanto el cambio de decoración como el establecimiento de horarios mañaneros en los que acudir a ellas. En los pueblos grandes seguían trabajando por parejas, ayudados por practicantes-barberos y por comadronas. Los pacientes de mayor edad, los que conocieron y fueron atendidos por los *clásicos*, suelen hacer comparaciones entre éstos y los *nuevos*. En general, suelen contrastar los cambios respecto a las actitudes, el vestir o la familia. Es frecuente que, al comparar, se refieran a los antiguos como “*Señores*”, dando por sentada una autoridad personal rayana en lo medieval, en cualquier caso indiscutible –“*don Román era un señor*”-, mientras que a los recién llegados el mismo título de “*señor*” se daba como una distinción respetuosa, más bien que autoritaria –“*don José María era un señor que...*”-. El apelativo “*majico*” que leeremos a continuación no sería nunca aplicable a los médicos anteriores, aunque no es ese detalle sólo el que motiva la cita siguiente; en pocas ocasiones se nos ha podido mostrar con tal intensidad la percepción fatalista compartida entre médico y paciente

-“Era mu majico, así...don Enrique. Y después hubo otro que vivía ahí donde está la carnicería. Y el otro don Antonio Monclús, don Antonio sí, y había otro, don Enrique era un listo que vivía donde está la caja de la plaza de la iglesia. Era gordo y de Muniesa. Y ese don Enrique tuvo la consulta con don Gregorio y dijo: -“mira, se morirá mucha gente joven, de repente, (...) porque mira, hasta la guerra, los unos que si a la cárcel, los otros que si a encerrarlos, los otros que si a encorrerlos, los otros que si a matarlos, los otros que si a cogerlos: ¡las sangres malinadas han venido las guerras, han engendrao hijos y esos hijos morirán muy jóvenes!. Y así ha pasao. ¿Cuánta gente joven s’ha muerto?”, lo dijo don Enrique. No me acuerdo del apellido. Era de Muniesa y conocí a ese medico y a don Alfonso” (P4)

La sangre adquiere un valor trascendente, tanto en el médico como en la mujer a quien ratifica en su creencia tradicional. La sangre es tenida por vehículo de la herencia, substrato del alma, medidora de la energía, fluido vital, colorada como el ánimo encendido, soporte de la psique, madre del carácter, y justificadora de un cuerpo que debe permanecer cerrado para evitar perderla. La sangre, primera alarma, lleva al movimiento instintivo de intentar pararla, aunque no sé si eso ha sido objeto de estudio de los entendidos en instintos. Pero es sabido que la sangre *se envenena*, tanto de la peste como de la mala fortuna, de las contrariedades. La sangre todavía no era el soporte diagnóstico en que se convirtió al analizarla en laboratorio.

Alrededor de la sangre se crea el mito de *los tísicos*. Era la versión *moderna* del Sacamantecas ancestral, sólo que medicalizado y mezclado con otro mito reciente, el Vampiro. El miedo al exterior era infundido en la chiquillería de la época de posguerra mentando a unos hombres de ciudad que venían en coches negros por las carreteras o los caminos, cogían a los niños, los secuestraban unas horas y les sacaban la sangre dejándolos medio muertos. Se decía que esa sangre se la llevaban a Barcelona donde los ricos tenían una enfermedad que les envenenaba la sangre y se la tenían que cambiar a menudo. Los chicos, pese a ir a la escuela, creían que los *tísicos* eran los del coche negro y no los enfermos de Barcelona. Entre tísicos, estraperlistas, maquis y guardias civiles se organizaba un temor que ponía límites físicos y simbólicos tanto al territorio como a las mentalidades: -“*del puente p’a fuera no salgas que andan por ahí los tísicos*”. Del puente afuera, el mundo.

La generación que se socializó en la posguerra rememora a los médicos de entonces de forma respetuosa pero sin la admiración o mitificación de la que hacen gala sus padres. Dicen con más franqueza *ese sabía más* o *ese sabía menos*. O *ese era más perezoso* o *ese estaba todo el día en el bar*. Al hilo de su memoria traen a colación a sus ayudantes, cada vez más notorios desde la generalización de la vacuna y la inyección. Así como antes no aparecen asociados, ahora el practicante aparece ya ligado a la figura del médico; más incluso que la comadrona. Su legitimidad era reconocida como la de cualquier otro oficio dependiente de público. En la mayoría de los pueblos era un barbero el que se encargaba de la cirugía menor, las sangrías y los enemas. A ellos no se les exigía la gracia más allá de la habilidad. El proceso institucional que los hace profesionales de tiempo parcial e iguala a tiempo completo y nómina es reconocido como una *cosa del Estado*, suplencia novedosa de aquella vieja manera de ser adiestrado desde aprendiz por un maestro que, a su vez, era ilustrado permanentemente por el médico a quien tocaba ayudar.

-“*Don José María vino cuando se murió El Bigotes, que se murió poco después de la guerra. Él me sacó a mí dos chicos, pero entonces ya había comadrona porque el practicante era el tío Marianico el barbero. Mi tío Manolico que tenía la barbería qu’es ahora la del Colón, ese sacaba muelas y con eso...pues no se quiso meter a practicante. Y eso sabía porque don Román, pues como mi tío iba con él a tocar la guitarra..., pues aun así el que se puso de practicante fue el tío Marianico. Y don José María era un señor que vino de la parte de Guadalajara o por ahí y vino soltero y se metió en casa de una, de patrona, y pasaba la consulta por las mañanas en el patio y ese señor conoció...bueno, que se entendía que tonteaba con una pero no..., y luego ya, cuando se casó con una novia formal que tenía, se puso en la casa del Mosaiquero, que había que subir las escaleras...*” (P14)

La generación que se socializó en la posguerra rehace de memoria los distintos médicos que les atendieron.

-“No me acuerdo si vino primero don Emilio Carceller o don José María. También me acuerdo de don Daniel, aquel que tenía tan mala leche, que decían que había sido un pinta durante la guerra, que era muy de Franco y que tenía un hijo militar que le dio muchos disgustos por cosas de faldas o de robos o no sé qué..., calla, que me confundo, que don Daniel vino más tarde, pero como vino de viejo.... Don Emilio vino casao, que se casó hacía poco con una mujer muy buena y muy sencilla que no se metía en nada, muy buena mujer. Él también era un hombre muy sencillo que nunca se enfadaba y tuvieron aquí los chicos, que el mayor iba a la escuela con el mío y luego se fueron juntos a estudiar al seminario, a Zaragoza. Ese don Emilio tenía la casa en el Banco que robaron, enfrente de las monjas, que se subía por unas escaleras muy grandes y allí ibas por la mañana si te pasaba algo. Pero no sé que pasaría que se fue, porque su familia tenía una tienda de recuerdos del Pilar en la calle Alfonso y se fue y dejó la medicina. ¡Ah!, y entonces fue cuando vino don José Luis Escudero, el que tenía la mujer tan guapa, que se puso en la misma casa. Eso, iban de parejas don Emilio y don José María y luego don José Luis y El Facha, don Daniel. Eso es” (P3)

De esa época viene la afición por las inyecciones y la consecuente legitimación del antibiótico y del *practicante*. Antes se dispensaban escasamente pero, con la aparición de la penicilina, la vía intramuscular se convirtió en el mecanismo más valorado de curación. A estas tierras llegó la penicilina, primero, de contrabando; fue el último invento, -con las medias de seda, los condones y las piedras de mechero-, que manejó el ya casi extinguido estraperlo. Llegaba a Tarragona por vía marítima pero los traficantes de aquí la recogían en Tortosa. Antes de llegar a las farmacias se mercadeaba con ella como con la panacea, aunque el uso indiscriminado y el fraude llevasen en ocasiones a la muerte o a lesiones irreversibles. Ahora se trae a colación a menudo relacionándola con las *drogas cortadas* que consumen los adictos. Para cuando se generalizó en las farmacias, el personal ya era consciente de su eficacia para curar infecciones agudas. De rebote, el tema de las fiebres reducidas por los curanderos dejaba de ser territorio común, compartido con los médicos, y pasaba a ser exclusivo de éstos. Las sucesivas variantes antibióticas acrecentaron el arsenal terapéutico de los clínicos. Y, como es natural, su posición predominante respecto a cualquier otro sistema curativo.

A principios de los años cincuenta, las enciclopedias que se estudiaban en las escuelas⁴⁵ seguían insistiendo en los procedimientos higiénicos. A diferencia de los textos anteriores, especificaban ya de forma sencilla y militar qué es una infección:

“Hay microbios malignos que invaden nuestro cuerpo y nos quitan la salud: estas enfermedades se llaman infecciosas. Las infecciones son producidas, principalmente, por beber aguas malsanas, comer substancias en mal estado de conservación y

⁴⁵ En este caso revisamos la más popular en la zona, la *Enciclopedia cíclico-pedagógica* que la editorial Dalmau presentaba para el grado preparatorio, a los escolares de diez u once años.

respirar aires viciados e impuros". *"Las pequeñas heridas como cortes, rasguños, mordeduras, pinchazos, etc., deben lavarse enseguida con espíritu de vino o alcohol, o mojarlas con AGUA OXIGENADA⁴⁶"*.

Planteada la educación como un rosario de preguntas y respuestas, había una que define bien el fenómeno de culpabilizar a la víctima:

"¿Qué suelen hacer los ignorantes? -Las personas ignorantes se exponen a morir, poniendo en las heridas telarañas, polvo finísimo de tierra u otras cosas, a fin de contener la salida de la sangre o hemorragia". El que se moría era por tonto; eso era lo que enseñaban. Se insistía mucho en el tema de la rabia: *"los perros rabiosos muerden cuanto se les presenta; objetos, animales y personas. Las personas y los animales mordidos por un perro rabioso adquieren la rabia y mueren sufriendo terribles dolores. (...) Las personas mordidas por un perro deben vacunarse por precaución enseguida, porque la rabia es curable antes de declararse, vacunándose con un suero llamado antirrábico, inventado por el sabio español Dr. Ferrán."*

Quizá la última noticia pública del fatalismo más negro que se recuerda sea la del último caso de rabia. Un perro desconocido había mordido a una mujer joven y soltera; su familia no le dio mayor importancia que la que suponía la herida pequeña que le había producido en la pantorrilla. Fue al cabo de unas semanas cuando se manifestaron síntomas de inquietud, malestar y fiebre incontrolable; hasta ese momento permaneció en casa y su familia no se explicaba el origen del padecimiento. Con los días la agitación y las convulsiones se hicieron insoportables y comenzó a expulsar saliva, a no poder tragar y apenas hablar, salvo para proferir gritos como ronquidos que se oían desde la calle. Al final, la sujetaron con correas a la cama sin colchón, directamente al jergón, y la sacaron a la puerta de la calle por razones que nadie se explica. La penicilina llegó tarde y el suero no llegó. Allí pudo ser contemplada por los vecinos y los curiosos del barrio hasta que murió. Las madres no pararon durante años de recordar el episodio cada vez que veían a un perro flaco cerca de sí o de sus hijos. Como evitar a los perros es imposible en una sociedad rural, se corrió la voz de reconocerlos de la misma manera que explicaba la enciclopedia: *"el perro rabioso anda con la cabeza caída, la boca abierta sacando la lengua y lleva la cola muy caída"*. Lo cual hacía convertirse en rabioso a cualquier perrillo que hubiese de soportar a diario la inquina de los muchachos que estudiaban ese libro. Las vacunas y la penicilina *a tiempo* borrarían episodios como este de la mentalidad de los lugareños. La ciencia le estaba ganando la partida a la enfermedad. Los médicos medraban en un prestigio que ya no tenía que ver con sus signos externos, su autoridad o su proximidad al paciente. El médico ya no era

⁴⁶ En mayúsculas en el original.

su médico sino el que más supiera de medicina, fuese el que te tocase u otro. Y el pinchazo, el remedio más seguro. De las vacunas, todos conservamos las *lillas* en brazos y piernas, esas cicatrices circulares que dejaron las postillas infecciosas que nos inmunizaron, aunque nadie recuerde si contra el sarampión, la viruela o la tuberculosis.

4.2. Crónica del escepticismo

LAS MEDICINAS DEL DESARROLLISMO

Cuando en 1963 el Seguro Obligatorio de Enfermedad cubría al 50% de la población, el 68% de los médicos estaba contratado por el Estado. En estos pueblos, sólo una pequeña parte de los trabajadores por cuenta ajena disfrutaban de ese seguro, entre otras cosas porque la mayoría trabajaba sin contrato. Los trabajadores autónomos recibían asistencia sanitaria oficial si pagaban la iguala del médico y la del practicante; los que podían, contrataban un seguro privado –*la Sociedad*- que les asistiría en Zaragoza o Alcañiz. Los agricultores y pastores, igual, pero tardarían más años en contratar seguros particulares. La farmacia se seguía pagando íntegra.

El principal beneficio tangible proporcionado por el Estado, que se tiene como un hito social de gran importancia, es *la paguica*, la jubilación. Siempre que se recuerda a los *viejos de entonces* se les describe como los últimos que usaron calzón, banda y pañuelo a la cabeza, y que “*andaban agarrados a las colas de los burros para subir las cuestras*”. La decrepitud percibida de la ancianidad había servido de lamento para quien imaginaba para sí un futuro semejante. Eso se acabó con la paga -lo de ir amarrado al burro, no la artrosis o el lomo encorvado-. En pocos años la paga llegaría a la mayoría de los ancianos, por eso no es de extrañar que los curanderos viejos pudiesen dedicar más horas a atender, una vez librados de la atadura de conseguir *el recaó* o atender el huerto y el corral.

El tío Francisco *El Cestero* nació en el año 17. Ha conocido a todos los médicos que han pasado por su pueblo. Con ninguno ha tenido problemas como curandero por su exquisita discreción. En los años en que comenzó a curar no solía dar explicaciones del origen de su arte; él nunca reveló señales especiales, nacimiento oportuno o fagonazo que le hiciese caer del caballo. Pero siempre se ha dicho de él que curaba de gracia. Pese a eso, no ha sido nunca el más popular de los curanderos. Desde los años cincuenta compartió ocupación con la tía *Anría* y con Julián *El Caminero*, pero nunca quiso entrar en asuntos de competencia. Dedicado al campo, trabajó muchos años una torre próxima al convento derruido de los frailes, a dos o tres kilómetros del pueblo. Aunque aquella zona de huerta se empezaba ya a despoblar, él cultivó la tierra hasta que se jubiló y recibió la paga, ya en los ochenta; entre tanto, atendía como curandero a un personal compuesto de hortelanos vecinos, parientes, o alguno de La Puebla que pasase por la puerta de su torre. De carácter muy reservado, no ha sido tarea fácil acercarse a él para recoger su testimonio. A salvo por voluntad propia de las francachelas de las zonas

pobladas, representa el paradigma del curandero rural *no urbano*. El grupo mayoritario de sus pacientes compartía con él, en su calidad de torreros, esquemas culturales y sociales que les proporcionaban una identidad diferencial respecto a los habitantes de las villas o pueblos⁴⁷. El caso es equiparable a lo que sucedía en Urrea con las fincas del Regadío, en La Puebla con la de la Cultía o en Albalate con el Batán. El hecho de vivir en torres dispersas, en los últimos reductos de la familia extensa, practicando todos el mismo oficio, sin los beneficios de la mecanización, la electricidad o el agua corriente, alejados de la asistencia médica y educativa inmediata, constituía un ámbito de necesidades y soluciones en íntima relación con la naturaleza y la ruralidad *clásica* que se diluía irremediabilmente en los pueblos, en los cascos urbanos. En ese contexto, la legitimidad del tío *Cestero* para curar no se debía apoyar necesariamente en la explicación o justificación de la gracia, -que se daba por supuesta pero que no se traía en canta-, sino en la eficacia sanadora de sus procedimientos, fuera simbólica o empírica. Ya hacía tres años que había intentado ponerme en contacto con él y no había manera. Incluso estando su esposa enferma, cuando yo tenía que visitarla en casa, se callaba y no hacía más que ayudar. Alguna vez nombró que era sabedor de mi interés por sus curaciones, pero no insistí aduciendo que no quería violentar su discreción. A la visita siguiente, agradeciendo mi prudencia, se mostró extraordinariamente hablador y explícito. Efectivamente curaba de gracia: él *veía*. No sabía cómo ni porqué pero mirando a una persona sabía qué *mal* tenía; y que lo sabía curar. Para demostrármelo me recordó que había visto hacía un rato a mi mujer pasando por su puerta y afirmó que tenía la rodilla mal; que la llevase para que la curara. Efectivamente -pensé-, mi esposa padece de una rodilla, algo constitucional y sin ganas de que el tío *Cestero* se lo enmiende. Cuando le dije que era por una cosa de huesos, vieja, dijo que eso ya se lo había *visto* desde pequeña, pero que lo de ahora era otra cosa que *veía* mal. Efectivamente lo había y no tardó en aparecer, aunque se encomendó al traumatólogo de Alcañiz. Otro día me justificó que si no me había querido contar nada antes era por que no se fiaba de mí, no me fuera a reír de aquellas cosas; pero que me vio formal e, invocando a un familiar mío asesinado a quién estimaba mucho, se decidió a hacerlo. Desde entonces hablamos con franqueza, aunque siempre con parquedad de palabras. A los pocos meses murió su mujer y reemprendió con rasmia la tarea que había casi abandonado por esa causa. Hoy ya está medio ciego, y retirado en casa de una hija, pero

⁴⁷ Mariano Laborda (1980), Lourdes Segura (1987), Antonio Lasala (1999), Godofredo Plastino (2001), han apuntado esa especificidad en relación al toque del tambor.

sigue atendiendo si se lo solicitan con discreción. Su caso es calcado al del *Giüito* de Alcañiz que estudió Sáenz, con el mismo esquema simbólico relacionado con la Semana Santa, los tambores y las fechas de nacimiento.

Don José Luis Escudero, el médico de cabecera entonces del tío *Cestero*, era un hombre algo más joven que él, grande y alto, elegante y bien parecido, que cojeaba ostensiblemente a causa de un accidente, no sé si de automóvil o de caza, que le lisió una pierna. Pese a que disponía de un Dauphine, pocas veces hacía uso de él para acercarse a las torres; lo normal era que le trajesen al enfermo a la consulta o se diese las consabidas vueltas por las calles. Dicharachero, que se juntaba con cualquier aficionado a los tragos, al arte o la caza, mostraba la cara amable y simpática que nunca veían en su colega y par, don Daniel, cercano ya a la jubilación. Éste tenía un minicoche de moda entonces, un PTV, con menos fuerzas que su dueño para subir cuestas. Los actuales cincuentones, cuando hacen comparación entre los dos médicos, sacan a relucir la valía de sus vehículos equiparándola con los saberes respectivos. Las diferencias de formación entre ambos se hacían evidentes, no sólo en lo relativo a los tratamientos sino en el trato. Don Daniel “*era de la vieja escuela*”: parco en explicaciones, duro en el lenguaje, e implacable y fácilmente irritable si le avisaban a horas que consideraba intempestivas. Don José Luis, que manejaba con gracia su aspecto y condición de señorito, era asequible aún cuando estuviese beodo. Dos citas etnográficas ilustran lo dicho.

-“*Don Daniel..., ese tenía mala picada. Parecía que estaba siempre amargao (...)* ¿*Qué crees que le soltó a mi abuela?. Estaba del corazón y venía por lo menos una vez a la semana a tomarle el pulso. Estaba muy apurada, no podía ni resollar, pero se agarraba a la vida como a un clavo ardiendo y, va, y el hombre aquel le dice: -“usté tiene el corazón que ya lo quisieran muchos enterradores. Nada, con esto no se puede vivir” ¿Tú crees que se le puede decir eso a una vieja? Se quedó la pobre que ya no levantó cabeza. Vamos, que se lo podía haber dicho de otra manera, o haberse callao, pero, ¡bien!, aquel era así, un malasombra que no se adolecía por nada. Tenía una mala costodia...*” (P26)

-“*Don José Luis era un cachondo. Estábamos en la obra echando un tejao a media tarde y se me cayó a mí un tocho de canto aquí, en el empeine, que me hizo un corte bueno; me salía mucha sangre y me lo vendé con el pañuelo y, nada más parar, antes de ir a casa, me fui a ver si lo veía por ahí, porque eran las fiestas de La Puebla y yo..., pues quería pasar a bailar. Lo pillé en el Avenida tomando vinos,... con los que se juntaba y me miró el pie y me dijo que de ir a bailar nada, que se me hincharía mucho y volvería a sangrar. Pero yo le dije que me dejara ir porque tenía un ligue y tal, que quería ir, así que allí mismo me curó con coñá, me montó un vendaje y me mandó a la farmacia p’a sacar la antitetánica y no sé que más, que me lo escribió en una servilleta. Pero yo no la fui a sacar y me fui a La Puebla. A todo esto, en armonía y con los amigos de él delante, no se cortaba un pelo. Él hizo lo que tenía que hacer y yo lo que me salió..., eso. Aún llevo la cicatriz, pero la culpa fue mía, que estaba emperrao*”

con ir a La Puebla. Desde entonces siempre me decía: -“¡eh, bailador!, ¿estaba buena la de La Puebla?” (P27)

A mediados de los sesenta la medicina había alcanzado ya cuotas de eficacia muy significativas que saca a relucir el personal. En la farmacia apenas se producían fórmulas magistrales y casi todos los productos usuales era ya de patente; más que como botica se la veía ya como la tienda de los medicamentos envasados. No en balde fue el primer establecimiento que quitó la balanza del mostrador y puso en el mercado las *cajicas*, antes incluso que el estanco que aún tiraba *paquetes*. Fue por entonces cuando las mujeres, en cosa de pocos años, dejaron de parir en las casas y las mandaban a todas al hospital de Alcañiz. Las comadronas de pueblo desaparecieron por entonces y tardarían tres décadas en volver, ya en el siglo XXI, y una para todos los pueblos, dos días a la semana. En los carnés de identidad de los bajoaragoneses de entonces se puede leer que nacieron en esa ciudad, y así los registraban por obligación. Forman ahora una “promoción” a la que se toma el pelo cuando hace falta demostrar la ciudadanía de cada cual. Por eso, ante el temor generalizado de que no “naciese” ya nadie en los pueblos, con la pérdida identitaria que suponía, y por no distorsionar las cifras de natalidad, se permitió mantener en los documentos oficiales el pueblo de origen, en cuenta del de nacimiento real. Aunque el dato no tiene mayor relevancia cabe advertir dos hechos concurrentes: uno, que Alcañiz se confirmaba como población hegemónica al alza, urbanizándose al centralizar servicios administrativos, educativos, sanitarios e industriales, en detrimento de los demás pueblos de la comarca. Y otro, por mostrar cómo un fenómeno de distribución de espacios hospitalarios y la medicalización del parto, obligarían a advertir durante toda una vida a aquella promoción, cada vez que se mentaba su origen equívoco, el consabido rollo *es que fui de los primeros que nacían en el hospital y no en el pueblo, y nos hacían poner que éramos de Alcañiz, pero yo soy de Albalate*. O del Samper o de Urrea o de Híjar, o de cualquier sitio donde la identidad cultural principal fuera asociada al nacer *de hecho* en el pueblo de los ancestros. Esa aclaración responde a la necesidad sentida de no querer sentirse *forastero* siendo del pueblo, *porque lo ponga el carné*.⁴⁸

Posiblemente de aquel ataque a la identidad arranque un escepticismo que se generalizó como evolución del fatalismo o del tradicionalismo dirigido. Ahora que ya

⁴⁸ Tales aclaraciones eran frecuentes durante la prestación del servicio militar, donde el origen era motivo de agregaciones e interrelaciones personales más densas, o al referirse a las celebraciones de Semana Santa, tan marcadas por las adscripciones locales. Sobre identidades y rituales, ver Isidoro Moreno (1991)

no había pestes, que la mayoría de la población tendría una vejez *financiada*, que apenas morían infantes, que muchos estudiaban carreras u oficios en Zaragoza, que te operaban de cualquier cosa y que cualquier día llegarían a la luna, el sitio de sus referencias se empezaba a caer en pedazos: la gente abandonaba los pueblos y nadie quería tener más de dos o tres hijos, desaparecían juzgados y notarías, cerraban bares, fondas y hasta escuelas y consultorios. La Puebla se quedó con un médico, Jatiel y Castelnou volvieron a perder el suyo y a depender de Samper. Azaila también, y se incorporó al de Vinaceite. Toda España medraba mientras por allí menguaba. Hasta las iglesias se cerraban. Los curas, en sus trece pese al Concilio, veían reducirse el número de misas y procesiones por falta de feligreses; menos, y menos convencidos. Las instituciones como Acción Católica, Beneficencia, Cofradías, Adoración Nocturna o Rosarieros, se enfrentaban por primera vez, o de nuevo, a una generación de jóvenes que no se les apuntaban, que descaradamente negaban su cristiandad y nada querían saber de milagros o misterios, que abrazaban el monetarismo y el mercantilismo..., y que entraban en una nueva cultura de redistribución de afecto paterno, ahora que la mitad de los hermanos se hallaban dispersos por esos mundos no tanto de Dios como de Franco y sus tecnócratas. La flojera falangista había dejado algo más suelto el librepensamiento; sus instituciones, sobre todo la sección Femenina, se había pasado decididamente del maternalismo al folklore jotero; sus viejas consignas no eran más que ecos lejanos de una milonga en la que no creían más que cuatro docenas de familias y otros tantos estómagos agradecidos. Remitiéndonos al terreno, y jugando con las palabras, ni dios creía en el sistema ni el sistema creía en dios, aclarando que esta generalización se refiere más a la generación que socializó en el desarrollismo que a las demás. Aquella que seguía viendo pobres y ricos, pero que se tenía que oír *que menos pobres y más ricos*. Aunque aquel recordatorio suscitase poca ilusión en cuanto a la *igualdad de oportunidades*, en unos tiempos en que se hizo popular el concepto por cuenta de un torerillo, *El Platanito*, que aspiraba a matador cuando ni siquiera era matarife. Y no triunfó, claro.

La confianza en los médicos de pueblo decreció por comparación. En Alcañiz y Zaragoza estaban *los que sabían más*, los especialistas, a los que se acudía atraídos por la fama que proporcionaban las experiencias de otros vecinos. La mejora en las comunicaciones, la llegada del Seat 600, la abundancia de productos en las tiendas, el retorno veraniego de los que emigraron, y cierta bonanza económica, se emparejaron con un cambio en las percepciones sanitarias. La sanidad privada se convirtió en

alternativa posible. Te tomaba, además, como símbolo de prestigio y no había familia, salvo las de muy escasos recursos económicos, que no estuviese ya relacionada con una pléyade de especialistas a la que acudir en caso de cualquier molestia específica, incluso sin consulta previa a su médico de cabecera. Las distancias, las físicas, las sociales y las culturales, se reducían significativamente. En los pueblos pequeños como Azaila, Vinaceite o Jatiel se comenzaba a generalizar la doble residencia, alternado meses de buen tiempo en la casa vieja del pueblo con los más crudos del otoño e invierno en el piso de Zaragoza; de paso se tenían dos médicos de cabecera a mano y se elegía entre ellos según criterios coyunturales o de accesibilidad, más que por los de fidelidad personal.

La fe en los curanderos sufrió el mismo proceso. El pragmatismo economicista que trajeron aquellos acontecimientos, la relevancia de la estructura en detrimento de la superestructura que diría un teórico social, hizo innecesarias las justificaciones místicas, esotéricas o milagreras que pudieran asociarse a su intervención. Bajo el estigma de cualquier cosa que sonase a superstición, hasta a la propia muerte se le restaron consideraciones simbólicas⁴⁹. En los velatorios se dejó de rezar *la retolica*, una suerte de ensalmos encadenados que se recitaba tras el rezo de las tres partes del rosario - para propiciar un buen viaje y una buena recepción en el otro mundo-. Se quitó *la retolica*. “*El muerto al hoyo y el vivo al bollo*” era muletilla que se repetía, más por ganas de no creer en lo que no se ve que por la seguridad de que no hubiera nada después. Lo que se ponía entre paréntesis era aquel ultramundo de cielo, purgatorio, infierno, que se veía ya como un invento para amedrentar las conciencias o, acaso, como desproporcionado premio o castigo a una vida efímera donde el control individual o familiar de los riesgos era más preeminente que el colectivo. ¿Quién de los jóvenes de entonces estaba dispuesto a aceptar que el tío Francisco *el Cestero*, la tía *Mondonguera* o la tía *Guagua* curasen por ciencia infusa?. ¿Qué padre o madre estaban dispuestos a socializar en aquel sentido?. Acaso la abuela, pero su discurso era fácil que se asumiera como superstición o como *cosas de antes*.

Habían cambiado también los sistemas de cultivo, las relaciones con los *ricos*, las discriminaciones *dentro-fuera* en que se habían basado siempre las relaciones con el mundo exterior. Para aquella abuela clienta de don Daniel que tenía el corazón gastado,

⁴⁹ La extensa etnografía de los vaqueiros de Alzada que durante años elaboró M^a. Cátedra (1988), sin ser un estudio específico de antropología de la medicina, contiene abundante información sobre la muerte, pero también sobre los especialistas populares del curar. La traigo a colación en este caso a propósito de los rituales de partida, celebrados en la casa del difunto. Ahora, cada vez más, se utilizan los tanatorios de las residencias de ancianos o el propio del hospital de Alcañiz, caso de producirse allí el óbito.

era un misterio poder hablar con su hija, que vivía en Marsella, a través del teléfono que habían instalado en la casa. Tan lejos y sin gritar, lo cierto era que se podía entender con la hija; a la abuela no le cabía en la cabeza el invento pero aquello se oía y funcionaba. Tampoco le cupo a su madre que no hubiese *enanicos* parlanchines dentro de los aparatos de radio, pero se pasó la guerra escuchando los *partes*. Lo incomprensible de la técnica se aceptaba porque funcionaba, aunque también iría poco a poco valiéndose el aval de los técnicos y científicos, que se justificaban y legitimaban con tanta seguridad y certeza como lo hicieron antes los teólogos, los alquimistas o los espiritistas. Aunque siempre les quedasen a las generaciones que se socializaron antes, en algún rincón del magín, un espacio sellado y reservado para el fatalismo, el tradicionalismo y la duda, que aparecía ocupado por las innumerables novedades en los jóvenes.

En general, y teniendo presente que la tecnificación de la vida cotidiana se produjo más o menos a la vez en todos los pueblos de la zona, se percibía que el ámbito de la biomedicina *de fuera* se ampliaba exponencialmente en calidad, cantidad y accesibilidad, mientras que la curandería parecía condenada a la desaparición y los médicos de cabecera se quedaban, en lo científico, como las *últimas sardinas del cubo*. Mientras que de aquella época nos llegan abundantes datos de hospitalizaciones, consultas a especialistas, viajes con fines terapéuticos a Zaragoza o incluso a Barcelona o Madrid, no hemos podido recoger ya datos en los que se haga constar que nadie utilizase los mismos recursos para acudir a la curandería fuera del ámbito local. Incluso en los pueblos donde no se produjo reposición de los curanderos retirados o fallecidos, como es el caso de Samper, lo que se detecta es el abandono de esa alternativa en beneficio de la biomedicina.

DISTANCIAS CULTURALES Y EXPECTATIVAS PROFESIONALES

Al hilo de órdenes dictadas por los políticos de Madrid, la Facultad de Medicina de Zaragoza, principal proveedora de médicos para la comarca, había suscrito con algunos países conciertos que permitían la asistencia a sus cursos, y la obtención de la licenciatura en Medicina y Cirugía, de estudiantes iberoamericanos o de Oriente Medio. El mundillo universitario de Zaragoza se vio acrecentado con la llegada de peruanos, chilenos, caribeños, ecuatorianos, palestinos, sirios y otros, generalmente pertenecientes a familias con alto nivel cultural y económico en sus países. España disponía ya de estructuras educativas capaces de formar, no sólo a sus propios ciudadanos, sino a los

de aquellos países todavía menos desarrollados. Zaragoza había tenido que aceptar con anterioridad la instalación de una base militar norteamericana; eso hizo que algunas estructuras de servicios se vieran afectadas, tales como el alquiler de viviendas, hostelería, servicios de carburantes, salas de fiestas o espacios naturales de ocio. Los americanos, muchos de ellos de piel morena, “*los negros de la base*”, trajeron la talla grande y una percepción novedosa del potencial extranjero, de un *otro* a quien sólo conocían por lo visto en el cine. Coincidente con esa base militar y las otras que se montaron en el territorio nacional, se introdujeron las embotelladoras de Coca-Cola, un signo de occidentalidad que aparejaría, para cuando los universitarios importados se instalasen en esa ciudad, innovaciones dietéticas y de hábitos que suponían una ruptura evidente con los sistemas tradicionales. Igual que a los norteamericanos, a los nuevos estudiantes donde más se les veía era en los lugares de ocio, de alterne, tan abundantes y asequibles en una Zaragoza que crecía a todo gas, a costa de los pueblos.

Entre la llegada de los militares americanos y la de los estudiantes extranjeros, el acceso de los nacionales a la universidad había sufrido cambios radicales. Antes de la guerra y durante la época más dura del franquismo, sólo los hijos de los considerados “ricos” podían estudiar en la universidad. Las necesidades en las casas más modestas impedían, salvo que descollase alguna lumbrera, tal periplo formativo. Los primeros “pobres” que acudieron a hacer carrera, o bien estaban avalados y financiados por algún potentado o eran “hijos del régimen”, gracias a cuya fidelidad podían conseguir alguna beca. Pocos hijos de los que perdieron la guerra tuvieron oportunidad de acudir a las facultades. Por esa razón, cuando las aulas se abrieron al sacrificio de las familias o a la inteligencia de los jóvenes sin tener en cuenta el pelaje, la llegada de los extranjeros no se entendió o se entendió mal. Aunque en el mundillo de servicios cercanos a la universidad zaragozana se viese aquello como la ampliación comercial iniciada por los norteamericanos, los rifirrafes entre algunos universitarios locales y los extranjeros procuraron cierta animadversión entre ambos colectivos que, en algunos casos, llegaron a altercados más que verbales. La prensa local se hacía eco muy discretamente de las distintas tendencias reivindicativas que se producían en la universidad, sobre todo en la Facultad de Medicina, donde los extranjeros no se atrevían a implicarse mientras algunos nacionales criticaban cátedras, solicitaban nuevas especialidades o mejores prácticas. En la percepción de no pocas familias con aspiraciones universitarias se consideraba que las estructuras educativas debían hacerse cargo, antes que nada, de los ciudadanos españoles que lo solicitasen, tomando por quijotesca las decisiones

internacionalistas. Algunos brotes racistas de la Zaragoza que se abría al mundo vinieron por ese lado; no tanto por el de los suramericanos, cristianos de religión y castellanoparlantes, como de los árabes que, a lo sumo, manejaban inglés o francés y sólo muy rudimentariamente el español. África y el moro estaban tan maliciosamente engarzados en la mentalidad españolista que la concurrencia de aquellos se tomó como afrenta patria, traición religiosa y relajación de las esencias, sobre todo por parte de los estudiantes más pudientes que veían cómo la Facultad se llenaba de extranjeros y de paletos. En los pueblos, las tendencias racistas no habían tenido opción de ser contrastadas más allá de las relaciones con los gitanos. Allí, desde los míticos años de *convivencia*, la percepción era que la raza blanca era la raza humana y el resto *los más otros*. Se asociaban la morería y el color tostado a la guardia de Franco, al desastre de Annual o al “salvajismo” africano; la faz de los americanos del sur remitía a los indios motilonos, a sacrificios humanos y a cualquier estereotipo xenófobo que la vieja y repetida historia de España hubiera podido infundir, desde los Reyes Católicos, amén.

Cuando la mayoría de los mineros, comerciantes, oficiales de cualquier especialidad, labradores de medio pelo, o pastores con ganado propio asentaron sus profesiones y haciendas, muchos de ellos calcularon que podían llevar a sus hijos a estudiar. Antes la elección estaba clara: o la milicia o el clero. Ahora se planteaban otras alternativas. La aspiración más modesta contemplaba los estudios de magisterio o enfermería (ATS entonces) para las chicas, e ingenieros técnicos para los chicos, o cualquier equivalente de grado medio. Si las aspiraciones o predisposición a los estudios era mayor se iban para ingenieros, abogados, arquitectos o médicos. Eso, si no se cierran demasiado las fechas, era común a toda España. Llamativa resulta aquí la escasa elección de veterinarios o ingenieros agrónomos, que parecería la tendencia “natural” de reproducción social en el campo; es indicativa del escepticismo del personal más rural hacia el futuro de la hasta entonces mejor considerada de las actividades subalternas: el campo. A Farmacia había poca inclinación, habida cuenta del régimen de peculiar monopolio que soportaba el sector, requiriendo cuantiosas inversiones al acabar la carrera que no estaban al alcance. Otra cosa sería Medicina: *-y en acabar, a trabajar, con las manos limpias y p'al Estao*. La abogacía, elección frecuente, no disfrutaba de la prosapia de la Medicina, y menos de la Cirugía, tan amistada con la tecnología. Desde la mentalidad de los padres con aspiraciones se buscaba no sólo el beneficio económico futuro de cada carrera sino la ventaja familiar que pudiera proporcionar. Al abogado o al arquitecto no se acudía con la misma frecuencia y urgencia que al médico. Tener un hijo

médico hacía accesible, además, el grupo de colegas con el que alternara el estudiante o futuro profesional, y eso podía ser útil tanto a la familia como al resto de la parentela y amigos, proporcionando un prestigio extra. El prestigio del médico, estuviera en el pueblo o en Zaragoza, venía de un reconocimiento más casero, cotidiano y permanente, más personalista. En la parte nada despreciable en que la emulación influyera en la elección de estudios, la figura del médico era mejor conocida y valorada que cualquier otra licenciatura; proporcionaba referencias más concretas, cercanas y deseables que otras profesiones más técnicas y de despacho. Aunque a veces fuera para mal.

-“Y hubo un hijo del pueblo que salió también médico, ya después de la guerra. Pero como era hijo de un rico le cogieron celos, rabia. Era Gustavo Bernad. Luego su hijo se hizo cirujano en Zaragoza donde su padre se tuvo que establecer por los celos que te digo. Eso le costó disgustos serios. Se da el caso de que uno de mis hijos, vendió aguarrás en la tienda y le cayó por las manos y, cuando se arrimó a la estufa, se le prendió fuego la mano y se la quemó toda, y fuimos a Bernad, al hijo, a Zaragoza a que lo operara, que era cirujano plástico, y del mismo nombre que su padre, Gustavo.

Estas cosas que pasan siempre digo que son fruto de la incultura de la gente. Aquí, a diferencia de lo que pasa en Híjar donde la tierra está mejor repartida porque hay labradores ricos, y medianos y pequeños, aquí la tierra ha sido siempre de seis ricos, y los demás ...a jornal p'a ellos, pero no había reparto tan equitativo como en tu pueblo, y por eso la cosa ha estado siempre caliente y aún hay gente que no ha podido olvidar y se guardan muchos rencores que no llevan a ningún sitio. Yo mismo estoy desencantao con la política y ya no hago caso” (P6)

Tampoco se librarían de críticas y envidias similares los escépticos que dejaron de creer en el futuro de la labranza, el andamio o el ganado, y mandaron a sus hijos a estudiar. A aquellos innovadores se les aplicaba el apelativo de *farutes*, una acepción pervertida del *faraute* castellano, sinónimo de presuntuoso o entrometido, en el sentido de tener aspiraciones poco conformes con el destino tradicionalmente reservado a los de su igual. Mentalidades conservadoras, aun en el ámbito de la modestia social y económica, veían como irracional y revolucionaria la idea de que el hijo del carbonero acabara de médico del dueño de la mina. *Es que ya no había clases*. Aunque las hubiese.

Hasta el año 1970 ninguna mujer había trabajado como médico de cabecera en los pueblos de la comarca. La primera que lo hizo fue una de aquellas extranjeras que se acabaron de formar en Zaragoza; nadie ha podido decirme su nombre, aunque todos la recuerdan como *La Mulata*. Llegó acompañada de su marido, también médico, lo que hizo que las reservas a la doble novedad, mujer y mulata, estuvieran amortiguadas.

-“Sí. Aquí estuvo La Mulata, ¿ay, cómo se llamaba?. Vino ella y el hombre. Él también era médico. Eran los que visitaron a mi marido, en el 70 (...), vivían ahí en la

plaza: (me dijo) -“es mal malo”, y a escondidas: -“está muy malo, ya lo puedes llevar donde quieras que no tiene salvación”. Y después marcharon p’Andorra o no sé qué, y creo que se separaron, el marido y la mujer, algo pasó. Ella mucho, muy apreciada. Era lista, pita, joven, y tenían un niño, y tenían la madre d’ella también estaba. ¿Cómo se llamaba?. ¡Jo!, la que más visitó a mi marido fue ella, y la que me mandó a Alcañiz y aquel todo. Ella: -“está mu malo, tiene un tumor del deduano ese, y tiene lacemia a la sangre, y tiene muchas cosas, no hay salvación” (P4)

Quien nos proporciona el dato es una mujer que hace destacar la proximidad que demostraba *La Mulata* con su sufrimiento, así como la forma reservada de dar la mala noticia en contraste con los modos de aquellos otros médicos del estilo de don Daniel. Le importaba poco, en aquel trance, el color moreno de la piel de la *ditora*; la recuerda con cariño porque su acercamiento, según se desprende de la conversación de la que entresaco la cita, tuvo mucho de femenino, de ayuda entre comadres, preparándola anímicamente para lo que se le venía encima. Se lo agradece, sobre todo, por no disfrazarle el *mal malo* de su marido, aunque utilizara terminología que la mujer trabuca. Y por plantear el asunto con una modestia profesional que antes pocas veces se admitía. Un varón a quien atendió tampoco repara en el color de la piel, bien al contrario, destaca como novedad el acercamiento e información sanitarios que proporcionaba a las clases más desfavorecidas.

-“Después vino un matrimonio, que ella era mulata, y aquella informaba muy bien de todo, y a los pastores de las enfermedades que se transmitían por el ganao. Él también era médico. Después fue cuando vino Pascual Gasque” (P6)

Uno de aquellos pastores, solterón y recién jubilado ahora, establece las distancias de otra manera.

-“Yo, qué quieres que te diga, yo no tengo nada contra las mujeres ni nada, pero a mí lo que me pasaba (...), ya me hubiá pasao otra vez y me dieron la penicilina y se me pasó. Pero se ve que la segunda vez me dio más fuerte o lo que sea y ya no se fue tan de repente. Cuando no podía más me fui a pedir más p’a curarme aquello pero era cuando había venido la mulata y el hombre y, claro, yo buscaba al hombre. La mujer...eso son cosas.... Yo, con una mujer lo cogí, pero la confianza, mejor con el marido que con la mujer. Y eso que la mulata daba confianza y hablaba mucho con nosotros por cosas del ganao y las enfermedades nuestras, que si las fiebres maltas, que si lo de los perros, los quistes de agua; aquella se ve que tenía en su tierra animales y sabía de lo que hablaba, pero a mí lo que me pasaba eran cosas del puterío, y a ver...” (P8)

El sucesor de *La Mulata* en Albalate queda dicho que fue Pascual Gasque. Con un itinerario personal y profesional de *médico clásico* para sus pacientes, merece la pena detenernos en su figura para señalar contrastes que permitan delimitar las ideas de distancia cultural, expectativas profesionales y escepticismo. Nacido en Calanda y casado con una mujer de Urrea, se le consideraba perfectamente integrado en el entorno

social y cultural en el que desarrolló su profesión. Era hijo y nieto de médicos. En su familia se ha seguido la tradición. Don Pascual, que lucía una espesa cabellera blanca, ejerció de médico en la mayoría de los pueblos de la zona. Cuando llegó a Albalate ya había estado, entre otros, en Foz Calanda, Vinaceite e Híjar; luego pasaría a Samper y remató, hasta que se jubiló, en el pueblo de su mujer, en Urrea. Al estilo de Laureano, nadie como él para entender en qué condiciones se podía producir el enfermar y el sanar de la gente que tan bien conocía. Buen conversador, humanista convencido, que mantenía contacto y amistad con Pedro Laín Entralgo, amigo de la tertulia y de todo el mundo, tenía todas las condiciones que parecen necesarias para que la relación médico-paciente transcurriera en el clima ideal que patrocinaría su mentor⁵⁰. Cualquier giro del idioma, tic, gesto o silencio que denotase quien lo visitaba, entraba dentro del área de conocimiento y entendimiento que atesoraba aquel hombre. Era tradicionalista y de derechas, pero se tomaría un coñac con quien le razonara una duda política; yo, que me las vi con él en tertulias de bar y charradas, le aprecié un toque fatalista que, al correr de los años, para cuando ejerciera en Urrea, devino en un escepticismo profesional y humano que chocaba en un hombre de su formación y talante. Tengo para mí que le gustaba más la filosofía que la medicina, y que llegó al descreimiento por exceso de filosofía, aunque objetivamente parece más probable que sufriera el síndrome del socarrón, tan estudiado ahora. Más de una vez me confesó que *esto* no tenía remedio, que el que está de Dios se muere y no hay mucho que la medicina pueda hacer por él. Se podía pensar que recorrer tantos pueblos sin fijarse en ninguno le llevó a la desazón propia de quien esperaba otra cosa. O que quizá fuese tan parejo a sus pacientes y convecinos que se viese arrastrado por los mismos condicionantes ideológicos. Sea por lo que fuese, el personal notaba que don Pascual, poco antes de jubilarse, había arrojado ya la toalla, perdido la ilusión que le infundieron en sus comienzos, y aborrecido de cualquier asunto que significase progreso médico o humano, a pesar de su simpatía. Algunos que lo conocieron bien dejan caer que estaba desencantado de la medicina, pero siempre tuvo un excelente trato humano con los pacientes; nos llegan noticias de cuando llegó a Albalate a cubrir la plaza que dejó libre *La Mulata*:

-“Era muy chocante y vivían encima de lo que ahora es la CAI. Una vez le fueron a avisar porque una mujer tenía fiebre y le dijeron que es que se había lavao la cabeza y ¿sabes qué les contestó?, -“¡pues que no se la hubiera lavao!” (P6)

⁵⁰ Pedro Laín Entralgo (1983), *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Alianza. Madrid.

Lo de “chocante” viene a expresar, precisamente, la contradicción entre lo que se esperaba de él y lo que respondía. Se le requería una distancia cultural que no manifestaba; al contrario, se “aproximaba” tanto como cualquiera que siguiese todavía viendo en el agua el enemigo de la salud. Ese cualquiera le agradecería que fuese *uno más* en el bar o en la iglesia, pero le exigía ser *él mismo* en cuanto médico, distinguido por unos saberes diferentes y, para el caso, con otra altura comprensiva de la etiología del síndrome febril, que sin duda tenía. Aunque seguro que diría aquello en tono de broma, el hecho denota cómo la voluntad de ser o sentirse “uno más” no garantizaba *per se* la mejor de las comprensiones, entre otras cosas porque muchas veces la distancia se exigía como garantía terapéutica. La fiebre, entendida como consecuencia natural y simbólica de la trasgresión del tabú del agua, hubiese sido territorio del curandero y no del médico. Y si entraban en su consulta era, seguramente, por haber descartado ya la otra opción, ahora que todos tenían asumido que la aspirina o el paracetamol eran más efectivos para la fiebre que imponer las manos, rezar un ensalmo o colocarse una higa seca colgada del cuello. La *culpabilización de la víctima* la hacía, y por eso resultaba chocante, remitiendo al sistema de creencias que se extinguía, y rompiendo el esperado juego de roles. Don Pascual metía el freno de mano y la marcha atrás cuando sus pacientes estaban en plena aceleración, encajando incrédulos la velocidad de los cambios. Con todo, cabe decir que aquel hombre fue quien me infundió cierta suerte de *filosofía de la medicina*. Que, por cierto, Laureano detestaba en mí.

LAS MEDICINAS Y LA COCTELERÍA

A finales de los años sesenta la confusión respecto al futuro del régimen político era notable. Ni la prensa ni el personal se atrevían a hacer cábalas sobre lo que pudiera pasar a corto o medio plazo. La salud de Franco, pese a su edad, parecía buena y nadie sabía a ciencia cierta qué iba a pasar con el problema de su sucesión. Se venía asumiendo que todo dependía de la voluntad de aquel hombre, pese a la evidencia de que el Estado se había hecho tan complejo que no podía ser controlado exclusivamente por él. En los pueblos, donde la monarquía se veía como “agua pasada”, la designación del príncipe Juan Carlos como sucesor oficial no se entendía. A los ayuntamientos habían llegado desde Madrid unas pegatinas redondas, con fondo rojo y gualda, en las que se podía leer “Juan Carlos, príncipe de España”. Los alguaciles salieron a la calle y las colocaron en los parabrisas de los coches que ya abundaban aparcados por calles o

plazas. A los pocos días, de ellas no quedaba más que el pegamento y los restos rasgados del papel. Ni lo entendían los cada vez más menguados adictos al dictador ni sus opositores, viejos o nuevos, que empezaron a descubrir nuevas acepciones del concepto de democracia, más allá de la “orgánica” que servía de pantalla al sistema.

El vino, el anís y el coñac, las bebidas tradicionales, dieron paso a la cerveza y a los combinados. Del trago corto y contundente se pasó, en cuestión de un lustro, al trago largo de las mezclas de lo mismo con Coca-Cola, o tónica, o sodas aromatizadas de limón o naranja. La ginebra y el güisqui acabaron desplazando la hegemonía de los destilados clásicos y se impusieron los cócteles. La influencia anglosajona se solapó a la francesa y cayeron en picado las jotas, el pasodoble y la copla; los *cantíos* que acompañaban a los tragos se oían ya en *guachi-guá*, cacofonía del idioma extraño, y lo que se oía en español era mezcla de armonías extranjeras y protestas nacionales. En los consultorios médicos, como en la calle, la heterogeneidad y la mezcla se hicieron patentes. Había sitios en los que el médico de cabecera *de la vieja escuela* se retiraba o se iba a la capital dando paso a alguno perteneciente las nuevas promociones; en otros, *el nuevo* duraba poco y volvía a instalarse algún *clásico* que buscaba retirarse a ambientes más tranquilos. La rueda de reposiciones no seguía la lógica continuista de las décadas anteriores; en pocas ocasiones se ha tenido tan clara la percepción de que esta fuera *tierra de paso*; como el hospital o la cárcel, un sitio para no quedarse. Las diferencias internas de formación, actitudes y expectativas entre los médicos de cabecera se hicieron más notables. Las juventudes escépticas se encontraban con algunos médicos también jóvenes que tampoco asumían para su profesión los condicionantes ideológicos, políticos o religiosos, de sus predecesores. Aceptaban, como parte de sus implicaciones institucionales, la etiqueta formal de mediador, pero no la de *intelectual orgánico* -“fuerzas vivas”, en la comprensión local- que caracterizase a la profesión en los años anteriores. Incluso hubo alguno que no ocultó sus inclinaciones republicanas o pseudoanarquistas, pero tampoco esa postura era constante en los jóvenes; algunos de ellos, los que se metieron en el oficio más por emulación o economía que por vocación, encontraban más cómodo no cuestionar los usos y costumbres de sus predecesores y siguieron manifestándose como ellos, manteniendo actitudes y distancias clasistas y olvidándose de los idearios progresistas que pudieron atisbar durante su paso por la universidad. Los médicos jóvenes, sobre todo los capitalinos, se acercaban a los pueblos todavía con estereotipos clásicos referidos a la

falta de educación e higiene, y a un fatalismo rancio que se trocaba en escepticismo que la realidad del día a día se encargaba de matizar por sexos, generaciones y clases.

-“*Del de mi pueblo entonces te acordarás tú. Vino tieso como un palo, que se creía que no ganaba perras más que él y sólo se juntaba con el farmacéutico, el juez, y los médicos de antes. Fue cuando se compró aquel coche fardón y trajo p’ a fiestas a su novia, muy estirada también, que al final se casaron, pero que se creía que era el rey del mambo. Luego resultó que su padre era un posadero de antes que hizo perras y que hasta se avergonzaba de él, y el padre lo mandó a escaparrar porque en una reunión se apartó de él, o no lo quiso conocer, o algo, y se llevaban mal. Aquel era un pichorras. El que le siguió sí que era buen chaval, que se metió de patrona ahí abajo y alternaba con todos, y le gustaba hablar con los viejos, y además de que sabía era llano con todo el mundo. El otro no*” (P28)

El hecho de que algunos pueblos perdieran la asistencia por pares, quedándose uno sólo a cargo de toda la población, hizo que cambiase el esquema de coberturas cuando alguno había de desplazarse, ya más frecuentemente. Era una novedad que permitía ser asistido por el médico de algún pueblo vecino al que apenas se conocía, con la evidente sorpresa de que podía ser de cualquier tendencia, edad, inclinación o gusto, sin que le valieran al paciente los esquemas clásicos en la interacción. Pocos de los así asistidos retenían el nombre, aunque cuando intentan recordar los señalan por la edad, si era *de los de antes o de los de ahora*, por el pueblo del que fuesen titulares o por el coche con el que acudieran. En aquellas circunstancias se iba configurando cierta idea de “grupo asistencial” que se implantaría más tarde.

El dinamismo de aquel ir y venir de médicos contrastaba con la escasa reposición de los curanderos que desaparecían. Con ellos pasaba como con el vino, el anís y el coñac, que se pasaban de moda y cada vez entraban menos en las mezclas; yo defiendo que perdieron credibilidad, como los licores, al ceder en los contenidos simbólicos que se les asociaban⁵¹. A principios de los años setenta la única incorporación nueva venía por sucesión del fallecido *Caminero* por su hermana María, la tía *Guapa*. En La Puebla sólo trabajaba ya la tía *Guagua* y, en Albalate, nadie seguía el camino de la tía *Mondonguera*. En el resto de los pueblos no había curanderos. Llegó un momento en que solamente un varón, el tío *Cestero*, estaba en activo pero pensando en jubilarse, irse a vivir al pueblo y temiendo disminuir su actividad por cambiar de ámbito. A la tía *Salvadora*, la que se encargaba de las hernias, le había salido competencia semiindustrial en Alcañiz, donde unas modistas se habían especializado en la fabricación de corsés y bragueros, aconsejadas por los traumatólogos del hospital. En

⁵¹ Ya tuve ocasión de reflexionar al respecto en “La inmodestia del coñac; alcohol, sociedad y cultura” en la revista *Teruel*, nº 87 (II), Instituto de Estudios Turolenses. Teruel, 1999.

todos los casos estaban dedicados a la traumatología y sin un solo ejemplo de curador relacionado con las que en otro tiempo pudieran considerarse enfermedades tradicionales. Otra cosa es que hubiesen cambiado las percepciones sobre determinadas etiologías. En el discurso del personal se podían oír frecuentemente causas de enfermedad relacionadas con castigos divinos, trasgresión de un tabú, asociaciones naturalistas relativas a calores y fríos, sobre la malignidad de los sustos o de los aires, o sobre “los nervios” o las “malaganas”. Solo que ahora, esos mismos padecimientos, se los curaban mayoritariamente en casa o en aquel guirigay de médicos nuevos y viejos que seguían tomando nota de las maneras estafalarias de concebir la enfermedad. Eso les ratificaba en la eficacia técnica y en los estereotipos.

4.3. Crónica del eclecticismo

YE-YÉS, HIPPIES Y FREUD

Los médicos de estética ye-ye, con gafas de concha, flequillo y pantalón tejano, andaban echando carnes por estas tierras cuando se presentó la segunda generación de médicos *modernos*, los de la generación hippie. Los jóvenes de los pueblos aún no habían asumido esas novedades. La mayoría no estaban nada interesados en asuntos de estética o de cambios de aspecto que pudieran afectar a su manera de entender la diferenciación de géneros. Las *personas mayores* comenzaban a entender que *las pintas*, una banalidad que ellos despreciaban para sí fuera de una coquetería clásica, se estaban convirtiendo en algo importante que inconscientemente habían señalado en los médicos *de toda la vida*. Ahora que cualquiera tenía traje con chaleco, reloj de muñeca, y coche, venían los médicos que no se *mudaban* ni los domingos y andaban haciendo avisos en chancletas. Y que algunos ni siquiera se afeitaban ni cortaban el pelo. La higiene más primaria y evidente, desde el punto de vista de los pacientes, comenzaba por la muda de la ropa, los afeites y el rapado de los cabellos. La estética de aquellos modernos, médicos o practicantes, iba en contra de un sentido común que sus antecesores infundieron.

Hay una reflexión al respecto, fruto de la observación más que del discurso grabado o transcrito, que viene a indicar las diferencias entre lo dicho y lo hecho. El personal, para quien la figura del médico suponía una referencia cultural y social, veía que la mayoría, desde siempre, eran fumadores. Como con los curas en asuntos de sexualidad,

entendían el mensaje antitabaco como algo que debían atender por lo que se les dijese, y no por imitación de lo que delante de ellos se hiciese. En buena parte de las consultas tanto el médico como el practicante fumaban, así que todo el mensaje se diluía al pensar bajo la máxima “*allá donde fueres, haz lo que vieres*”. Como el bigote, las patillas o el peinado *p’a tras*, el tabaquismo, que podía significar un factor de identidad personal, entraba en las vidas de los adolescentes por mera emulación de sus referentes. No por la búsqueda del sabor, de la tranquilidad o los efectos que proporcionase, sino por lo *elegante* y masculino que pudiera resultar cualquier gesto incorporado al hecho de fumar: sacar la petaca del bolsillo, liar con precisión el pitillo, manejarlo hasta que tuviese la densidad deseada, chuparlo levemente y dejarlo entre los labios, sacar las cerillas, ladear la cabeza y prenderlo, exhalar la primera bocanada e irlo consumiendo, calada tras calada, incluso dejando escapar el humo con la conversación; soltarlo por la nariz o en aros era signo de maestría. Sanitarios y maestros eran artistas en las maneras del fumar. Ellos fueron los primeros en incorporar el tabaco en cajetillas, los mecheros de gas, los cigarrillos con boquilla y el tabaco rubio americano. Sólo las mujeres lo criticarían, en familia claro está, más por suponer un dispendio que por la zafiedad o insalubridad del hecho. El asunto de la bebida tenía connotaciones similares. Desde principios de siglo y desde los mismos textos higienistas que obligaban a leer en las escuelas, se lanceaba el alcohol, sobre todo en la vertiente extrema cuando se estigmatizara la imagen del borracho:

*“El alcohol es un veneno que, como la tisis, mata a muchas personas. (...) Hay alcohol en el vino, en el aguardiente, en los licores, en la cerveza, etc. (...) La afición a las bebidas alcohólicas produce la embriaguez. El ebrio o borracho es un hombre despreciable. La bebida más saludable es el agua. (...) El hombre que tiene la repugnante costumbre de emborracharse se vuelve loco y, a veces, criminal; no sabe ni puede trabajar; padece de epilepsia; se embrutece completamente; es despreciado de todo el mundo porque ha perdido la dignidad y, finalmente, muere sufriendo terribles dolores. Dígase que el vino, el aguardiente y los licores no son alimentos como creen muchos ignorantes; producen una excitación, sí; pero esa misma excitación es perjudicial, porque, después de ella, viene la postración.”*⁵²

A partir de 1973, y en los años siguientes, el lugar de reunión de médicos y farmacéuticos había dejado de ser la botica. Servía, donde la hubiese, para las horas diurnas. Allí se especificaban cada vez menos fármacos y acaso servía de parada y refrigerio en las frecuentes vueltas al pueblo del médico. Ninguna destilaba ya alcohol.

⁵² José Dalmau Carles. *Enciclopedia cíclico-pedagógica*. Editorial Dalmau, Gerona. Sin fecha de publicación; se usaba en las escuelas de los años cuarenta.

Las veladas de rebotica hacía años que habían perdido el sentido sociocultural que las llevó a la literatura⁵³. El cura y el cabo de la Guardia Civil andaban en conciliábulos diferentes a los sanitarios, que ahora preferían juntarse al arrimo de cualquier bar. Como los pocos establecimientos de bebidas que permanecían abiertos por la noche lo hacían por mor de las timbas de juego, se elegía para las tertulias de esas horas un local que yo mismo abrí, en Híjar, el mismo día en que ETA asesinó a Carrero Blanco, sucesor “natural” de Franco. Allí las mesas, imitando la reserva de los *pubs* ingleses, estaban distribuidas por departamentos –“*corralicos*”, decían los parroquianos-. En lugar de barajas se ponía música. Eso permitía que las conversaciones que se llevaban en un rincón tuviesen la pantalla acústica suficiente para que no se hicieran audibles al resto de la clientela, escasa en las mesas y generalmente acodada en el mostrador. Pero había más condiciones de aquel establecimiento que justificaban la elección: había teléfono, sitio para aparcar, estaba a la orilla de la carretera, en el centro geográfico de la comarca, a un paso de los cruces que llevaban a cada uno de los pueblos, señalando la máxima equidistancia posible. Así, después de cenar, más en invierno que en verano, tuvieron en el bar Papi el refugio que les permitía escapar de la mirada de sus pacientes o clientes, cambiar impresiones y *guardias*, encender sus cigarros y trasegar los cócteles que les apeteciese, con la seguridad de que se podían presentar en cuestión de minutos en sus pueblos respectivos, en caso de que se les requiriese por alguna urgencia. Mientras estaban allí reunidos, en las puertas de sus casas o de los consultorios locales se podía leer un cartel pegado con esparadrapo: “*Estoy en el Papi. Avisos al 254*”. El médico que menos acudía, en buena lógica, era el de Híjar, don Fidel, que entonces trabajaba en solitario, sin par; estaba ya cercano a la jubilación, y sus hijos eran frequentadores del local. Acaso se acercaba a saludar, a primera hora, a los colegas que apareciesen con las esposas, sentadas generalmente en un departamento cercano al de los hombres. Los más tardanos en llegar e irse eran los jóvenes solteros, tres o cuatro, y algún casado trasnochador. Abstemios no había ninguno⁵⁴, aunque solía haber alguno que permanecía sobrio y era el que se encargaba de la asistencia en caso de que hubiese llamada. Tampoco es que bebiesen a diario y como cosacos pero, si con motivo de alguna celebración especial la falta de moderación afectaba a todos, era el dueño del establecimiento –yo mismo- quien se prestaba como conductor. Ahora, cuando coincidimos por cuestiones sanitarias, antropológicas o personales, me recuerdan

⁵³ Álvaro Cunqueiro (1994), *Tertulia de boticas y escuela de curanderos*. Destino, Barcelona.

aquellos años de experiencias profesionales y humanas: los *primeros casos* y las meteduras de pata, la solidaridad entre colegas, las diferencias con *los viejos* -hoy jubilados o difuntos-, las condiciones de vida y de la asistencia y, en tono de sorna por nuestra bisonñez, las interminables discusiones sobre política –legalización del partido comunista, matanza de Atocha, Pactos de la Moncloa, elecciones,...- o sobre otra novedad que tiene más que ver con la parte “cultura” de la cuestión: Freud.

Los maestros y maestras, que con similar frecuencia visitaban aquel bar, también andaban discutiendo los textos de ese autor. Él fue quien hizo que la tertulia de médicos y farmacéuticos se ampliase, cuando ya se hubiesen retirado los casados, con los educadores y algún que otro ilustrado, juez, abogado o funcionario de cualquier especie. La psiquiatría se convirtió en argumento discursivo que nos enganchó a cada cual por el lado que nos tocara. La histeria era tema que apasionaba entre los sanitarios; la interpretación de los sueños y los complejos infantiles eran de la atención de los maestros. Entre cubalibre y dry-martini, entre champán y güisqui con tónica, se iban desgranando las dudas de unos y otros al hilo de lo que se leyese en casa. El tabernero, mediador y sirviente mientras hubiese clientela, no pillaba el inicio de aquellas discusiones más que de refilón; otra cosa sería cuando ya la clientela local se hubiese ido, en que podía abandonar el mostrador -sin alejarse del teléfono- y se le permitiese terciar como a cualquier otro.

Varias patologías asumían especificidades locales. Se hablaba mucho del *mal moral*, que se tenía por frecuente en las mujeres. Yo proponía que era una cuestión de “represión sexual”; el médico de Urrea aducía que tenía más que ver con una peculiar forma de “histeria”; el de La Puebla lo relacionaba con la falta de expectativas femeninas, con frustraciones; una maestra de Albalate, muy leída en psicología, la relacionaba con la percepción del mundo religioso, camino del desguace según ella; Pascual Gasque, por entonces el más veterano y culto de la partida, lo metía en el mundo de las manías, de las que él llamaba *modernas*; el boticario de Híjar se ponía de mi lado, pero advertía que aquello valía también para los varones. Nunca nos pusimos de acuerdo ni interpretando a Freud ni calibrando cuánto de “social” tenía aquel síndrome que comenzaban a diagnosticar como depresión. El *mal moral* otras veces se enfocaba como *nervios*. En cuenta de una depresión vital lo que se ponía sobre la mesa era lo contrario, pero con similares dudas; un exceso de vitalidad que cegaba el

⁵⁴ Donde mejor puede verse la relación de los médicos con el alcohol es en Eduardo L. Menéndez y René B. Di Pardo (1996), *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. CIESAS, México.

entendimiento, no para *no hacer* sino para *hacer demasiado* o sin atender a la reflexión; daba síntomas somáticos *positivos* –explicaban– como tensión de nuca, sudores, rubefacción, verborrea, apetito incontrolable, insomnio y otros similares, pero nunca juntos y siempre dependiendo de cada persona. *La malagana*, que originalmente era vista por los médicos viejos como corte de digestión, hipoglucemia o apoplejía, también se psiquiatrizaba y trataba de encajar en el sistema freudiano. Lo psicósomático se había puesto de moda. Mientras unos abogaban por una especie de desconexión neuronal inconsciente, otros lo entendían como llamada de atención que anunciaba *mal moral* o *nervios*. No eran palos de ciego pero sí de tuertos que veían poco, y así lo reconocemos ahora. Aquellas preocupaciones estaban relacionadas con una nueva percepción de los riesgos sociales; la discusión de la psiquiatría como alternativa terapéutica normativizada reflejaba las contradicciones respecto a su concurso. Castel (1984) avisaría poco después que la psiquiatría suponía una estrategia inédita de resolver problemas sociales manejando las particularidades individuales. El Estado veía poblaciones de riesgo y echaba mano de la producción de una cultura psicológica que, a su vez, se convertía en objeto de consumo, devorado por unos consumidores que los tomaban como sucedáneos de una sociabilidad que se perdía. De lo que se trataba, aún sin saberlo, era de la gestión de las fragilidades individuales.

Pero no era sólo Freud el eje de las discusiones. La mayoría eran admiradores de los Beatles o los Rolling y, al hilo de la música y las pintas, se traían a colación asuntos como el budismo, la filosofía oriental, el yoga, las drogas, la vida natural⁵⁵ o las hierbas. O cualquier orientación sanadora alternativa a la que raramente se daba confianza terapéutica; solían tomárselas a chirigota, pero en eso no había tampoco unanimidad. Mientras que a la quiropráctica foránea y el termalismo regional se les daba crédito, se negaban rotundamente la acupuntura o la homeopatía, que entonces se empezaban a conocer. Nada se refirió, que yo recuerde, acerca de los curanderos, ni para bien ni para mal, siquiera como alternativa histórica. Yo mismo tenía el convencimiento de que se terminarían extinguiendo, como cualquiera otro de los oficios que habían ido desapareciendo de los pueblos. Hojalatero no quedaba ni uno; ni sogueros, ni

⁵⁵ Todos andábamos leyendo *Walden, o la vida en los bosques*, una reedición del libro de Thoreau escrito en 1854, que relataba el intento de un individuo de vivir con sencillez, en armonía con la naturaleza. La literatura trascendentalista norteamericana del XIX apareció como reacción a las doctrinas racionalistas y como rechazo a las actitudes puritanas. Se oponía al ritualismo estricto y a la teología dogmática de las religiones establecidas. En conjunto, suponía un refuerzo con visos románticos para personas que nos habíamos formado en las capitales y ejercíamos de profesionales en pueblos que parecían dejados de la mano de dios.

albarderos, ni pelaires, ni jaboneros. Esportonero quedaba uno; zapateros remendones dos; carreteros, uno que se dedicaba a hacer mangos de pico y azada. La tía Anria se murió por entonces y nadie había asumido el repuesto. Allí, ni se mentó. En plena transición a la democracia los médicos estrenaban ministro y Ministerio, el de Sanidad.

En el Papi, a las dos de la madrugada, sonaba el teléfono. Era para Paco, que una mujer de Urrea estaba con una *malagana muy grande*. ¡Crisis de ansiedad!, gritaba la concurrencia. Cada mochuelo se iba a su olivo y Paco a asistir a la paciente.

CIRUGÍA POPULAR, DESTAPE Y CONTROL DE LA SEXUALIDAD

Cuando en la actualidad se pregunta por las relaciones entre sexualidad y medicinas se tiene la idea general de que, hasta fechas cercanas, la gestión de los asuntos del sexo era exclusiva de los grupos sociales, sin apenas intervención de los especialistas. Al personal masculino se le viene a la cabeza, como primera respuesta, la intervención de la medicina oficial respecto de las enfermedades de transmisión sexual. Se deja entrever que sus actuaciones han estado tan marcadas por el moralismo que se llegan a confundir y asimilar sus mensajes con los de la Iglesia Católica, o incluso con los del Ejército. Ningún varón se queja de desinformación, aún cuando la hubiese, sino del miedo que se les infundaba; la mayoría reconoce que actuaban más a su albur que siguiendo los consejos de unos u otros. En el caso de las mujeres adultas, cuando se deciden a hablar del tema, lo hacen con tantas prevenciones y tal parquedad de palabras que no vale la pena seguir insistiendo por no provocar su incomodidad. Todos están de acuerdo en que se trata de una cuestión “moral” más que “física”, y que ha sido la presión del propio grupo social quien más ha frenado las *inclinaciones concupiscentes*. La sexualidad considerada “normal”, la enfocada a la reproducción, no se reconoce en absoluto mediada por ninguna medicina. Ni siquiera por la higienista, que obviaba incluso la genitalidad anatómica. Quiero traer a colación una cita contundente, hecha por un fustigador norteamericano y profesional, que tenía la costumbre de decapitar a tiros y troyanos; H. L. Mencken escribió en 1919 lo siguiente⁵⁶:

“La higiene es la medicina corrompida por la moralidad. Es imposible encontrar un higienista que no envilezca su teoría de lo sano con una teoría de lo virtuoso. Todo el arte de la higiene se condensa, ciertamente, en una exhortación ética. Eso determina que en última instancia entre en un conflicto radical con la medicina propiamente dicha. El verdadero fin de la medicina no consiste en hacer virtuosos a los hombres sino en salvaguardarlos y rescatarlos

⁵⁶ En *Prontuario de la estupidez humana*. Martínez Roca SA, Barcelona.

de las consecuencias de sus vicios. El médico no predica el arrepentimiento, sino que ofrece la absolución.”

La educación sexual no se explicaba en las escuelas, ni en las republicanas, ni en las tradicionalistas, ni en las del desarrollismo, ni en las de la predemocracia. El sexo conformaba el estereotipo de tabú por excelencia. A los hombres no se les explicaba nada ni siquiera en el ámbito familiar. A las mujeres, poco más, haciendo todas hincapié en la falta de información tanto de la anatomía como de la fisiología; acaso es común que recuerden algo de la primera vez que les vino la regla. Entonces lo más que se les decía era que “ya eran mujeres”, y se ponían a su disposición, sin muchas más explicaciones, los “paños higiénicos”. Todos y todas reconocen que de *aquello* se enteraban por conversaciones y experiencias con los amigos y amigas. Pero pocas veces se ha considerado, desde la intelectualidad o desde los medios de comunicación, que la información femenina era acaso la menos incompleta, seguramente por las prevenciones insistentes con que las madres y abuelas amonestaban a las jóvenes de cualquier generación: “*ojo con los hombres; esos sólo quieren disfrutar y llenarte la barriga*”. La llamada antropología *del Mediterráneo* encontró un filón en los temas del honor y la vergüenza, al hilo de aquellos complejos culturales en los que las relaciones de género estaban casi siempre mediados por asuntos de la sexualidad callada. En la mayoría de los casos lo que se manifestaba era el control masculino de la sexualidad femenina, y en ningún caso se relataban las dudas o devaneos propios de los varones, dando por sentado que entre ellos se proporcionaban, por transmisión oral, el conglomerado de valores que justificasen aquellas discriminaciones. Por esas ausencias nunca destacadas –*la parte negada de la cultura*, diría Menéndez (2002)- llamó mi atención, en una conversación informal con un conocido (P26), la manera en que siendo adolescente procedió para solventar un problema anatómico del que jamás se informaba en nuestra cultura, aunque constituyese un rito social y de paso fundamental en la musulmana y judía. Me contaba que, hacia mediados los años cincuenta, cuando vivía con su familia y otras más en una finca apartada, él notaba que desde niño no podía dirigir como sus compañeros y hermanos el chorro de la orina. En los juegos competitivos por dilucidar quién conseguía orinar más lejos o con más puntería, mi confidente apreciaba que él orinaba “*como una regadera*”, sin conseguir alejar el líquido de las punteras de las alpargatas. Los otros le decían que eso era por tener el “pellejo” muy cerrado, y que masturbándose frecuentemente se solucionaría el problema. Nunca lo comentó con sus padres, ni con el médico, ni con ningún adulto, así que se pasó media infancia y toda su adolescencia pensando que la masturbación tenía como fin primordial aquel de

solucionar lo encapsulado de su glande. Cuando ya hacía varios años que se afeitaba, y viendo que su problema persistía, habló seriamente con su hermano mayor y juntos se enteraron de que había un remedio quirúrgico que se proporcionaban los que tenían el mismo problema. Se trataba de buscar una hoja de lastón lo más larga, fuerte y afilada posible, liarla alrededor del pellejo sobrante y, con un movimiento rápido y decidido de tracción, “*como el que tira el trompón*”, seccionaba “*lo que sobraba*”. Y procedieron de esa manera. A mí se me estremeció el cuerpo al oírlo y no acerté a preguntar más que por la hemorragia; me dijo que aquello no era problema, que ya lo tenían previsto porque en las cercanías se criaba una hierba -no recuerda cómo la llamaban-, que previamente había masticado y que se colocó como un emplasto, enrollándose la zona herida con un pañuelo limpio. En cuanto aquello cicatrizó lo puso a prueba, dándose cuenta, desilusionado, que ya nadie jugaba a orinar más lejos sino que aquello servía “*para poder ir con mujeres*”. Lo pudo comprobar unas fiestas del Pilar, donde consiguió demostrar su recién encontrada hombría con una prostituta “*gorda y tetuda, a doce duros la tirada*”.

Decía Paco Umbral en un artículo publicado en la prensa nacional, a mediados de los ochenta, que en este país se “*quilar*” poco. Venía a referir que el sexo estaba más en la cabeza y en la boca de los españoles que en las zonas pudendas o en el tálamo. Aquel artículo pretendía remover algo más que lo que tapa la ropa interior. Por un lado traía a juego el dinamismo del lenguaje popular, rescatando lo que en la calle se decía con el fin de lograr una aproximación más real y menos cultista a la realidad social. *Quilar*, ahora que el vocablo “joder” había sido admitido por la Real Academia Española, venía a expresar que no sólo cambiaban las palabras por el gusto de cambiarlas sino que respondían a una forma nueva de percibir lo que se designa. Por otro lado, trataba de expresar en público lo que antes no se podía mentar, al menos desde una tribuna de prensa “seria”. La prensa sensacionalista, lo mismo que el cine, había pasado por el proceso de sustituir la ironía, la ambigüedad, y el eufemismo inteligente que sorteaba la censura, por el grafismo a bocajarro. Aquel *pacato donde la espalda pierde su nombre* se había cambiado por la fotografía explícita de un culo en pompa.

Aquí tampoco se decía *quilar* como tampoco nunca se dijo *fornicar*, salvo desde el púlpito o el confesionario. Ni siquiera la gente fina había empleado jamás el galicismo delicado y soso “*hacer el amor*”, que se había puesto tan de moda. Tampoco se podía afirmar tan taxativamente como lo hacía Umbral si se *quilaba* poco, mucho o regular. Era de común aceptación entre la juventud de todos los tiempos que hacerlo *era casi un*

milagro, pero nunca faltaron hijos ilegítimos, embarazos no deseados o lugares públicos o privados de consuelo. Cuesta poco imaginar, y no es propósito de esta exposición ni lo cuenta la epidemiología, la relación entre la frecuencia del coito y la natalidad. A nadie se le escapa que el personal estaba familiarizado con la relación entre una cosa y otra, y que por eso se habían inventado mecanismos cultos y legos de control, tanto de la natalidad como de la sexualidad. Llamaron mucho la atención entre los aficionados a lo exótico a quienes comenté las investigaciones de algunos antropólogos clásicos, el descubrimiento de algunas culturas que no relacionaban el coito con la fecundación⁵⁷. Extrañaba cómo el pragmatismo y empirismo que demostraban para cualquier hecho relacionado con la vida cotidiana, estuviese cegado por la mitología hasta el punto de confundir un mecanismo de causa-efecto tan evidente y repetido, para nosotros. Lisa y llanamente pusimos en duda la validez de aquellas investigaciones. Los actuales “salvajes”, de cuyos abuelos se hablaba, estaban tan modernizados y tan al tanto del asunto como nosotros, de manera que ni con una nueva etnografía se podría desdeñar a los investigadores que propusieron tamaña extravagancia. Otra cosa sería, pensábamos, que sus concepciones del mundo difuminasen el lenguaje de tal manera que provocasen la incompreensión de un hecho tan “natural” como “culturizado”. Que el asunto de la sexualidad esté extraordinariamente mediado por las percepciones culturales nos llevaría a referir, para nuestro ámbito cultural, en qué condiciones la componedora de virgos de la Celestina, del bachiller Fernando de Rojas (hacia 1499), se convierte en cirujano de la Corporación Dermoestética, quinientos años más tarde. Seguramente por la misma *necesidad* cultural. O de cómo el morcal ensebado de un cerdo se usara como preservativo hasta que se inventó el látex y la vaselina estéril, aunque surgen sospechas fundadas cuando cuesta hacerlo entender a los africanos, a la hora de frenar la epidemia de SIDA.

En los pueblos conseguir el condón había sido responsabilidad masculina, aunque la necesidad de su uso estuviese mediada por las resistencias femeninas a una cópula sin barreras. Los que se conseguían *de contrabando* eran malos, muchas veces estaban “pasados”, se rompían con facilidad o no se encontraban de la talla deseada. En uno de los pueblos los proporcionaban en un taller de bicicletas y no se pedían por su nombre, lo que indica el grado de discreción con que se manejaba el asunto: había que pedir “un rácor”. El mecánico abría uno de los múltiples cajoncillos de herramientas y repuestos,

⁵⁷ Tal reflexión puede verse en un ensayo de R. Shweder (1984) que encontré, traducido, en Geertz y Clifford (1996:80). La discusión se planteaba como una pregunta: ¿falsa creencia o conducta irracional?

y de allí sacaba la mercancía que se “pasaba” con la misma reserva que quien trafica con algo ilegal. Vendidos de uno en uno, lo normal es que se lavasen y guardasen para otra ocasión. Otra manera de conseguirlos era aprovechar algún viaje a Zaragoza donde los vendían, allí sí por tallas –dos-, y por docenas, en algunas “ortopedias” –eso ponía en el cartel de la fachada-, próximas a los lugares donde se ejercía la prostitución. Todavía queda uno de esos establecimientos, amenazado de derribo, entre los billares del Tubo y un *sex-shop* moderno. Cuando las farmacias los pusieron a la venta los mozos o los casados pasaban vergüenza para pedirlos; la imaginación popular puso de moda numerosos chistes en los que se ponían en canta las condiciones de aquella compra. El mismo imaginario masculino asociaba el condón a las enfermedades de transmisión sexual, debido a la propaganda que se hacía durante el servicio militar; pero no se tenían las mismas reservas cuando con quien se acostaban era con la novia, para con quien aquella funda privaba del auténtico contacto sin intermediarios. El casado pensaba en las enfermedades, acaso, cuando iba de putas; con la mujer los usaba para evitar embarazos.

A las primeras mozas que perdieron la vergüenza y la fe en los remedios caseros o en el condón, aquellas que se acercaban a la consulta para controlar los riesgos con su novio o amante ocasional, Don Fidel, *médico de toda la vida*, aconsejaba que lo mejor era la aspirina. Cuando la moza ponía cara de extrañeza el médico le contestaba que sí, que la aspirina valía para eso: siempre que la sujetase entre las rodillas, apretando fuerte los muslos para que no se cayese. Otras pastillas no daba. Algún otro médico más moderno se atrevía a aconsejar otro método que, viniendo de la tradición culta, se había hecho tan popular como fallón: el método de Ogino. Se decía que los que iban a ver películas al extranjero volvían con unas pastillas que impedían el embarazo; la prensa las nombraba en francés, y se sabía que estaban en algunas farmacias de las capitales, pero sólo las daban con receta. Y ¿qué médico de cabecera las prescribía? Ninguno por esas fechas, así que el personal que aborrecía la abstinencia o el condón se las seguía apañando con el viejo mecanismo de la “marcha atrás”, tan ineficaz como el Ogino. O con los espermicidas populares, hechos de carbón vegetal y ciertas sales, disuelto todo en agua templada, con cuya mezcla había de irrigarse *post coitum* la mujer, “*con una pera de limpiarse los oídos, de esas que vendían en la farmacia*” (P26). Condone, *pilules*, sales o peras, el control de la natalidad o el del riesgo de enfermedades de transmisión sexual pasaba por la farmacia. El aborto como último recurso, estigmatizado por la ciencia médica y la religión, requería ahora visitas al extranjero. La

misma prensa aperturista nombraba y denunciaba los riesgos y las penalidades de las viajeras que emprendían semejante aventura, casi siempre en circunstancias lamentables y con resultados imprevisibles. En los pueblos hacía años que habían desaparecido las aborteras empíricas, así que las mujeres, que habían asumido nuevas formas de entender y disfrutar la sexualidad sin los condicionantes culturales y sociales precedentes, fueron columbrando la manera de hacerse con las pastillas, aunque desconfiando mucho de los efectos secundarios. Las amigas que estudiaban o trabajaban en Zaragoza corrieron la voz de que había en la ciudad alguna asociación de médicos, concretamente dos sindicatos (UGT y CC.OO.), que regateaban los asuntos legales y aconsejaban al respecto sin los tapujos o reservas de los médicos de cabecera del pueblo. Aquellos, reconociendo el derecho al control individual del propio cuerpo, al principio perdían tiempo en convencer cómo manejar lo que llamaban una “sexualidad responsable”, en explicar los fallos de los métodos *tradicionales* -cultos y legos-, y de la peligrosidad e ilegalidad de los abortos. En dos o tres años, viendo que el personal sabía a lo que venía y no teniendo tiempo para más, iban directamente al grano: explicaban cómo había que tomarse las pastillas y extendían la receta. Cuando los anticonceptivos llegaron a las farmacias de los pueblos, las clientas ya habían asumido la costumbre de gestionar su receta y compra en la capital. Pero para entonces a los jóvenes les explicaban ya las cosas del sexo en las escuelas, y veían aquellos viajes *de tapadillo* como “cosas de carrozas”, una nueva manera de nombrar al personal *de toda la vida*. Eran los usuarios del lenguaje nuevo; los que no entendían qué pudiera ser eso de “fornicar”; los que sólo decían “joder” en el sentido de fastidiar o estropear. Ellos, lo que hacían ahora con más o menos frecuencia, ¿quien lo sabe?, era “follar”. Aunque poco podían imaginarse que la palabra fuera tan vieja como la Celestina.

Algún otro aragonés, entendido como pocos en palabras, se hacía idea cabal de lo que estaba pasando con las distancias culturales:

*“Bien hablar y bien escribir (...) tiende a verse en nuestros días como atributo de clase social. En realidad así es, y así ha aparecido siempre, pero con una diferencia importante: la clase que así se expresaba, se reconocía como “superior”; impresionaba e infundía respeto desde que empezaba a hablar, y escandalizaba si no lo hacía de aquel modo. Quienes procedíamos de estratos sociales humildísimos, no cuestionábamos aquel lenguaje; tratábamos de apropiárnoslo. Hoy no; las clases víctimas de la secular injusticia de la incultura, tienden a convertir ésta en forma de cultura, y a proponerla como instrumento contra la otra, la denominada burguesa”.*⁵⁸

⁵⁸ Fernando Lázaro Carreter, “Idioma y ciudadanía” (1976), en *El dardo en la palabra*, Círculo de Lectores, 1997.

COMERCIO NUEVO PARA IDEAS VIEJAS

Cuando las revistas con mujeres desnudas se podían encontrar ya en las peluquerías de caballeros de toda España, las mismas se podían ojear también en las salas de espera de los dentistas. Los editores justificaban su presencia en el mercado asociando los desnudos a “artículos de opinión”, escritos por mentes sesudas de la prosapia de Paco Umbral u otros analistas de lo político. Las nuevas *top teen* se entremezclaban en aquellas páginas con las críticas a la aplicación de los Estatutos de Autonomía, los escándalos financieros descubiertos por equipos de investigación periodísticos, la evasión o blanqueo de capitales, los manejos sospechosos para financiar los partidos políticos, o la vida y milagros de las nuevas estrellas del deporte futbolístico. A mediados de los años ochenta aquella mezcla se consideraba “normal”. Quince años o más había tardado el personal de los pueblos en asumir las novedades estéticas, sexuales y políticas provenientes del exterior e incorporarlas, a su manera, a la vida cotidiana. El erotismo o incluso la pornografía se vulgarizaron a la vez que los nuevos conceptos y preceptos políticos. Aquí nadie había pedido ni una cosa ni otra; el escepticismo más acendrado era aquel que negaba la propia capacidad para hacer cambiar, no ya el mundo, sino su propio pueblo. A la sombra ya obsoleta de un hippismo o un sesentaiochismo considerados en principio extravagantes y contestatarios, la idea de libertad se abrió paso incluso entre aquellos que la temían. A la libertad política y sexual se añadía otra menos metafísica, más comprensible y mundana, como era la libertad de comprar. La libertad de consumo, que hasta entonces estaba controlada por la medida razonable de las economías y el prestigio social, caló entre el personal al amparo de la infinidad de ofertas. No es que se consumiera más sino que se consumía de otra manera. Fue en aquella época cuando se puso de moda, por ejemplo, el agua mineral embotellada. En pocos años se pasó de un consumo para exquisitos a otro tan generalizado que llegó a igualar al de la bebida americana más popular. Hasta los comerciantes locales del sector lo vimos como un dislate. ¿A qué respondía tanto consumo de agua? Algún chistoso dijo que ahora cualquiera comía jamón. ¿Conocía el personal que la que salía por el grifo no era “muy potable”? No lo sabía, porque los que hacían los análisis se lo callaban y seguían echando la culpa a la cal, que no mataba pero atascaba el riñón y las máquinas de lavar. ¿Tenía algo que ver con los mensajes sobre estilos de vida saludable? Tampoco, y sino, qué hacía tanta gente por los bares bebiendo, comiendo y fumando. Los comerciantes dedujimos que lo que ocurría era que

la propaganda nos había metido el agua por el gorro. Ahora se aceptaba *un agua* cuando alguien se empeñaba en invitar, mientras que antes se pasaba ronda sin consumir nada. El agua servía, en los bares, de comodín. Incluso se puso de moda para mezclarla con el güisqui o el recién llegado bourbon, otra exquisitez americana que quería borrar del mapa al ya vulgar escocés. La experiencia y la reflexión posterior me llevaron a concluir que lo que ocurría era una individualización extraordinaria del consumo: nadie quería ser como los demás aún estando con ellos. ¡Si había alguno que incluso pedía marca!: *Perrier, a ser posible*. Todos buscaban “personalizar” el gasto, distinguirse individualmente empleando “su” dinero en algo que lo identificara como diferente, ahora que la diferencia era la consecuencia más íntima de la libertad concedida. Del silencio general, o del rebuzno de la mayoría, se pasó a la virtud incontestable del rebuzno propio. Ya nadie podía estipular qué fuese barbaridad o qué sensatez.

En las calles zaragozanas aparecían multitud de nuevos establecimientos comerciales; en las afueras crecían las llamadas “grandes superficies”, unos tinglados enormes que empequeñecían y arruinaban al comercio tradicional. Se acabaron casi los cines de barrio, las mercerías regentadas por antiguas modistas, la tienda de ultramarinos *de toda la vida*, y el zapatero remendón de la esquina. Aparecían, eso sí, las tiendas de *nuevas tecnologías*, las cacharrerías de lo inútil a cien pesetas la pieza, los gimnasios y las “academias” de yoga, los videoclubes, y otras, tan exóticas y misteriosas como las antiguas *ortopedias*, dedicadas ahora al comercio de lo esotérico. La primera tienda esotérica que columbré, próxima a un viejo café que visitaba casi siempre que iba a la ciudad, tenía un escaparate tan diminuto como atiborrado de productos; costaba centrar la vista en alguno. Allí había, y era lo más fácil de reconocer, varitas de incienso de diversos aromas. Al lado, velas de muchos tamaños, piedras y cristalillos de colores, camafeos, joyitas, amuletos de mil especies, pirámides de metal o talladas en piedra, libros de autores extranjeros desconocidos, manuales de brujería y magias negras y blancas, y otras especies que no fui capaz de reconocer. Llamaron mi atención unas cajas de baraja con la carátula de aspecto antiguo. Entré a preguntar por ellas. La tienda no era mayor que un cuarto de baño y olía a pachulí. Sentada junto a un diminuto mostrador-vitrina, estaba la mujer que regentaba aquel bazar. Me interesé por las barajas, preguntando por algún juego de principios de siglo, y me hizo saber que ningún modelo de los que disponía tenía que ver con el juego, sino con el tarot. Abrió una de las cajas y, mientras yo me interesaba por los grabados, la dependienta se extendía en la explicación de los arcanos, su agrupación, y la interpretación que de ellos

podiera hacerse. Se expresaba en voz baja, en unos términos casi religiosos, con cierto toque proselitista. Mentó la astrología y la posibilidad de hacerme una carta astral, la cristalomancia, las terapias de los olores y otras más que aderezaba con un discurso en el que mezclaba el *autoconocimiento* con el *desarrollo de la persona*. Como se dio cuenta de que yo era lego en esas materias, se levantó y dio media vuelta hacia una trastienda contigua de la que volvió al instante con varios libros. No había nada que me interesara pero, por no resultar descortés, elegí un manual que acabo de rescatar del olvido en la caja de los libros inútiles: Dr. Demeure, *Manual práctico del médium curador*. Como detectó en mí la predilección por las cartas, insistió en que adquiriese una historia de la cartomancia con abundantes reproducciones de barajas italianas, inglesas y alemanas; demasiado caro para mí, elegí lo más barato y volví al café a hojear la compra. Aquello no tenía pies ni cabeza: fluidos vitales, magnetización, energías productivas, emanaciones inconscientes...

Cuando al fin de semana siguiente conté a un grupo de clientes la experiencia se rieron de mí. Dijeron que estaba demasiado ensimismado en el bar, que no miraba fuera ni me enteraba de que en los anuncios breves de la prensa zaragozana venían multitud de direcciones de videntes, magos, brujas, curanderos, acupuntores, orientalistas, esoteristas, espiritistas y charlatanes varios que resolvían incluso por teléfono. Estaban en las columnas próximas a las agencias matrimoniales, los masajes y las ofertas sexuales de tendencias tan variopintas como las esotéricas. El lunes siguiente, una vieja amiga que pasaba las vacaciones en el pueblo me indicó que buen número de las enfermeras que trabajaban en los hospitales de Zaragoza eran clientas habituales de esas consultas; que, en general, solían acudir en cuanto había algún acontecimiento que trastocaba sus vidas, bien por cuestiones amorosas, de salud o económicas. Salud, dinero y amor, pero sin dar gracias a Dios. La velada transcurrió discutiendo acerca de por qué la prensa, incluso la del franquismo, había permitido insertar en sus diarios el horóscopo, cuando, en teoría, nadie creía en él. Eso, según ella, sería “mi teoría”, pero me invitó a observar cuántos clientes y clientas consultaban ese apartado del Heraldo de Aragón que recibíamos a diario. La sarta de réplicas y contrarréplicas sobre los motivos se saldó con una afirmación suya rotunda: *¡por si las moscas!*. Aquello trajo a mi cabeza las últimas ocasiones en las que, siguiendo una costumbre infantil, recé por las noches.

Seguí durante semanas la observación que se me recomendó. Efectivamente, albañiles, carpinteros, modistas, estudiantes, comerciantes, ganaderos y labradores,

cualquiera que jugara a las quinielas, apostara a las barajas, anduviera *con el ala hueca* buscando pareja, o fuera a emprender un viaje, en cuanto cogían el periódico ojeaban su signo del zodiaco. No tardé en enterarme que, ante cualquier eventualidad, un buen número de clientes consultaba el horóscopo. Pero lo que más me sorprendió es que, aunque la mayoría lo tomaran tan a chirigota como la tira cómica, otros reconocían no hacer nada que pudiera chocar con aquellos pronósticos. Es más, que creían tanto en aquellas *suertes* como sus abuelas creyeran en aquel dios de las barbas blancas que encarrilaba sus vidas. *Por si las moscas*, curándose en salud, no se exponían a las veinticuatro horas de un día sin hacer la consulta reglamentaria.

Otra novedad comercial de aquellos años se podía encontrar en las librerías. Habitualmente me acercaba por las de la capital a buscar libros de viaje, mapas o información sobre lugares exóticos a los que dirigir los sueños. Así encontré cosas tan dispares como una excelente guía del Sahara o lo que me parecieron sugerentes historias de Julio Caro acerca de la religión o las brujas. En la plaza de San Francisco había una librería a la que habitualmente me dirigía para hacer encargos concretos; tardaban más o menos pero casi siempre me conseguían lo que pedía. En ella era raro que yo controlase los estantes, pero siempre me ha resultado incómodo andar leyendo los cantos, con la cabeza ladeada, obligado a sacar el libro si algún título me resultaba sugerente. Cuando la reformaron y ampliaron, el dependiente se molestó en explicarme las nuevas secciones y cómo localizarlas. Al lado de mis libros habituales apareció un estante dedicado a la antropología. Había, sobre todo, libros muy lustrosos de fotografías de los indios americanos, de las tribus del África oriental y central, de los pueblos cazadores y recolectores. Eran caros y no les presté mayor atención. Más me interesaron, en la columna de al lado, los dedicados a lo mismo que hubiera visto en la tienda esotérica: astrología, runas, celtismo, animismo, brujería, magia, religiones primitivas, sociedades secretas, chamanismo y tal número de “mancias” como jamás pude imaginar. Pregunté si se vendía aquello. *Estaba por ver*, pero el espacio que se le dedicaba era mucho mayor que el de los viajes y la antropología juntos. Luego me enteraría (Mircea Eliade, 1997) de que la afición por esos temas renació alrededor de 1965 a raíz de dos descubrimientos: la biblioteca gnóstica de Nag Hammadi y los manuscritos del mar Muerto; que la moda se gestó en Estados Unidos de la mano de los jóvenes contestatarios y, quiero suponer, que por aquí entró empaquetado como un producto más de la cultura *underground*, veinte años más tarde, como era de rigor antes de la época de la globalización.

MIRANDO A EUROPA

El conjunto de situaciones contextuales expuestas para esta época propiciaron, en mayor o menor medida, la definición de lo que me he atrevido a calificar como una percepción ecléctica. El meollo de la cuestión estaba en la aceptación de una gran diversidad de opciones, al hilo de una inusitada tolerancia, que inducían a alejarse de las situaciones extremas o bien definidas. Lo acertado y lo verosímil no quedaba ya al dictado de ninguna doctrina hegemónica. Nunca como hasta entonces se habían hecho tan útiles y frecuentes las muletillas “depende” o “eso es relativo” en el léxico de cualquier discutidor. Esto ocurría así en lo que se refiere a asuntos considerablemente banales y en otros tan serios que llegarían a adquirir categoría de estructurales. Entre estos últimos, aunque costase mucho de reconocer, se intuía ya una precariedad en los empleos, en los puestos de trabajo, que afectaría a la postre tanto a los médicos como a los paramédicos y especialistas en curaciones “tradicionales” o de nuevo cuño. Primero por la crisis energética y posteriormente por una contundente reconversión industrial y unas estrafalarias reformas agrarias, un gran ejército de reserva se empezaba a instalar en el mundo laboral. Mientras para unos aquello tenía carácter coyuntural, otros defendían que aquel estado de cosas corría el peligro de convertirse en una base fuerte sobre la que sustentar el mercado de trabajo neoliberal. Un empleo para toda la vida era una tradición que empezaba a desvanecerse. Ser funcionario era una opción que garantizaba ese viejo sueño. Por el momento, las plazas de médicos y practicantes seguían absorbiendo la mayoría de los licenciados y diplomados que sacaba la universidad. Todo, por cuenta de la bienvenida universalidad de la asistencia y de la moderada instauración de un Estado del Bienestar, calcado de una Europa a cuya puerta se llamaba con esperanzas de respuesta. Los estudios sanitarios se convertían por esos años en *valores refugio*. Lo vocacional o lo prestigioso de aquellas artes quedaba más difuminado que antes por las expectativas laborales que se columbraban. Por el contrario, las tradiciones sanadoras, que raramente habían ocupado a sus ejercientes a tiempo total, se constituirían como alternativas profesionales a nada que se pudieran colar con habilidad en ese nuevo mercado de mentalidades, mezclas y consumos. En ambos casos se precisaban retoques éticos que modificarían la visión del personal de unos y otros. A unos se les empezaba a considerar abiertamente como funcionarios y a los otros se les daba categoría de profesionales. A todos se les comenzó a exigir y reclamar ya desde esos puntos de vista. Un dato significativo: en el quinquenio 1983-

1988 la ampliación del sector público se pudo realizar gracias a una cruzada fiscal que descubrió dos millones de nuevos contribuyentes. Entre ellos, brujos, sanadores, curanderos o echadores de cartas que podían y debían cotizar bajo el epígrafe de Profesionales o en el de Artistas. Desde 1986 debieron facturar incluso con IVA, aunque ¿cómo se calcularía ese impuesto sobre *la voluntad*?: el dieciséis por ciento. ¿*Quiere usted factura*?

La idea de lo tradicional se estaba haciendo confusa. Si antes se definía por la permanencia y la pureza esencial, ahora se manejaba por la mezcla y la descontextualización. Tradicional en China era su medicina, y como tal se anunciaba en la prensa zaragozana, para que la hiciesen tan *suya* los aragoneses como a los santos Cosme y Damián. Tradicional era la lucha japonesa, y se estaba enseñando a los soldados de quinta en los campamentos de instrucción del ejército español; tal era así que ya no se reñía a garrotazos, como los pintó Goya, sino empleando llaves de judo y golpes de kárate. Tradicionales eran los ensalmos de los curanderos meridionales, y se empezaban a usar en tierras más norteñas como esta, acercados por los emigrantes que vinieron de mineros. Tradicionales de otras tierras eran drogas como el peyote o el hachís, y estaban desplazando al tinto manchón e incorporando a los hábitos de consumo de buena parte de los “buscadores de experiencias” bajoaragoneses. En fin, la medicina que la tradición culta definía como científica, se nombraba como tradicional cuando el proceso de medicalización consiguió, aparentemente, hacer de la ciencia una tradición por cuenta de los avances tecnológicos. El médico tradicional, nombrado así para entenderse, era el que a lo largo de esta exposición hemos recogido que se denominaba *médico de toda la vida*. Tres eran las características estructurales que lo definían como tal: residente en el lugar de ejercicio, con capacidad humanística –léase hipocrático-, y con dedicación ininterrumpida veinticuatro horas al día. Otras propiedades, que en la percepción de sus pacientes aventuro como circunstanciales, podrían referirse a los signos diacríticos de identidad, al paternalismo, el autoritarismo, el estrato social alto o medio-alto, su capacidad como intelectual orgánico y mediador social, o la proximidad-lejanía cultural. ¿Cuánto más técnico más tradicional?: ahora sí.

Y el curandero ¿cuánto más tradicional más técnico?: ahora también; los viejos que quedaban eran empiristas puros, y los que tomaban el relevo o abrían nuevos campos, eran tradicionales de lo anti-técnico, esotéricos. Pero también tendrían su técnica y su racionalidad.

Dejar de mirarse al ombligo para mirar fuera, a Europa o más allá de los muros de cada pueblo, implicaba acortar distancias, físicas y culturales. La secularización de las costumbres y la modernización oficialmente sancionada, provocaron una suerte de “vacío moral” –esa era la representación social- que llevó a romper fronteras también morales. La legitimación social de los curanderos, fuese asistida por el reconocimiento de la *gracia* o de las habilidades tradicionales, dejaron de verse con las anteojeeras de lo local. El concepto de “moralidad” de lo tradicional se extrapolaba a otros ámbitos geográficos y culturales. La legitimación excluyente del “otro” se hacía laxa en cuanto se reconocía en ese “otro” un sistema ético de referencias aplicable a lo propio. Lo tradicional de las curaciones valencianas, pongamos por caso, se percibía como asumible por una población aragonesa que, comparativamente con las aventuras internacionalistas, tomaba como propio lo ya relativamente cercano, tanto en lo físico como en lo cultural. Pero no sería sólo la parte culturalista la que acercaría enfermos y enfermedades “tradicionales” o nuevas "tradicionales" en otro sitio. Ahora cada familia disponía de economía, medios de locomoción, carreteras y tiempo, para acercarse a cualquiera que, bajo el manto y reconocimiento de otra tradicionalidad, prestase ayudas sanadoras para padecimientos que los médicos no acertasen. O, según muestra la etnografía, para padecimientos que adquirirían nuevas definiciones y tratamientos que no se vieron en la propia tradicionalidad. Esas eran las ventajas de una España que se anunció durante años como “diferente” y que ahora se la enrasaba con Europa, marcando otro ámbito de igualdades y diferencias impensables hasta entonces. Cansados de tantos años de vivir en la diferencia, los españoles corrieron a practicar las libertades individuales. La sanción social de las curaciones “particulares” se comenzaría a ver como otra dictadura que se quedaba en la cuneta.

De los casos revisados en esa época del aperturismo sanador recogemos tres de personas que dejaron de fumar gracias a la acupuntura -dos en Zaragoza y uno en Barcelona-; varias obesidades mórbidas tratadas con relativo éxito por hierbateros o pseudodietistas, en Barcelona y Castellón; dos *males morales* recuperados por un santón en Huesca, y varios padecimientos reumáticos u osteomusculares reducidos en la zona de Calatayud y en Mora de Ebro. No tengo en cuenta un par de alivios temporales en una visita a Lourdes, aunque hay que decir que los viajeros eran agnósticos.

EL CIEGO, EL NEGRO Y EL ÁNGEL

Más argumentos que muestren las posibilidades de mestizaje comprensivo puestos a disposición del personal los encontraremos al trenzar las biografías abreviadas de tres médicos; los tres ejercieron simultáneamente en la zona. Tres “escuelas” distintas, tres personajes tan heterogéneos, tres “medicinas” tan dispares que, de no ceñirse a la realidad, más parecerían ficción novelada o inventada. No es fácil ni cómodo, pese a lo sugerente y clarificador del asunto, componer una muestra del estado de la asistencia sanitaria, justo en los años previos a la inauguración del Centro de Salud. Encabezar este epígrafe de forma tan literaria es meramente casual, pero no es nuevo. No hace otra cosa que nombrar a los tres personajes por la forma en han sido conocidos y nombrados durante los de veinte años, más o menos, que ha ejercido cada cual en un pueblo. Mientras andaba recabando información siempre me los nombraron así. Eso no quiere decir que no se les respetase o yo banalice el asunto, al contrario. Hay que recordar que el lenguaje coloquial lleva muchas veces a nombrar más por el calificativo –que puede adquirir categoría de mote- que por el nombre propio. Bien sea por una cuestión de comodidad léxica o por ganas de mentar por lo que identifique con más facilidad. A don Carmelo-Enrique Ibáñez Jané, médico que fue de Vinaceite, le nombran *El Ciego* por los problemas serios de visión que lamentablemente le acompañaron durante una parte del periodo de su ejercicio; a él se dirigían los pacientes como don Carmelo, aunque su mujer le llamara siempre Enrique. A Andrés Guerrero Williams, médico que fue de Albalate del Arzobispo, le nombran *El Negro* por ser de esa raza, dominicano de nacimiento, y tan orgulloso de su negritud como para andar bromeando siempre al respecto; a él también se dirigían sus pacientes como don Andrés, aunque por confianza y vecindad algunos le llamasen simplemente Andrés. A Ángel Plano Martínez, médico que es de Híjar, el *don* sólo se lo ponen los muy respetuosos; es *El Ángel*, nombre de pila con trazas ya de mote, porque todo lo hace volando. Don Carmelo se jubiló, por la edad, tres o cuatro años antes de abrirse el Centro de Salud; lo que sé de él es lo que me han contado. Don Andrés llegó a trabajar con el Centro abierto cerca de cuatro años; tuve ocasión de hacer tres guardias con él, un par de contactos esporádicos y muchos más con sus pacientes, una vez que se hubo trasladado a Zaragoza. Ángel, es mi médico de cabecera desde que llegó al pueblo; sigue aquí, aunque piensa seguir los pasos de su colega, Andrés, y mudarse a un destino más próximo a Zaragoza, donde reside con su familia; de su mano entraremos en el Centro de Salud. Vayamos personaje a personaje, sin don y sin mote.

Carmelo fue médico que se formó en la posguerra; de los que se denominaron de *Escala B*, por no sé qué clasificación burocrática, que mantenía en permanente interinidad a quienes no habían aprobado una oposición, pero llevaban más guerra que Cascorro. Él, como algún otro que ejerció por aquí, puede que llegasen a la jubilación en la *Escala A* pero, entretanto, los tuvieron dando tumbos de acá para allá, de pueblo “malo” en pueblo “peor”, hasta que se aposentaron en uno que ningún “A” pedía en los concursos de traslado. Ocupó la plaza de Vinaceite que llevaba aparejada un anejo, Almochuel, de muy pocos habitantes y a escasa distancia, a media hora de paseo. Casado y con varios hijos, se instaló en la casa que el Ayuntamiento tenía dispuesta para su cargo. Con los estamentos profesionales debió mantener buenas relaciones por cuanto era consejero de ética en el Colegio de Médicos. A sus antiguos pacientes que le recuerdan ahora les parecía *un hombre raro*, cosa que no es de extrañar si se tienen en cuenta algunos condicionantes de su vida. Sus hijos se criaron y educaron en el pueblo hasta que tuvieron edad de salir a estudiar a la capital. Todos, salvo una hija afectada de una subnormalidad profunda que la hacía inválida. No podía ni moverse por sí misma, así que la tenían en la cama, o sentada en un sillón, donde se iba engordando progresivamente, hasta límites que llegaron a alcanzar los ciento cincuenta kilos o más. Tal era así que en la casa hubieron de poner un elevador para que pudiera ser desplazada de la primera planta a la de la calle.

Me cuentan (P29, P30 y MII) que Carmelo era muy reservado, poco inclinado a hacer amigos en el pueblo. Su mujer y él se encontraban más a gusto compartiendo ratos con la familia del farmacéutico de La Puebla, quien proveía los medicamentos que Carmelo recetaba. Con otras personas no llegó a intimar, aunque su prole sí convivía armónicamente con los paisanos. Aquella relación sufrió variaciones cuando su casa se incendió y todo el pueblo se movilizó para sofocar la quema y sacar de las llamas a la inválida. Nadie se echó para atrás en una tarea tan laboriosa, y Carmelo mantuvo, hasta su muerte, un agradecimiento emocionado hacia las gentes de aquel pueblo. Cuando tiempo después la hija murió, después de cuarenta años de sufrimiento, fue enterrada en el cementerio del pueblo.

Otro problema añadido afectó la vida de aquel hombre. Ya desde la juventud había venido sufriendo problemas en la vista. Terminada la carrera se hizo visitar por un oftalmólogo amigo suyo quien le dijo que aquello no tenía solución posible. Carmelo asumió su enfermedad y la palió usando lentes cada vez más gruesas, pesadas e inútiles. Lamentablemente su práctica clínica se deterioraba con su limitación. Tenía problemas

incluso para escribir las recetas; no tenía posibilidad tampoco de redactar historias clínicas o descifrar los escritos que le llegasen de otros colegas. Explorar una lesión cutánea, una herida, unas amígdalas o practicar una sutura se le hacía imposible. Sus pacientes se hacían cargo, pero las enfermedades no admitían demoras. Acabó optando por enviar a las consultas particulares todo lo que él no podía valorar. A cambio, extendía las recetas que se le demandasen sin poner reparo alguno. Las visitas domiciliarias, sobre todo las que tenía que realizar en La Puebla durante las vacaciones de su colega de allí, suponían un esfuerzo notable. Sus problemas de desplazamiento aumentaban conforme progresaba la falta de luz.

La cosa se complicó cuando se amortizó la plaza de un pueblo vecino, Azaila, y se adjudicó a su cupo (MII, MIII, P31). Trescientos pacientes y varios kilómetros más para un hombre que no podía siquiera conducir. Su esposa hubo de sacarse el carné y acercarlo los días de consulta y con ocasión de las urgencias. Los de Azaila demandaban para sí un médico, como habían tenido siempre, y algunos no pudieron ser condescendientes con Carmelo. Yo tuve las primeras noticias de él trabajando en ese pueblo; mientras estaba investigando las relaciones de los pacientes con los médicos, cargaban las tintas en cualquier deficiencia mentando los tiempos en que les atendió *el médico ciego*. Expuestas así las cosas, no me atrevo a transcribir los detalles de aquellas quejas. Rabiosas algunas, destempladas las más, dejo a la comprensión del lector el sufrimiento de uno y otros.

Un último detalle, más alegre, pero que centra bien la idiosincrasia de aquel hombre en su fidelidad al colega amigo. Cuando por fin Carmelo se jubiló, una hija que estaba terminando los estudios de medicina se empeñó en que, ahora que el viejo amigo oftalmólogo había muerto, el padre debería visitar a algún especialista moderno. Así lo hicieron. Lo sometieron a una operación y Carmelo, por fin, recuperó vista. He podido verle en las fotografías de la boda de esa hija con un colega tabernero de Vinaceite, mi buen amigo Pepe. En una de ellas está Carmelo, sentado en la mesa que presidía el banquete, leyendo el tarjetón del menú. Con unas gafas muy gruesas, pero leyendo. Poco después falleció.

No es sitio ni hora de buscar culpables. Sí de pensar en soluciones porque casos semejantes se volvieron a repetir, con la aquiescencia y desinterés de los gestores y del colectivo de compañeros, malentendiendo cierto espíritu corporativista; y el acatamiento callado del personal, que protesta mal o nunca. Curarse en salud, en estos casos, es poco saludable

Lo de Andrés nunca fue una tragedia. Al contrario, fue, es, un excelente ejemplo de adaptación social, aunque muestra también otras facetas de interrelación. Andrés pertenece a esa generación de estudiantes extranjeros que vinieron a la universidad de Zaragoza a estudiar Medicina. Hijo de un destacado funcionario dominicano, formó parte del grupo de los llamados *sudacas*, aquellos que despertaron suspicacias en los años sesenta, junto con *los moros*. Las reticencias, que en aquellos años se centraban en el grupo en cuanto que colectivo usurpador de plazas, se individualizaron en cuanto consiguió cada uno su licenciatura y comenzaron a trabajar. En contra de lo que se esperaba de ellos -que se formaran y volvieran a los lugares de origen-, muchos se quedaron. Unos por comprender que España era un país con más atractivo profesional que el suyo, otros por que aprovecharon su estancia para no cumplir allá el servicio militar y no podían volver sin cargos. La mayoría, como es el caso de Andrés, por que se echaron novias aragonesas, se casaron, y se establecieron como ciudadanos de pleno derecho. En general no gozaban de buena fama como estudiantes –y otra cosa es que lo fueran o no-; se sospechaba que, al ser hijos de familias pudientes, no se sentían acosados por problemas económicos y solían demorarse en los estudios. Por el contrario, se integraron maravillosamente en la farándula zaragozana. Algunos no terminaron la carrera y ejercen oficios diversos; otros se quedaron en cuarto año de carrera y, como entonces estaba permitido, convalidaron con enfermería y hoy trabajan como ATS. De la generalidad se extrapola a lo particular y cada uno arrastra, para colegas y pacientes, el mismo sambenito de malos estudiantes y no muy buenos profesionales.

Andrés, además de tener que soportar el estereotipo grupal, tenía que apechugar con su estampa. Es negro; *negro-chocolatero*, decía él para quitarle hierro; negro *como el carbón* para los blanquitos locales que exageraban su negrura por falta de costumbre de tratar con gente de esa raza. Es, además, muy alto. Andará por el metro noventa, que ahora no es tan llamativo pero que, comparado a la media española del metro setenta de entonces, era descomunal. Tan alto y delgado que, no sé si por gusto o por cuestiones de talla, los pantalones a veces le quedan cortos y dejan ver los calcetines y un par de zapatos que bien *pareciesen tumbas de filisteos*, como diría el clásico. Siempre sonriente, muestra esos dientes marfileños de los negros guapos. Para más INRI, y para acentuar involuntariamente el contraste, se casó con una zaragozana llamada Blanca.

Amaneció por Albalate, recién casado, en la época en la que emigraron allí buena parte de los gitanos de Híjar y unas cuantas familias andaluzas. Mejor le fue a Andrés.

Él pudo paliar con simpatía, humanidad y servicio lo que su color le pudiera haber negado. En poco tiempo tuvo familia, menos *chocolateros* que él, pero negritos a fin de cuentas. Coincidí con su hija adolescente, a finales de los ochenta, en el gimnasio de aquel pueblo; me preparaba para un viaje en moto al Sahara y ella, una albatina más, con la misma rasmia, lanzaba sus golpes de kárate al saco de boxear. Entraron en una peña a la que no dejan de volver en fiestas, hicieron amistades con quienes les resultaron afines, hablaban con acento maño y, lo del color, quedó como un accidente más de la naturaleza. Como al que tiene la nariz larga y le llaman narigudo, a Andrés le decían *El Negro* con la misma naturalidad y franqueza. -“*Hombre, es que ser el médico, ayuda*”, me comentaba un buen amigo suyo. Cabe recordar que ya tuvo una antecesora morena.

En la primera cena de guardia que compartí con él sacó a colación lo que llamaba *su negritud*. Pude ver que era un asunto que le apasionaba. Venía a decir que estaba encantado con ella, que era su signo de identidad por excelencia; que, en España, le individualizaba de tal manera que le hacía sentirse él mismo; que no le gustaba nada, cuando volvía a su tierra dominicana, no llamar la atención; allí nadie se volvía al verlo pasar, no suscitaba reojadas o comentarios al llegar a los sitios, que allí él se sentía *masa* mientras aquí se sentía distinguido. Explicaba que aquella distinción le venía en parte de que, siendo nieto –o bisnieto, no recuerdo- de una mujer blanca, era el único que había heredado el color oscuro, y que el resto de sus parientes eran manifiestamente más mulatos que él, incluso blancos como la abuela.

Como médico y como persona tenía fama de ser *un poco tranquilo*. No era muy amigo de reciclarse ni de entrar en las nuevas tendencias basadas en la tecnología de la evidencia. Ni empacho en derivar al especialista cualquier asunto que le complicase la vida por su complejidad. Por eso, cuando el colega con quien compartió los primeros años de estancia en Albalate mudo de lugar, “cedió” graciosamente la prosapia del saber al nuevo, más joven, y no tuvo inconveniente en ejercer en algunas parcelas como segundón. De esa manera suya de situarse en la profesión he podido recoger abundantes testimonios. Traigo de muestra uno, de una señora muy exigente:

-“*hombre, buena persona sí era, pero en cuanto llegó el nuevo yo me pasé porque Andrés no era médico más que para un resfriado. El nuevo era un poco chulillo pero yo estaba harta de especialistas y viajes*” (P32)

Un apunte etnográfico más. En mi segunda guardia con Andrés apareció a última hora de la tarde una paisana mía, Pilar, aquejada de uno de sus frecuentes cólicos biliares. Santo y seña de la tradición labradora rancia, es una mujer casi albina de poco

más de setenta años. Nada más ver a Andrés me dirigió una mirada que parecía pedir protección ante la sonrisa de teclado del médico. Casi temblaba, y no era del cólico en fase ya de remisión. Tumbada en la camilla, aquella panza maternal y nívea se deprimía a la presión de las manazas negras de Andrés. Pilar levantaba la cabeza, miraba, la volvía a apoyar, y cerraba los ojos como diciendo: *que sea lo que Dios quiera*. Pinchazo, buenas palabras y a casa. Andrés por poco se muere de risa. Yo también. Su comentario posterior fue para explicar que, ahora que en Albalate se habían acostumbrado a él, en las guardias de Híjar donde apenas le conocía el personal, se volvía a encontrar con las situaciones que le hacían reencontrarse, de nuevo, con su mismidad. Mi vecina, pocos días más tarde, se justificaba como Mafalda diciendo que ella no tenía nada contra los negros, pero que yo tenía que reconocer que eran muy feos y daban miedo, sobre toda aquel que era tan grande.

Ángel no es ciego ni negro, aunque en Marruecos y cuando se pone de broma pasa por moro. Hace algo más de veinte años que apareció por Híjar, a reemplazar a don Fidel cuando se jubiló. Siempre nos recordamos la primera vez que nos vimos. A la hora del vermú, yo sirviendo, con barbas ralas de franciscano y melenas de león; él *haciendo domicilios*, con traje entallado marrón, bigote, y pelo afro. *-Buenas, soy el médico nuevo, una coca cola. -Buenas, yo soy El Papi, a mandar*. Más o menos de la misma edad, congeniamos y así seguimos.

Huérfano de padre desde la infancia, hijo único, es un hombre tan dinámico y extrovertido que casi llega a marear, lo que nos hace afines. Enamorado de los coches, está casado con una mujer que compensa por discreta lo contrario de su marido. Han tenido dos hijos de los cuales, el mayor, murió hace trece años, a la edad de catorce, tras una enfermedad cerebral que se hizo larga, penosa y que creó una angustia que parece que empieza a remitir. Afortunadamente les quedó una hija, que en breve acabará Geológicas, y ya tiene novio y ganas de casarse.

Al escribir de él corro el peligro de no ser objetivo. Desde luego que hacerlo tiene poco que ver con aquella antropología clásica que buscaba su objeto de estudio en las culturas cuanto más diferentes a las del investigador, mejor. Hace casi seis años, en los primeros arranques de lo que hoy es este trabajo, ya hube de regatear ese problema metodológico y tiré por la calle de en medio. Quería saber de Ángel, de su manera de entender la profesión, de sus relaciones con la *empresa* (el INSALUD, entonces), con los pacientes, y con la medicina en cuanto que ciencia. Abusando de su cortesía le pedí que me escribiese una autobiografía sucinta y desarrollase los argumentos propuestos.

Lo hizo. Al hilo de lo que escribió de su puño y letra, sin riesgo de que se me cuelean sesgos, sintetizo lo fundamental de aquel documento (aunque el sesgo pueda venir de la propia síntesis).

Ángel nació hace cincuenta y pocos años en un barrio obrero de Zaragoza, *de la margen izquierda*, señala, casi deshabitado por aquel entonces y luego punto de partida de la expansión urbanística zaragozana. Educado en el barrio y luego con los curas, recuerda los azotes y el ambiente gris de aquella Zaragoza. Hizo el bachiller “por libre” en instituto Goya. Nombra que la homosexualidad de algunos religiosos le llevó al anticlericalismo. Lo menos gris de aquellos años, su afición al deporte.

Los esfuerzos de su madre, modista de profesión, consiguieron que estudiara bachiller superior en un “colegio bien”. Fue a los Maristas pero, rebelde desde crío, se enfrentó con los curas y fue expulsado, debiendo volver al popular Instituto Goya. Orgulloso cuenta cómo aprobó todas las asignaturas y, sin perder curso hasta la selectividad, entró en Ciencias Químicas. Tras un curso *in albis*, pasó a Medicina pensando en hacer valer su capacidad memorística. A los veintiséis años se licencia con buenas notas en la Facultad *vieja*, enamorado del edificio pero quejoso por la falta de prácticas. Ante la ausencia de libertades democráticas se revela y reconoce como “progre”. Hizo prácticas voluntarias de neumología en el Cascajo y, tras una mili “normal” en el Hospital Provincial donde aprendió algo de dermatología, urología y urgencias, al día siguiente de serle entregado el título aceptó una plaza de médico en Cocalón (Teruel).

Allí sufrió los miedos del novato y *la tentación de “endiosarse”*; sus primeras experiencias *en condiciones tercermundistas*, con carencias de material y personal, que incluían prácticas veterinarias. Comienzan sus dudas sobre la Medicina. La ve más como una filosofía, especulativa, afirma, que como una ciencia que resuelva problemas. Acaso salva a la cirugía y la farmacología. En aquellos primeros seis meses de médico rural se afianza su carrera profesional y, a la vista de los rendimientos económicos, pasa a otro pueblo donde ejercerá durante tres años. Señala el estoicismo de los pacientes y las múltiples facetas que abarca su ejercicio, y que concluían en la adquisición de un prestigio social y personal sobre el que se interroga actualmente. Reconoce el agradecimiento que le demostraron aquellas gentes y su emoción al despedirse para trasladarse a Castellote. Allí se ve ya más curtido, como médico y como hombre, desconfiando de una profesión en la que se siente utilizado. Confía en la subjetividad. Allí se forja lo que hoy es una profunda decepción. Echa mano de un ejemplo, su

intervención en un aborto, para indicar el tipo de pacientes que debía tratar y la incultura sanitaria a la que tenía que enfrentarse, y como lo asumió. Recuerda, en un cálculo, las noches que pasó en vela, recorriendo masadas perdidas; las peleas con los obreros taimados a la búsqueda de la baja; el descenso al infierno de las minas. Tiempos duros.

Ya aposentado en Híjar, revisa el cambio que ha sufrido la Medicina, insistiendo en la excesiva burocratización y señalando los escasos avances -analítica y radiología, señala-. Hace, también, una breve disquisición de su experiencia como coordinador del Centro de Salud: imposible trabajar en equipo entre tantos “*diosecillos*”. Le resulta estresante, agradece tener “horario” pero añora perder la imagen de *médico de toda la vida*. Para él, el aumento en la esperanza de vida es debido al aparato de la tensión, a las analíticas y a la cirugía..., y *eso ya se hacía hace veinticinco años*.

Hasta aquí, el resumen sucinto de lo que nos cuenta en las quince páginas de su manuscrito.

A Ángel, la enfermedad y muerte de su hijo parecieron afectarle tan profundamente que sus dudas dejaron de tener sentido. Es un escéptico reconocido respecto a su trabajo. Practica la medicina pero no cree ciegamente en ella; ni mucho menos que sea una ciencia; o que si lo es, es muy imperfecta. A veces, sobre todo en su época de coordinador del Centro, ha tenido *peleas* con los gerentes, aunque como saben de su carácter le dejan hacer. Acostumbrado a trabajar en solitario, como don Fidel, le costó algo acostumbrarse a la incorporación de un compañero y tampoco fue partidario de la construcción del Centro de Salud. Suponía control y él es un amante de la autonomía. Prefiere ir a su aire, no discutir con sus pacientes y negociar cara a cara lo que haga falta. Aún así, algún paciente descontento *se pasa* al médico que llegó a compartir cupo, *que mira y toca y te echa las gomas*, y al que pueden considerar menos precipitado.

Puede resultar un personaje polémico y contradictorio, pero con una capacidad humana que encandila a sus pacientes. Los compañeros sustitutos y refuerzos suelen encontrar en él más comprensión y apoyo que en otros compañeros. Se le considera listo como un lince, con un ojo para la clínica propio de los que se vieron obligados a trabajar con escasez de medios. Socialista convencido y desencantado, no le importa ser ostentoso con coches caros. Es un hombre sincero que defiende con igual ardor sus principios que sus privilegios. En fin, todo un personaje.

5. LA MEDICINA OFICIAL

5.1. Servicios: *Vale quien sirve.*

EL CENTRO DE SALUD COMO SERVICIO

A principios de los años sesenta, el Estado no disponía de ninguna institución que proporcionara a los jóvenes la educación política y orientación del tiempo libre que antes diese la Falange. El viejo esquema de “pelayos”, “flechas” y “cadetes”, de inspiración militar y posbélica, había decaído de tal manera que ya era incluso incapaz de llevarse a los chicos a “campamentos”. Entre otras cosas porque pocos se apuntaban a algo que olía a rancio cuando destapaba heridas que comenzaban a cicatrizar. Para remendar aquello se montó la OJE (Organización Juvenil Española). En realidad era el mismo perro con distinto collar. Dirigida por antiguos falangistas, colocó en sus “cuadros” provinciales a los llamados “cachorros del régimen”, hijos de los que ganaron la guerra o jóvenes dispuestos a medrar en política. Aparecieron por estos pueblos haciendo su presentación propagandística en las escuelas. Recuperaron el izado de banderas en los patios de recreo, con los chicos en formación, firmes y alineados. Ya no exigían el brazo en alto, ni cantar el Cara al Sol. Eso sí, se perdían las tardes lectivas en aprender su nuevo himno:

*A ti, Capitán San Fernando,
Patrón de la juventud,
Juventud nacional-sindicalista,
Te pedimos guía y luz,
Para ganar,
La batalla final.*

A los chicos el himno no les gustaba nada. El ritmo marcial chocaba con los del pasodoble o la copla que se escuchaban por la radio. Ni entendían qué fuera aquello del nacionalsindicalismo, ni qué santo fuese ese San Fernando. Gustaba, si acaso, que aquello fuese cosa de chicos y no de chicas. Quisiesen o no, se les daba un carné con el nombre, los apellidos y un número de afiliación que había que saberse de memoria. El carné estaba plastificado, lo cual era una novedad que sí gustaba. Todos los datos de aquella cartulina estaban impresos sobre un fondo de color desvaído en el que podía leerse, mil veces repetida, *la consigna* de la organización: *vale quien sirve, vale quien sirve, vale quien sirve*, de margen a margen, de arriba abajo, *vale quien sirve*. Aprendido el himno, las tardes de escuela se dedicaron a explicar la consigna. Se quería infundir el valor de un *servicio* que se relacionaba acaso con el militar, el *ir o hacer el*

servicio de toda la vida. Por entonces, el único servicio que alimentaba los sueños era el *servicio de autobuses*, que era el que se llevaba de aquel inhóspito ambiente a los que no cabían, o aspiraban a algo mejor. Servir por servir, mejor que te sirvieran.

Los *servicios sanitarios* nunca fueron nombrados así. Bajo el sistema franquista, ni la Dirección General de Sanidad ni el Instituto Nacional de Previsión se vieron nunca como servicios. Ni mucho menos el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Las leyes que los amparaban se veían como Leyes, “cosas” de obligado cumplimiento, que más que dar quitaban. En realidad la asistencia sanitaria nunca se definió como un *servicio* sino como un recurso laboral; eso no ocurriría hasta que la salud se reconociera como un derecho y no sólo como un suceso (Uribe, 1996: 64) Las instituciones provinciales o religiosas como Dispensarios o Beneficencia eran vistas como sistemas de gracia y amparo donde acoger al personal peor tratado por la vida: “locos”, indigentes o pobres de solemnidad. Las Mutuas eran percibidas como un mecanismo de control de riesgos laborales donde, pagando como en el autobús, los diferentes gremios cubrían las “averías” de los trabajadores o sus familias. Propuestas y tomadas como la puerta de entrada a los hospitales, enfatizaron ese tipo de atención relegando la consideración de la medicina clásica, la del *médico de toda la vida*, al que había que pagar la iguala.

Se entendió durante muchos años que *los de Sanidad* venían por los pueblos a dos cosas: a vigilar -los mataderos, carnicerías y panaderías, las aguas, los vertederos- o a vacunar. No eran vistos como servidores públicos sino como fiscales de la salud, ya que más que *prestar* el servicio *obligaban* a él.

Hacia mediados de los setenta tampoco percibía el personal que la asistencia que prestaban médicos o practicantes estuviese en crisis, aunque así fuera⁵⁹. Ese era un asunto de política sectorial, opacado por los más generales de implantación del nuevo sistema democrático. Nadie atendió a lo que aparecía en la prensa o la televisión sobre los *Libros* (el *Blanco*, el *Verde*, el *Rosa*), en los que se cuajaban las nuevas propuestas de reforma; y es que salían *libros* de todo: de la Educación, de la Justicia, de la distribución territorial, en fin, de cada uno de los ámbitos que se querían democratizar. Hubo, no obstante, un principio general que tampoco se entendía demasiado pero que,

⁵⁹ La crisis sí era percibida por los profesionales del sector. José M^a Uribe (opus cit. p. 86 y ss.) hace una revisión, con apoyo de numerosas citas y bibliografía, de ese fenómeno. Allí explica las causas que se sintetizarían así: el reemplazo de las enfermedades infecciosas por las crónicas, el aumento del gasto sanitario en proporción directa a las nuevas demandas, la gestión sanitaria que pasa a manos de profesionales *no médicos* con la consiguiente pérdida de autonomía y control del gasto farmacéutico y, por último, una nueva *filosofía* en lo referente a la orientación salubrista y la descentralización de servicios.

de tanto repetirse, caló pronto en la mentalidad de los democratizados: la nueva definición del Estado como *social* y de *derecho*. Ser *social* se entendía como cosa de socios; cada español lo era y, si le dejaban votar libremente, se entendía cómo ser socio. De *derecho* se entendería durante un tiempo como que los leguleyos serían quienes llevarían la voz cantante. No es que no fuese así, pero pronto se vio que se refería principalmente a la consolidación de las franquicias o privilegios de los socios, de los españoles todos. Del Estado se entendía que era *La Administración* y, de las tres formas de la actividad administrativa, la de Policía se sabía de qué iba, aunque siempre provocase reticencias: limitación de las actividades privadas en beneficio de los demás; de no cumplir la obligación venía, por ejemplo, la multa. A la segunda, la de Fomento, se le tenía más aprecio; desde la República se la asociaba con ayudas para calles, infraestructuras, luz eléctrica y agua corriente y, sobre todo, con subvenciones al campo, a la ganadería o a la mina, que esos sí eran considerados pilares básicos. A la tercera, los Servicios o Prestaciones públicas, se les tenía cierto resabio por su histórico carácter discriminatorio, y por tener que ver *con los papeles*, con reclamaciones administrativas que más que solucionar complicaban; justicia injusta, educación maleducada o sanidad insana habrían de reconvertirse en esa nueva forma de administrar basada en los derechos. La Constitución de 1978 así lo consagró. Aunque, salvo a los funcionarios, no conozco a ninguno que se la haya leído, la puesta en canta de los derechos obtuvo más pláceme que la de los deberes.

Papel mojado durante los años de la transición, la importancia del derecho a la protección de la salud tuvo sólo una importancia relativa al no existir una Ley que protegiera tal derecho. Así se mantuvo, como una esperanza latente, hasta 1986 en que se publicó la Ley General de Sanidad. El sistema sanitario se reconoció allí enfocado a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, se hizo extensivo a toda la población española, y se orientó a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales. Desde la promulgación de la ley los poderes públicos deben ya informar a los “usuarios” – es, pues, un servicio- de sus derechos y deberes⁶⁰. Si pocos leyeron el texto de la Constitución, menos aún el articulado de la ley. Ninguno de los curanderos con quienes he hablado sabían nada del famoso artículo 13; sí sabían que estaban en una liminalidad sospechosa, que se resolvió parcialmente cuando se les permitió pagar a Hacienda.

⁶⁰ Cabe recordar aquí que en su artículo 13 dice que el Gobierno aprobará las normas precisas para evitar el *intrusismo profesional* y la mala práctica. Sin nombrarlos, los curanderos y otros sanadores podrían considerarse fuera de la ley, aunque la OMS ya había anunciado años atrás la conveniencia de un entendimiento cordial con ellos.

Fueron los gobiernos socialistas quienes se hicieron cargo de las reformas incorporando nuevas ideas sanitarias. La mayoría de ellas provenían de la Salud Pública y no se habían aplicado apenas en España. Aparecerían conceptos como “atención primaria de salud”, “salud integral”, “prevención de la enfermedad”, “educación sanitaria”, “epidemiología”, “trabajo en equipo”, “participación comunitaria”, y otras (Rodríguez y de Miguel, 1990: 106 y ss.) que hoy son las *ideas fuerza* sobre las que se sustentan los servicios en los Centros de Salud. Y esa obligación universal de servicio es lo que ahora se exige a médicos y practicantes, aunque, como los curanderos, una vez pagados los impuestos –“*o lo que me descuentan para la Seguridad social*”-, del asunto de las obligaciones nadie parece querer hablar. En la boca de los trabajadores del Centro se puede oír que los pacientes, usuarios o clientes entienden que: *derechos, todos; obligación, la de usted de atenderme. Valen, si sirven.*

Conviene, antes de pasar a otras consideraciones, centrar varios conceptos básicos tal como son entendidos por los médicos y los gestores. Se denomina Atención Primaria a

*“la puerta de entrada al sistema de servicios de salud que otorga una atención integral, permanente, continuada, participativa y programada al individuo, familia, comunidad y al medio en que ésta vive y trabaja. La estructura funcional básica que posibilita el desarrollo de la Atención Primaria es el Centro de Salud, el cual habrá de estar localizado próximo al lugar donde vive y/o trabaja la población”.*⁶¹ El Equipo de Atención Primaria es “*el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en una zona de salud.*” Y la Zona Básica de Salud es “*el marco territorial de Atención Primaria de Salud donde se desarrollan las actividades sanitarias de los Centros de Salud.*” (BOE 1984:314)

EL CENTRO DE SALUD COMO PROBLEMA

El 21 de febrero de 1994 se inauguró el Centro de Salud de Híjar. Por las mismas fecha se abrieron establecimientos similares en las tres provincias aragonesas. Desde que se propuso su construcción estuvo acompañado de una serie de problemas que paso a exponer.

El primero, por exceso, vino de la asignación presupuestaria. En la delegación del INSALUD de Teruel, por razones que no he conseguido dilucidar, se contaba con una cantidad que era proporcionalmente mayor que la de las dos provincias hermanas, Zaragoza y Huesca. Ese dinero debería cubrir la construcción y puesta en marcha de una docena de Centros que, en el reparto, daba para bastante. Así se encargó a los

⁶¹ Guía de funcionamiento del Equipo de Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1985.

arquitectos unos proyectos de los que resultaban edificios bastante amplios. No debieron entender los gestores qué hacía falta en cada sitio, o se lo indicaron mal a los proyectistas, y el caso es que, como en el caso de Híjar y alguno más, se aceptó un proyecto que excedía en mucho las necesidades “sentidas” por la población y las de algunos que iban a trabajar allí. En fin, se pensó que, para una vez que llegaban dineros a pueblos tan deprimidos, mejor pecar por exceso que por defecto, y nadie protestó. A los políticos tampoco les llamó la atención ni el volumen de la edificación ni el costo; era una obra que les posibilitaría colgarse una medalla y, cuanto más grande y llamativa, mejor. El de Híjar, que haría a su vez de consultorio local, cuenta con dos plantas y ochocientos setenta y cinco metros edificadas. Allí metieron, en la planta baja, un amplio hall de entrada con el mostrador para administración y cuarto de archivo, cuatro consultas para enfermería y medicina, salas de espera y urgencias espaciosas, cuartos de *limpio* y de *sucio*, sala de extracciones, aula de educación para la salud, cuarto emplomado de rayos X, cuatro cuartos de baño, habitación para farmacia, cuarto trastero, un almacén enorme contiguo a un garaje para dos coches, y dos jardincillos interiores. De la planta baja ascienden unas escaleras al aire que llevan a la zona reservada al personal sanitario. Allí hay una sala de reuniones y un piso vivienda con cocina, sala de estar, dos cuartos de baño y tres dormitorios. Todo el edificio está dotado de calefacción y aire acondicionado. En la actualidad todo el espacio se usa, aunque irracionalmente. Cuando se está en los dormitorios y llaman por la puerta de urgencias, justo debajo, hay que recorrer el largo pasillo del piso superior que lleva a las escaleras, bajar las treinta y tantas, desandar lo andado en la planta baja, y abrir. Así, para cada urgencia nocturna. La entrada principal consta de cuatro puertas dobles con doble acristalamiento y otras cuatro iguales a metro y medio de las primeras; a ellas se llega desde la calle por ocho gradas; no hay rampa; los inválidos que van en sillas de ruedas han de llamar por la puerta de urgencias que está a ras de calle, a la vuelta de la esquina⁶². Con tanta puerta el personal se hace un lío. Hay carteles. Tantos, que más provocan la confusión que indican por donde entrar. El aula que se proyectó como tal, con mobiliario *ad hoc*, se usa como cuarto de estar o consulta que comparten la trabajadora social y la farmacéutica; la sala que se pensó de rayos (no hay rayos X en los Centros de Salud) y sus anejos, hacen de segunda consulta de urgencias; la sala de

⁶² Esta descripción de “la puerta de entrada” bien pudiera servir de metáfora de algunos de los problemas de accesibilidad a la Atención Primaria. Como primer paso, el físico, no hace más que anunciar que los proyectos, cuando son irreflexivos o precipitados, tienden a justificarse a sí mismos –quedan bonitos en el plano–, pero se ajustan mal a las necesidades que intentan solventar.

extracciones se emplea tres horas a la semana; el almacén es archivo y trastero; el trastero está cerrado y ni se sabe qué hay dentro; los dos coches del Centro duermen en la calle y el garaje lo ocupan los coches particulares. Pero la extravagante disposición de los espacios no es mayor problema; tendría arreglo. Con tantos metros cúbicos y cuadrados, el mantenimiento es extremadamente caro. Las facturas de gasto energético harían temblar las arcas de cualquier empresario. Como, además, el edificio se construyó deprisa y corriendo, muy al estilo de los famosos “fastos” de 92, está que se cae: goteras que inundan las salas a la menor tormenta, pintura desconchada, azulejos que saltan, grietas sospechosas incluso en los elementos estructurales. Los responsables del centro se quejan a Teruel; los de Teruel vienen y levantan acta; se paga la luz y ahí se va el presupuesto de mantenimiento⁶³.

La decisión de construir el Centro de salud en Híjar supuso, asimismo, un problema político que ha tenido y sigue teniendo trascendencia en la prestación de los servicios. Cuando los gestores decidieron que había de instalarse en esa población, consideraron que los aspectos geográficos y de comunicaciones eran más determinantes que los poblacionales. Buscaron y encontraron, por las mismas razones, lo mismo que habían apreciado los médicos de los años setenta y ochenta respecto al bar Papi. Híjar era, geográficamente, el centro del área básica de salud. Con la mejor equidistancia posible respecto a los demás pueblos, de su emplazamiento en la carretera nacional partían las comarcales que llevaban a ellos. Se enlazaba a través de una recta de treinta kilómetros, y sin atravesar ninguna población, con el hospital de referencia, el de Alcañiz. Consideraron que era el emplazamiento adecuado y encargaron al ayuntamiento de Híjar proveerse de un solar donde emplazarlo. Cuando la noticia llegó a la corporación municipal de Albalate del Arzobispo, reclamaron que, dado que tenían cuatrocientos habitantes más, el Centro debería instalarse en ese pueblo y no en Híjar. Se creó una alarma social que resucitaba, de nuevo, los fantasmas que históricamente han presidido las relaciones de ambos pueblos. Los pleitos de aguas, las divergencias entre el poder civil y el eclesiástico, los estereotipos de rivalidad acuñados a lo largo de siglos, se

⁶³ A primeros del año 2002, recién aceptadas las transferencias sanitarias por Aragón, el Centro es sometido a una evaluación protocolizada por el Servicio de Relaciones Laborales y Asuntos Sociales del Gobierno de Aragón. La realizan dos inspectores de Prevención de riesgos laborales. La intención era, según el informe, “reflejar el estado actual del Centro, en el que se recogen los diferentes factores de riesgo, deficiencias y/o carencias del mismo, con objeto de planificar las acciones correctoras y preventivas tendentes a disminuir progresivamente los riesgos”. La evaluación es concienzuda, y deja mi anterior descripción de problemas como un pequeñísimo indicador de los mismos. Está por ver cuándo y cómo se paliarán. A un año vista, todo sigue como lo vieron los inspectores.

volvían a poner sobre las mesas de los despachos aduciendo problemas de discriminación. Aunque la decisión estaba tomada, el alcalde de Albalate, farmacéutico del pueblo, convirtió aquel asunto en herramienta para la lucha política. Era su campo profesional y no podía dejarse comer el terreno. No le fue difícil hacerse con las simpatías de sus conciudadanos. En realidad, para un Albalate que entraba en picado con el cierre de algunas minas y la precariedad de su agricultura, la instalación del Centro en el pueblo de sus desamores no hacía sino alimentar un pesimismo contra el que se luchaba defendiendo, encarnizadamente, cualquier opción de un futuro mejor. El alcalde de Híjar, del mismo partido que el farmacéutico, el Popular, aunque mejor situado políticamente, se lo tomó con calma. Seguro de su posición estratégica, no necesitó fustigar a sus administrados en contra de los de Albalate. Intentó hacer ver a todos que los criterios de elección del sitio estaban justificados y, como mucho, se dedicó a capear el temporal que le venía del otro pueblo lo más diplomáticamente que pudo. En varias entrevistas informales con él me ha dado cuenta del proceso.

Las consecuencias de aquel rifirrafe político las tuvieron que sufrir, primero, el personal de Albalate para quienes el Centro representa una batalla perdida más, un inconveniente tener que desplazarse para ser atendidos de urgencia en una población que no es la suya, o tener que hacer el mismo recorrido para que le realicen una extracción de sangre o un electrocardiograma. Lo mismo para ser atendidos en su domicilio cuando, pasadas las tres de la tarde, sus sanitarios locales se hayan ausentado del pueblo y hayan de recurrir a los de guardia con el consiguiente desplazamiento y retraso.

También acaban pagando el pato la totalidad de los trabajadores del centro, que han de torear un cúmulo de demandas e intransigencias por parte de una población que se siente engañada, discriminada y marginada, por lo que su alcalde les “vendió” y no supo o quiso explicarles mejor. Y también incómodo para los gestores de Teruel, que hubieron de suavizar las discrepancias aceptando con más comprensión cualquier reclamación que venga de ese pueblo. Y negociando y aceptando que, en determinadas fechas, se monte allí un PAC (Puesto de Atención Continuada) *sui generis* que atienda a eventuales aumentos de población o demanda por ser fiestas o destino vacacional.

En general, para todos los pueblos salvo para Híjar, supuso un problema que sus sanitarios locales desapareciesen desde las tres de la tarde hasta las nueve de la mañana del día siguiente. Acostumbrados como estaban a una asistencia *in situ* las veinticuatro horas del día, la instalación del Centro en Híjar suponía un inconveniente; sólo eso para

quienes dispusiesen de teléfono y coche, pero algo más, un problema serio, para quienes por edad avanzada –muchos-, precariedad económica –pocos- o faltos de apoyo social o vecinal –más de lo que pudiera pensarse-, tenían dificultades para llamar, acceder o reclamar servicio fuera de las horas oficiales de consulta local.

El asunto destapó un problema que no se había sospechado hasta entonces. Se suponía que en los pueblos pequeños de las provincias pobres, del estilo de Teruel, se mantenían redes de solidaridad interfamiliar o intervecinal que se activaban ante cualquier eventualidad. La puesta en marcha del Centro dejó a las vistas la inconsistencia de un tópico que provenía de los estudios sincrónicos de lo rural frente al lo urbano. Se encontraron con que el proceso de modernización social y cultural se había llevado por delante buena parte de las moralidades de la ayuda mutua, de las rentas del afecto, de los sistemas de apoyo informales, por cuenta de un individualismo egoísta e insolidario que pareciera típico y tópico de las aglomeraciones urbanas. Ahora, a diferencia de lo que ocurriera hace veinte años, ya es habitual, aunque no en todos los casos, que si se produce un incendio se llame a los bomberos y se espere a que lleguen; el “seguro” pagará los rastros. Que si se presencia una agresión o un robo, se llame a la Guardia Civil, y que ella resuelva. Que si alguien se pone enfermo, se llame al Centro y que vengan; ya no se pone la misma diligencia en echar una mano a quien lo necesite⁶⁴. En asuntos de solidaridad se participa, en demasiados casos, por delegación pasiva, no por implicación activa. Afortunadamente aún queda abundante capital moral que compartir, pero es evidente que una parte sustancial se ha perdido, en lo sanitario, por cuenta de la nueva distribución de los servicios. Un ejemplo: Dolores, viuda sin hijos, de setenta y nueve años, llama al Centro a las seis de la tarde desde uno de los pueblos más alejados con gran angustia por haber tenido una discusión con una vecina; dice que respira mal y *le va deprisa el corazón*. Se le indica si habría posibilidad de que algún pariente o conocido pudiera acercarle al Centro y allí tratarla o hacerle un electrocardiograma. Dice que no se atreve a pedir ese favor, que los que tienen coche están todos trabajando, y que cómo iba ella a devolverlo luego.

Otro problema “sentido” es la *espantada* que se produjo entre los trabajadores del Centro. Como ya no tienen que estar disponibles todas las horas del día, poco a poco han ido trasladando sus domicilios desde los pueblos a la capital cercana, Zaragoza. Eso ha sido visto por los alcaldes como un problema que les hace torcer el gesto, justo en el

⁶⁴ Sobre la reciprocidad es inevitable referirse a Mauss (1999). Más operativas resultan las propuestas de Sahlins (1983) si han de aplicarse a vida cotidiana de las sociedades actuales. Y todavía más, por lo que tienen de proximidad geográfica y temporal, las de Canals (2002).

momento en que su principal objetivo es el de *fixar a la población*, evitar la despoblación de unos pueblos cuyos habitantes son cada vez menos en número y más viejos en edad. Además, no sólo dejan de vivir en los pueblos médicos, practicantes, veterinarios, farmacéuticos, administrativos o trabajadores sociales, sino que tampoco lo hacen sus familias. Dejan de ocupar viviendas, no acuden a los comercios o bares, no llevan a sus hijos a las escuelas, no invierten sus ahorros allí, no arreglan sus vehículos en los talleres, no se les puede parar por la calle, en fin, no se socializan como lo habían hecho hasta entonces. Han *desaparecido* las personas y sólo ven al profesional, y no pocos testimonios me han llegado de lo que se considera una *traición*. Al no compartir más que teóricamente, y pocas horas, los problemas de vecindad, la proximidad cultural se hace distancia; la amistad, conveniencia; la mediación social desaparece; el compromiso se limita a los asuntos técnicos.

“Sacan las perras de aquí pero se las gastan en otro lado. Ya no conocemos a sus mujeres ni a sus hijos. Al de ahora, ni lo conozco; a la practicante sí, que me puso la vacuna, pero a él, aún no le he visto la cara” (P29)

A día de hoy, de todo el equipo de atención Primaria, sólo residen en los pueblos dos enfermeras, un enfermero y un médico; y más de uno ya está pensando en el concurso de traslados. Adiós a la idea de *medico de toda la vida*. Se les tiende a ver como a un funcionario más.

Hay que hacer notar que los mismos problemas, exactamente calcados, suscitó la instalación en Híjar de un Instituto de Enseñanza Secundaria: irracionalidad arquitectónica, instrumentalización política, afloramiento de reivindicaciones históricas, problemas de desplazamientos, distanciamiento cultural y social, desapego afectivo y sensación de traición.

Para buena parte del personal sanitario la instauración del Centro de salud también supuso un problema. Muchos vieron en aquel nuevo espacio sanitario un ámbito de competencia profesional en el que los nuevos titulados en Medicina de Familia, los MIR llamados *patanegras*, encontrarían su parcela específica desplazando, técnica y profesionalmente, a los simples licenciados o a los interinos que ocupaban plazas por estos pueblos. Fundamentalmente les preocupaba la pérdida de autonomía. De estar trabajando cada cual a su aire, sin más problema que tener contenta a la población, iban a pasar a trabajar con protocolos estandarizados, a compartir espacios, tiempos y pacientes con otros compañeros, a ceñirse a horarios cerrados, y a estar mucho más vigilados por los gerentes, que a partir de entonces realizarían unas muy temidas –de

boquilla- evaluaciones. Además, habrían de “reciclarse” en un nuevo modelo de asistencia con el que no todos estaban de acuerdo. Algunos aducían también problemas retributivos; al desaparecer las iguales y redistribuir los cupos, los salarios de algunos se verían recortados notablemente. Esto se solucionaría ajustando un *plus* compensatorio e individualizado, y haciendo la vista gorda en el cobro de las iguales. Estas, con la excusa de que eran “voluntarias”, se siguieron cobrando durante algún tiempo, hasta que el personal se negó a pagarlas –en algunos casos descalificando airadamente a quienes las quisieron seguir cobrando-, o la “vergüenza torera” de la mayoría hizo desistir del cobro.

EL CENTRO DE SALUD COMO SOLUCIÓN

La implantación del renovador modelo de Atención Primaria, encarnado en los Centros de Salud, supuso, para el nuevo sistema político y para los teóricos de la asistencia sanitaria, la superación de la mentada crisis de la medicina occidental. Desde que el Estado otorgó a los médicos el monopolio de la gestión de la enfermedad, ese acuerdo entre dos ha pasado por la asunción de varios modelos⁶⁵. El primer modelo, *el clásico*, se centraba en la asistencia privada del médico en el domicilio del paciente; se basaba en *el enfermo*. El segundo modelo, el denominado por Ackerknecht (1986) *modelo médico hegemónico*, se impone a través del hospital como lugar de aprendizaje profesional y de tratamiento para el enfermo; la asistencia, deviene colectiva, centrada en *los enfermos*. Será después de la Gran Guerra cuando se proponga el modelo de *Atención Primaria*, tomando como base la utilización de un recurso nunca empleado: el propio individuo. Por fin se le otorga un papel en el proceso curador. Desde entonces el sujeto adquiere diferentes denominaciones, como las de paciente o enfermo, hasta llegar a la más moderna de *usuario*, más relacionada ya con la percepción de *servicios* y el reconocimiento del *derecho a recibirlos*, tal y como se expuso antes.

Las actividades del Centro de salud deberán redimensionar y solucionar tres aspectos clave de la tradición médica. La *prevención de la enfermedad*, enfocada hacia el cambio de hábitos y la promoción de otros más saludables ajustados a la nueva sociedad; han cambiado la peligrosidad de algunos riesgos y enfermedades, que ahora están ligados al envejecimiento de la población (enfermedades crónicas) y a las nuevas ocupaciones

⁶⁵ Los modelos médicos pueden verse en Menéndez (1984), Comelles (1993), y buscando su relación con los Centros de Salud, en Uribe (1996).

profesionales. La *promoción de la salud*, enfocada desde la implicación del sujeto, que abre un nuevo campo de acción para la enfermería, a la que se dota ya de consultas independientes, o al menos separadas físicamente. Y la *educación para la salud*, cuyo propósito es la adquisición de conocimientos y actitudes favorables hacia ella, promoviendo una participación permanente, consciente y responsable, además del conocimiento de sus derechos⁶⁶.

En el mismo plano general, la implantación de los Centros de Salud viene a resolver las aspiraciones políticas de un sector de profesionales para quienes *la gestión* se estaba convirtiendo en una faceta más de su actividad. Provenientes algunos de organizaciones sindicales -en general proclives a dirigir los cambios-, otros con responsabilidad en el seno de los Colegios Profesionales, u otros especializados por formación en los asuntos administrativos o de gestión, la apertura del nuevo modelo planteaba un espacio que les permitía abandonar, siquiera temporalmente, sus obligaciones asistenciales para recalar en los nuevos puestos de designación política. Así, médicos y ATS, titulares o interinos, se vieron aupados a puestos de dirección y control como complemento justificado y socialmente reconocido de capacidades que antes no podían hacer valer. El mismo empuje obtuvieron los especialistas en Salud Pública, que vieron cómo eran requeridos con más frecuencia, tanto como asesores de los gestores como por la creación de nuevas plazas, incluyendo las relativas a la enseñanza, que adquirirían especial protagonismo en las Facultades de Medicina y Escuelas Universitarias de Enfermería.⁶⁷

En el plano más particular del Centro de Híjar, su construcción tuvo consecuencias urbanísticas positivas, tanto para un grupo de propietarios de tierras sobre las que se levantó como para los vecinos del barrio de san Blas. En Ayuntamiento, cuando recibió el encargo de ubicar el edificio, revisó los solares de su propiedad y no encontró ninguno que se ajustase al proyecto. Después de varios y controvertidos descartes, se convenció a un grupo de propietarios para que cedieran una parcela de terreno en la

⁶⁶ Siempre que, como enfermero, he hecho hincapié en la escasa implantación de este precepto básico, he encontrado reticencias por parte de los médicos. Habitualmente se me espeta la falta de tiempo, la escasa disposición de los ciudadanos o la nula cualificación pedagógica del personal sanitario. Un argumento que percibo como un “escurrir el bulto”, aunque leyendo una nota de Uribe (Opus cit., 1996), toma otra dimensión. Se trata de una cita de la OMS (1983: 23) en la que se tilda a la educación para la salud como un mecanismo generador de necesidades, por cuanto hace que *necesidades ignoradas* pasen a ser *necesidades sentidas* que se convierten en exigencias que se extienden al dominio público, social o cultural. Lo que se entiende, pues, como solución, acaba generando un nuevo problema.

⁶⁷ Otro asunto que se torna contradictorio. En la metodología de la Salud Pública se insiste mucho en la convivencia de las técnicas cuantitativas y las cualitativas. La Epidemiología, santo y seña de esa especialidad, consagra las cuantitativas. En los programas formativos de médicos y enfermeros puede constatarse esa afirmación. Yo mismo hube de hacerme antropólogo para enterarme de qué eran las técnicas cualitativas; lo mismo ocurre con algunos miembros del Equipo de Atención Primaria, que me han hecho consultas al respecto.

carretera de Samper, justo donde terminaba el pueblo. Quedaba fuera del Plan de Ordenación Urbana que se había aprobado con anterioridad, pero se planteó la opción de recalificar los terrenos. Se negoció y aceptó por las partes dicha recalificación, y el Ayuntamiento pudo así contar con una parcela de buen tamaño, a cosa de doscientos metros del viejo consultorio médico; eso suponía, para los usuarios locales, una notable ventaja. Incluso para los de otros pueblos era buena la localización a la orilla de una carretera, sin el incordio propio de otros Centros colocados en los centros históricos de los pueblos, enredados entre callejas y cantones que impedían accesos fáciles. A los propietarios se les reconoció un terreno contiguo como urbanizable, y se dejó espacio para una calle nueva, que aún no tiene nombre por no haber hecho los particulares uso de su derecho a construir allí. Algunas protestas contra esa ubicación venían de la consideración de la zona como insalubre. No hacía ni dos años que se había abandonado el vertedero de basuras municipal próximo. Estaba a menos de quinientos metros y permanentemente ardiendo por desidia y, por comodidad, recibiendo vertidos incontrolados. La pertinencia del solar obligó, afortunadamente, a que el ayuntamiento sellara definitivamente el vertedero, así como a negar nuevos permisos a explotaciones ganaderas, de cerdos o vacas, que se pretendían instalar o ampliar en los alrededores.

Obviamente la población de Híjar apreció como positivo todo lo que la de Albalate tomó como negativo. El Centro alojaba el consultorio local, tan generosamente ampliado y equipado. No se alejaba mucho de su anterior ubicación; no se quedaban en el pueblo sin el servicio próximo de médico o ATS, aunque fuesen los de otro pueblo; los asuntos administrativos –cartillas, reclamaciones, bajas y altas, papeleos con los especialistas, etc.- se centralizaban en el mismo edificio, a un paso de casa; y, sobre todo, que tomaban como propios los equipamientos de toda aquella institución. Allí, para sus consultas nuevas, tenían aire acondicionado y calefacción, baños de válidos e inválidos, cabina telefónica, sitio para aparcar, un edificio moderno..., y cierta prosapia local, porque el Centro de Salud que valía para toda la zona ostentaba el nombre de su pueblo.

En opinión de los usuarios quienes más salieron ganando fueron los trabajadores del centro. Ellos están de acuerdo con esa apreciación, aunque no les guste reconocerlo: por fin tenían un horario. Se acabaron los tiempos de estar veinticuatro horas diarias de servicio, de tener que pactar con compañeros para disponer de un día libre o unas vacaciones, de andar dejando notas y avisos en las puertas de sus domicilios o consultorios indicando dónde estaban. Ahora, según me contaba un médico, se podría

permitir el lujo de ser pescador, de coger la caña después de comer y andar arriba y abajo el río intentando sacar algún barbo, *hasta que se me fuese la luz y sin dar explicaciones*. Ganaban una parcela de libertad de la que disfrutaban la mayoría de los trabajadores de España. Aleluya.

También en el orden profesional el Centro vino a mejorar prestaciones que no se daban antes de la reforma. No desde su apertura sino paulatinamente, se fueron incorporando profesionales que solucionaron problemas. Primero llegó la trabajadora social especializada en salud. Hasta entonces sólo funcionaba el Servicio Social de Base, dedicada según la ideología del momento a gestionar recursos. Los problemas socio-sanitarios eran resueltos con mejor voluntad que éxito por una asistente social que se repartía en días por todos los pueblos. La llegada de la especialista auguraba un nuevo tipo de asistencia, más centrada en la colaboración con el equipo que, al margen de lo que teóricamente se esperase de ella, lo que hace es descargar a los médicos de la tarea mediadora que ejercieron hasta entonces. Los problemas que trenzaban salud y sociedad, le son derivados por los médicos o enfermeros o viceversa. Por fin en las historias clínicas irían incorporándose historias sociales. Y en las historias sociales se manejarían términos médicos.

Bastante más tarde, a principios del 2001, se recuperó por fin el servicio de la matrona. No ya para asistir partos, que queda dicho se realizan todos en el hospital, sino para realizar la preparación parto y asuntos de puerperio. No se excusan así las gestantes la visita al ginecólogo, pero tienen en la matrona una asistencia técnica especializada de la que carecieron desde los sesenta. El pediatra no se ha incorporado todavía, así que esa especialidad la realizan los médicos de cabecera, aun que se le espera en el transcurso del 2003. Sí lo acaba de hacer, desde hace pocos meses, una farmacéutica. No se puede dejar pasar, pues, que para todos estos profesionales la creación de los Centros de Salud suponen una salida a sus expectativas profesionales.

En cuanto que proveedor de servicios, el Centro de Salud vino a resolver otro tipo de problemas de orden técnico que no se ofrecían desde los consultorios locales. La incorporación de material como el electrocardiógrafo, el desfibrilador, o el espirómetro, ha permitido una mejor atención de urgencia o mejorado las posibilidades diagnósticas. Asimismo, la toma de determinadas muestras se realiza en el Centro sin precisar viajar, como hasta entonces, al hospital de Alcañiz o a los de Zaragoza.

5.2. De la autonomía a la dependencia: viajes de ida y vuelta.

CONSULTAS E HISTORIAS, INSTRUMENTOS DE CONTROL

La idea fundamental y más novedosa de los Centros de Salud es lo que muy teóricamente se denomina Atención Integral de Salud. Siguiendo a Comelles (1993), y la opinión crítica de la mayoría de los sanitarios que tuvieron ocasión de inaugurar el Centro, habremos de aceptar que el nuevo Estado tomaba para sí una modalidad de atención que no está ni ha estado nunca en las instituciones. En ella se incorporan el autocuidado, la automedicación, las tomas de decisión sobre qué es o no “consultable” o, en caso afirmativo, a qué especialista acudir, sea institucional, alternativo o popular, y tantos otros aspectos relacionados con la salud que dimanaban de las decisiones de los grupos domésticos y sus redes sociales, pero que difícilmente pueden regularse sobre la base de un aprendizaje académico. Con todo, el monopolio utópico se plantea como un intento de relacionar cuatro grandes funciones que deberán ser realizadas por todos los miembros del Equipo: la atención directa (asistencial), la formación, la investigación y la administración. La actividad asistencial incluiría acciones de promoción, prevención, cuidado y/o recuperación, rehabilitación y educación para la salud; que no eran ajenas al modelo anterior, y siguen por los mismos derroteros, aunque adaptadas a las exigencias de la gerencia que veremos más tarde. La función formativa se entiende dirigida al personal de Atención Primaria, en pregrado y postgrado -algo que en el Centro estudiado no se cumple ni tiene visos de hacerse-, y a la capacitación de los propios miembros del Equipo -que se hace, pero con la misma infrecuencia que desinterés y poco aprovechamiento, más bien “por cumplir”-⁶⁸. La función investigadora es entendida como un subproducto de la actividad asistencial, centrada en el área clínico-epidemiológica y en el funcionamiento de los servicios, y se deberá realizar en función de los problemas prioritarios de la zona. Se reclama, asimismo, colaboración en otros planes y proyectos de investigación con otros niveles de atención. A este respecto, el presente trabajo, elaborado por un “no-miembro” del equipo, aunque ligado profesionalmente a él y al Centro desde 1997, constituye -“casi”- el único ejemplo de actividad investigadora, y no se pueden negar sino agradecer las facilidades e

⁶⁸ Matizando una afirmación tan contundente, se acaba de producir un acontecimiento puntual para el que sí se reclama reciclaje y formación específica y continuada. Desde que Salud, el organismo autonómico aragonés que ha recibido las transferencias competenciales del INSALUD, decidiera dotar este Centro con una Unidad Medicalizada (Soporte Vital Básico) de transporte sanitario, ha cundido la alarma por lo que se supone escasa preparación de los miembros, que reclaman cursos de adaptación y protocolos consensuados de actuación. Los que ofrece la Diputación General de Aragón son considerados insuficientes, a seguir fuera del horario de trabajo, y sin remunerar las horas lectivas.

informaciones que nos han proporcionado⁶⁹. La función de administración incluye la ejecución de normativas, la formulación de programas de salud, recoger la información sanitaria de la zona, la colaboración técnica y administrativa con otros centros, facilitar la participación ciudadana, controlar los recursos, efectuar la evaluación de las actividades y valorar el grado de satisfacción de la población. Es la actividad que con menos gusto e interés realizan los miembros del Equipo. Y la que más críticas suscita, tomada como un recorte de su independencia, y vista como una carga añadida de trabajo que interfiere en su tendencia “natural” a los aspectos asistenciales.

La estructura organizativa que responda a las premisas anteriores se centra, pues, en dos tipos de actividades: las de *atención directa*, que incluyen los distintos Programas de Salud y el Trabajo Social, y las de *apoyo*, en buena parte administrativas. Con los Programas –dicen los programadores- no se pretende un modelo acabado sino una guía que facilite su elaboración por el Equipo. Eso sí, deberá incorporar una metodología compuesta de los siguientes puntos: *Objetivos*, específicos y complementarios; *Actividades*, las directas y las administrativas, su frecuencia y el grado de responsabilidad de los diferentes miembros del equipo; y *Organización*, o sea, formas de la actividad, normas, procedimientos y recursos. Se espera de esta metodología el paso gradual y dinámico de un modelo basado en lo asistencial a otro que se define como *integral y programado*. Todo pasa por hacer un diagnóstico de la situación de salud de la Zona que lleve a un Plan de Salud para la misma.

Pero una cosa son las intenciones y otra las realidades. A nueve años de la inauguración del Centro, no consta que se hayan hecho ni el diagnóstico de la situación ni el consiguiente Plan de Salud. Desde los primeros años, cuando los gestores venían en septiembre u octubre a realizar la evaluación de las tareas realizadas, se insistía en la necesidad de incorporar a las consultas los diferentes programas del anciano, del niño sano, del embarazo y puerperio, de hipertensión, de diabetes, de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), de la salud reproductiva, del climaterio, etc. Cada año aparecía algún nuevo programa a implantar y aquí no se conseguía poner en marcha ninguno. Los gestores firmaban un *suspense*, insistían en la necesidad de incorporarlos, y eran replicados con excusas tan variadas como inconsistentes. Lo que se oía era *que no se firmaba la Cartera de Servicios*, o sea, que no se llegaba al acuerdo de incluir al personal en cada uno de los programas (Cartera), ni se atendía la calidad de la atención

⁶⁹ Cabe hacer justicia a algún otro trabajo publicado, emanado de la experiencia de trabajo en este Centro, elaborado por otro “no miembro”, un médico de refuerzo, que investigó los tratamientos con antibióticos, mostrando los componentes economicistas de los mismos.

mediante criterios -normas técnicas- consensuados (Servicios) En la primera reunión pos-evaluación a la que tuve ocasión de asistir por estar haciendo en esas fechas una sustitución, vi cómo el gestor, desesperado ante tanta reticencia, trataba de comprometer a los miembros del equipo en al menos dos de los programas calificados como “más fáciles”: alguno relativo al anciano y cualquiera de los crónicos, a elegir entre hipertensión arterial, diabetes o EPOC. Habiendo rebajado a tal punto las exigencias iniciales, hubo un momento en que flotó en el ambiente la posibilidad de aceptar. Fue entonces cuando un médico levantó la mano para indicar, muy educadamente, que implantar dos programas sería mucho pedir, que sería conveniente arrancar con uno sólo y ver qué tal se les daba. Se hicieron tan evidentes sus escasas ganas de trabajar que todos dieron la razón al gestor y se aceptó empezar con dos. La verdad es que había mala conciencia, que todos eran sabedores de ser el único Centro de Aragón que no había firmado nunca la Cartera de Servicios y que, por ello, se perdía no sólo la ocasión de “ponerse a la altura” del resto de compañeros sino que, -y ahí estaba la almendra del asunto-, se perdían unos incentivos económicos con que la gerencia premiaba si la evaluación salía aprobada. El gestor se volvió a Teruel, por fin, con “algo” en la carpeta y los sanitarios, cada cual a su consulta, con una nueva manera de trabajar cobrando.

La aceptación del llamado Contrato-Programa tenía mucho que ver con la superación de algunas maneras personales y profesionales de entender las nuevas propuestas. Los tres apuntes biográficos que se expusieron antes corresponderían a tres tipos casi “ideales” de profesionales sobre los que tuvo que montarse la reforma. Obviamente el paso del tiempo, la necesidad de adaptación, los imperativos sociopolíticos, y la fijación de algunas interinidades, propiciaron que la incorporación de nuevos miembros influyese en el cambio, no tanto de mentalidad como de aceptación de normas. Al hilo de las renovaciones de personal –los que aprobaron la oposición del 99 y los que procedían de Centros mejor adaptados a la novedad- se produjo cierta renovación de las prácticas.

En los años posteriores se han puesto en marcha un buen número programas nuevos que irán cambiando la mecánica de las consultas. Sigue siendo mayoritaria la espontánea, *a demanda* o de morbilidad aguda, aquella que se realiza sin cita previa, en la que el paciente acude por el motivo que sea y quiere ser visto ese día. Con otra novedad de orden administrativo: primero en Híjar y posteriormente en Albalate, se puede ya llamar por teléfono y pedir hora, incluso con algún día de antelación. Pero cada vez va ocupando más tiempo la consulta *programada*, aquella en la que el paciente

ha sido citado previamente, pudiendo estar o no incluido en alguno de los programas específicos. De ellas se pueden hacer cargo tanto el médico como el enfermero o el trabajador social. Otra modalidad de atención es la de *Interconsultas*, una actividad de encuentro entre el paciente, el médico generalista y el nivel especializado. Se entiende que va encaminada a analizar problemas de salud propias de las especialidades de más demanda, como psiquiatría, traumatología, rehabilitación, ginecología y otras. Con ellas se pretende un apoyo mutuo entre el especialista y el generalista, un trasvase de conocimiento entre ambos, y una evaluación de la asistencia primaria -que no siempre sienta muy bien: “*los especialistas se sienten dioses*”-. Otra modalidad, la *asistencia domiciliaria*, se pretende incluir entre las actividades programadas. Se proyectó con un contenido prioritario de prevención, promoción y educación para la salud, y se propuso como campo específico de la enfermería, pero pocas veces se entiende así. La histórica percepción de la APD (Asistencia Pública Domiciliaria) como uno de los servicios mejor planteados -por ajustarse a la solución inmediata de la necesidad sentida-, no permite implantar la novedad teórica que se propugna; es el médico quien, en principio, la realiza y acaso la enfermería quien procura los tratamientos y cuidados prescritos, fundamentalmente controles (tensión, pulso, glucemia, piel), inyectables y curas. La posible detección de problemas sociales o ambientales (salubridad de la vivienda, dieta, higiene) sólo se contemplan al aplicar los programa de Pacientes Inmovilizados, Terminales, o el más específico y menos implantado de Detección y Prevención de Problemas del Anciano. No se entienden como prioritarias las visitas domiciliarias a las poblaciones marginadas, con patologías psiquiátricas, inválidos, adictos a sustancias tóxicas, obesidades mórbidas u otras condiciones, que se dejan a la atención del trabajador social, deficientemente incardinado en las tareas del equipo y con escasas horas de dedicación. En la actualidad, la trabajadora social especialista en salud no ha recibido formación específica en este campo⁷⁰. Depende de su experiencia personal y una alta dosis de voluntarismo una eficacia que se ve mermada al tener asignados tres Centros de Salud: Híjar, un día a la semana, Utrillas, dos días, y Andorra, otros dos.

Un punto fundamental de la reforma se entiende según la máxima *lo que no se escribe no está hecho*. De los sistemas de registro propuestos el que se ha impuesto con más fortuna ha sido la *historia clínica individual*. Prácticamente se han abandonado los sistemas de fichas administrativas, que han pasado a mejor vida por cuenta de los

⁷⁰ Ese mal se pone de manifiesto en Miranda (2000) cuando reflexiona sobre el futuro del Trabajo Social en España.

dispositivos informáticos. En principio se concibió como historia clínico-social, y se debía incluir en otra carpeta llamada historia familiar que recogería los datos sociosanitarios del grupo de convivencia; las historias individuales estarían contenidas en estas carpetas. Era una propuesta tan inviable que no tuvo éxito en ningún sitio. Al final, lo más operativo, tanto para escribir como para evaluar lo escrito ha sido la historia clínica, en la que, de ser necesario, se incorporan los informes de la trabajadora social. Cuando se empieza una consulta, por lo general, el médico tira de archivo; busca la carpeta correspondiente al enfermo que tiene enfrente y comienza a anotar signos, síntomas, diagnóstico de presunción y tratamiento, o las novedades sobre lo visto con anterioridad. En caso de ser la primera visita, lo normal es abrir una nueva historia; se preguntan los antecedentes familiares de enfermedad o muerte, los propios, e indicando fecha se procede a escribir el motivo de la consulta y los datos que se obtengan de ella. Así es fácil no tener que confiar en la memoria⁷¹. Es ya habitual que cuando algún paciente cambia de domicilio, incluso de Comunidad Autónoma, se solicite o remita su historia clínica para que forme parte del archivo y conocimiento de su nuevo médico. A la historia se incorporan no sólo las estimaciones de su médico o enfermero sino también los resultados de pruebas diagnósticas, informes de especialistas, partes de alta y baja laboral, y cualquier dato significativo relacionado con su titular.

Tanto las consultas programadas como las historias clínicas pueden ser vistas como mecanismos de control. Muchos pacientes son reticentes a entender que sus patologías crónicas requieran seguimientos tan exhaustivos como les proponen sus sanitarios. O todo lo contrario, que piensen que deberían estar mucho más tutelados. Los primeros estiman que, en última instancia, ellos mismos son los responsables de tomar las medidas terapéuticas recomendadas. Tener que acudir a revisión en fecha fija, aun mutuamente acordada, puede ser entendido como signo de desconfianza o, más simplemente, como un inconveniente que interfiere en su vida laboral. Dicho de otra manera, que el sanitario está más alarmado que el propio paciente y éste opta por acudir más tarde a control o no hacerlo. Suele ser personal joven o con vida laboral activa. Los

⁷¹ La historia clínica como documento patográfico está extensamente estudiado por Laín (1998). Según él es una aportación de la medicina hipocrática a la que poco ayudaron los médicos medievales y debe mucho, sin embargo, al individualismo biográfico del Renacimiento. La invención del signo físico por los anatomopatólogos, la investigación fisiopatológica del siglo XIX, y el pensamiento etiopatológico del mismo siglo, le hicieron ganar riqueza descriptiva, precisión y coherencia interna. Laín, después de un largo circunloquio historicista, concluye considerando las historias como un auténtico género literario. Sin duda lo serían si se pudieran dedicar más minutos a cada consulta, a los médicos les gustase escribir, y además se les entendiese la letra. Ya hay sitios en los que la historia clínica está informatizada pero, desde aquí, se ve como un futuro aún lejano.

segundos, tan frecuentemente como en el caso anterior, se interesan más que el sanitario por su propia salud, y les gustaría controles y pruebas diagnósticas ante cualquier cambio, por mínimo que sea. Este punto de vista es más propio de gente mayor, peor protegida en lo social y sin ocupación precisa. En realidad concurren muchos factores en ambas apreciaciones, como el tipo de patología, la edad de aparición, su pronóstico, si produce o no síntomas, la percepción sociocultural de la misma, y la conveniencia o no de jugar el papel del enfermo. Más o menos control es un asunto que se acaba negociando en el día a día⁷². Dos ilustraciones: un tordo y una tensión loca.

-“*Yo soy tordo, como lo eran mi padre y mi abuelo. En casa lo primero que se pone encima de la mesa a la hora de comer es el tazón de las olivas. Los tordos comen olivas y yo soy tordo. ¿Cómo le vas a decir a un tordo que no coma olivas?. Yo me tomo las pastillas, cada día. Y las olivas..., yo soy tordo. Ponga el día que le parezca, y si me viene bien...*” (P8)

“*Me da igual que hoy no sea día de tensión. Usted me la toma y asunto terminao, que yo me conozco muy bien y sé que me ha subido. (...) ¡Lo ve!, quince y ocho y medio, y aún me dice que siga como voy. Esta tensión está loca que sube y baja como le da la gana. Yo me tomo las pastillas pero, para mí, que no me hacen nada. (...) ¡Ah, no! De volver en un mes ni hablar, que usted lo echa para muy largo y mi tensión es muy loca” (P7)*

Otras veces no se entiende que todo haya de apuntarse. El personal comprende que su historia clínica es útil para el seguimiento de su salud y no suele poner pegadas, más allá de una cierta impaciencia si el sanitario es muy “escribidor”..., o si la patología arrastra algún estigma. No será el primer caso en que se muestren reticencias a que se consigne allí una sífilis, una agresión doméstica, un aborto, la mordedura de un perro o las consecuencias de un accidente de tráfico; a veces se considera confidencial la edad. *Lo escrito escrito queda y cualquiera lo puede leer.* La desconfianza en la confidencialidad de las historias plantea un problema ético que no es extraño que sea objeto de negociación entre el sanitario y el paciente.

Las historias clínicas, para los propios sanitarios, suponen control pero de dirección inversa. De lo que en ellas se escribe se deducirá si pasa o no la evaluación que realicen los gestores. Incluso si se trabaja o no y cómo se trabaja. Por eso, y para ahorrar tiempo, se suele escribir todo lo referido a lo pactado en el contrato-programa, y mucho menos lo no sometido a evaluación. Así, la autonomía de decidir qué es o no banal, qué es o no

⁷² A propósito de una de estas patologías, la hipertensión arterial, Rosario Otegui (2000) se hace eco de los desencuentros entre antropología y educación para la salud. Allí explica cómo los criterios de objetividad científica por los que se deducen los problemas de salud y enfermedad de un conjunto social, deben ser negociados con los riesgos percibidos por la misma población.

significativo, no procede del criterio del que escribe sino de los compromisos adquiridos en un pacto, en el que la metodología científica se impone sobre la consideración técnica.

LOS CONSULTORIOS LOCALES

Sólo el personal de Híjar habla del Centro de Salud asimilándolo a las consultas locales. Se dice *voy al médico* o *voy al Centro de Salud*. Si en las idas y venidas se encuentran con alguien es raro que se nombre la palabra “consultorio”. Se emplea “voy al médico” para especificar que se va a consultar al facultativo cualquier problema relacionado con la enfermedad; eso abrirá un turno de preguntas y respuestas entre convecinos en que el espacio físico de esa consulta será el escenario de fondo, presidida por la imagen del médico correspondiente. Si se dice “voy al Centro de Salud” el ámbito de explicación se abre. Habrá de especificar, si se sigue conversando, si es a la consulta del ATS, si a *hacer un papel* en el mostrador de administración, si ha hablar con la matrona o con la trabajadora social o, acaso, a pedir una cita. En ese pueblo, antes de cerrar el consultorio “viejo”, se hablaba de *ir al médico* o de *ir al practicante*. No había más opciones y jamás se utilizaba *ir al consultorio*, de forma ambigua, como ahora *ir al Centro de Salud*. “Voy al médico” incita de inmediato la pregunta “¿estas enfermo?”, pues se reconoce centrado el tema: o son consultas por nueva enfermedad o son recetas o revisión para una declarada y reconocida. Es preocupante, en el primer caso, y se impone la cortesía de preguntar. Si se dice “voy al Centro de Salud” puede que no se pidan más explicaciones, por discreción –“*si hubiese ido al médico me lo hubiera dicho*”-. En los pueblos vecinos tampoco se nombra “el consultorio”. O se va al médico o al practicante; si nombran la intención de ir al Centro de Salud, se supone viaje para extracción de sangre o para resolver algún *papel*. Lo dicho hasta aquí se refiere a elaboraciones semánticas propias de las mañanas de los días laborables, cuando las consultas locales están en servicio. Para las tardes, las noches o los días festivos se dice indistintamente *ir a urgencias* o *ir al Centro de Salud*. Sin ambigüedad ni en Híjar ni en otro pueblo. Entonces la pregunta del interlocutor será directa, con alarma: “¿qué te pasa?”.

En los libros de registro que se llevan en el Centro de Salud se escriben todas las asistencias realizadas en ese tiempo. Anualmente se ven allí, o se atienden desde allí pero en los domicilios, unas cinco mil los médicos y otras tantas los ATS⁷³.

⁷³ Hay dos libros de registro: uno para los médicos y otro para los enfermeros. En las consultas a los médicos es habitual la presencia del enfermero, que la registra como CM (consulta médica) o como AT

Concretamente, para el año 1998, se realizaron 5.059 consultas de medicina, de las cuales se derivaron al hospital el 8,95% aunque, según un documento interno de la Gerencia, “no se dispone de datos de cuántas de ellas son emergencias sanitarias. Según los datos de la encuesta, el 57% de los Equipos de Atención Primaria han hecho uso del material de Reanimación Cardiopulmonar en los últimos seis meses”. Según los datos de esa encuesta, en el Centro de Salud de Híjar se produce una media diaria de 11,2 consultas, de las cuales 2,7 son atenciones domiciliarias -983 en total del año-. Todo, para una población de 7.734 habitantes.

Pero la inmensa mayoría de las consultas, tanto de enfermería como de medicina, se realizan en los consultorios locales durante el horario mañanero de servicio. No disponemos de datos exactos por registrarse de forma peculiar, pero el volumen es notablemente superior⁷⁴. En los dos pueblos grandes, Albalate e Híjar, lo normal es que cada médico atienda una media de cincuenta consultas y haga entre cuatro y seis avisos domiciliarios. Enfermería lleva un ritmo algo menor, aunque puede ser más entretenido por la complicación de algunas curas o visitar más domicilios. De ninguna manera puede hablarse de homogeneidad. Hay sitios y fechas donde el trabajo puede ser trepidante (nunca como en un hospital), y otros en que da tiempo de escribir en las historias, revisar el material, ordenar la consulta, tomar café, comprar el pan e, incluso preparar la oposición o tratar de escribir una tesis doctoral. La pregunta surge de inmediato: ¿en qué han cambiado los consultorios locales?. La respuesta viene igual de rápida: en el horario. Y en poco más. Vamos a plantear una aproximación.

A las nueve en punto de la mañana llegan a las puertas del Centro varios coches. Uno, más cargado de ocupantes, “*la patera*”, lo comparten un médico de Híjar, el de Samper, los dos de Albalate y el de Urrea de Gaén. Todos vienen de Zaragoza. Han establecido un turno para ahorrarse combustible y desgaste de vehículo. En otro coche llega el otro médico de Híjar, el que puso mote al anterior durante el tiempo en que los ocupantes eran de distintas procedencias étnicas; prefiere conducir su propio vehículo y también viene de Zaragoza. El médico que atiende Azaila, Vinaceite y Almochuel está a esa hora tomando su café mañanero en el bar de Azaila, a la orilla de la carretera. Usa su

(asistencia técnica). Si la consulta es para el enfermero –vacunas, inyectables, curas, sondas, etc.- la presencia del médico es menos habitual, y no suele registrarla en su libro.

⁷⁴ Se rellena un estadillo desglosado en varios items que debería servir para confeccionar la estadística de asistencia mensual, tanto por los médicos como por los enfermeros, pero la mayoría la hacen por estimación “a boleo”. Quienes se lo toman en serio tienen una hojita sobre la mesa de consulta donde van haciendo rayitas, - palote, cuatro palotes, palote “cruzao”, van cinco-. Lo más frecuente es que se inflen las cifras, por si se les ocurre a los gerentes medir el trabajo. Pero tampoco es extraño registrar a la baja.

propio coche pues tiene que hacer los tres pueblos y no puede compartir. De Alcañiz viene la enfermera de Samper; allí recogerá al médico y, con su coche se desplazarán a la consulta y, si es día, a las de Castelnou y Jatiel. Los de La Puebla, igual que la enfermera de Urrea, viven el pueblo y no acuden por el Centro; a esa hora están abriendo sus consultas. La enfermera de Vinaceite llega desde su pueblo de origen, recoge material y correo y sale al encuentro de su par en el bar de Azaila. Desde el Centro, combinando coches y conductores, cada cual acudirá a su consulta, previa atención a los *fenicios* –representantes de laboratorio⁷⁵ - que le estén esperando. Charlas, revisión de los libros de urgencias, se dan novedades, se toma algún café en las dependencias privadas y, a las nueve y media, cada mochuelo está en su olivo. Los de Híjar y Albalate han recogido los listados de cita previa que se han hecho por teléfono, desde las ocho y media, atendidos por los administrativos. Los demás, funcionan a demanda, a esperar lo que les venga, más allá de lo que hayan ido programando o citando ellos mismos. A partir de ese momento, en lo sustancial, el Centro de Salud es más una idea o una referencia que una realidad. Lo que funciona son los consultorios locales. Aunque se pacta con la gerencia de Teruel un horario de servicios, (cita previa, consulta programada, consulta a demanda, tareas burocráticas, tareas coordinadas, avisos domiciliarios, etc.), es poco habitual que se siga a rajatabla. Se ajusta tanto a la idiosincrasia de cada pueblo como a la de cada profesional. En las salas de espera lo que mayoritariamente se ve es personal de más de sesenta y cinco años.

Parte del ala derecha del Centro de Salud se dedica a las consultas de Híjar. Las de los dos médicos emparedan la del enfermero, ATS o practicante, que de las tres maneras es nombrado. Amplias y bien equipadas, sólo las grietas y los desconchones traen el recuerdo del viejo consultorio médico de la plaza de San Blas, camino que va del derrumbe. Los espacios de espera suelen estar poblados. Enfrente de cada puerta el personal aguarda su turno. Con paciencia de paciente, no suelen levantar la voz; se cuchichea, cada cual con el de al lado, en un tono de cierta reserva acorde con la gravedad o no de los casos y cosas que se cuentan. Mosqueados, eso sí, como si faltase el tiempo, cada vez que “se cuele” un *fenicio* o se retrasa algún consultante. Mientras, aquel espacio se convierte en una prolongación de la plaza pública. Un espacio de sociabilidad⁷⁶. Todo lo contrario de un “no-lugar” (Augé, 1998)

⁷⁵ Me comentan que el mote les viene por su capacidad para negociar. Empleado de forma peyorativa, para denotar la “mordida” que acuerdan con algunos médicos por prescribir los fármacos de los laboratorios que representan.

⁷⁶ Un sugerente trabajo sobre las esperas es el de Larrea, C. y Plana, M. (1994), publicado en Jano.

Al practicante se entra pidiendo vez a la gente que espera, como en la pescadería; lo normal es que primero pasen aquellos que han de hacerse la prueba del azúcar, pues llegan en ayunas, pero no hay ley. A cualquier hora se atienden pinchazos, curas, tomas de tensión y pulso, se recogen avisos domiciliarios o se vacuna. No hay teléfono en esa consulta. Sí en las de los médicos, que atienden por el orden de la cita previa, sea a buscar un diagnóstico o a por recetas para uno ya conocido. Así va pasando la mañana, acaso salpicada por alguna urgencia que hace dejar las tareas rutinarias. Es en alguno de esos momentos cuando el Centro vuelve a tomar carácter de tal. Aunque las urgencias de esas horas deberían ser atendidas en el consultorio local de referencia, en caso de tratarse de pueblos donde el médico ese día no pase consulta, bien por que no lo encuentren en el consultorio, o por tratarse de alguna emergencia de personal de paso, - como accidentes de tráfico, turistas, emigrantes, trabajadores adscritos a otra área de salud o similares-, es el personal sanitario adscrito a Híjar quien presta el servicio. A la postre, teniendo -y cobrando- menos cupo que, por ejemplo, Albalate, acaba compensando con esas prestaciones la dudosa comodidad de trabajar en el ombligo de este mundo. Al final de la mañana el ambiente suele estar más despejado. Quien se ve libre de personal acude a visitar pacientes en los domicilios y, en rematar, se vuelve al Centro a seguir con lo que quede o a organizar historias, ordenar consulta, o tareas administrativas. A las tres se cierra la puerta principal y se atenderá por la de urgencias. Los turnos, hechos desde enero para todo el año, marcan quien sigue trabajando y quien desfila a su casa.

El consultorio de Albalate del Arzobispo ya hace años que salió de los bajos de un caserón que servía también como casa cuartel de la Guardia Civil. En cuanto se construyó la residencia de ancianos, se habilitaron los bajos para acoger las consultas. En pocos años se vio que el lugar no requería condiciones y se decidió renovarlo. Durante ese tiempo se trasladaron las consultas a la planta calle del mismo edificio, ocupando una sala de gimnasia y un dos habitaciones adjuntas. Allí pasé yo mis primeras consultas de enfermería en ese pueblo y recogí los primeros datos para este trabajo. Entre aparatos de gimnasia, palancas de musculación y bicicletas estáticas, se amontonaban los armarios con los fármacos, el material de curas y la mesa de trabajo. Fue por entonces cuando Andrés *El Negro* cambió de destino y, en su puesto, llegó Hammed, un palestino cristiano, criado y educado en Líbano. Aquella situación era un desastre, bien que provisional, donde la improvisada sala de espera era el pasillo que conducía al comedor de los ancianos allí hospedados. Acostumbrado durante dos años a

las consultas nuevas de Híjar, se me hacían comprensibles las reclamaciones y desaires de los albalatinos. El enfermero a quien sustituía era Willy, un peruano con marcados rasgos indios que, siendo licenciado en medicina (por Zaragoza, la vieja madre patria), convalidó estudios por los de enfermería y encontró acomodo en la interinidad enfermeril. Ya me había advertido que las condiciones de trabajo eran penosas, pero que no me preocupara, que con el personal no tendría problemas. Era un decir. En cuanto se enteraban que yo era de Híjar comenzaban a rezar el rosario de las desavenencias. Allí tomé conciencia de lo profundo que había calado el malestar por la ubicación del Centro; y el carácter político de aquel enfrentamiento. Cuatro años de templanza personal y exquisita prudencia en el servicio me han hecho falta para oírme, como un halago: -“*joder, pues tú, para ser de Híjar no eres malo*”. Pero eso ocurriría ya cuando el renovado consultorio estaba en marcha, con una consulta suficientemente amplia y ordenada, al lado de un cuarto de curas, del cuchitril del administrativo, y muy cerca de las dos consultas médicas. Y, al fondo, dos cuartos de baño que apestan a ambientador. La gente de Albalate suele hablar con franqueza y gesticulando mucho. Eso se nota de inmediato en los tres recintos de espera, uno frente a la puerta de cada médico y otro frente a la del enfermero. Hablan en voz alta, a gritos casi siempre, sin importarles quién se entere de lo que están diciendo. La verdad es que cuando tantos hablan a la vez, y tan fuerte, nadie escucha nada que no vaya dirigido a su propio interlocutor. Desde dentro de las consultas se sospecha cuántos esperan por el griterío. Ninguna sala de espera de pueblo ni de ciudad es tan ágora como la de Albalate. En una ocasión en que me resultaba imposible oír a través del fonendoscopio los latidos de una paciente, salí a pedir silencio. Craso error. Se mantuvieron en moderada cháchara unos minutos, hasta que llegó alguno de la calle, saludó, pegó la hebra con quien fuese en el tono habitual, y se reanudó la bullanga. El clavo se remachó cuando tuve que oír, de cada uno de los que entraban, *que en este pueblo no hay educación, que ya lo digo yo que no sabemos estar en los sitios, que aquí nadie tiene modos...*, una y otra vez, como si todos fuesen mudos. Todos, menos una mujer joven, que me dijo que había estado muy grosero haciéndolos callar, y que para qué necesitaba yo el silencio. Cuando le repliqué que para trabajar, me mandó al monte con las ovejas.

Es difícil implantar las normas estándar de consulta en Albalate. El que fuera durante muchos años médico par de Andrés, ni lo intentó. Como conoce bien la idiosincrasia de sus pacientes, y sabe que es arduo protagonizar cambios, atiende en ese consultorio como se ha hecho siempre: que pidan vez y que pasen por su orden. Sabe cuando

tomarse un momento de respiro, y no sufre. El médico que llegó a sustituir a Hammed hace un par de años, se propuso seriamente el cambio y, tras muchos encontronazos y un tesón digno de encomio, ha conseguido implantar un sistema que sigue lo más fielmente posible lo pactado con la gerencia. Intenta atender por un orden que ha hecho suyo: cita previa, programada, buzón de recetas, demanda, hora de rellenar recetas, entrega de recetas, demanda, domicilios, lo que falte, y a casa. Por intentar seguir tan estrictamente el esquema, en cuanto surge una urgencia se le desbarata la mañana. Su especialidad es el orden; no descansa ni un minuto, y sufre. “Perro viejo”, el enfermero Willy iba, como el médico veterano, a su aire. Atendía según el orden que se diese el personal; y no sufría. Cuando se fue llegó enfermera nueva, al mismo tiempo el otro médico. Hizo causa común con éste, he intentó denodadamente seguir el mismo sistema. Con los mismos esfuerzos y resultados objetivamente buenos; pero sin parar de trabajar y sufrir. Ya tiene concedido el traslado. Ningún titular ha pedido la plaza en el concurso de traslados. Por allí hemos pasado seis enfermeros -más dos sustitutos accidentales- en dos años.

El consultorio de La Puebla es, contra lo que cabría esperar, de los menos conflictivos del área. De tradición profundamente obrerista y reivindicativa, el personal ha llegado a un entente cordial con el médico y la enfermera. Ha requerido su tiempo. El espacio de consultas está en la planta baja de la llamada “casa del médico”, un edificio aislado de dos plantas construido a finales de los años cincuenta, propiedad de ayuntamiento. Hace unos años se adecentó y el espacio resulta agradable, bien ventilado, con vistas a la calle y a un huerto-jardín posterior. En el piso superior vive el médico con su esposa, pagando un alquiler. La consulta de enfermería es una habitación pequeña en la que caben, es un decir, la camilla, un armario con medicamentos, dos carros de curas y esterilización, un lavamanos, una mesa y la báscula; la nevera con las vacunas está en un cuartito contiguo, compartiendo espacio con la fregona y los artículos de limpieza. Los “papeles” ocupan sobradamente un pequeño anaquel colgado de la pared. Un par de sillas de plástico para los pacientes y un sillón tras la mesa, dejan poco espacio de maniobra. Si se piensa en la enfermería de un submarino, esa consulta resulta sobrada. Bien iluminada y limpia como está, uno se acostumbra pronto a su austeridad. En la puerta de enfrente está la consulta del médico; entre ambas, una sala de espera que casi se llega a llenar en los días y horas de máxima afluencia. Pese a eso, se ajusta bien a la demanda: nunca nadie espera de pie por falta de sillas. Un único cuarto de baño en un rincón permite aliviarse a hombres y mujeres. Algo más bulliciosa que la de Híjar, pero

sin llegar ni de lejos a los decibelios de Albalate, el personal espera a ser atendido. La enfermera ha implantado unos días para cada cosa; tres a la semana para tomar tensiones, dos para glucemias y, cualquier día y hora –hasta las doce y media- para la demanda, inyectables y curas; después, domicilios. Si no hay trabajo se pasa a la consulta del médico a rellenar recetas o a ayudar en lo que se tercie. La consulta del médico sí está bien dimensionada, e igual de limpia y luminosa que la de la enfermera. Tiene cuarto de baño propio, cuarto de archivo y almacén, y comunicación con la vivienda y el jardín. Bien ordenada como está casi se diría que sobra sitio. Allí se recibe desde las nueve en punto por el orden que el personal se dé. Se intenta cerrar a las doce y media, pero rara vez se consigue. El médico, es de los que hace estadística de palotes. Él no impone el orden, pero ordena lo que le viene. A la una se va a visitar por los domicilios y, cuando acaba, se queda en casa *de muestra* por si surge algo. A las tres es libre; si no tiene *cole*, como él llama a las guardias en el Centro.

El consultorio de Samper también está en “la casa del médico”. En el piso de arriba no vive nadie. Lo pidió la enfermera pero no llegó a acuerdo en la cantidad del alquiler. En la planta baja están las consultas del médico y la enfermera, comunicadas por una puerta. La sala de espera se queda corta y sí puede verse gente de pie o esperando en la acera los días u horas de mayor afluencia. Los dos cuartos de baño los comparten los sanitarios con sus pacientes. A ellos se accede únicamente desde la sala de espera. La consulta de enfermería es pequeña; aunque llega luz de un patio interior, la sensación de agobio invita a salir más que a quedarse. No hay quien meta en tan poco sitio lo que hay allí, así que el espacio de maniobra es tan reducido que, según que curas, hay que hacerlas en la consulta del médico, que tampoco anda muy sobrada de espacio entre tantos cachivaches. La enfermera ha dispuesto un sistema de consultas similar al de La Puebla: unos días para tensiones, otros para glucemias y horario libre para demanda, inyectables y curas. Como la demanda es tan escasa como el espacio, la mayor parte de su tiempo la dedica a compartir trabajo con el médico; fundamentalmente a rellenar la pila de recetas que han de servir cada día. El médico, que ha intentado poner orden por el sistema de tomar número de un cajetín, no para de sorprenderse, a tres años casi de implantarlo, de su poca efectividad. Eso sí, ante el cúmulo de gente que llega a pedir sólo recetas, ha colocado un buzón en el que dejar “los cartoncicos” recortados de las cajas de fármacos junto con las tarjetas sanitarias y las de control de crónicos. La enfermera, sale de vez en cuando a vaciar el buzón y se lía a rellenar. El médico, entretanto, va viendo gente. Dos días a la semana se acercan a pasar consulta a los

pueblos anejos. En Jatiel, en el primer piso del ayuntamiento; en Castelnou, en una habitación contigua al teleclub. En ambas, como en la de Samper, ninguna concesión a la estética, más allá de un par de Cristos crucificados que cuelgan de las paredes. Lo justo para trabajar; lo que falta se lleva en los maletines. El orden, como en Samper: recogida de recetas y, mientras la enfermera las rellena, el médico las va firmando al tiempo que pasa consulta. El control de programas o demandas lo lleva más el personal que los sanitarios; escasea el tiempo. A última hora hacen juntos los avisos domiciliarios; si queda tiempo después, hacen cirugía menor en la consulta de Samper.

Durante muchos años el consultorio de Urrea de Gaén estuvo en el antiguo hospital para pobres. En una calle angosta y empinada, la casa era también así. Oscura, húmeda y poco apropiada, en una habitación de la planta baja se pasaba la consulta médica. La de enfermería estaba en el primer piso, subiendo unas escaleras agrias y estrechas; al menos tenía la ventaja de estar iluminada por una ventana que daba a la calle; el sol no entraba, pero sí algo de luz. No era fácil para la población de edad avanzada llegar a tomarse la tensión a aquel cuarto; cuando llegaban andaban todos con taquicardia. Ya llevaba varios años abierto el Centro de Salud cuando el ayuntamiento decidió construir un nuevo consultorio en el solar que daba acceso a otro lugar de miseria, “la cueva de los pobres”, donde se refugiaron durante años los gitanos, *húngaros*, dementes o transeúntes que pasaban por aquel pueblo. La cueva se ha mantenido intacta, al fondo, y a ella se llega pasando por la actual consulta de enfermería y un patio interior refulgente por exceso de blanqueo. En la cueva guarda el médico las frutas y verduras que le van regalando; a final de la semana se las lleva a Zaragoza. El edificio nuevo, de traza postmoderna, no es muy amplio pero, en comparación con el hospital viejo, es una monada. La sala de espera está nada más entrar y está dotada de un baño y sillas suficientes. Un pasillo lleva, primero, a la consulta médica, iluminada por una cristalera de pavés que da a una luna, suficientemente espaciosa, ordenada y limpia. Allí se entra por el orden que se dan los pacientes según van llegando; luego el médico discrimina qué es demanda o programa. La de enfermería, al final del pasillo y junto a otro baño, es reducida pero cumple su misión. Quizás resulte agobiante en verano, por la cantidad de reflejos cegadores que llegan de las paredes blanqueadas del patio interior. La primera vez, cuando la estrené, pensé que el efecto se debía al contraste con la casa vieja; no era así. Es preferible bajar la persiana y trabajar con el fluorescente que hay en el techo. Por lo demás, es una consulta tranquila, propia del pueblo más tranquilo de la zona.

El consultorio de Vinaceite es, uno más, la antigua “casa del médico”. Con consultas remozadas hace pocos años, en la planta baja; en el piso superior, la antigua vivienda, hoy convertida en sala de reuniones municipal. Las amplias consultas del médico y el enfermero están conectadas por la sala de curas, bien dotada de espacio y material. Hay dos salas de espera, una para cada consulta, equipadas con suficientes sillas y dos cuartos de baño. Lo que fuese en tiempos distribuidor de acceso a la vivienda del médico se ha convertido en un pequeño almacén donde guardar material antiguo o diversos trastos. Los pacientes van entrando según se den la vez y, como en Samper, el único lío asistencial viene por tener que atender a otros dos pueblos. Cada médico nuevo que va llegando hace su estimación y concierta qué días y horas hay que visitarlos. Por Azaila se pasa tres días a la semana, a primera hora y durante dos. Las consultas están en la planta baja del ayuntamiento. No falta el espacio. En la enfermería, curiosamente, todavía está el viejo brocal del pozo. Se puede uno asomar a él desde un ventanuco que hay al lado de la puerta de entrada. Aquello debió ser bodega, aunque hoy tiene una ventana que da a la plaza, junto a la entrada de la iglesia. No dispone de camilla, así que según qué curas hay que hacerlas en la consulta del médico. Esta está iluminada por un ventanal que da al antiguo corral del alguacil, hoy lleno de material de derribo y hiervas. El consultorio del pueblo más pequeño, Almochuel, con menos de treinta habitantes en invierno y nunca más de cien en verano, a mí me parecen las oficinas centrales de la British Petroleum, por el color que las adorna, y de puro lujosas. Son nuevas, se estrenaron hace dos años y comparten terreno y emplazamiento con la nueva casa consistorial. No siempre fueron tan exuberantes. En el mismo solar que ocupan ahora, pero en una casa vieja revieja, una habitación pequeña valía para consultorio. Allí el único lujo era un armario empotrado que hacía de botiquín de farmacia. La primera vez que entré allí le dije al médico que aquello olía a sacristía. No andaba muy desencaminado; una puerta siempre cerrada guardaba, desde antes de la guerra, los archivos municipales. Allí estaban fermentando y de allí provenía el olor. Cuando decidieron tirar aquello, pasaron las consultas al edificio que fuera de las escuelas, ahora que allí no quedaba ni un crío. Aprovechando un aula, se colocaron unos paneles de madera que delimitaban un espacio en el que se atendió, provisionalmente, durante dos años. Ahora toda esa penuria ha pasado a mejor vida, por exceso. Las consultas del médico y el enfermero son *de diseño*; mesas de oficina como para un director de sucursal bancaria, armarios a juego, puertas lacadas y tiradores “de marca”, estores en las ventanas de cristal doble, que dan a una terraza exterior que se cuelga

sobre el río. Aire acondicionado y calefacción, espacio sobrado para todo, y una sala de espera que para sí la quisiera el asesor fiscal más acreditado de Zaragoza. *¿Hay quien dé más?*. Sí, baste decir como ejemplo, que hay, además de otros dos, un cuarto de baño especial para personas mayores, de esos que tienen el inodoro sobreelevado para facilitar la tarea evacuatoria a personas con rodillas poco flexibles; y con agarraderos en las paredes. Al lado está el salón de plenos del ayuntamiento con sesenta sillas acolchadas. Cuando pregunté al alcalde por qué tantas, respondió que, aunque vivan en el pueblo tan pocos habitantes, los que están en Zaragoza vuelven en cuanto hay que dilucidar asuntos de tierras, pastos o remodelación de la única calle. Bueno, ahora tres, por haber urbanizado los espacios posteriores de las casas alineadas en la de siempre. Cuestión de presupuestos..., y de ser el único pueblo adscrito al Centro de Salud que pertenece a la provincia de Zaragoza, de donde les llegan los dineros de las subvenciones. Tarde, pero abundantes. Los sanitarios llegan dos días a la semana, dos horas por día. Y se ven, eso sí, a toda la población cada vez. Es “día de médico” y el personal acude en masa –otro decir-, como cuando llegan la furgoneta de los alimentos o la de las alpargatas.

Traigo a colación una descripción tan pormenorizada por mor de hacer ver, entre otras cosas, las posibilidades de ser o sentirse autónomos en el trabajo que tienen los sanitarios, entendidos como “locales”. Es frecuente en los consultorios el fenómeno de patrimonialización del cargo heredado de las etapas anteriores, aunque eso varía tanto como el carácter personal de cada profesional, y por eso lo señalo. Desde luego que no se refiere a apropiación de bien alguno, sino de una cuestión de delimitación semántica del territorio de máxima autonomía. *Mi* consulta, *mi* mesa, *mi* cupo, *mis* pacientes, *mis* historias, *mis* vacunas, *mis* recetas, *mis* tratamientos, son elementos que se protegen de la invasión de otros. Indican, mentando así, qué tocar o no, o cómo tocarlo. Implican para los demás un respeto a lo propio.

El control a que se quieren ver sometidos es, acaso, el ejercido por los propios pacientes. En cada una de esas consultas, se diga lo que se diga a los gestores de Teruel, se firmen los papeles que se firmen, se acuerden los acuerdos o convenios que se quieran con los de la Diputación General de Aragón, allí se hace lo que el médico negocie o acuerde con el personal de *su* cupo. Nadie más “debería” entrar. En el Centro no hay más remedio que negociar, pero la consulta de cada cual no debería entrar en negociación. En los consultorios locales, el tan mentado Equipo de Atención Primaria son dos –tres a lo sumo-: el médico y el practicante. El resto, incluso desde el punto de

vista de la población, es pura entelequia; son, como siempre, los médicos y practicantes de los pueblos vecinos, sólo que ahora se les ve más. Y a partir de las tres de la tarde, la visión del Equipo se reduce también a tres, como mucho, dos médicos y un practicante que son los que se quedan de guardia.

URGENCIAS: EL *CENTRO* EN EL CENTRO

A partir de las tres de la tarde todos los servicios sanitarios se prestan desde el Centro de Salud. Lo mismo ocurre durante las veinticuatro horas de los sábados, domingos y días festivos. El personal que acude durante esas horas se encuentra el laberinto que hace de puerta principal cerrado. Han de doblar la esquina y llamar al timbre de otra más pequeña que tiene un letrero luminoso que dice “Urgencias”. Traspasada esa puerta se encuentra una sala de espera de unos veinte metros cuadrados con tres asientos de plástico y una mesa en un rincón. Atravesando otra puerta de cristales se accede a un pasillo en cuyo inicio está la puerta de la propia sala de urgencias. Suficientemente espaciosa, los muebles y aparatos que hay allí han sufrido cambios de sitio hasta dar, por fin, con una distribución lo más funcional posible. En realidad se parece mucho a un híbrido entre una sala de curas y una consulta normal, sólo que un poco más grande y con un poco más de equipo técnico, a saber: un electrocardiógrafo, una bala de oxígeno, una camilla articulada y un monitor-desfibrilador –que no funciona o lo hace mal-. Tiene una habitación al lado que se emplea como almacén para los fluidos intravenosos, diverso material de curas, dos camas y un cuarto de baño.

Cuando en cualquier parte del edificio suena el teléfono –hay ocho aparatos en total-, no hay protocolo de atención a la llamada. O mejor, hay diversas maneras de contestar que se sintetizan en dos. Según quien, al descolgar dice: *-Centro de Salud de Híjar, dígame*. Otros, en cambio, dicen: *-Urgencias, dígame*. No es baladí la observación. Cada respuesta tiene su razón de ser; indica cómo se toma el hecho de atender allí a esa hora. Y todo viene de una ambigüedad en la denominación del servicio que se presta. Para los primeros, están en un servicio de *Atención Continuada*, abierto, propio para atender cualquier consulta, sea urgente o no. Suelen ser profesionales que estuvieron, en los viejos tiempos, veinticuatro horas diarias de servicio. Los segundos cierran más las posibilidades, como si allí lo fundamental fuese lo urgente; su perfil es más MIR, con formación o experiencia hospitalaria, y contratados aquí como sustitutos o “refuerzos” de fin de semana; o personal sanitario sin ese perfil que entiende que las consultas

ordinarias han de hacerse en los consultorios locales, y que ellos allí están exclusivamente dedicados a lo urgente.

El personal también se lo toma de las dos maneras. Hay quien hace uso de ese servicio lo mismo para mirarse un catarro fuera de horas, pedir la *pastilla del día después* la misma noche de autos, o para que le curen un corte accidental en la cabeza, ya suturado. Lo toman como una prolongación del consultorio local, al que no acuden por no permitírsele su horario laboral o por simple comodidad. Buen ejemplo de esta situación es la notable afluencia de consultas pediátricas que se realizan los domingos por la tarde, banales o no, ante la imposibilidad de llevar a los niños a su médico de cabecera o su pediatra particular cuando ambos padres trabajan; o las de los trabajadores autónomos que aprovechan el descanso dominical para consultar lumbalgias, “gripes”, o problemas varios, casi siempre acompañados de sus mujeres. Así, el Centro es la prolongación de la periferia. Otros en cambio, entienden que sólo deben hacer uso del servicio en caso de que ellos dictaminen que es urgente. Sólo entonces llaman o van. Para ellos el Centro está a mitad de camino entre su casa y el hospital. De cualquier manera, la definición de lo que es urgente o no es otro elemento estructural sometido a transacciones. La percepción del sanitario, acostumbrado a definir según parámetros basados en una forma de evidencia, la clínica, estima que es urgencia aquella condición que, al constituir una amenaza para la vida o la preservación de un órgano o miembro, requiere atención inmediata. Desde el punto de vista del lego una urgencia consiste en una enfermedad o lesión que él considera que requiere que un médico le preste atención inmediata; para él, la atención primaria es eso, al margen de que haya servido de rótulo a una manera profesional de entender la prestación sanitaria, a un nivel de atención. La definición objetiva y la definición subjetiva se hacen objeto de transacción a través del hilo telefónico o en la recepción del Centro. En los manuales de urgencia de medicina y enfermería modernos, aquellos que no tienen empacho en apellidarse como “comunitarios”, ceden graciosamente la definición de urgencia al lado lego, que remedio les queda, pero todos rematan la disertación destacando la necesidad de “educar a los miembros de la comunidad acerca de las funciones que desempeña este servicio en la atención a la salud”⁷⁷. Pero esa proposición educativa no es más que una declaración de intenciones. En general, cuando se produce el “choque” de definiciones, el sanitario, más pendiente de resolver el caso que de educar acerca de él, tuerce el

⁷⁷ Tomo la cita del manual *Enfermería en la unidad de urgencias, guía para la atención integral del paciente*, de Janet Gren Parker (1991), un libro muy recomendado en las Escuelas de Enfermería, pero en parecidos términos puede encontrarse en cualquier manual de urgencias que se consulte.

gesto. A través del teléfono es dudosa la evaluación clínica, pero tiende a hacer valer su definición, negociándola, ganando y perdiendo; en la puerta de urgencias ya resulta más fácil hacer el triage, pero es que entonces el paciente o el acompañante ya han delegado la responsabilidad y no importa tanto la cesión⁷⁸.

Cuando se abrió el Centro este servicio lo cubrían un médico y un enfermero. La novedad estaba en que, aunque fuesen buenos conocedores de sus propios pacientes y de las calles de su pueblo -o de aquel que cubrían con ocasión de los días libres o vacaciones del compañero-, los demás, pacientes y calles, les eran desconocidos. Eso no daba problema alguno en la sala de urgencias, pero sí a la hora de hacer los avisos domiciliarios. Lo normal era que conocieran la plaza del pueblo, la puerta de la iglesia o la localización de algún bar; en tal caso citaban a algún familiar o vecino en aquel sitio y, como el coche amarillo que puso el INSALUD eran fácil de reconocer, se encontraban allí y se acercaban al domicilio concreto. Esto, en pueblos cercanos al Centro no suponía mucha pérdida de tiempo, más allá de la que requiriera la atención, pero si se trataba, por ejemplo, de visitar en un domicilio de Almochuel o Vinaceite, a veinte kilómetros de mala carretera, a las dos de la madrugada de una noche de niebla, el médico estaba ausente del Centro no menos de una hora, y muchas veces más. Lo que apareciese por el Centro durante ese tiempo quedaba a cargo del enfermero; nada grave si éste podía resolver, pero una inquietud sería para sanitario y paciente en casos de gravedad o urgencia subjetiva y objetiva. Lo normal, antes de desplazarse el médico, era pedir el teléfono de la casa a la que se debía acudir, pero no siempre lo tenían en aquellos años. Ese tipo de situaciones y conflictos supuso un buen negocio para la compañía telefónica; a la mayoría de las personas mayores, más si vivían solas, los parientes les convencieron de instalar aquel aparato. Así, el Centro entraba en la periferia, y viceversa. Durante aquellos primeros años fueron varias las reclamaciones por presentarse a la vez dos casos estimados urgentes por el personal, y sólo poder acudir con prontitud a atender uno. Solía ocurrir en los fines de semana, cuando un solo médico y una enfermera debían permanecer de guardia cuarenta y ocho horas seguidas. Y más aún en verano y durante la Semana Santa en que la población se duplica. De la negociación política de esa necesidad nació el casi PAC de Albalate, donde un médico se hacía cargo del pueblo durante las fiestas de máxima afluencia de personal, descargando al escaso personal del Centro. El mismo problema surgía los sábados y

⁷⁸ Una buena revisión del concepto de urgencia, sus leyes reguladoras y los dispositivos al efecto se puede encontrar en Allué (1999).

domingos por la mañana. Entonces la enfermera debía recorrer todos los pueblos para visitar en los domicilios a los pacientes a quienes hubiesen prescrito atenciones diarias o cada doce horas. No era raro que debiese visitar entre quince y veinte domicilios y que emplease entre tres y cuatro horas, incluso más. Se llevaba el coche amarillo y dejaba al médico solo y sin coche. Entonces, en caso de llamada de urgencia, el médico debía cerrar el Centro, intentaba localizar a la enfermera y, si podía, decirle dónde se localizaba el nuevo paciente, cogía su propio coche y salía disparado dejando en la puerta el cartel de “cerrado por aviso urgente”. El personal que se encontraba la puerta cerrada y sin asistencia obraba según su albedrío; si era algo urgente y tenían coche se largaban al hospital de Alcañiz; o si no, se quedaban a esperar en la puerta. A la vuelta de los sanitarios se encontrarían “el pastel”. Más reclamaciones. Así, hasta abril de 1999 en que los administradores de Teruel decidieron contratar un enfermero de refuerzo que cubriese seis horas las mañanas de los sábados. De todos los sábados del año, pagando las horas a precio de peón de albañil –algo menos-, y en calidad de trabajador eventual. Nadie quería aquel trabajo. Yo acepté. Más como antropólogo con una tesis en marcha, que como enfermero necesitado de dinero y méritos. Para todo sirvió.

Tres o cuatro casos graves pusieron en evidencia la precariedad de aquel servicio. En lo personal, tras dieciséis meses de refuerzo también precario se me ofreció la posibilidad de incorporarme al refuerzo de cuarenta y ocho horas, sábados y domingos completos, en fines de semana alternos. Acepté. Y más cuando la plaza que ocupé de seis horas se hizo extensible también a los domingos. Ascendido en el “cargo”, me veía además apoyado por una compañera las mañanas del fin de semana. El médico se sintió asimismo más protegido, no por mi presencia, claro, sino por sentir que, al menos durante ese tiempo, podían desplazarse sin dejar el Centro solo. Pero aún quedaban demasiadas horas en cuadro. Las reclamaciones, tanto del personal como de los sanitarios, se sucedían. El Equipo trabajó como tal y preparó un informe en el que quedaban claramente justificadas las necesidades, “sentidas” y “objetivas” de la población, respecto de las urgencias. El Consejo de Salud de la zona, un órgano de participación ciudadana que había estado prácticamente dormido, se hizo eco de la reclamación y apoyó y exigió la propuesta⁷⁹. A principio de 2002 se consiguió el doblete médico para los turnos de guardia. En todas las horas, laborables y festivos, el

⁷⁹ Fundamental para la comprensión de la relación entre redes sociales y participación resulta Miranda (2002). Allí se puede, además, encontrar una buena disertación sobre el término “comunidad”, que intentamos regatear en este texto, prefiriendo hablar siempre que podemos de territorios, de población, de grupos y de asociaciones.

Centro contaba ya con dos médicos; y las mañanas de sábados, domingos y festivos, con dos enfermeros, y uno solo todas las tardes y noches menos en cuatro fiestas señaladas en que también había doblete. Aún así se ha producido alguna reclamación, pero ya no con el mismo cariz o justificación que en las anteriores. Curarse en salud tiene sus límites, y estos han de ajustarse a las posibilidades económicas y técnicas disponibles, nunca infinitas.

5.3. El punto de vista de los sanitarios.

EL CUESTIONARIO: UNA SOLUCIÓN POLÍTICA

No resulta sencillo ni cómodo “investigar” a los compañeros de trabajo. Se corren riesgos difíciles de asumir o solventar; los hay de índole personal, que pueden llegar a ser serios, y hay otros, quizás más importantes, de orden técnico-metodológico que podrían afectar a la resolución de la propia investigación. Lo más problemático es que ambos se dan a la vez. Considerarlos aislados valdría para explicarlos bien, pero la realidad es que nunca se sabe cuándo y dónde empiezan unos y acaban otros. Ambos están en interrelación permanente. La etnografía del personal también plantea situaciones ambiguas en las que no se sabe si a uno le contestan como convecino, como enfermero o como antropólogo, pero generalmente nadie se siente maliciosamente observado ni el que investiga tiene la sensación de ser un espía; acaso se le toma como un curioso que quiere saber “cosas” que se está dispuesto a contar, con mayor o menor detalle; uno se acerca con preguntas y si no se quieren contestar se dan largas y asunto terminado. Se preguntará a otro que responda; siempre queda “cantera”. Cuando recabo información de los compañeros la cosa cambia. Son los que son, una veintena en cinco años, y no hay más. Resulta imprescindible entenderse y enterarse, y caben pocos descartes. Alguno hubo.

En mis comienzos laborales en ese Centro de Salud yo era considerado aún como un tabernero metido a enfermero. Chocaba mi golpe de timón personal: que a los casi cincuenta años hubiese dejado un negocio propio y consolidado, para aceptar la precariedad de una profesión nueva en la que el futuro estaba en manos de veinteañeros, veinteañeras las más de las veces. Eso, para quienes ejercían allí, tenía la ventaja de tener que explicar los intrínquilis del oficio a alguien bregado ya en el trato con el público, y supuestamente maduro en lo humano. Como subalterno del subalterno no pude ser mejor considerado; nunca se me impuso una orden ni un orden y se tuvo, desde

el principio, confianza en que superaría pronto la inexperiencia del principiante. Médicos y enfermeros estaban siempre dispuestos a compartir conmigo, sobre todo, cuestiones técnicas que no se enseñan en la escuela de enfermería. Incluso me hacían más partícipe que al resto de los problemas inherentes a la implantación del nuevo modelo de Atención Primaria, la configuración del equipo, las relaciones entre sus miembros, y las de éstos con las instancias superiores de gestión, o incluso de las discrepancias y contradicciones teóricas de aquel proceso. Conmigo se hablaba poco de fútbol o toros y mucho de los problemas de la medicina oficial. Quiero suponer que por una predisposición mía a ir a la “almendra” del asunto, en las escasas horas y días en las que tenía ocasión de compartir trabajo con ellos.

Mi licenciatura como antropólogo vino a retocar la forma de esas relaciones. Los comentarios sobre aspectos técnicos cedieron terreno frente a los “filosóficos”. Más guardias, más sustituciones y más tiempo trabajado hicieron olvidar, casi, mi viejo estatuto hostelero y mi bisonez como enfermero, para ser visto como un enfermero metido a antropólogo. O sea, un pesado. A veces, un entrometido. Algún diplomado se mofaba mi nueva *prosapia* de licenciado y algún licenciado recelaba de mis estudios de doctorado. Por entonces andaba yo permanentemente tomando notas de lo que oía y veía en las libretas de propaganda de los laboratorios. Unas veces con discreción, si la confianza con el colega de turno no era mucha; otras directamente en su presencia, si lo dicho o hecho me resultaba significativo y no le molestaba que apuntase. Sólo en un caso propuse, a propósito de la relación entre “titulares” y “sustitutos”, realizar una entrevista formal, programada y con magnetofón, a los médicos de refuerzo. Aceptaron, pero por una causa u otra nunca se llegó a realizar. Tampoco hacía mucha falta; eran ya innumerables las notas que tenía al respecto y la pelea dentro del “escalafón” estaba suficientemente clara. Al principio lo apuntaba todo. Todo me era significativo. Ordenaba los papelitos en montoncillos temáticos cogidos con clips. De vez en cuando los revisaba y ordenaba. Cada mes se producía un trasvase de montón a montón. Cada pocos meses, cuando creía ordenada la información, metía los datos en el ordenador en un sistema de carpetas y ficheros que cambiaba cada poco tiempo. Al segundo curso del doctorado, con la futura tesis medianamente diseñada, hice la primera purga: diez temas y cinco apartados por tema; el resto, al almacén de “contexto”. A la postre, casi todo se iba a “contexto”. No me atrevía a usar aquello como “texto”: comprometía de tal manera que era incapaz de escribir y analizar sin “nombrar prenda”. Un hecho puntual me indicó el camino a seguir: el enfermero al que habitualmente sustituía me anunció

que, si seguía con aquel proyecto de tesis, su dedo dejaría de señalarme como sustituto – aún se podía hacer eso- y haría lo imposible por sacarme de aquel empleo. Por lo visto tenía miedo de que sacase a la luz los trapos sucios, que contase las “intimidades” a las que estaba teniendo acceso. No consiguió que me echaran del Centro aunque sí de su consulta; y menos aún que aparcase mi proyecto. Uno, que pelea mejor a la contra, hubo de tomarse con más prevenciones técnicas y personales lo que hasta entonces había sido una exploración a pecho descubierto. No quería ser yo quien hiciese de cotilla o espía empleando mis propias visiones, expresiones o giros idiomáticos; preferí que fueran los propios sanitarios, escribiendo de su puño y letra, quienes se manifestaran al respecto de lo que yo quería saber. Así no habría problemas de transcripción, interpretaciones erróneas, o cualquiera otra contingencia propia de las técnicas cualitativas.

Para eso diseñé una encuesta con catorce preguntas; la experiencia infausta con los montoncillos de papeles y su imposible clasificación ayudaron a formularlas. Las imprimí en cuatro folios, dejando espacio debajo de cada una para responder, y otro espacio, al final, para notas u observaciones. En un folio aparte, haciendo de presentación y portada, explicaba cual era el objetivo del cuestionario, para qué iba a servir, quienes avalaban el proyecto y un resumen de lo que les esperaba dentro. Una vez confeccionadas las carpetillas, las fui entregando uno por uno a los miembros del equipo que se prestaban buenamente a responder.

MEDICINA OFICIAL: PREGUNTAS Y RESPUESTAS

1. *Enumera, según tu apreciación, cuáles son los principales problemas de salud en tu área de trabajo.*

El acuerdo es unánime en cuanto al principal problema: las enfermedades crónicas, propias del envejecimiento de la población. Los problemas cardiovasculares y sus factores de riesgo asociados (hipertensión arterial y colesterolemia) son los más nombrados. Menos lo son, aunque se destacan como enfermedades propias de las personas mayores, los problemas respiratorios, el cáncer y los reumatismos. En tres casos –un médico y dos enfermeras- se hace hincapié en la *desatención* que sufren buena parte de los ancianos enfermos o inválidos.

Con menor proporción de acuerdo, los problemas psiquiátricos ocupan el segundo lugar en importancia. La mitad de los encuestados lo concretan expresamente como “depresiones”, no señalando otra patología más seria aun cuando se apunte, en un par de casos, una conexión con el problema principal hablando de demencia senil. Los traumatismos son considerados el tercer problema, aunque ya comparte importancia con los cánceres en personal joven, las infecciones agudas –que en dos casos se señalan como yatrogénicas por uso indiscriminado de antibioterapia- y, sorprendentemente, con la caries infantil.

Muy interesante resulta, por lo que a percepción de la salud de los clínicos se refiere, que tres de ellos señalen como problema la escasa implantación de hábitos higiénico-dietéticos saludables. El estilo de vida se configura como un problema de salud equiparable, por ejemplo a las infecciones agudas. Y señalan como causa, dos de los proponentes, la falta de educación sanitaria, considerando explícitamente que tal es, ni más ni menos, un problema de salud más.

De forma miscelánea y puntual se recogen como problemas de salud la medicina de complacencia, el mal funcionamiento del equipo, la mala relación entre atención primaria y atención especializada y el deficiente transporte sanitario. En cambio nada se dice, más que en un caso y de pasada, de los más de los más de trescientos diabéticos en tratamiento con insulina o antidiabéticos orales –de una población de poco más de siete mil personas-.

2. *Cuáles consideras que son los mejores recursos de la Medicina Científica para resolver los problemas señalados antes.*

En las respuestas ya no hay unanimidad. La mitad contestan que no hay recursos buenos ni siquiera aceptables; el fatalismo tiene su espacio entre los terapeutas. La otra mitad señala que los hay, aunque limitados: para las enfermedades crónicas y degenerativas se está de acuerdo en la pertinencia de los actuales métodos diagnósticos y los tratamientos farmacológicos y paliativos. Para las otras patologías, las agudas o de jóvenes, la cirugía sí se aprecia como recurso imprescindible, al igual que la atención que prestan los especialistas y los tratamientos farmacológicos. Para las enfermedades mentales los fármacos se ven, para esa mitad, como un buen recurso; para los pesimistas, no valen gran cosa. Quienes señalaban la mala educación sanitaria como un problema de salud encuentran en ella un recurso fundamental; especifican que hay que hacerla día a día en la consulta pero que, lamentablemente, no disponen de tiempo en ella. Tampoco se reconoce, en dos casos, recurso válido cuando los problemas de salud

se hacen “sociales”. Los más optimistas confían en la investigación como recurso, pero señalan que la cadena de transmisión de conocimientos no es la adecuada; que depende tanto de las ganas de “reciclarse” como de la buena o mala preparación profesional, de sus “modos” o de sus “artes”. En un par de ocasiones se echa en falta *el médico de antes*, “oidor”, “sacerdote”, conocedor de la familia y psicólogo.

Una enfermera plantea un recurso que puede resultar algo críptico: “*una sola conducta para cada proceso*”. Se podría entender como “unificación de criterios”, que tampoco sería mal recurso, y sino que se lo pregunten a los buscadores de diagnósticos y encontradores de tratamientos, pero no sé si se referirá a eso o a “individualizar” o “personalizar”. En cualquier caso advierte de una cierta discrepancia interna.

Un médico, a propósito de la dificultad de convencer a posibles enfermos de la conveniencia de hacerse algún *screening*, aporta un dato etnográfico interesante: “*como dicen a menudo, “- para qué vas a poner mal donde no lo hay”*”. Que ya no es fatalismo sino optimismo ciego.

3. *En qué patologías específicas consideras que la Medicina Científica ofrece mejores garantías.*

Dos terceras partes de las respuestas coinciden en las enfermedades subsidiarias de cirugía. De entre ellas se señalan, por orden de importancia, las de urgencias, la cardiopatía isquémica y las valvulopatías. Un tercio responde que las mejores garantías de curación se dan en las infecciones bacterianas agudas, seguidas en importancia por los traumatismos, la prevención del cáncer y la hipertensión arterial. Sólo un médico considera en primer lugar los tratamientos para las enfermedades crónicas, y lo justifica citando el notable aumento de la esperanza de vida en nuestro país. Una enfermera apunta que ese parámetro favorable se debe a las garantías que ofrece la atención pediátrica, a la que da el primer puesto. En otro caso se señalan las dislipemias como bien controladas y en otro, el más lacónico quizás, señala que es en la “*medicina física*” donde se dan mayores garantías. Otro, que señaló la cirugía en primer término señala que, para el resto, “*no hay enfermedades sino enfermos*”.

4. *En qué patologías ofrece peores garantías.*

Hay acuerdo casi unánime: las psiquiátricas y las consideradas de etiología social. El desacuerdo coloca en primer lugar las neurológicas degenerativas, como el Alzheimer. Varios señalan otras como las enfermedades metabólicas, las víricas y las crónicas. En un caso se señala expresamente el desconocimiento de la medicina científica de la

diátesis, la predisposición orgánica a contraer determinada enfermedad, que “*sí trabajan otros profesionales de las distintas medicinas alternativas*”; en una coletilla digna de mención afirma creer “*en la farmacología y en las medicinas energéticas*”. Una enfermera señala que, en caso de sufrir un politraumatismo, se iría directamente a la medicina privada (cita concretamente la Mutua de Accidentes de Zaragoza); no hace sino recoger una pesimista percepción generalizada de los traumatólogos del hospital de referencia –Alcañiz–, de los que se dice que han dejado más cojos y mancos que los accidentes laborales o de tráfico.

5. *Qué desmedicalizarías*

Sólo un médico responde que no sabe qué contestar, pero añade una declaración de intenciones: “*si supiera qué medicalizamos sin obtener beneficio, no lo haría*”. Los demás responden cada cual a su manera demostrando lo poco asumido del concepto de medicalización⁸⁰. Un médico, que intuye de la carga de profundidad que supone la pregunta, intenta delimitar el campo: “*si la Medicina trata de aportar salud a la población y nos atenemos a la actual definición de salud realmente poco puede desmedicalizarse porque la salud es un concepto global que abarca al individuo globalmente. Si entendemos por desmedicalizar el aligerar las funciones o cometidos del profesional sanitario yo eliminaría la burocracia*”. En general lo entienden como aquellas situaciones en las que no deberían intervenir. Así, citan un rosario de patologías entre las que predominan los componentes sociales; para ellas demandan más ayuda social. Si citan las patologías banales como “gripes”, diarreas estivales, artrosis no severas, picaduras de insectos o resfriados, reclaman mayor educación sanitaria. Otros destacan los sufrimientos que dependen de las emociones como la ansiedad, la soledad, la tristeza, los miedos o la sensación de culpa. Varios señalan a “las pastillas” o a cualquier tratamiento que tenga carga yatrogénica: “*En nuestro afán de querer solucionarlo todo podemos caer en ese error*”. Una enfermera propone: “*Es seguro que habría que sustituir el medicamento por otra cosa, pero ¿también dependiente a la definitiva?. Todo aquello que tiene efectos secundarios crea otro problema. No sé si merece la pena estar como estamos*”.

⁸⁰ Una de las preguntas que he hecho a cada uno de los médicos del Equipo, de antes y de ahora, a sido qué texto de Historia de la Medicina estudiaron en la carrera o tienen en casa para consultar. *Ninguno*, me han contestado todos. Todos estudiaron *por apuntes* una asignatura que consideran la más “maría”, pesada y mal explicada de sus estudios. En un solo caso se conocía de memoria las fechas y autores de los mayores descubrimientos biomédicos, pero nadie conocía nada acerca de la historia de la medicina como profesión, la medicina social o la evolución de los modelos médicos. Acerca se esos temas no habían consultado nada ni por curiosidad.

6. *Enumera, según tu apreciación, cuáles son los principales problemas de la profesión sanitaria en tu área de trabajo.*

A esta pregunta la mayoría acaba llenando el espacio dedicado a las respuestas. Se destacan dos grupos de problemas: internos y externos.

Para entender las relaciones entre los profesionales sanitarios vale la pena hacer transcripción literal de lo escrito por alguno: *“El paso de un modelo tradicional de trabajo individual, con poco control externo, a un Equipo de Atención Primaria, en el que debería primar el trabajo en equipo, ha supuesto bastantes miedos y reticencias por parte de todos los sanitarios a poner en común nuestros métodos de trabajo, nuestros saberes y, sobre todo, nuestras ignorancias. Como resultado de ello, el equipo prácticamente no existe para compartir inquietudes sanitarias y, si acaso, sólo sirve para tratar temas laborales, sindicales, etc.”*. Otro, más sucintamente, afirma lo mismo: *“No hay trabajo en equipo. Seguimos un modelo tradicionalmente individualista de entender la profesión y aceptamos mal la competencia entre nosotros mismos que en vez de estimulante la sentimos como amenaza”*. Para una enfermera el principal problema es *“la comunicación y la falta de compañerismo en muchas ocasiones”*. Otros problemas “internos” tienen otros argumentos: la indefinición de las labores de enfermería, la escasa formación continuada que se les ofrece, las malas relaciones entre Atención Primaria y Especializada y las diferentes visiones de los problemas según los grupos profesionales; aunque no se nombran expresamente, en un par de casos se señalan divergencias profesionales entre médicos y enfermeros. En otro caso se da importancia a las *“presiones de las jerarquías sanitarias”* y, en otro, a los desequilibrios en la proporción de Asistentes-Asistibles que se dan según los pueblos. Hay también quien se queja de falta de medios materiales en algún consultorio local.

Hay un problema, diríamos que liminal entre interno y externo, que preocupa a más de la mitad de los médicos: la burocratización, calificada como excesiva. Tanto los gestores como el personal piden que todo se escriba, que se utilicen normas oficiales –o que se las salten-, e impresos para todo: certificaciones, informes, peticiones, protocolos, bajas y altas laborales, traslados, comisiones, actas, reuniones de equipo y con el Consejo de Salud, estadísticas, etc. La burocratización se entiende, en un caso, como *“querer pasar a números una determinada calidad asistencial”*.

Las relaciones con los pacientes son destacadas como problemáticas en aspectos como la excesiva demanda, la consideración de algunos aspectos como *mágicos*, la falta de comprensión y de afecto mutuo, las demandas y reclamaciones posibles y, sobre

todo, un fenómeno interactivo entre la dependencia y la delegación, por el que muchos pacientes derivan en el médico la totalidad de las responsabilidades de su salud mientras ellos no quieren aceptar ninguna: *“falta responsabilidad, por parte de la población, respecto a su propia salud. Demanda que sea el sanitario el que se responsabilice de su salud”*.

7. *Cuál consideras la principal aportación que la profesión sanitaria ofrece a la salud de la población.*

La percepción que los sanitarios tienen de su profesión la resumió en un título José M^a Uribe (1996): *educar y curar*; sólo que aquí, por preferencias, se invierte el orden: curar y educar. La primera tarea se toma como más propia, aunque sólo en un caso se hable de monopolio, sin decirlo así. Resolver o mejorar los problemas de salud, quitar los síntomas, paliar el sufrimiento físico, emplear la cirugía menor, recetar medicamentos, prevenir el cáncer, detectar y tratar las enfermedades transmisibles y derivar a los especialistas, son enumeradas como aportaciones específicas de la profesión sanitaria. Afinando más, un médico propone que su especificidad consiste en que *“nos basamos en criterios objetivos y experimentales, además de la propia experiencia profesional”*. Otro médico responde a la pregunta escuetamente: *“estar con la población”*, que podemos entender como aquel *“míreme ben... báixexe ben”*, que recoge para Galicia Emilio González en su tesis doctoral⁸¹, cuando el paciente reclama comprensión de un médico posiblemente engreído o poco dado a la comprensión. Así lo confirman quienes dan respuestas más explícitas explicando que el profesional es de fácil acceso, atiende –él o un compañero- veinticuatro horas al día, y está dispuesto a dedicar el tiempo que haga falta. Una enfermera se explica con claridad: *“La mejor aportación sería concienciar al usuario de que “el poder” está dentro de él. Él es el principal responsable de su salud y análisis, medicamentos, especialistas, intervenciones, protocolos... serían entonces de gran ayuda. Falta racionalizar. Hay que trabajar la autoestima. Si alguien preguntase qué hizo la ATS sanitariamente por vosotros, ojalá la respuesta fuese: siempre, “siempre nos tranquilizaba y una vez más tranquilos, el picor, el dolor, la fractura, la muerte..., eran menos importantes, se llevaban mejor”*. Un colega afirma enfáticamente que la profesión está presta a procurar atención integral y continuada.

⁸¹ A Unidade de saúde Mental como broker cultural: Alternativas á xestión da loucura nun municipio rural galego. Universidad de Santiago de Compostela, 1999.

El perfil educacional se considera propio, en el caso de las enfermeras y dos médicos, aunque con más reticencias y menor eficacia que curar. Así lo anota una enfermera: *“la educación a todos los niveles, siempre que el paciente la sepa valorar”*. Y así un médico: *“nuestro objetivo sería atender las necesidades de salud de la población, no sólo físicas, sino también las psíquicas y aún incluso las educativas. Como la mayoría no vivimos en el mismo medio que nuestros pacientes, perdemos la referencia de cómo viven ellos, para poder captar las necesidades no expresadas de la población”*.

8. *¿Hay alguna cuestión profesional que pueda afectar negativamente a la salud de la población? Señala cuál o cuáles.*

Casi la mitad de los consultados se refieren a la deficiente cohesión del Equipo como un asunto que perjudica la salud de los asistibles. Hay otros dos asuntos que se señalan con la misma frecuencia: la mala praxis, que se cita sin más precisiones, y la excesiva rotación o movilidad de los profesionales, donde se afina más explicando los frecuentes traslados, las nuevas incorporaciones, y el estatuto precario de los profesionales de refuerzo y el de sustituciones. Otro asunto que suele levantar ampollas es citado por varios sanitarios: las relaciones con la industria farmacéutica; una vez se les llama *intereses torticeros*, en otra ocasión se cita como *mercadeo* y, en una tercera *corruptelas del sistema*. En un caso, el “mercadeo” se hace también extensible a la relación con los pacientes.

Puntualmente se señalan otros asuntos como perniciosos, aunque ya no demuestran homogeneidad. Se cita, como ejemplo visto antes, que *“la escasa relación con los especialistas origina a veces diferentes puntos de vista ante los mismos problemas, con lo que la población pierde confianza en el modelo sanitario”*. Y también, el mal ejemplo que damos los profesionales con el tabaco, el alcohol, o la obesidad; los prejuicios respecto a los pacientes, *“nuestro negativismo para aceptar al paciente o usuario tal como es”*; el engreimiento, la falta de formación continuada, la médico-dependencia, las prisas debidas a la presión asistencial, que a la salida de una guardia se deba a acudir a abrir consulta, y las relaciones con los medios de comunicación. A este respecto un médico señala: *“La información sanitaria dada por los grandes medios audiovisuales cuando la salud aparece como un bien de consumo al que todos deberíamos tener acceso. Así se ocasionan demandas incongruentes de las últimas técnicas diagnósticas y terapéuticas”*. Algún dato etnográfico a propósito de ese problema aparecerá más adelante.

CURANDERÍA: PREGUNTAS Y RESPUESTAS

9. *¿Sabes si el personal de tu cupo recibe asistencia sanitaria de los curanderos?, ¿podrías cuantificarlos?*

Sólo en dos casos afirman no saber si se acudía o no a los curanderos. Los dos son médicos recién incorporados al Centro. Uno, que aún no tiene datos en su zona, supone que lo harán, por ser un recurso que considera habitual; el otro añade que en el lugar del que procede, en la misma provincia de Teruel, no iban a curanderos, o que por lo menos no se lo contaban a él. El resto afirma que sí acuden; otra cosa es atreverse a señalar cuántos. Unos reconocen saber que acuden *esporádicamente*, sobre todo por patologías traumatológicas; otros estiman que *no son muchos*. El más veterano de los médicos se atreve a aventurar que el diez por ciento de sus pacientes se hacen visitar por curanderos *“en procesos osteo-articulares agudos y crónicos”*. Otro veterano reconoce que sí acuden, aunque *“no es fácil cuantificar pues tienen reparico en contarlos, pero estimo que es alta la proporción de personas de mi cupo que acuden con frecuencia u ocasionalmente”*.

10. *¿Por qué piensas que van al curandero?*

El argumento más repetido es por fallar la Medicina, que pongo aquí con mayúsculas, a propósito de cómo la llaman mis colegas en sus respuestas: *oficial, tradicional, de los médicos, científica, convencional occidental, de siempre, normal*; se define al antagonista, el curandero, como no oficial y acientífico, aunque igual les cabría nombrarlo como tradicional, de siempre, convencional, occidental o normal. Si la nominación fuese válida como marcador subliminal de su aprecio, hablaríamos de mitad y mitad, pero eso se verá explícitamente más adelante. En lo que se centra la mayoría es en una cuestión de confianza o desconfianza. La desconfianza en el médico y su medicina lleva al curandero. No van a los curanderos quienes desconfían de ellos. Otros motivos aducidos para acudir serían la desesperación y la hipocondría, aunque, dice un colega, *“no comprendería otros motivos”*. En tres ocasiones se refieren a la búsqueda de una *magia* o un *milagro* que no se da desde los consultorios médicos. Otras dos aluden a agotar posibilidades terapéuticas. Otra, más sociológica explica cómo *“el cambio en la relación médico-paciente hacia una esfera profesionalizada, unido a la ineficiencia temporal del sistema genera la pérdida de confianza en las propiedades*

curativas del profesional sanitario, por lo que el componente psicológico de la curación se pierde y el paciente va a buscarlo en otro sitio. Puesto que el curandero forma parte del nicho cultural, acuden a él". Otra respuesta más empirista y contraria a la mayoría es la siguiente: "Porque lleva –el curandero- muchos años y también se ha ganado su prestigio, ya que a veces acuden antes que al médico". Otra hay, lo mismo de realista, que comparte la idea de fallo e introduce la de emulación: "Porque le "ha fallado" el recurso científico ó porque "mi vecina" ha ido y se ha curado".

Por último refiero literalmente la opinión de un médico que resume prácticamente a sus compañeros: *"Porque tienen una confianza en él lograda a través de varias generaciones y porque habrá demostrado sus habilidades previamente con otros pacientes y en patologías similares. También comprendo a los enfermos terminales, desahuciados por nuestra medicina científica, que acuden al curandero en busca de un milagro".*

11. *¿Consideras la curandería una profesión, una ocupación o ambas cosas?*

En un asunto hay acuerdo: hay charlatanes y hay curanderos serios. Ya no lo hay en que haya "profesionales" y "ocupados" en ambos bandos. Los que se acercan a la opción de la curandería como ocupación son mayoría; la profesión la confieren, según los casos, a quienes realizan algún estudio de cualificación, o a los practicantes de las otras medicinas, las alternativas. Hay quien se muestra explícito: *"Si el término curandería o curanderismo no engloba a las medicinas alternativas o "no tradicionales" y nos referimos por tanto a sanadores, chamanes, brujos, personas con "don", etc. considero que es una ocupación. Si en dicho término incluimos las medicinas alternativas como naturistas, homeópatas, acupuntores, masajistas, etc. es decir personas que no tienen título oficialmente reconocido pero que realizan estudios, formación continuada, etc., en este caso sí que lo puedo considerar un profesión".* Otros consideran que antes era profesión mientras que en la actualidad es más bien una ocupación con mucho de picaresca. Quienes se inclinan por considerarlo una profesión se la adjudican a los curanderos con "don" o "gracia" reconocida socialmente, y con años de veteranía. Un par estiman que puede tratarse de las dos cosas, habida cuenta de que no todos son iguales, se dedican a lo mismo o con la misma entrega. En un caso se afirma que debería considerarse una ocupación *"ya que el auténtico curandero no mercantiliza sus facultades".* Otro se expresa de la siguiente manera: *"Lo considero una actividad ilegal, poco científica y muchas veces raya el absurdo. Existe mucho*

amarillismo e intrusismo entre ellos mismos". No es de la misma opinión otro compañero cuando escribe: *"Una ocupación, una profesión y un estilo de vida. Creo en la honestidad de la mayoría de los curanderos y sanadores"*; es el único que ha acudido en una ocasión al curandero, por su hijo pequeño, afectado según le dijeron de "mal de ojo", y no fue en esta provincia. Una enfermera da más datos locales: *"En todos los pueblos de España hemos conocido el curandero/a que daba remedios caseros y arreglaba huesos mucho mejor que don Sinforiano o don Manuel, por decir algo. El curandero tiene su papel en la sociedad. ¿Qué te parece si les damos un título?"*⁸²

12. *¿Supone la curandería un problema para la salud de la población?*

La respuesta casi unánime es NO. Luego vienen los matices. *En general y aquí no suele pasar nada pero se oye que pasa. Aquí no, y "espero que no ocurra"*. No, pero, a veces, *"se pierde un tiempo precioso para solucionar o aliviar mediante la medicina tradicional una patología determinada, por ejemplo un cáncer"*. No, pero a veces se producen lesiones por malas manipulaciones. No, *"los curanderos verdaderos saben cuáles son sus limitaciones"*. *"Casi nunca"*, lo ponen dos. *"A veces sí"* sólo una vez. En siete ocasiones en que se ha matizado la negación de su mala práctica, se apostilla que fallan ni más ni menos que los propios médicos o los fisioterapeutas. Una visión que ejemplifica casi todos los casos del "no, pero...", es la siguiente: *"Creo que la técnica del curandero puede complementar la médica o neutralizar los efectos negativos de ésta. Si un paciente abandona el tratamiento médico por el del curandero, en patologías graves, el resultado puede ser funesto"*. Transcribo otra opinión por abordar lo mismo pero con distinto matiz: No son un problema, *"¡Qué va!. Si acaso para el bolsillo de la población. Otra cosa es que hablemos de brujerías que desconozco y se llegue a crear algún tipo de dependencia. Pero, hoy por hoy, ¿estamos acaso libres de un tipo u otro de dependencia? (...) Se supone que un sujeto equilibrado y normal toma sus propias decisiones y va al curandero porque quiere ¿le podemos echar encima la culpa?"*.

13. *¿Piensas que los saberes y prácticas curanderiles pueden ofrecer soluciones a la salud de la población?, ¿de qué tipo?*

⁸² Poco se podía imaginar mi colega que ya, en la 30ª Asamblea Mundial de la OMS, la de 1977, se propuso la realización de actividades de formación de personal y de investigación en medicina tradicional. Y que se recomendaba incluso incorporarlas a los servicios de Atención Primaria en los países donde ese tipo de medicina era más usada que la científica. Citado por Menéndez y Di Pardo (1996: 37).

Sólo en un caso se afirma rotundamente que no; sin más explicaciones. En otros dos casos se les da poca confianza; va el primero: *“Sólo creo en algunas personas con dotes especiales para resolver problemas traumatológicos. Lo demás, para mí, está totalmente falto de rigor y no he conocido personalmente nunca ningún caso de “curación mágica”. Y el segundo, algo desconcertante: “Hay alguna actividad “curanderil” como por ejemplo la Parasicología que puede ofrecer alguna solución, pero siempre son de escasa cuantía y pasajeras. Estas soluciones siempre son personales, nunca poblacionales”*. En dos aspectos se estiman como positivas las actuaciones de los curanderos en varias de las respuestas: en los masajes y en cuanto a dar confianza acerca de la enfermedad y su curación. Otros van más allá: *“Sí. Principalmente en problemas crónicos en los que la medicina oficial no llega a tener éxito por incomprensión, por falta de tiempo, por exceso de demanda: rehabilitación, psicósomáticos”*. Las enfermedades de etiología psicósomática y los enfermos terminales son abordadas en otro caso: *“un curandero puede convencer al paciente de que si hace lo que le ordena se va a curar. En enfermos terminales, un curandero puede aliviar la ansiedad de los últimos días y aunque no cure al paciente al menos puede disminuir su sufrimiento”*. Otra visión psicomágica: *“La recuperación del aspecto mágico del binomio salud-enfermedad, si no se extrema, puede ser positivo, fundamentalmente desde el punto de vista psicológico”*. Otra opinión da importancia al aspecto ritual, pero advierte que el peligro está en la posible dependencia que se cree por el curandero respecto al mismo. Solo en un caso se justifica la pertinencia del curandero sin limitaciones: *“Por supuesto que sí. A la definitiva todo es más sencillo de lo que parece y el orden del cosmos y los poderes de la naturaleza van mucho más allá que nuestros medios y conocimientos científicos. Y tras años y años de realizar una labor, por saber, intuición o inspiración divina, llámalo como quieras, dominamos la situación. Pregúntale a un agricultor de setenta años, analfabeto, sobre el campo. Hay mucha sabiduría. ¿Les faltaban medios? Seguro que con una cosechadora hubiesen sido los reyes del mambo”*.

14. *¿Te has encontrado algún caso de mala práctica curanderil en tu consulta? Relátalo, por favor.*

La respuesta mayoritaria es NO. Los matices y algún sí se exponen a continuación. *“Nunca. Supongo que, si se ha dado, a los pacientes les habrá dado vergüenza venir a contármelo”*. Otro encuestado tampoco ha atendido en su consulta fallos de curanderos, pero nos explica una vieja terapia de la que más adelante conoceremos abundantes datos

concretos, y a su procurador: *“En más de una ocasión me han relatado la curación de procesos amigdalares repetidos mediante un masaje energético en la muñeca derecha. (Hace muchos años y en niños que continuamente presentaban amigdalitis con fiebre alta)”*; estoy seguro que los casos y cosas de Ginés, el curandero de Valmuel, le refrescarán la memoria. Otro médico disculpa al curandero: *“Más que de mala práctica de ignorancia por sobrecargar procesos agudos musculares cuando lo indicado era el reposo”*. La amabilidad de algunos compañeros aportando datos colaterales siempre es de agradecer: *“Normalmente, el paciente que acude a un especialista (particular) o curandero suele ocultarlo a su médico de cabecera. He tenido pacientes oncológicos que han prolongado notablemente el periodo de supervivencia, dado por el especialista. Si puedo, procuro convencer al paciente para que compatibilice el tratamiento del curandero con el del médico”*. Y ahora, para cerrar este turno de preguntas y respuestas, un caso que el médico explica con tan buen tino que no merece comentario alguno: *“En una ocasión me consultó una madre porque le habían recomendado, para el asma de su hijo, que en plena noche mientras dormía, le decapitasen a un palomo y le rociasen con la sangre aún palpitante. Les comenté que el asma se le pasaría, del susto, pero el precio en horror quizás no merecía la pena”*.

- *Notas u observaciones*

Sería una injusticia no dar cuenta de lo que se escribió bajo este encabezado. Aclarar que nadie dijo nada nuevo sobre los dos grandes temas de la encuesta, así que lo que ahora sigue no aporta datos por ese lado. Si voy a copiar lo escrito es, primero, porque tiene que ver con el proceso etnográfico y, segundo, porque es de agradecer que a uno le den ánimos, sobre todo en momentos en los que la impericia lucha aliada con la desesperanza.

“Estimado amigo y compañero: He procurado contestar de la manera más meditada y sincera posible, aunque seguro que me he dejado cosas en el tintero. Podemos aclarar lo que quieras. Te animo a que sigas así tus trabajos. Tus inquietudes son un ejemplo estimulante para todos nosotros. Un abrazo”. Y firma y pone fecha, aunque les había garantizado la confidencialidad. De todas maneras les reconozco por la letra...

“Espero que te sirva”, me anota otro que ha tenido que soportarme durante más de cuatro años en guardias eternas, tan llenas de antropología como de pacientes. Él ha sido más paciente conmigo que otros.

“Sigue aprendiendo. Un abrazo”, me escribe y firma el médico que más culpa tiene de que yo me hiciera enfermero. Como también me escribió su biografía, y la he empleado, le deseo que me siga enseñando. Y gracias, Ángel.

“Antonio, ¡vete al carajo!, haces unas preguntas muy raras que no van acordes con estos tiempos. Pregúntame cuántos análisis se hace un sujeto al cabo del año, o a cuántos especialistas va, o... Bueno, aquí tienes mi grano de arena, si te sirve de algo me doy por satisfecha. Sí que tengo mucha curiosidad por las conclusiones aunque anónimas, de este Santo Centro de Salud. Un abrazo y a por buena nota”. Y firma una colega a punto de licenciarse en psicología.

6. LOS CURANDEROS TRADICIONALES

6.1. La *tia Guapa*, una curandera de toda la vida.

PARA EMPEZAR

He de agradecer a María Lafaja, la *tia Guapa*, la paciencia que ha debido gastar conmigo a lo largo de más de cinco años. Aunque nos conocemos de *toda la vida* nunca habíamos llegado a compartir la intimidad y confianza mutua que nos hemos demostrado en estos años. Con ella superé el rito de paso de mi primera entrevista; ella no quedó descontenta pero yo quedé marcado para los restos.

Le expliqué en su día que estaba haciendo un trabajo académico para superar una asignatura; dudo mucho que ella entendiera como yo el sentido de “académico” ni el de “asignatura” pero, gracias a su comprensión y a la intercesión de su médico de cabecera, me concedió todo el tiempo que requerí para confeccionar aquel trabajo. Y además maté dos pájaros de un tiro pues aproveché aquel material para superar otra asignatura técnica. Una entrevista “formal”, con luz y taquígrafos –una grabadora recién estrenada– que valió para establecer su biografía, que luego cruzaría con la del tío *Cestero*, el otro curandero de la localidad, y la del médico de cabecera de ambos, Ángel.

La casa de la hija de María *La Guapa* está a escasos cien metros de la de mis padres. Con el título de antropólogo recién estrenado, me había acercado por la floristería, había comprado una docena de claveles rojos, y estaba tocando el timbre de una vivienda nueva en un cantón viejo. Apareció la hija y le debí parecer un extraterrestre. –“*El Antonio el del Papi con un ramo de claveles a la puerta de mi casa; este está loco*”, me comentó luego que había pensado al verme.

Expliqué que había superado con éxito los estudios y que quería brindárselos a su madre, como hacen los toreros que tanto le gustan, en agradecimiento. María no estaba en la casa; estaba curando a alguien en la suya propia y tardaría en volver. Dejé las flores y el recado y me fui. No quise molestar a la anciana en su tarea.

Aquel gesto me valió docenas de “confidencias”.

No he llegado nunca a escribir todas las cosas de las que he hablado con María. Están la mayoría en mi cabeza como referentes y referencias. Las que me parecen sustanciales para la investigación las anoto en su “apartado”; cada día son menos. Hemos llegado a un grado de complicidad que hablamos muchas veces poco rato, con la parquedad de palabras de los que se comprenden. Yo me he preocupado de mostrarle la limitación de

mis habilidades como investigador, que quisiera convertir en profesión. Ella ha hecho lo mismo conmigo acerca de su oficio, curandera, como quien está al cabo de la calle comprendiendo al neófito. No hay trampa ni cartón. María empezó contándome las cosas de su oficio y ahora las mezcla con naturalidad con la vivencia de su declive personal, con la preocupación por la pérdida de su “arte”, por las cataratas que la están dejando ciega y con un incesante interés por la continuación de mis estudios.

No sé si alguna vez se ha dejado escrito que el primer “informante clave” imprime carácter. Que la primera vez que un investigador consigue que alguien le abra tantas puertas, que se confíe ante la impertinencia de sus preguntas como si fuese responsable de la calidad de la investigación, el novato guarda aquella figura como un hito en su carrera que le sirve para entender si la cosa funciona o no con otros a quienes también pregunta. Supongo que habrá quienes eso hayan sentido y, sino, aquí queda dicho. María, que ahora me relata sobre todos sus problemas de salud, da por hecho que yo lo sé todo sobre ella. No es cierto. Conozco lo que me ha ido contando a lo largo del tiempo, bien entendido que siempre ha coincidido con las ilustraciones de su figura que me hacen desde fuera.

Por lo que sé de ella de primera mano y por lo que la gente me cuenta merecería una monografía exclusiva. No por el contenido de su historia, que tampoco es manca. Es por el placer de revivir escribiendo cómo cada cosa que encuentro “fuera” la había ya buscado en ella, habiéndola o no encontrado, lo que viene al caso cuando la nombro como referencia. Cuando me quedo *engafetado*, bloqueado, en alguna entrevista, se me *representa* la tía Guapa y deslizo la conversación como si hablase con ella. Funciona cuando puede funcionar, cuando el interlocutor está por la labor y es fallo del preguntón no conseguir respuestas que están, casi seguro, en la cabeza del interrogado.

A la *tía* María hay que hablarle con la mayor sencillez y claridad posible; da igual la pregunta o comentario que se le haga. Enseguida, si tiene respuesta la da; si no es así reconoce que ella de eso no sabe nada que me pueda interesar. En varias ocasiones he llegado a insistir en algo por ver si me hurtaba información. Jamás calló algo para lo que tuviera respuesta; es cuestión de preguntar bien. Esa dinámica la he aprendido con ella y tiene utilidad, más allá del tema que se aborde.

La última conversación entre ambos tuvo lugar anteayer. En la puerta del Centro de Salud, con motivo de sus cataratas. Yo estaba al lado de mi moto, en la puerta. Ella salía, me vio, se acercó, nos besamos en las mejillas como tenemos por costumbre, miró

a la moto y me dijo que me reconocía como un hijo. Emocionado lo escribo y aparecerá más veces. Voy a resumir su biografía. Y sus *cosas*.

VIVIR, SUFRIR Y CURAR

María Lafaja Oliver nació en Urrea de Gaén, a cinco kilómetros río arriba de Híjar, hace ochenta y cinco años. Actualmente es una mujer menuda, vivaz, con ojos pequeños tras sus gafas de concha, el cuello estirado pero sin altivez, permanentemente vestida de riguroso negro, con las manos siempre enlazadas sobre el vientre, pulcra, que se deslaza a pasos pequeños, lúcida y con buen oído, y siempre localizable en su casa de Híjar donde reside desde hace cuarenta y siete años. Lo de “guapa” le viene de familia.

Su padre era un labrador de Urrea con tierras propias, aunque escasas, y cazador “profesional”, padre de siete hijos y poseedor de varios galgos, también “profesionales”. Mal que bien fue pasando la casa con tan escasos haberes. Todos sus hijos fueron pastores de ovejas y cabras salvo uno que, caminero de profesión, también ejerció como curandero; ya dimos noticias suyas. María afirma no haber aprendido nada de él pues ni le vio actuar ni a ella le “*arregló nada*”.

Ella, de pequeña, fue a la escuela “*hasta que aprendió la doctrina, el “manuscrito” y a escribir una carta*”. Pronto se ocupó de ayudar a su madre en la crianza de los hermanos al ser la mayor de las hijas. La guerra la pasó en su pueblo natal con las contingencias propias de la zona, muy castigada por la contienda, y que se saldó para ella con la muerte de su padre “*cuando iba cazando*” y la de su hermano Julián, fusilado en Teruel. Desde entonces nadie ha podido verla con ninguna prenda que no sea negra. La costumbre arraigada del luto riguroso no le permitió nunca usar otro color. El duelo sería desde entonces el eje de su vida.

Aunque tenían la casa en el casco urbano residían en el Regadío, una finca de huerta en medio de un desierto cerealista donde conoció a su futuro marido, pastor de la zona, natural de Reus y apodado *El Lobo*, con quien se casó tras un corto noviazgo, en 1940. Compraron una casa en el pueblo -justo enfrente de la casa natal de Laín Entralgo-, se instalaron en ella y tuvieron tres hijos: *La Chica*, *El Mayor* y *El Pequeño*. Los nombro así pues en el curso de nuestras conversaciones jamás los mentó por sus nombres de pila, de igual manera que a su marido.

El Lobo ejercía de pastor *p’a otri* en el término de Híjar y, viendo la posibilidad de coger ganado *a medias*, decidieron el traslado a esa población. Allí ocuparon una

vivienda en alquiler hasta que pudieron comprar casa propia. Allí ha atendido siempre, en el patio de la entrada. Tiene un corral grande al lado donde, hasta hace poco, criaba gallinas y conejos; ahora ya no puede y se los ha quitado. Su hermano *El Caminero*, se había trasladado también a Híjar hacía pocos años y ejercía de curandero. En tales menesteres le sobrevino la muerte; se desplomó de bruces al agacharse para arreglar el tobillo de una clienta en la casa de ésta. El percal negro se asentaba en el vestidor de María. De su relato al describir este pasaje se ve la importancia que concede a que su hermano muriese “en acto de servicio”. Aunque reconoce que no tomó de él lecciones, afirma que en su familia se consideraba obligado “*que alguien hiciese esas cosas*”. Reconoce que había tradición de curar y que por eso, a la muerte del caminero y en la primera oportunidad, “*metió la mano*”.

El relato que hace María de esa primera vez da la sensación de haber sido contado repetidas veces, incluso denota que está construido de forma que zanje una pregunta que imagino le han hecho en otras ocasiones: ¿qué le impulsó a decidirse a actuar?. Ella siempre lo ha planteado como una forma de continuidad familiar, aunque eso no quita que llevase aparejado el conseguir alguna aportación económica. Por todos los vecinos es sabido que ningún curandero de su estilo se ha hecho nunca rico, pero tampoco se ha negado la legitimidad de recibir algo por el servicio: *la voluntad*. Eso, en los duros tiempos de la posguerra, no era una posibilidad a descartar.

-“*Pues que la vi que iba coja y dije: ¡ven p’ aquí Concha! que te lo voy a hacer yo. Y lo fue extendiendo extendiendo y así fue la cosa. Me dice, dice: -“mire que he ido a coger la cabra y me ha llevao arrastras por el costao”, esa fue la primera que hice y ella fue extendiendo.*”

La racionalidad de la decisión, como la de la cura, es empírica. La pongo en primera persona por meterme en el magín de María, pero la elucubración que sigue es mía: “si no pruebo, ni curo ni sigo la tradición familiar; si pruebo y se me da mal, me retiro, no estoy hecha para esto; si pruebo y se me da bien, sigo; y si me dan, tomo, no me puedo negar y me puede venir bien”. Otras mujeres se dedicaban a la artesanía, el servicio doméstico, la crianza de animales, el tejido, la confección, el pequeño comercio con pieles, o el estraperlo; lo de cobrar da idea de su consideración de *oficio*, que comparte con sus asistidos locales.

Tras los primeros escarceos su fama se fue “*extendiendo, extendiendo*” hasta que en la actualidad está tan bien consolidada que ni siquiera menciona que tenga competencia. Nadie podrá exigirle un título pero sus propios éxitos la legitiman. Nadie nombra que cure *de gracia*. Acaso *que tiene gracia* para curar, aunque lo que más se menta es *que*

sabe cómo hacerlo. Sigue una tradición como tal reconocida, con su código de conducta, su ética y su especificidad profesional. Es consciente de su situación de subalternidad respecto a la medicina oficial pero no se esconde en hacerle críticas: “ellos no tocan”. Tienen avances pero, cuando fallan, ella es la alternativa. Lo sabe y lo hace valer oponiendo sus éxitos a los fracasos de los médicos. Se muestra orgullosa de que, en asuntos traumatológicos, ella sea la primera alternativa por delante del médico. Hay una política “fina” de cohabitación entre ella y los médicos. Los hay que le derivan cosas.

En el año 1968, consolidada ya como curandera, ocurrió otro hecho trágico en la vida de María. *El Lobico*, su hijo mayor, avisó a casa desde el cuartel para que le prepararan el bombo para tocar esa Semana Santa. Se licenciaba de la mili justo el día en que comenzarían a tocar y quería el instrumento templado. Ese día salió del cuartel a buscar a su novia en una Montesa 125cc. y encontró la trasera de un Pegaso en la que se dejó la sesera. La conmoción en el pueblo fue grande y la pena de la madre indescriptible. Aplicó siempre el mayor rigor a las normas del duelo, complicadas y restrictivas en esta zona y acrecentadas por la fecha en que se produjo el accidente. *El Lobico* es reconocido también como “muerto en acto de servicio”, por lo del bombo, ya que se vio privado de una de las obligaciones inherentes a su condición de hijarano: tocar. Este acontecimiento marcó una especial aversión de María por las motocicletas. En su casa se estableció como tabú. Ningún hijo o nieto deberá tener acceso a ellas; quedan vedadas incluso las bicicletas. Los hijos de *La Chica* jamás verían tal artilugio entre sus juguetes.

Su hijo pequeño, *El Negrico*, tras un año de duelo sin tocar en Semana Santa heredó el bombo de su hermano. Luego se casó y fue a vivir a La Puebla de Híjar donde trabajaba como pastor. Harto de ir andando hasta la paridera cada día, mandó pedir a Zaragoza la que suponía más inofensiva de las motocicletas, una Minimarcelino. Aunque más cara que cualquier otro ciclomotor, era de dimensiones reducidas y no corría. Tras varios años de uso sin incidente alguno, al salir una madrugada a trabajar dio con sus huesos y la minimoto en un brazal de riego profundo. Allí fue hallado muerto, y fue el remate para la “canonización” de María como la mujer más desgraciada del pueblo, el día del entierro. Permaneció varios años sin salir de casa, salvo para atender pacientes en el domicilio de éstos, pero no dejó de recibirlos en su propia casa ni un solo día. Desde esos luctuosos acontecimientos María se ve rodeada de un hálito

especial. Una mujer marcada por el dolor y decidida, hasta que pueda, a paliar el ajeno. Una investidura, un sacerdocio.

Tres veces en su vida ha salido del pueblo y pernoctado fuera de él; las tres para asistir a los funerales de sus hermanos o hermanas. Su relación con la muerte surge en cualquier conversación en que se hable de esta mujer. Sentada en el poyo de la entrada de su casa, al fondo del cantón árabe de Las Santas, los muros de adobe sin enfoscar contrastan con los blanqueados vecinos. Allí se la ve con sus sayas negras, su jersey de punto negro, su pelo cano y repeinado, con las manos donde siempre, esperando que llegue algún paciente para ponerlas en marcha: -“*El dedico, el dedo te lleva al mal*”.

Aplica una técnica que duele, “*muchos lloran, vaya si lloran*” y otros se retiran por no poder soportarlo. Otros parecen tomarlo como una expiación. Arrastra, por fricción, la sangre de una zona a otra hasta que produce un hematoma. O frota nervios, músculos o tendones hasta colocarlos en su sitio. No sé si es más un rito de purificación o una técnica terapéutica, pero sea lo que sea, sus pacientes le agradecen el alivio que les proporciona y la seguridad con que practica sus saberes. -“*Lo mismo que sabe el médico de tensiones sabe la tía Guapa de bergantos*”. -“*El médico lo sabe por que ha estudiao, la tía Guapa por que sabe*”⁸³. ¿Un saber como el de don Juan de Castaneda?. Posiblemente, si cambiamos el éxtasis inducido por las drogas al provocado por el sufrimiento. Un saber empírico, en cualquier caso.

-“*Pues el dedo, el dedo. Yo llevo aquí la muñeca mala...(me coge la muñeca) y llevo un esguince o llevo la muñeca mala y...pues el dedo este (masajeándome entre el cúbito y el radio) te lleva hacia donde tienes el mal; el dedo te lleva. Que lleva en el dedo un nervio encima del otro y se te quiere poner la carne, hay que poner ese dedo en donde estaba (palpando la articulación de mi dedo anular) y que no se meta la carne dentro. Y así (masajeando), si es en la espalda pues lo mismo; adonde llevas el mal te saldrá la royura arriba*”.

-“*Lo royo viene arriba cuando le haces así con el dedo que te lleva hacia donde está el mal. Si es en el hombro lo mismo. Que llevas el hombro que...el hueso un poquitín ladeao, pues eso. Que llevas el dedo que se te ha salido, que viene uno aquí con el dedo pues se le sale el hueso de su sitio, hay que llevalo p'a que no se meta la carne en medio. A ese le ha pasao eso, que se lo lisió, lo miraron por rayos y todo y ...nada, ahora viene por aquí todos los días. Pero es eso, hay que después, ese hueso ponerlo en su sitio p'a que no se meta la carne dentro y hay que trabajar mucho con él*”.

María pregunta primero cómo se ha producido la lesión, pero las manos son la herramienta fundamental, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Todo lo resuelve con toques.

⁸³ La figura de María coincide con la “sabia gallega” de Lisón (1987), además de por la denominación, por acudir a ella en primera providencia, y por la capacidad de interrelación personal con los vecinos.

-“De toques, de toques. Y si es el pié lo mismo. El pié ahora mismo dices, un esguince que m’hi hecho, pues...o en la planta del pié o en el tobillo, pues el dedo este te lleva a donde está el mal y hay que llevar ese mal a su sitio y te sube entonces, te sube el mal arriba. Ahora mismo viene una que lleva el cuello así, una cosa...pues el nervio, el nervio que se le sube aquí todo el nervio, pues hay que trabajar el nervio ese que sube hasta la cabeza y hay que trabajarlo bien y moverle la cabeza después y así a los laos, p’atrás y p’adelante”.

- “Pues la rodilla hay que trabajarla bien y muchas veces te se ponen los nervios aquí bajo, en un rebullo y hay que trabajar mucho. Y cuando se tiene el pié así, tan malo, antes de venir aquí les digo que pongan el pié en agua bien caliente y un buen pizco de sal y así cuando vienen aquí pues ya puedes trabajar mejor, que algunas veces te vienen con el pie que lo llevan hinchao: -“Ya hace 15 días que lo llevo, fuimos al médico y me puso esto y me puso l’otro” y claro, pero como el médico no lo toca...te dan una pomada, te mandan unas pastillas y vale. Aquí han venido, el otro día vinieron de Valencia vinieron”.

-“Ahí tienes la Mari, la del Artillero, la del Televisión, que esa joven, le pusieron cuarenta y cinco endiciones me p’aice qué, cuando estaban los médicos aquí (se refiere al viejo consultorio de la plaza de san Blas, junto a su casa) y fue a Barcelona a mirarse, que ya hace tiempo que pasó eso, y fue a Zaragoza, y el día que fue a Alcañiz y de Alcañiz la mandaron aquí, pues que la curaban por la ciática y la joven tenía que subir las escaleras de rodillas y bajarlas a culazos y vino aquí y dice: -“Tia María vengo aquí y vamos a ver si esto..., hi estao en Barcelona, en Zaragoza y venimos de Alcañiz y sin ir a casa venimos aquí”. ¡Anda, y si t’an mirao en tantos sitios! y ... y -“m’han puesto cuarenta y cinco endiciones y m’están matando el estomago de pastillas”,...digo: - si t’han mirao los médicos y yo que no hi estudio ni nada, digo, pues ¡hala, venga! dice pues digo: échate y s’echó y lo malo es que aún con pomada no lo podía hacer, tiene alergia a las pomadas”.

-“Aquí, hijo mío, han de venir tres veces. Yo se lo digo a todos, con la primera se conoce algo pero hay que seguir dos más. Algunos no vuelven pero la mayoría sí. Tres veces. Y si no se va, hay que volver a venir otras tres. Así lo hago”.

Conoce y trata las patologías específicas de cada oficio; tenderos con los pies molidos, albañiles con codos dislocados, labradores con esguinces de tobillo, chicas de la cadena de producción textil con las espaldas resentidas, “escribientes” con dolores de hombro, y deportistas de fin de semana con *de todo un poco* nutren su abundante clientela. Tras la Semana Santa y después de muchas horas de tocar tambores y bombos, y de llevar peanas a hombros, hay que concertar hora para restañar muñecas, hombros y nudillos. En eso se fían más de ella que del “practicante” o médicos del pueblo.

Sobre la tapia de su corral pende un cartel: “Se vende”. Quiere recoger “*cuatro perras*” para dejárselas a los nietos. Ellos representan su mayor fuente de satisfacciones. Contenta por que no les falta el trabajo, y por haberle proporcionado ya su primer bisnieto. Piensa seguir ejerciendo aunque consiga vender la casa y hace planes para

Pero María no cura las mismas cosas, no tiene resonancias metafísicas –más allá de su situación permanente de duelo-, ni conoce de adivinaciones u ocultos lugares con tesoros.

organizar la consulta en la de su hija. Le preocupa que nadie *le siga* y, mientras me lo dice, calla un momento y se me queda mirando. Mientras tanto, sigue en su patio. Allí, un tresillo de plástico con varios cojines tejidos a mano, dos sillas de anea y una bombilla pendiente del techo, hacen de consulta. En una habitación contigua, sobre una mesa, guarda las vendas y algunas cremas. Un espacio reducido en el que recibe pacientes de todas las edades, condiciones sociales y procedencias. Aquí llegan para buscar alivio a sus dolencias personas de todos los pueblos de la comarca y aún de provincias vecinas. Un lugar que, como tantas otras cosas, parece condenado a la piqueta. Es consciente de su prestigio y se siente halagada por las atenciones que le dispensan sus convecinos. Se *“ha llevado bien con todos, con todos”*, hasta con los curas y con los médicos y espera con resignación *“la hora que me lleve”*. Es creyente pero no asiste a misa por tener *“las piernas muy flojas”*, aunque los domingos se sienta ante el televisor y cumple con el deber cristiano. Sólo tiene una pasión reconocida: los toros. *“Hijo mío no vengas antes de sexto, que la gente ya sabe que si hay toros no recibo”*. La Semana Santa le gusta mucho, y eso es cosa que comparte con la competencia, el tío *Cestero*.

LOS PARIENTES

En varias ocasiones la *tia Guapa* me ha reconocido sus limitaciones a la hora de abordar determinadas curas. Ella, que se reconoce curandera de huesos, tendones, músculos y *estorceduras*, acepta sus límites incluso en su propia familia. En ningún caso ha hecho conmigo alardes de su tino para curar. Siempre ha reconocido que ella sólo *“entra en lo que tiene que entrar”* y deja para otros lo que considera que no es de su incumbencia. Los casos que siguen a continuación tienen en común que pertenecen a su especialidad y que se dan entre sus parientes. Incluyen todos, también, la actuación de especialistas ajenos y muestran cómo, a la hora de gestionar la salud o la enfermedad, se hecha mano de los recursos posibles incluyendo todas las alternativas sin descartar ninguna. Quizá rompan el estereotipo de que se comience por lo más cercano. O quizá nos sirva para determinar qué se considera lo más cercano y el orden de prioridad que tal consideración tenga para los afectados. De momento voy a reseñar *“lo que cuentan que pasó”* y lo que pude ver que pasó.

Astrid está hasta el moño. La última entrevista *“formal”* que tuve con la *tia Guapa*, hace ya más de tres años, se vio interrumpida por la llegada a la casa de la curandera de

la novia de su nieto. Debí interrumpir mi sesión de preguntas cuando la joven, tras saludarme, anunció que no quería molestar y que volvería al cabo de un rato. Como supuse que la anciana estaría ya un poco saturada de mí, decidí poner fin a nuestra conversación y me despedí. No era una visita de cortesía. Astrid venía a recibir masajes de la abuela para aliviar unos dolores de espalda que la tenían inválida. Hacía unos meses había dado a luz a un hermoso y grandote varón y ya durante el embarazo, y aún desde antes, había notado las molestias que ahora se convertían en incapacidad.

La muchacha es una joven guapetona de veintitantos años. Corpulenta sin exageración, es hija de un matrimonio de panaderos de Híjar que volvieron de la emigración a Cataluña hacía a mediados de los ochenta, cuando Astrid era pequeña. La madre, Gema, es natural de ese pueblo, hija del afamado capachín y matarife el *tio Cultía*, tan bebedor como parlanchín, viejo contador de aventuras en sus interminables visitas a las tabernas, ya fallecido. El padre era de origen castellano, también emigrado a Cataluña. Ambos son excelentes profesionales artesanos, gente progresista que ronda la cincuentena y son considerados gente trabajadora, cabal e inteligente. El novio de Astrid es el tercer nieto de la *tia Guapa*, un mozarrón alto y fuerte que desde hace unos años se ha establecido como ferrallista y está levantando con éxito una pequeña empresa familiar. En aquella época aún no estaban casados. Fue una de las primeras parejas en no tener prisa en hacerlo tras conocer el embarazo; ni la tenían ellos ni los padres que les consideraban autónomos y responsables de su futuro. Hacía ya unos años que aquellos asuntos dejaron de tener la condición estigmatizadora propia de las mentalidades pueblerinas. A nadie se le ocurrió decir que aquello fuera un castigo divino, ni pecado ni nada por el estilo, aunque mortificase por inesperado. Astrid, desde los dieciséis años, trabaja como técnica confeccionista en un taller donde su padecimiento es moneda corriente. Demasiadas horas ante la máquina de coser o frente a la plancha han destrozado las espaldas que antes machacasen las hoces, las azadas o las faenas del hogar. Es una patología común, de las consideradas “profesionales”, para la que la medicina oficial ofrece recomendaciones relativas a la higiene postural a la vez que prescribe fármacos.

A la joven ya la había podido encontrar en la consulta de enfermería donde venía a ponerse inyecciones de antiinflamatorios y otros específicos, y había tenido ocasión de interesarme por su dolencia. Antes de acudir a la abuela de su novio había ido a ver a su médico de cabecera para justificar la baja laboral. Cuando al verano siguiente vi que seguía acudiendo a ponerse las inyecciones me ocupé más vivamente por su caso.

“Antonio, estoy hasta el moño. Aquí me estáis poniendo el culo como una criba, se me está destrozando el estómago y que si quieres torta. Estoy hasta el moño”.

Eran ya dos años largos de tratamiento sin resultados. Lo comenté con los médicos y me dijeron que podían ser varias cosas y que las soluciones tardaban en llegar por distintos motivos. Quizá se debiese al trabajo; en ese caso se consideraba que lo mejor sería que lo dejase, pero que ella no podía aceptar eso pues consideraba prioritario el salario para mantener su estatuto de madre soltera. Quizás, y a esto se le daba cierto pábulo, fuera una somatización provocada por la situación de tensión por la que hubo de pasar al conocer su estado de gravidez. Para cubrir esa eventualidad se le habían administrado algunos fármacos por boca que nada habían resuelto. Una tercera posibilidad contemplada era la posible presencia de alguna deformación lumbar que afectara al recorrido de algún nervio; para descartarlo se le había enviado a Alcañiz para hacerse placas en las que no se apreciaba desviación ni malformación alguna de vértebras o discos. La medicina oficial no sabía cómo salir del embrollo; aquello podía cronificarse o remitir espontáneamente. Un caso muy frecuente.

La paciencia de la joven estaba al límite. Los médicos, reconocía, la estaban tratando bien, no le ocultaban nada, hacían lo que podían e incluso se mostraban comprensivos con ella. Generalistas y especialistas *“son buenas personas, saben lo suyo, pero a mí no me están acertando.”* Temía, por el lado de sus jefes, que la tomasen por una cuentista; entre el embarazo y la enfermedad hacía muchos meses que no podía trabajar con la continuidad acostumbrada. No le habían llegado “avisos” pero mejor sería no tentar la suerte; siempre hay mujeres dispuestas a ocupar un puesto laboral como el suyo y no podía permitirse el lujo de perderlo.

Le pregunté por “la abuela”, como llama a María *La Guapa*, y por su terapia. Me dijo que se estaba empleando a fondo con ella. Todas las semanas, desde hacía año y medio, le daba dos sesiones de masaje en la espalda que no conseguían remitir la dolencia: - *“esa noche descanso bien, incluso me voy por la mañana al taller animadica, confiada en que por lo menos aguantaré el día, pero por la tarde, cuando me tumbo un rato en el sofá, ...y ya no me puedo endrechar; yo no sé qué puede ser esto; estoy deshecha.”*

Y dejó de aparecer por la consulta.

Días después, en uno de los múltiples encuentros que tengo con “la abuela”, la *tia Guapa* me dijo: -*“¿Sabes Antonio que la Astrid ya está bien?”*. Le pregunté, sorprendido, qué había hecho; esperaba un éxito suyo pero me contó que, hartos todos ya de que ni sus manos, ni el médico de cabecera, ni los especialistas consiguiesen

curarla, se fueron un día a un curandero muy famoso que hay en un pueblo cercano a Calatayud. En una única sesión, la había dejado como nueva. -*“Ya ves, hijo mío, ni vosotros ni yo hemos podido hacer nada y, mira, ese que yo ya tenía noticias de que era muy bueno por otros que me vienen a ver, la ha arreglado a la primera. P’a que veas.”*

No había derrotismo en sus palabras; más bien al contrario, mostraba la profunda convicción de las posibilidades curativas de “otras” terapias que no eran las que ella conocía, fueran tradicionales, “populares” o científicas. Por su manera de contármelo parecía que me estuviera advirtiéndome de que el estudio que sabe que realizo no puede pararse en mirar lo que ella hace o lo que “nosotros” hacemos, que hay algo más distante, lejano o desconocido que también funciona. A los ochenta y tantos años es rara la semana en la que no se acerque por el Centro de Salud a atender sus propios achaques. Ni, por lo que me fue contando, que no se entere de que por otros caminos también se llega a Roma.

Me fui a hablar con Astrid para que me explicase lo que había sucedido.

La encontré a la puerta de la panadería de sus padres. -*“Pero ¿sabes lo bien que me encuentro? Chico, es como si no hubiese tenido nada; ha sido un éxito”*. Andaba con un poco de prisa y en diez minutos me explicó que habían sabido, por unos clientes de sus padres, de la existencia del curandero en cuestión. Que un domingo temprano, aprovechando que no tenían que estar en el horno, se dirigieron a ese pueblo, preguntaron por el curandero, les indicaron dónde encontrarlo y aguardaron su turno. Parece ser que había varias personas esperando pero que las resolvía rápido y no hubieron de esperar mucho. Entró con su madre, le explicaron el problema y les dijo *“nada más verme entrar”* que lo tenía claro, que suponía qué era. La hizo poner *“firmes”*, con los brazos caídos a lo largo del cuerpo, le palpó *“las gargantillas”*, las vértebras, y confirmó que conocía el porqué del padecimiento: una pieza estaba ligeramente desplazada y aprisionaba un nervio produciendo los síntomas dolorosos e invalidantes que la aquejaban. Avisó que le iba a dar un fuerte abrazo por detrás, que no se preocupara de nada, que quizá le hiciese un poco de daño pero que enseguida estaría lista. Efectivamente, el curandero se agachó hasta que su pecho quedó contra la zona afectada, le cogió de los hombros con fuerza y, haciendo palanca, los atajo hacia su frente; luego la soltó y, en la misma posición, con el pecho apoyado en la mitad de la espalda le pasó el brazo derecho por debajo de su axila hasta abrazarla alcanzando por delante la otra axila con su mano. Volvió a dar otro tirón de su tronco hacia atrás, se oyó un *“clac”* y dijo que ya estaba, que podía marcharse a casa tranquila que ya en el coche

no sentiría molestias ni dolor. Pidió cinco mil pesetas. Pagaron, se despidieron, tomaron el coche “y ya no he vuelto a sentirme la espalda, así que estoy encantada. La abuela ya había dicho que ella no podía hacer nada y que le parecía que los médicos tampoco, así que a ella no le supo malo ni nada de que fuese a ver a otro curandero”.

He de recordar que la hermana mayor de la madre de Astrid era una monja que sacó la carrera de medicina, ascendió en el oficio, y llegó a ser directora de un hospital en Palencia. Allí se fue llevando chicas del pueblo a las que colocaba como enfermeras después de enseñarles el oficio. Hoy todas están empleadas y agradecidas a la monja. Fue ella quien rompió la racha de estudiantes de Magisterio que había sido la salida intelectual más elegida entre las muchachas que “valían p’a estudiar”. Durante años ha sido el referente intelectual y moral de la familia materna de Astrid. Lo que no quita para que la fe se depositara, cuando hizo falta, en alguien tan poco tocado por la magia de la ciencia.

Los meses siguientes, cada vez que me he encontrado con Astrid le he preguntado por su espalda. Nada. Se ha incorporado al trabajo con normalidad y hace la vida ajetreada de una madre trabajadora sin más molestias que las propias de la actividad. En las últimas ocasiones ya ni le pregunto. Es un tema resuelto. Ahora está más preocupada por las vacunas del chico y por estilizar su figura, algo pasada de peso, que supone no le va bien para su espalda. Sabe qué esfuerzos no hacer y cómo hacer cuando ha de sentarse ocho horas en la silla del taller. Las medidas preventivas le vienen de los consejos de su médico de cabecera; el “arreglo” de su espalda de “*un hombre así, grande y cateto que no tiene pinta de saber lo que sabe. Buena pinta no tiene, pero arreglar...*”. El ahora ya marido se sonríe cuando me ve por alguna consulta y me pregunta por curanderos: -“¿Aún andas tú con estos?, ¿aún no te decides a ir con mi abuela a dar masajes?”. En efecto él, según su abuela, se daría buena maña para curar pues tiene fuerza, manos e idea, pero no piensa seguir aquel oficio. Su comentario viene a raíz del interés mutuo que nos demostramos María y yo. En mi caso, para que me cuente lo que sabe y lo que hace; ella, por pensar que, “*ya que sabes lo que sabes, y que yo a ti te veo como un hijo*”, haría bien en dedicarme a continuar sus prácticas bajo su auspicio y enseñanzas. Tal invitación ya me la ha planteado en dos ocasiones. Yo sospecho que por ofrecerme una alternativa laboral, hoy económicamente más rentable que nunca, que no me dan ni como enfermero ni como antropólogo.

¿*El Manuel?*, ranquín ranquiando. A Manuel Clavero, viejo amigo y cliente, la vida, en asuntos de salud le ha dado unos cuantos palos. Es el hermano menor del padre del

ferrallista. Soltero sesentón, *mozo viejo* se dice por aquí, ha sufrido desde la niñez problemas de locomoción. Cuando vivían en la torre de Las Vegas, distante varios kilómetros del pueblo, sufrió un ataque de poliomielitis que le dejó *“una pata más seca que la caña de la dotrina”*. Arrastra una cojera que le ha impedido dedicarse a la agricultura como hicieran sus hermanos mayores. Siempre que le he preguntado el porqué de su enfermedad ha afirmado que *“por ser la última sardina del cubo. Cuando yo nací mi madre ya era vieja y mi padre, que estuvo con tu abuelo en la cárcel después de la guerra, volvió con muy poca virtud y de padres viejos y gastados no puede salir más que esto.”*

Los cojos tradicionalmente se han tenido que dedicar a sastres o a zapateros remendones pero, para cuando Manuel hubo de elegir oficio, la confección industrial de ropa o calzado estaba acabando con los últimos artesanos, así que entró de aprendiz en una guarnicionería. Cuando, mal que bien, tenía el oficio aprendido, llegaron los tractores y se acabaron las mulas, así que su jefe montó una granja de gallinas en la que ha venido trabajando, *“ranquín ranquiando”*, desde entonces. Ya en los primeros años setenta aquel nuevo oficio *de estar derecho* había hecho estragos en su *pata seca*. Un callo en el punto de apoyo le provocaba molestias que le impedían incluso andar. La única posibilidad de arreglo era una operación de los tendones que tenía retraídos; le daba pánico. Al final hubo de hacérsela en Madrid, con éxito, de donde guarda excelente recuerdo de los médicos y los hospitales. Más de dos años tardó en decidirse, dado su miedo a la anestesia, sobre todo, y a la escasa disposición de la familia a poder ayudarlo en ese trance. Al final, fueron los amigos quienes hicieron por él, yo entre ellos, por lo que nos guarda agradecimiento. Desde que soy enfermero soy su confidente providencial en cosas de males.

Hace un par de años, cuando la granja de gallinas triplicó su población, la *pata seca* comenzó a dar señales de resentirse: *“no por la pata, no, que es que como he de dar tantos pasos por la nave de las gallinas y cargar pesos, pues la espalda se me está jodiendo y no me puedo enderezar, ni duermo por las noches de dolor ni nada.”*

Manuel había tenido que pedir “la baja”. Aquello se prolongaba y su actual jefe, el hijo del anterior propietario, hacía comentarios acerca “del morro” que le estaba echando Manuel a su enfermedad:

“Este lo que quiere es la prejubilación, que como ve que se hace mayor y por aquí a los mineros les echan semejantes jubilaciones, pues eso, que se piensa que esta empresa es la mina, y él no tiene ganas más que de que yo le suelte cuatro o seis millones y ¡hala!, al paro y prejubilado. Y eso yo no lo puedo asumir.”

Cuatro meses de baja por dolor “en los riñones” tenían a su jefe enfadado y a Manuel preocupado. Inyecciones, pastillas, ejercicios y dieta prescritos por los médicos no conducían a mejoras. Las radiografías no mostraban lesión orgánica alguna. Manuel acarrea dos desesperaciones: una, la derivada de unas molestias que le obligaban a permanecer inactivo y le enfrentaban a su jefe y familia; la otra, que le hacía sospechar patologías más graves y trascendentes y le llevaban a la confusión de síntomas y expectativas.

“Coño, Antonio, que esto no puede seguir así. Que a mí me pasa algo y no dan con lo que es. Yo a los médicos sabes la fe que les tengo desde lo de Madrid, pero me voy a tener que ir a la suegra de mi hermano a ver si me arregla algo.”

Le dije que la *tia Guapa* conseguía éxitos conocidos por todos en esos asuntos y le recomendé que la visitase. A la tercera consulta con ella ya le dijo que no podría hacer nada, que lo sentía pero que no avanzaba. Fue entonces cuando se enteró por su sobrino del éxito del curandero con Astrid. No creía en aquello pero la experiencia de la joven le dio un punto de esperanza. Habló con la sobrina y con su hermano, le convencieron, cogió su coche y ...

- “Ranquín ranquiando me hice yo solo los más de doscientos kilómetros que hay para llegar a aquel poblacho. Yo creía que no llegaba. Tuve que entrar por aquella puerta a gatas; casi no podía salir del coche y me decía: si no puedo volver por que este hombre no me arregla nada tendré que llamar a casa p’a que me vengán a buscar. Menudo lío. En cuanto me vio llegar me hizo pasar y ya se dio cuenta de que yo andaba jodido de verdad; me tumbó en una camilla que tenía allí, me hizo respirar hondo varias veces, me puso tripa abajo, se me subió encima, me metió la rodilla en la riñonada, me tiró de los brazos p’atrás y ¡zas!, a poco me descoyunta; p’a mí que me partía en dos. Me hizo ver las estrellas, que tiene una pinta de bestia... Me incorporé y estaba un poco resentido del tirón, pero me podía mover, total, que me fui a tomar un poco el fresco a la calle por recuperarme y, sin darme cuenta, me vi tomando un café en un bar por allí. No me hicieron duelo los mil duros del hombre aquel ni la gasolina, la cosa es que volví a casa sin problemas, un poco resentido pero vi que podía acelerar bien y eso. Cuando llegué a casa me metí en la cama, dormí como un lirón y ya está. Es un tío cojonudo. Y a la Astrid también la dejó como nueva, que ya sabes lo jodida que estaba. Y luego, el tontolaba de mi jefe que si tenía cuento y que si tal que si cual. Y el médico que no se lo explica, que él no veía nada pero que yo no me podía ni mover, que ya sabes que temporada he pasao, en fin, que ya está todo arreglao y lo único que en el trabajo ya le he dicho al jefe que no me venga jodiendo con cargar cajas de huevos ni pollas en vinagre, que yo no estoy ya p’a eso...”

Esta versión es la segunda que me hace Manuel de su restablecimiento. La primera me la hizo de prisa y corriendo en un bar donde esperaba a su jefe para ir la granja, a la semana de haberse curado, un día después de que su médico de cabecera le diese “el alta”. Entonces no pude tomar notas; transcribí de memoria lo que contó nada más llegar a casa. En esencia era el mismo discurso. Ahora estamos en una clínica privada

de Zaragoza donde Manuel ha sido sometido a una operación de hombro. Se cayó de la escalera, en la granja, arreglando unas canales, y se ha destrozado la articulación. Como sus hermanos son mayores y sus sobrinos tienen mucho trabajo, seguimos siendo los amigos los que animamos a Manuel cuando se encuentra en semejantes trances. Al calor de una habitación de lujo que paga el seguro de su jefe, con el hombro operado y con muchas ganas de hablar tras varios días sin recibir visitas, le he pedido que me volviera a relatar, con mayor detalle, el episodio del curandero de *al lado de Calatayud*. Se me ríe cuando ve que apunto lo que dice: -“*Dales recuerdos de mi parte a los ...esos, como se llamen, de Tarragona, que te mandan escribir. Je, je. Apunta, apunta*”. Le han metido *dos hierros* en el hombro y nos volveremos a ver allí, cuando hayan de quitárselos. Ya nunca se subirá a una escalera... ni cogerá una caja de huevos, ni transportará pollas, ni acarreará sacos de pienso.

- “*Bueno, Manuel, ¿qué vamos a hacer contigo?*”, le digo para despedirme.
- “*Ná, que yo de esta saldré, no te preocupes. Más cornadas da el hambre.*”

Adrián es un tunante. Es mediodía de un sábado ventoso de final del invierno. Vengo de recorrer cinco pueblos para atender los domicilios señalados en la agenda de refuerzo del fin de semana. Todo normal. Abro la puerta de la consulta de urgencias para dejar el maletín y veo que acaba de llegar Adrián. La médica de guardia está escribiendo sus datos en el cuaderno de urgencias; lo primero es lo primero. Antes de preguntar qué pasa se pide la tarjeta de la Seguridad Social. El paciente, un joven de veintipocos años está de pie frente a la mesa y se lleva la mano a la nuca. Es hijo de un labrador “fuerte” y una dependienta. En la puerta ha dejado un coche recién estrenado, un Opel Astra negro y brillante de tres puertas que le acaba de comprar su padre tras decidirse a continuar con el oficio. Mal estudiante, ya tiene “novia formal”, ha pasado una “mili” de objetor y es fiel exponente de la nueva versión del labrador postmoderno; léase subvencionado. Su hermana está casada con el nieto mayor de la *tía Guapa*.

Cuando le saludo se lía a contarme el motivo de su consulta. No es la primera vez que los hombres, en cuanto me ven, tienden a referirme a mí sus dolencias antes que a la doctora, joven *pata negra* que trabaja en el Centro desde hace poco.

- “*Es que esta mañana me he levantao que no puedo torcer el cuello, que me duele mucho y, ya ves, que estoy agarrotao y a ver si me ponéis algo...*”

Conociendo que es un juerguista simpático y trasnochador, le preguntó qué hizo anoche, si se pasó “de vueltas” o realizó algún esfuerzo al que achacar su dolencia. Contesta que estuvo hasta las tantas por ahí, con la novia y los amigos, que se acostó sin

haber bebido demasiado pero que al levantarse por la mañana se había encontrado en aquel estado. Que era algo más que molestia, que tenía mucho dolor. La compañera me deja hacer, y sigue nuestra conversación sentada al otro lado de la mesa. Le palpo el cuello por detrás y noto que está tenso y con la zona enrojecida. Intento ayudarle a volver la cabeza y suelta una queja aguda. No puede. La médica lo comprueba y no duda. Diagnostica una tortícolis y escribe dos recetas. Le explica a Adrián cómo y cuándo ha de tomarse las pastillas y lo acompaño a la puerta. Allí, delante de su flamante coche, me dice que tiene que ir a revisar unos campos que le ha encargado su padre y que no sabe cómo se las va a apañar con ese dolor. Le recuerdo que lo usual en esos casos es acercarse a ver a la *tía Guapa* y se hecha a reír: -“¿De dónde te crees que vengo? ¿por qué te crees que llevo el pescuezo colorao?” Cuando le pregunto la razón por la que no ha dicho nada a la médica, me dice que nada, que él venía para que le quitásemos el dolor que le ha provocado la curandera, que le ha hecho ver las estrellas y que, como su madre le había dicho que fuese a ella pues que había ido. No me quedo nada conforme con su explicación e insisto en tirar del hilo. Adrián confiesa:

“Mira, a mí cada vez que se me jode un tobillo bailando o en el campo o algo así, yo me voy a la abuela de mi cuñao y me lo arregla por nada, que p’a eso somos familia. Pero esta vez es que me ha dejao el cuello peor que estaba y, como me tengo que ir al monte pues no me quería marchar de esta manera, así que me he dicho, que me quiten el dolor en el Centro de Salud, que el cuello ya me lo arreglará la tía María, y eso es todo. ¿No te mosquearás y se lo dirás a la médica, no?”

Le pregunto qué pensará su madre cuando le vea tomar las pastillas y vea que ha ido a los dos sitios. Ni se inmuta. Aclara que lo más probable es que ni pase por la farmacia a retirar los medicamentos; que él pensaba que le pondrían una inyección y le quitaríamos el dolor, pero que si el tratamiento es para varios días, que lo más seguro es que rompiera las recetas y diera el asunto por zanjado. Que, total, por la mañana lo que había notado era una mezcla de resaca de las copas de anoche y algo de dolor de cuello porque estuvieron bailando bastante; que lo había puesto de excusa para quedarse algo más tiempo en la cama y que, por arreglarlo rápido, su madre le había mandado a *la Guapa*, y que no había podido negarse a ir. Con una simpatía franca, y la complicidad de los conocidos, me dijo que lo sentía pero que no me “chivase” a su madre. Nada, taimadillo, por mí tranquilo. No creo que lea esto la dependienta pero, de ser así, el asunto se habrá enfriado y no creo que le confisquen el coche.

6.2. Dos yerbateras y algo más

DOS VÍRGENES

En los paneles informativos que pueden encontrarse en las rutas del recientemente creado Parque Cultural del Bajo Martín, puede leerse que las monjas encargadas de la custodia de la ermita de la Virgen de Arcos se dedican a elaborar medicinas aprovechando los recursos naturales de la zona. La principal tarea del Parque es la promoción turística. Con ese fin se montó un sistema de formación de guías turísticos y monitores de tiempo libre. A uno de esos cursillos acudía por esas fechas (noviembre de 1998) mi mujer, quien me dio noticia de la leyenda del panel. Ella, con otra compañera de Albalate del Arzobispo, recababan información de las ermitañas para elaborar el trabajo final del cursillo. Se extrañaban las monjas de que se hubiese hecho pública una actividad que no iba más allá de la elaboración de algunos mejunjes y tisanas para uso particular. Aparecer en los paneles les parecía una indiscreción. Pese a todo, las recibieron con amabilidad y les enseñaron algunas recetas que les permitieron copiar.

Reseñar que en la zona, y a cuenta de hacer trabajos en cursillos de esa o parecida índole, se están lanzando multitud de aficionados a la recolección folclorista de literatura oral, mitos, cuentos, leyendas, cantares y coplas, sucesos, apariciones, costumbres y otras historias. Es una “moda” en la que suelen participar los alumnos de escuelas e institutos, las asociaciones de amas de casa, o “arqueólogos” de la cultura con formación específica o como aficionados. La recuperación del patrimonio cultural viene auspiciado por el gobierno autonómico que lo promociona como recurso identitario comarcal a la vez que turístico. En cierto modo se está “quemando” el campo con tanta pregunta. En este caso, la modestia y la discreción de las encuestadoras aficionadas no machacaron la paciencia de las ermitañas. Quedaron satisfechas con las respuestas y las encuestadas se pusieron a su disposición para ulteriores aclaraciones. Yo les tomé el relevo por ver de sacar provecho “científico”. Conseguido el teléfono de contacto, presentarme como esposo de mi mujer me valió el permiso para un acercamiento en profundidad. Concerté el sábado una entrevista para el lunes. Ese día, a las once de la mañana, dos aficionadas y una indiscreción me abren las puertas del Santuario.

La verja del atrio de la ermita la abren en realidad dos mujeres, Lucía y M^a Ángeles, eremitas con toga y ropas austeras que, tras las presentaciones formales, me llevan escaleras arriba a una cocina en la que bulle un puchero con verdura.

En esa habitación me ofrecen ocupar una de las tres sillas que hay junto a una mesa camilla. Frente a mi se sienta M^a Ángeles, la más joven, corpulenta y afectada de una

visible cojera. Su cabeza se me recorta contra la pequeña ventana por la que entra una reconfortante rayada de sol que me deslumbrará los primeros minutos. Lucía, la mayor, más menuda y que usa gafas, se sentará a mi izquierda. No tardará en cambiarme gentilmente el sitio viendo que no puedo mirar a su compañera que es la que lleva en principio la voz cantante. El puchero silba a mi espalda y Lucía se levanta de vez en cuando para echarle un vistazo.

Comienza la conversación en torno a la soledad del sitio, su ubicación sobre una alta peña colgada al vacío que se enclava en la misma orilla del río, la historia y las vicisitudes del Santuario, sus características arquitectónicas, etc. Les explico mis intereses académicos, el tema de mi tesis y, tras ofrecerme un café que cortésmente no acepto, les pido permiso para grabar la conversación. Con la misma cortesía se me niega tal opción pues, según me dicen, ya han tenido problemas por culpa de las grabadoras, así que mejor que tome las notas que quiera. Queda el magnetofón en su funda y con el lápiz en la mano tomo los apuntes que ahora tengo delante para transcribir aquella entrevista.

Cuando les pregunto por el origen de su conocimiento de las hierbas, comienzan por relatarme que fue debido a la necesidad que planteaba su salida del convento del Carmelo de Zaragoza, en el que estaban entonces enclaustradas. No acabo de tener claro si tal salida fue motivada por algún interés eclesial o por una decisión personal. Algo de heterodoxia debían de alentar este par de mujeres -y otra más que ya falleció- pues en el curso de este trozo de la conversación dejan caer abundantes relatos de rebeldía, escaqueo de las normas, intransigencias del orden claustral, coacción de sus naturales tendencias caritativas, de los cuales extraigo uno de cada mujer.

Con bastantes conocimientos de filosofía, teología y religión comparada, M^a Ángeles, que ronda los setenta años, me cuenta que ella a veces pedía permisos extraordinarios para visitar enfermos fuera del claustro. En realidad se iba al cine. Debía mentir, siendo consciente de ello. Aquello era una falta grave sancionada con la expulsión del convento. Tras el Concilio Vaticano II, solicitó salir de la Orden para “*volver a las Fuentes, para una Experiencia*”. Veo que tomo con mayúsculas las expresiones “fuentes” y “experiencia” porque no me suena que lo haya dicho en un sentido banal sino trascendente, dando a entender con la mirada fija y el tono que se refería a la *experiencia mística*. El curso posterior de la conversación así lo confirma. Hará frecuentes alusiones a santa Teresa, san Juan de la Cruz y ya al final, hablando de su gran afición, el Naturalismo, cita a san Francisco de Asís poniendo los ojos casi en

blanco de tanto dirigir la mirada al techo. Para ella se había quedado atrás la disciplina de lo jerárquico y se aventuraba en una experiencia de carácter individual. Su encuentro con *lo superior* dependía de un acercamiento estrictamente íntimo e individual, guiado por la naturaleza.

Lucía anda cerca de convertirse en octogenaria. Siempre cede la palabra a su compañera y prefiere quedar en un segundo plano. No tiene la profundidad conceptual e ideática de M^a Ángeles. Sus comentarios son más propios de una mujer virtuosa, de una buena ama de casa, que de una mujer instruida. A mis ojos aparece como el tópico de la monja entre pucheros. Se nota, no obstante, que llevan veintitantos años juntas en esto, y los préstamos entre ellas quedan patentes en la facilidad con que la una toma el discurso de la otra si se ausenta por ir a buscar un papel, dar la vuelta al puchero o traer un libro. Las heterodoxias conventuales de Lucía lo son en términos de no poder soportar la prohibición de entrar a dar consuelo a una monja moribunda, que agonizaba en un rincón del edificio que habitaban, en su época de novicia. Ella no podía reprimir transgredir la orden que prohibía su acceso a tales aposentos. Entraba, consolaba a la agonizante y salía a confesárselo a su superiora que le advertía que no podía cometer tamaña falta, pues era motivo suficiente para ser expulsada de la Congregación. A pesar de todo, hizo los votos y siguió dándose el gusto de asistir al necesitado aún cuando no fuese de su incumbencia o conveniencia.

Entre fallos, faltas y el Concilio, ambas y varias más del convento entran en contacto con “*don Felipe Torres y doña Concha Lago, padres del Naturalismo en Zaragoza*”. Entablan relación con ellos

“...primero de extranjis, luego ya oficialmente, ya que nosotras necesitábamos conocimientos que nos permitieran vivir esa nueva Experiencia que queríamos tener. En el convento no dejaban madurar, e igual digo cosas que el Obispo o el Vicario no me dejarían decir, pero ahora nosotras no estamos sometidas a ninguna jerarquía que no sea la del Señor.”

Son hábiles en el diálogo. Noto que cuanto más me identifico con su actitud, más se abren, con más soltura se meten en conversación. Ser hijo del albañil de Hajar que en tiempos midió el caserío del Santuario para restaurarlo me abre tres o cuatro confidencias. Ser yerno de la señora que les manda bordar “marquicas” para la ropa de su hijo, fraile mercedario, me abre el camino para la discusión de las heterodoxias conventuales. Haber sido estudiante de cura les desnuda mi infancia. Acabamos hablando con pocas reservas, creo, aunque pienso que quien menos las tenía era yo que me desnudaba cuando mis interlocutoras aún no se habían quitado un guante. Y sus

respuestas, casi automáticas, se diría que bien ensayadas o, por lo menos, repetidas tantas veces como reflexionadas.

En la primera hora de la conversación queda apuntado su “estatuto” no religioso. Para que no se me olvide, M^a Ángeles se levanta cojeando, desaparece de la cocina y a los pocos minutos aparece con varias hojas impresas que pone ante mí. Tomo una, le doy un vistazo rápido por ver de qué va, y la dejo prudentemente alejada de la bolsa cerrada que contiene mi magnetófono y del montón del que procede, como reclamándola para mí. Se titula “EL ORDEN DE LAS VÍRGENES”. Es un folio impreso a cuatro carillas, que parece ahorrarles explicaciones. En el que se expresan su condición histórica, su inspiración mariana, su reconocimiento eclesiástico, sus relaciones internacionales, su forma de vida y cómo llegar a ser una *virgen consagrada*. Nótese que se habla de “el orden”, no “la orden”. Parecen querer dejar claro que no constituyen una orden religiosa sino una manera de ordenarse normativamente la vida. Dejo para otra ocasión el estudio de este documento ya que no tiene relación directa con el mundo de la medicina, aunque interesa señalar, y mucho, el carácter espiritualista que tiene la vida de mis anfitrionas.

Dejan claro en esos compases que su vocación es contemplativa, que su destino es el encuentro con Dios a través de la oración y la reflexión. Para eso se exigen la capacidad de supervivencia en lugares apartados, al margen de la sociedad, teniendo claro que su integridad física es cuestión que a ellas solas incumbe y que aceptan trabajar, comerciar o mercadear levemente con el fin de cubrir esas necesidades. Contactos y conversaciones posteriores mostrarán las contradicciones entre la inspiración y la práctica.

DOS YERBATERAS

Su itinerario desde que dejaron el convento -con el que mantienen excelentes relaciones- ha pasado por vivir, primero, en una paridera apartada en el monte de Alloza, propiedad de unos amigos de Andorra. Allí estuvieron un par de años pero presentaba graves inconvenientes de habitabilidad e incomunicación y optaron por solicitar la custodia del Santuario en que estamos.

Fue por entonces cuando el arzobispo Cantero Cuadrado les reconoció el Canon 604 y cuando trabaron relación con otros grupos místicos. Nombran al padre Estanislao, eremita de Montserrat, que habitaba en una cueva de aquel monte y que

hoy está en Japón. Curaba con la oración, y aparece como pope (*guía*, dicen ellas) de aquellos grupos. El más cercano a nuestras protagonistas era el de Santos, un jesuita que ahora anda por Brasil, “*con los aguados, esa pobre gente que han de construir sus viviendas sobre el mar por no poseer tierras*”, dice M^a Ángeles. Santos, tras conocer a Estanislao se va con él a vivir a una cueva a Israel. Allí pasaron varios años, cambiando de cueva, eligiendo la peor acondicionada, dedicados a la oración y la naturaleza. Con esta aventura se explayan cosa de veinte minutos. A la vuelta de Tierra Santa, Santos les enseñó las hierbas, conocimientos de dietética, sistemas de incompatibilidades y diversos temas de medicina naturalista. Se convirtió en su guía, “*pero el guía puede faltar*”, anuncia M^a Ángeles. Aquel bagaje es hoy, sumado a lo aprendido con los naturalistas Felipe Torres y Concha Lago, y a lo que les contó día a día el pastor de Albalate que pacentaba estos pagos, el compendio de su saber. Lo tienen todo manuscrito en unas hojas sueltas y en una libreta de espiral. Según me cuentan, puede que el hecho de que haya trascendido la existencia de esa libreta, les haga verse ahora en los carteles para turistas, sin tener ellas en eso arte ni parte. Pero que calculo, y así se les hago saber, que les reportará de forma inmediata un buen número de visitas. Me confirman que así es. La mayoría de los que visitan el santo lugar tienen interés en verlo por dentro. Para ello hay que llamar y son ellas quienes abren la puerta y hacen de cicerones. Suelen enseñar la capilla y, si se da el caso, atienden las consultas que les hacen sobre la utilidad de las plantas. Cuentan que hay una médica de Zaragoza, “*algo rarita ella*”, que les ha hecho frecuentes visitas. En realidad no saben a qué viene. Por lo visto está enferma de algo que bien pudiera ser melancolía, y se acercó por allí la primera vez buscando remedios. Ellas ofrecieron lo que tenían, pero la otra ni mejora ni cuenta nada de su enfermedad. Se sienta y habla con ellas, aunque no saben concretar de qué. Sospechan, pero no saben de qué.

La mayoría de quienes se llevan alguna hierba o receta les gratifican con algún dinero o regalo. Lo más frecuente es que vuelvan por más y entonces agradecen que les traigan productos de alimentación como tortas dulces, arroz, macarrones, azúcar, mermeladas, productos de la huerta o frutas. Menos les gustan, más bien les asustan, los coches con parejitas jóvenes que se acercan por el paraje y no precisamente a recoger hierbas. Yo les digo que pierdan cuidado, que no van por ellas, pero insisten en que lo que van a hacer allí no está bien.

Nombran, en una catarata de enumeraciones, el hinojo, el romero, el tomillo, la hierbabuena, la ortiga, el muérdago, la albahaca, la ruda, la ginesta, el pino, el ciprés,

sus mezclas y sus proporciones, el limón y los lácteos, el kefir, las interacciones dietéticas, los cocimientos y las compotas, y un sin número de recetas de cocina. Por todo ello no demuestro interés especial. Lo notan porque dejo de escribir. Ante su perplejidad, debo aclararles que no me interesa el remedio sino la remediera, y ¡ay! es en ese punto donde aparece, sin querer, el epígrafe que me interesaba abordar.

DOS PACIENTES DESPLAZADAS

Aclarada mi formación como enfermero, aparecen las confidencias personales de cada una en relación con la biomedicina. Pregunto por la asistencia médica que reciben y se enzarzan gustosas en la descripción de sus enfermedades e itinerarios terapéuticos. Noto claramente que han dejado de ver en mí al antropólogo y me miran como *practicante*. Un sino que no se si evitar o explotar. Dejo hacer en esta ocasión; *a posteriori* pienso que acertadamente (tampoco podía hacer ya otra cosa).

Cuando llegaron aquí las atendía don Carmelo, médico de Ariño la población más cercana. Era él quien las venía a visitar en cuanto las echaba en falta en la misa del domingo. Ellas no lo llamaron nunca, afirman. Con cualquier pretexto se dejaba caer por allí y se ofrecía profesionalmente. Le acompañaba con frecuencia su mujer, y así pasaban consulta. Como cuando M^a Ángeles padeció tortícolis y don Carmelo le enjaretó el cuello con un giro brusco que creyó le arrancaba la cabeza, pero le curó. Domiciliadas *oficialmente* en Zaragoza, su anterior convento se ha hecho cargo de sus necesidades sanitarias, operaciones quirúrgicas, visitas médicas, farmacia, etc., por lo que están adscritas a un Ambulatorio de la capital y tienen concierto incluso con clínicas privadas. Ellas, por deferencia con sus mentores - y por andar de por medio las jubilaciones que también les pagan - no quieren *pasarse* al Centro de Salud de Hajar. Les han dicho que tienen derecho a ser atendidas en cualquier parte, y así se lo confirmo para su agrado.

Sea por lo que fuere - aunque coincide en el tiempo con la creación de los Centros de Salud en la zona - don Carmelo empezó a no aparecer por allí, ni pronto ni tarde, y su relación se deterioró. La misa de los domingos ya no era lo que fue. En alguna ocasión parece que les ha recordado que, puesto que el Santuario es de Albalate, aunque situado en término municipal de Ariño, deben solicitar la asistencia médica de los clínicos de aquella población. Ellas se quejan de que la distancia es mayor y la carretera peor (hacen el trayecto a pie o en autostop). Ahora que han conseguido que

les instalen un teléfono -también de *desplazados*, pues sus cifras no son de “este mundo”- se están pensando contar sus dolencias a los médicos de Albalate, a don Carlos o “*a ese otro extranjero*”. Antes, Andrés Guerrero, el dominicano; entonces, Ahmed Moussa, el palestino.

Resulta curioso el destino de una caja de medicamentos que su gente del convento les regaló cuando lo abandonaron. Como no pudieron cargar con ella, la dejaron en algún sitio con la idea de pasar a recogerla. Eso no ocurrió antes de cinco años, cuando ya su salud se iba quebrantando, don Carmelo no pasaba, y la mandaron recoger. Todos los fármacos estaban caducados. Nada se pudo aprovechar. Pero la curiosidad no está en el “cuento de la caja”. *A toro pasao* denoto que contando aquello pretendían transmitirme su autosuficiencia. Y un punto de propaganda.

Ahora, como en cualquier cocina de la zona que se precie, sobre la panera se amontonan las cajas de la farmacia para el colesterol, la hipertensión, “*y contra unas rampas que me dan, que me suben de la pierna mala y ni me dejan dormir ni levantarme, que tengo que tirarme de la cama al suelo para ponerme en pie*”.

El traumatismo que se produjo M^a Ángeles hace un par de años al caer a un pozo, se lo curó ella misma con un emplasto de arcilla, “*de aquella que sacan las hormigas cuando limpian el hormiguero después de la lluvia*”. Para enseñarme las nulas secuelas de aquel accidente, se levanta de la silla, se pone frente a mí, se arremanga por encima de las rodillas que refulgen blancas al sol mañanero y, poniendo su pie deforme calzado con una bota rajada encima del asiento, se baja una media blanca que no era tal, sino un “tubitón” con que los enfermeros sujetamos los vendajes. Me muestra una zona limpia de capilares varicosos, mejor conservada que las contiguas, inmaculada, que es lo que queda de una necrosis que estuvo a punto de costarle la pierna. Maravillas de la arcilla. ¿De dónde saca esta mujer esas medias?, ¿cómo es que se arremanga ante mí sin pudor alguno?

Estaban interactuando dos sistemas médicos. Estaba yo pasando consulta, o tal estatuto quedaba implícito. Estaban interactuando, también, dos sistemas religiosos. Yo me había manifestado ácrata y a M^a Ángeles le había dado un barrunto naturalista. En esos quehaceres estábamos cuando surgieron temas de ecología que no tardamos en relacionar con los integristas religiosos. De ahí nos fuimos a los fanatismos políticos y el endiosamiento de los médicos.

Volvimos a las enfermedades de Lucía con itinerarios alcañizanos, y los tres coincidimos en los desaguisados de los “traumas” de Alcañiz. -“*Aunque ya me habían*

advertido de que era el que los dejaba a todos mancos y cojos, a mi me fue bien". Dejo sin hacer memoria del recorrido de Lucía por los hospitales aragoneses. Baste decir que, el médico aquel a quien todos conocíamos por su nombre y hazañas, había dado esta vez en el clavo y puesto fin, a la brava, como don Carmelo, a las dolencias de una "desplazada".

- *Creo que nos llaman transeúntes, ¿no es así, Antonio?*

- No, Lucía, desplazadas.

Me llevan después "*al comedor*". Allí almacenan y preparan sus hierbas. Tendidas sobre una gran mesa hay unos fajillos a secar. Otros cuelgan de las vigas del techo. En una alacena se comprimen dos docenas de libros de medicina natural. Doce sillas de anea, doce, como los apóstoles, se apartan de la mesa y se ven contra la pared, como temerosas de los efluvios vegetales. Algunos tarros conviven en un estante con otros tantos libros. El sol se ha movido casi tres horas y ahora entra por la ventana del suroeste.

Quedamos en que pasaría a visitarles de nuevo. Nos despedimos. Se cierra a mi espalda la verja del santuario. Pongo en marcha el Fiat y me dejo caer por la barranquera. Taciturno, dando gas, bajo a mi casa. Veintitantos kilómetros de rebobinado rápido. Lo dicho.

LA HORA DE LA HORA

De Eduardo Menéndez no sólo tomo prestadas teoría y métodos. A la "hora de la verdad" el maestro la llama la "hora de la hora", de menos resonancias taurinas pero con la misma idea de trascendencia, remachando el tiempo. Es el momento decisivo de cualquier proceso. Otro maestro, Joan Prat, me hizo ver que un conferenciante "no había matado" tras una larga disertación; que se le había ido el discurso en fuegos de artificio y no había concluido nada. Rematar es, para el futbolista, terminar con éxito la jugada que lleve al gol; para el sastre, afianzar la última puntada; para el comerciante, vender lo último que le queda. Para el enfermo, sanar o morir: ha llegado el momento de la verdad trascendente.

A la hora de la hora, Lucía llamaba por teléfono al Centro de Salud de Híjar. Una compañera moribunda estaba en las últimas y requerían asistencia médica. Había que visitarla en el santuario. Ante la urgencia, y aunque estaba fuera del territorio adscrito, decidimos intervenir. Para allá salimos el médico de guardia y yo como enfermero.

Durante el trayecto expliqué el escenario y condiciones de vida que encontraríamos. Se trataba de una antigua compañera de claustro que se había refugiado con ellas para encontrar un buen morir. La tenían en el comedor, rodeada de los manojos de hierbas, postrada en un sillón junto a la ventana y tapada con una manta. Padecía un cáncer terminal y tenía grandes dolores. Lucía y M^a Ángeles no sabían cómo manejar aquel sufrimiento. Sus remedios no alcanzaban a calmarla y estaban muy asustadas. Se le exploró convenientemente y se propuso tratamiento analgésico. Inyecté el cóctel prescrito, y les dejamos todo lo que llevábamos en los maletines que les pudiera ser de utilidad, incluidas vendas, yodo, gasas y “tubitón”. Esperamos un buen rato hasta ver calmada a la paciente, animamos a las cuidadoras y volvimos al Centro. Ya no volvieron a llamar por ella. Por otra fuente me enteré de que había muerto en paz a los cuatro o seis días de nuestra visita.

Varios meses más tarde recibí en mi casa otra llamada telefónica de Lucía. Estaba muy inquieta y no paraba de hablar. De pasada me confirmó la muerte de la compañera. El motivo era conseguir que yo la incluyese definitivamente en el cupo de uno de los médicos de Albalate. Le indiqué cómo debía formalizar aquellos asuntos burocráticos, y me pidió que la recogiera en la Virgen de Arcos para acercarla al Centro de Salud. Como yo no podía hacerlo por estar sufriendo a una compañera en el consultorio de Vinaceite, le indiqué los horarios del autobús. Me dijo que no, que buscaría a alguien que la acercase en coche, concretamente a un minero prejubilado de Ariño que les hacía muchos favores. A la semana siguiente volvió a llamar. Dijo que no se decidía a ponerse en manos de los médicos porque siempre le pedían analíticas de sangre y la mandaban al hospital. Se me ocurrió preguntarle qué le ocurría y se tiró veinte minutos explicando. He de reconocer que me llegué a aburrir ante la minuciosidad con la que explicaba lo que le pasaba, y lo que ella creía que era. Habló de unas molestias digestivas que le acompañaban desde la niñez. Ya había ido hace unos años al médico especialista y le había hecho tomar una papilla para explorarle el estómago. Que nunca la llegó a expulsar del todo y hacía días que defecaba “*como unos cachos de tela blancos*”, restos, suponía con mucha seguridad, de aquella papilla. Algunos de ellos de tal o cual longitud, con tal o cual frecuencia, con ocasión de tal o cual ingesta, y los más nimios detalles acerca de su consistencia, color u olor. Que también expulsaba unas bolitas blancas de características similares a “las telas” y que todo lo apartaba de las heces con un palito y lo guardaba en frascos de cristal. A veces rompía las bolas por ver de encontrar algún parásito, pero nunca lo halló. Al final de aquella conversación

telefónica me pidió que yo le hiciese un diagnóstico. Asustado, ni me lo pensé. Le dije que yo no era médico y que debía consultarlo con uno, fuese don Carmelo, don Carlos, o don Antonio, el nuevo que había llegado a Albalate. Me di cuenta que no le gustó mi respuesta, pero que se lo pensaría. Se despidió y colgó.

Más o menos un mes después volvió a llamar. El tema y la duración de la llamada era un calco de la anterior. Mis respuestas también. Sólo había una novedad preocupante: había perdido doce o catorce kilos. Andaba yo por entonces revisando bibliografía a propósito de la medicina Naturista. Había pergeñado ya un artículo y entrado en contacto con personas que asistían a un curso postgrado de esa medicina en la Universidad de Zaragoza. En el congreso nacional que se celebró para cerrar el curso me encontré con José María, el médico de La Puebla, con algunas responsabilidades en aquel acto. Había leído mi trabajo, le había gustado y lo iba a proponer para su edición⁸⁴. Al hilo de mis investigaciones le comenté el asunto de las yerbateras de la Virgen de Arcos. Le interesó e insistió en que le concertase una entrevista con ellas. Les llamé y aceptaron. Allí nos acercamos el médico y yo. Nos acompañaba la esposa de éste, que también había seguido el curso de Zaragoza. Volvieron a repetir lo que me contaran la primera vez. Acaso insistían más en los personajes relacionados con la medicina naturista zaragozana, también conocidos de mis acompañantes. Notaba que M^a Ángeles estaba menos locuaz, con menos interés por lo que contara Lucía, más preocupada con explicar a un médico sus problemas intestinales. Y más si era especialista en naturopatía. Ellos tomaron notas; yo no. Al final fue Concha, la mujer del médico, quien quedó encargada de los tratamientos a base de arcillas grasas tomadas por boca y ciertas restricciones alimenticias. No nos enseñó los frascos con las excretas, pero el médico sospechó un mal diagnóstico que se calló; las “telas” y “boliches” pudieran ser tejido intestinal. Durante los meses siguientes no tuve noticias de las ermitañas.

Las noticias les llegaban a los de La Puebla. Yo había dejado de ser el consultor sanitario y ellos habían tomado el relevo. Con frecuencia recibían noticias de Lucía, siempre tratando de descubrir causas o tratamiento a su enfermedad. Seguía perdiendo peso, y negándose a visitar a ningún especialista. Los tratamientos naturistas no parecían dar buenos resultados. En enero de 2000 me volvió a llamar por teléfono. Me contó que M^a Ángeles se había ido a otro santuario, al de la Virgen de Pueyos en

⁸⁴ “Naturalizar artefactos”, en Medicina Naturista, n° 2. Noviembre 2000. Sociedad Europea de Medicina Naturista Clásica, en colaboración con la Universidad de Zaragoza.

Alcañiz y que se había quedado sola; volvió a explicar que seguía expulsando trozos de “tela” y que estaba decidida a que la visitara el médico de Albalate. Le prometí que hablaría con él a la mañana siguiente, pues ahora yo estaba trabajando en el consultorio de aquel mismo pueblo; que me ponía a su disposición para acercarla, presentárselo e iniciar las consultas, siempre que ella estuviera dispuesta a hacer caso. Quedamos en que yo hablaría con el médico y ella se pondría en contacto conmigo. Así lo hice. Expliqué a Antonio qué tipo de paciente era, de su extraña situación geográfica y personal, y de las dificultades para ser consultada. No puso ninguna pega; la incluiría en su cupo e iría a verla cuando lo precisase. La llamé para decirle que estaba todo arreglado y que me indicase el día en que quería visitarse. Me dijo que ya lo pensaría.

Ya sería abril o mayo cuando andaba yo haciendo visitas domiciliarias por Albalate. Los altavoces atronaron las calles, como de costumbre, con una jota bravía. El pregonero decía que iba a leer una carta de “*la hermana Lucía, ermitaña del santuario de la Virgen*”. La leyó. No era corta. Yo la escuché de pie, al arrimo de una tapia en la parte alta del pueblo. Era su despedida; la hora de la hora. Se iba del pueblo a Zaragoza sin explicar el motivo, y agradecía a todo el vecindario las atenciones que habían tenido con ella. No he vuelto a tener noticias suyas. Ni de M^a Ángeles, a la que supongo en Alcañiz.

En los paneles informativos se sigue leyendo que las monjas del santuario ejercen de yerbateras. Ya no. Llegará la hora de enmendar el entuerto, pero se atisba lejana; la diputación provincial no tiene dineros para atender esas nimiedades.

6.3. Ginés, el curandero de Valmuel.

PRÁCTICAS VIEJAS EN PUEBLOS NUEVOS

Puigmoreno y Valmuel son dos pueblos nuevos. Serían mediados los cincuenta cuando tuvimos oportunidad de ver allí, en carne y hueso, al general Franco. Sólo una vez más le volví a ver, pero desde tan lejos, que digo que lo vi pero más creo que lo intuí entre la multitud que asistía a la inauguración de la Casa Grande, el primer gran hospital de Zaragoza cuyo nombre “oficial” es Miguel Servet. La primera vez, cuando vino a nuestro terreno a inaugurar dos pueblos de lo llamados “de colonización” lo tuve a un tiro de piedra durante varios minutos. Estábamos mis compinches y yo en lo alto de un camión verde y destartalado que nos había trasladado desde Híjar “para hacer bulto”. Íbamos los chicos del camión endomingados en día de escuela y armados con unas

banderitas de tela con los colores nacionales. Eran para agitarlas en cuanto viésemos al generalísimo.

El pueblo era Valmuel *–del Caudillo*, por aquellos días de reciente bautismo- y nosotros estábamos en una orilla de la plaza cuadrada, enfrente de la fachada de la iglesia. Allí todo era nuevo y llano. Las calles de tierra bien batida o encementadas, rectas. Paralelas y perpendiculares e igual de anchas. Por allí no se veía un cantón, ni una esquina mellada por los carros, ni un árbol viejo; acacias recién plantadas delante de las casas y pinos rodeando los confines de lugar. Más allá, regadíos nuevos, parcelas cuadradas, y ni un alma. Todos estábamos congregados para mover la banderita. Contra la cal y cara al sol. Por el arco de entrada al pueblo llegó primero la guardia mora. Las banderitas se multiplicaron tiñendo de rojo y gualda las cabezas de aquella multitud. Los brazos en alto y los vivas saludaban a los corceles, los turbantes, las *patas liadas* de los Regulares, los Mausser, las capas cubriendo las grupas de las monturas..., a los reyes magos. Para cuando llegó Franco a la plaza, los del camión y los de a pie teníamos el cuello varios centímetros más largo. Llegó, inauguró y marchó. Los que se habían quedado en Híjar habían podido ver al jefe desde la orilla de la carretera cuando pasó por el pueblo saludando, a bordo del Mercedes que le regaló Hitler, así, de pasada, camino de Zaragoza. Y eso no era lo mismo.

Lo de más era que no habían podido ver *los pueblos nuevos*. Muchos fuimos conscientes, a pesar de nuestra corta edad, de que asistir al nacimiento de un pueblo no dejaba de ser cosa extraordinaria. Sobre todo para gente nacida y criada en pueblos que se caen de viejos, llenos de gente vieja, calles tortuosas, cuevas, iglesias varias y donde la línea recta es desconocida. Allí todo estaba meticulosamente medido y blanqueado. Algunos zócalos de piedra monda daban cierto tono silvestre a aquella obra de la urbanística rural. Las casas, muchas iguales o muy parecidas – según hicieran esquina o estuvieran adosadas-, se estaban llenando de colonos procedentes de pueblos vecinos o de fuera. Sobre todo de aquellos que vivieron en torres o masías de los montes y aceptaban parcela y casa propias a cambio de un compromiso de trabajo, garantizado por los nuevos regadíos. Gente nueva de aluvión, desconocidos muchos entre sí. Mezcla. En lo que queda de aquello y lo que ha aumentado trabaja un curandero del que me llegan oídas. Son estas.

Álvaro trabaja de minero; buen jornal. Hace unos veinte años se casó con una moza de La Puebla y tienen dos hijos varones. El mayor de ellos está emancipado, gana jornal y luce un escorpión tatuado en el pectoral izquierdo. El menor sigue estudiando a la vez

que trabaja los fines de semana como camarero. A pesar de que apenas se llevan tres años, y que sus padres han hecho por ellos *lo que hiciese falta*, su carácter es muy diferente. El mayor es *un machote*, un rubio de aspecto ario, arrojado, valentón, callado y algo taciturno; el pequeño es un moreno de pelo ondulado, atento, dicharachero, rápido de movimientos y sabedor de que sus estudios le sacarán de la barra del bar.

Álvaro y su mujer provienen de familias de *labradores viejos*, alparceros de huerta la de él, pequeños propietarios la de ella. Ambos dejaron la escuela temprano; a los trece años Álvaro se ganaba el jornal trabajando en la planta de pinos o de peón. Ella ha trabajado siempre; primero ayudando en la casa, en los talleres de confección luego. La salud no los ha respetado demasiado; por una causa u otra ambos han padecido enfermedades que les ha hecho pasar por el quirófano. Eso les ha hecho conocedores de las posibles e imposibles soluciones de la medicina oficial. Se saben al dedillo quién atiende bien, mal o regular, qué hospital es mejor o peor, y ese conocimiento les hace más expertos que legos en asuntos de medicina. La gestión de la salud es, en su casa, una cuestión de experiencia y veteranía; -“*desgraciadamente de eso sabemos más que otros*”, me cuenta Carmina cada vez que acudo por su casa a revisar la herida quirúrgica mal curada de la última operación de hernia inguinal de Álvaro. Cuando ya la tenemos a punto de cerrar, es ella la que se *rompe la espalda* por culpa del trabajo en el taller. “*Aquí vamos una detrás de otra, no tenemos suerte.*”

Cuando les recuerdo que al menos los hijos presentan un aspecto saludable me dicen que tampoco es para tanto. El mayor ya ha cogido varias bajas por lesiones del trabajo y el pequeño padece una amigdalitis casi crónica. Ciertamente, el chaval anda carraspeando siempre, como si tuviese algo que le impidiese gritar o mantener una conversación sin aclararse la garganta. Que no es algo fijo, me cuentan los padres, sino frecuente, que el pequeño se meta en fiebres provocadas por la aparición de las anginas. Ellos han oído mil veces que extirparlas no tiene riesgos graves pero le tienen pánico al quirófano.

Por un tío carnal que se casó con una moza de Valmuel y reside en ese pueblo tuvieron noticia de un curandero especialista en arreglar las anginas. Se informaron y, a pesar de las pocas garantías “personales” que les daban del personaje se decidieron a llevar al hijo menor. Por lo que me contaron el tal curandero es uno de esos personajes propios de la España profunda. Anda mal vestido, siempre con ropa “de faena” poco limpia, desaliñado en su higiene, con unas “*albarcas*” en los pies que no ocultan unos calcetines recios y puercos en invierno o unas uñas cargadas de barro en verano. Parece

ser que se le puede encontrar a cualquier hora en el único bar del pueblo; allí permanece horas y horas consumiendo solo o jugando partidas de cartas con otros que no tienen faena. Es de mediana edad y “*en la casa donde recibe se echa en falta la mano de una mujer*”, me dice Carmina.

A verle fueron porque les habían dicho que en un par o tres de sesiones les quitaba las anginas y ya nunca aparecían.

“Nada, llegas allí y tiene un cuarto con dos sillas. En una se sienta él y en otra el que se quiere quitar las anginas. Entonces te coge la muñeca así, te la mira un poco, te la sujeta con una mano y con la otra te va dando así un masaje por la cara de dentro, aquí donde se ven las venas que se notan los tendones. Se pega un ratito con los masajes y ya está. Le pagas la voluntad y ya te puedes ir p’a casa que ya está arreglado. A mi chico le ha ido bien. Fuimos dos veces y no le aparecieron en una temporada. La tercera fuimos porque nos acercamos a ver a mi tío, que lo conoce bastante y de paso le dio otro masaje. El caso es que le va bien.”

Ya han sido varias las veces que le he nombrado a Álvaro que me lo presente. Siempre se presta a que lo visitemos cuando queramos:

“Es un tío raro, ya verás, así con malas pintas, que tira un poco p’atrás, pero el día que quieras nos vamos a verlo. No tenemos más que quedar.”

Todavía no sé por qué tardé tanto en visitarlo.

Comenté con el médico de Urrea y antiguo acupuntor, la terapia del de Valmuel y me indicó que hay una extraña coincidencia con la medicina china. Parece ser que por la zona del túnel carpiano pasan varios de los meridianos de energía a la que los chinos dan extrema importancia y que, justamente una de ellas, es la que tiene relación con las enfermedades de la garganta. Es en esa zona donde se colocan las agujas que habrán de influir en la curación de las anginas. Como el curandero parece iletrado, supongo que habrá llegado a la misma conclusión que los chinos por otra vía. De momento no he encontrado descripciones de terapia similar en Black, Lis, Erkoreka o Kuschich. Cada vez que lo pienso se impone más una entrevista con el curandero de Valmuel. Veinte kilómetros tienen la culpa.

José es natural de un pueblo de la rivera. Ya hace casi veinte años que terminó los estudios y trabaja como oficinista en Híjar, donde reside. Antes pasó por varios pueblos de la zona. En el último conoció a su mujer con la que tienen dos hijos, Samuel, el mayor y Rita, la pequeña. Mantienen relaciones de amistad con Álvaro y su familia. De ellos sacaron información que les llevó a acompañarles en una ocasión en que viajaron a Valmuel para curar las anginas del hijo menor de Álvaro. Samuel, cada invierno, sufre del mismo mal y ha de quedarse varios días del curso sin ir a la escuela. El tratamiento

sintomático a base de antibióticos lo tienen asumido; lo que no aceptan es que cada invierno las anginas vuelvan a aparecer. Tampoco son partidarios de la extirpación quirúrgica. Junto con las “vegetaciones” y su resección conforman en el personal el ejemplo vivo de la cirugía agresiva por excelencia. Ambas operaciones tienen bien ganada fama de “barbaridades de los médicos”. Con José ya lo hemos comentado en alguna ocasión, y otros padres son de la misma opinión. A Samuel también lo sometieron al masaje. Parece ser que el chiquillo se asustó un poco al ver a semejante “médico”, pero al ir acompañado de su padre y los amigos se dejó hacer. Sólo una sesión. Aquel año no aparecieron las anginas. Al siguiente sí y ya no volvieron más a aquella consulta.

Los dos casos anteriores me produjeron la desazón de la indecisión. ¿Por qué no he ido todavía a Valmuel?, ¿tendrá que ver con mi recuerdo de las banderitas y el brazo en alto?, ¿hay algo en esos pueblos que me impida acercarme a ellos? La verdad es que hace más de cinco años que no me detengo mucho por allí. Las últimas veces que he ido ha sido con ocasión de cambiar las ruedas de la moto y pasar por allí a probarlas; me he detenido en el bar, he tomado un refresco, he dado la vuelta al pueblo y he vuelto a casa. Allí no conozco más que al tío de Álvaro, al que salvé la vida nadando en la bocamina siendo adolescentes, pero al que no veo desde hace más de diez años. Algunos de los primeros colonos fueron compañeros míos de escuela, pero creo que ni me reconocerían. De allí no he tenido apenas clientes en el bar; iban casi todos a Alcañiz, ¿será por eso por lo que no voy?

M^a Carmen Gerique ya era cliente mía, de las más apreciadas y simpáticas, cuando comenzamos a estudiar para enfermeros en la misma escuela de Zaragoza. Desde entonces nos une una buena amistad, a pesar de la diferencia de edad. Nos vemos poco pero nos queremos mucho. -“¡Colegui!”-, me dice cada vez que nos vemos. Nos damos un abrazo y nos contamos cómo nos va en esto de la enfermería. A ella, que sacó los estudios sin esfuerzo y sin demasiada vocación, la colocaron los “jefes” de su padre en la clínica Quirón de Zaragoza, nada más terminar. Ha conseguido un puesto de trabajo en urología y lo cumple como otras de sus amigas que son carteras, maestras o dependientas del Corte Inglés. Un “currito”. Pese a ser reconocida como inteligente por todos sus profesores se niega a seguir estudiando. A Mamen no le preocupa la medicina más que el automovilismo, la informática o la política. Ella quiere mantener su puesto de trabajo, casarse con su novio de toda la vida, montar un hogar, hacer cuatro risas y

dejarse de filosofías. A la media hora de hablar pierde la voz. Eso le ha ocurrido desde siempre. En las bullas del bar la pierde en un cuarto de hora.

“Estoy hasta los co-ones del rollo de la voz. Me dicen que tengo las cuerdas vocales muy sensibles y que no debo levantar la voz, ni esforzarme mucho al hablar ni nada de eso, pero claro, cuando sales de marcha no puedes evitar hablar fuerte y tal, así que ya sabes cómo estoy los domingos por la mañana. Total que me han dicho que hay un curandero en Valmuel que lo cura y, como sé que tú andas detrás de esas cosas, te lo cuento p’a que veas lo que me creo yo de esas cosas ni de las de los médicos.”

Cuando me lo explica pienso en convertirla en mis ojos y oídos. Como ha de ir en los próximos días le alecciono para que observe lo que pasa. Ella se lo toma como un juego: -*“bueno, tú ¿que quieres que haga?”*. Le explico que esté atenta a todo lo que pasa, a las condiciones de la consulta, al tipo, a lo que hace, si pronuncia salmodias, oraciones o algún ensalmo, a su aspecto personal, que se fije en su técnica, que localice bien la zona de masaje y estime el tiempo que emplea y, sobre todo, que me cuente cómo le va, si resuelve el problema que no ha podido controlar el especialista que la enchufó en la Quirón.

A la semana siguiente nos volvemos a ver. Apresuradamente me cuenta lo que pasó:

“Jó tío, que pasada. El gachó es un marrano que te jiñas, con mierda en las uñas y una pinta, así, repelente; un cazurro de los que ya no quedan en nuestro pueblo. Muy mala pinta. Y tiene una casa con más mierda que..., una pasada. Yo fui con mi primo el Zaputico que es muy aficionado a ir de curanderos y a él no le dio asco ni nada, pero a mí, cuando me cogió la muñeca con aquellas manos se me pusieron los pelos de punta; me restregó un rato aquí, en la cara de dentro y no dijo ninguna palabra, ni oraciones ni nada. A mí me dio mucho asco, la verdad. Y no me ha hecho nada; yo sigo igual con la garganta jodida, así que eso es un camelo p’a la gente que les gusta ir. ¡Vaya gusto!. Mi primo vino por ir, por acompañarme, que a él no le pasa nada en la garganta, solo que ya sabes que tiene así, en la nariz, algo como una rinitis crónica o algo así, que respira mal y se lo dijo y le hizo lo mismo, le frotó en la muñeca por dentro y ya está. Una pasada, tío. Me parece que los curanderos estos son aún peores que los médicos. Yo, la verdad, no pienso volver aunque me quede ronca p’a toda la vida, qué quieres que te digo. Un asco.”

Mientras nos servían unas cervezas fui apuntando la cháchara de Mamen. Aún andaba con la libreta en la mano cuando entró al bar su primo Paco *El Zaputo*. Se acerca a nosotros, saluda y Mamen le dice que me cuente qué tal le ha ido a él con el curandero de Valmuel. Lacónicamente, sin sentarse, contesta

“A mí bien; toda la semana he andao con el camión por ahí y no he sentido molestias de la nariz, mejor que la semana pasada que gasté en pañuelos más que en gas oil, bien, yo no tengo quejas.”

Cuando le pregunto si piensa volver contesta que sí, que en cuanto vuelvan las molestias volverá a que le frote la muñeca -*“total, mal no me va a hacer y siempre*

arreglan algo, aunque vosotros que sois praticantes no tengáis fe en estas cosas. Bueno, hasta luego". Y se fue con sus amigos a tomar vermú. Mamen y yo seguimos hablando de médicos, praticantes, curanderos, antropólogos, y otras hierbas.

MELOCOTONES Y ANGINAS

Había llegado el momento de vencer reticencias personales. Lo del curandero de Valmuel estaba tocando techo y se imponía la necesidad de visitarlo. Queriendo o sin querer me iban llegando noticias, cada vez más frecuentes, de las actuaciones sanadoras de ese curandero. Tenía dos días libres y me decidí. Durante los veintitantos kilómetros que hay de mi pueblo al suyo pasaron por mi cabeza, sobre todo, las descripciones que de su persona hacían aquellos que le visitaban. Me lo pintaban como sucio, zafío, *bar-fly*, abandonado, y no sé qué más. Casi todos hablaban de "olores": "*le canta el aliento*", "*le huele hasta el pelo*", "*huele a rancio*", "*huele mal*". Mi nariz es sensible y estaba obsesionado por lo que pudiera encontrar.

Al llegar al desvío de la carretera nacional que conduce a Valmuel, los olores esperados se confundían con la figura del "Generalísimo". No podía concentrarme en nada más. Intentaba discurrir sobre los posibles abordajes al personaje, y no había manera. Del secano pasé a un vergel de huertas plantadas de frutales y, para cuando divisé el pueblo, el coche andaba con las ventanillas abiertas y el aire acondicionado en marcha. Olía a melocotón. Ya en la entrada del pueblo, a pinos. Ese olor penetrante de los pinos en la canícula.

El bar está bajo los pinos, cerca de la carretera. Allí aparqué. Una anciana sentada en la puerta de su cochera estiró el cuello y no perdió detalle de la maniobra. Yo no quería molestar a mis escasos conocidos en el lugar; había decidido encontrar al curandero por mi cuenta. Las indicaciones eran que suele matar el tiempo en ese sitio bebiendo cerveza. Entré. Serían las diez y media de la mañana y había una mesa ocupada por cuatro hombres mayores disputando una partida de guiñote. En las otras, nadie. En un extremo del mostrador, tres jóvenes trabajadores tomaban el carajillo que seguía al bocadillo mañanero. No lejos de ellos, tras una columna que divide la barra en dos, otro jubilado apuraba una cerveza. Ocupé un taburete junto a la columna y pedí café. La camarera, joven y diligente, me lo sirvió inmediatamente. Nos conocíamos "de vista" y nos saludamos con un hola. Fui a encender un cigarrillo y me di cuenta de que no llevaba mechero. Le dije si vendía, y me preguntó el color que quería. Rojo. Rebuscó en

un frasco esférico con pinta de pecera y, rojo no hay. Pido gualda. Amarillo. Bromeamos con el rojo y gualda. El de la cerveza entra en la broma y me pregunta mi procedencia. La contesto y pregunto por la suya. Muchos de los que poblaron aquello procedían de El Campillo, o del pueblo que se inundó al llenar el pantano de Santolea. De la sierra de Teruel.

Aprovechando la ocasión pregunto por el curandero. Me dicen, camarera y parroquiano, que ya ha estado esa mañana pero que ahora no está, que lo han visto a la orilla de la carretera, esperando a alguien que lo acercase a Alcañiz.

“Tiene coche pero no tiene carné. Y como ahora están los guardias tan pesaos con eso, éste se sale a la carretera a buscar quien le lleve a Alcañiz. Además, como es día dos, habrá ido seguramente a ver si le han ingresado la paga. De todas maneras mira a ver si está en su casa”. Me indica, de forma algo confusa, cómo llegar a ella. El mejor dato es: -*“En esa calle, a la izquierda, una de las pocas casas de dos pisos. La que tiene la puerta peor arreglada, sin pintar. La conocerás enseguida”.*

Los del carajillo han salido. Los de la baraja siguen a lo suyo. La camarera, una vez repasado el mostrador, se incorpora a la conversación. Tras preguntarme si lo conozco y decirle que no, me hace otra descripción concordante con las anteriores. La ironía está presente. Alguna risa salpica los comentarios.

“Es buen zagal pero es un.... Nada, él no se trabaja la parcela. No pega picada, ni falta que le hace. Cobra. En cuanto le veas lo conocerás. Es el peor arreglao de los que veas por aquí, así, alto el que más, con el pelo revuelto, algo giboso y con un ojo que mira un poco contra el gobierno. Un caso”.

No he dicho el motivo de mi visita. Simplemente que quiero verle, por eso suponen que voy de paciente. La camarera me cuenta que ella, que padece frecuentes molestias de garganta, por el aire acondicionado del establecimiento, fue atendida por él, que le frotó la muñeca varias veces sin resultado positivo y que no le hizo más que daño. Que duele mucho y no cura nada, pero que ha habido quién sí ha resuelto sus problemas. Comenta y nombra casos positivos. Los confirma el paisano de la cerveza.

Agradezco la información, pago la ronda y el mechero, y vuelvo al coche con el fin de encontrarlo en casa. A Ginés, que así me han dicho que se llama. La anciana de la cochera está en el mismo sitio. Controla la entrada del pueblo. Un sitio distraído, alcahuete, se dice por aquí. Doy la vuelta a medio pueblo. Hay algunas casas nuevas construidas sobre las edificaciones simples que yo viera inaugurar. Buenas casas, con balconadas amplias, materiales nuevos, jardín, cocheras que guardan Audis y berlinas de medio lujo o todoterrenos de diseño moderno. Algún Land Rover viejo también se ve. Cuando creo haber dado con la calle de Ginés, sin bajarme del coche, pregunto a un

grupo de vecinas que están de cháchara en un portal. No lo han visto y me mandan al bar. Les indico que allí no está. Bajo del coche, me acerco a ellas y una, completamente calva (por la quimioterapia, supongo), me señala una puerta. Llamo con los nudillos, espero, vuelvo a llamar y nada. Las mujeres, a quince metros, se ríen. La pelona pregunta qué día es hoy. Le dicen que día dos del mes. Suelta una carcajada y, dirigiéndose a mí me dice: -“*A éste no lo pilla usted esta mañana; se habrá ido a...*”, y hace un gesto que no ofrece dudas: avanzando el vientre y separando las piernas gesticula exageradamente como si se estuviese cepillando el pubis. Me doy por enterado, monto al coche y vuelvo a casa a escribir lo que ha pasado.

Son casi las seis de la tarde cuando vuelvo a casa de Ginés. La puerta, que algún día estuvo pintada, presenta un aspecto cuarteado. La jamba tiene algún desconchón. Pero la llave está puesta y eso, en casi todos los pueblos de la zona, indica que su propietario está en casa. No hay nadie por la calle. Llamo y una voz contesta. Al poco se abre la puerta. Rancio. Ha salido una vaporada rancia del interior que anuncia la estampa de Ginés. Sonriente, me pregunta qué quiero. Se lo explico brevemente bajo el portal y me hace pasar. Dos pasos y cierra la puerta. Es un recibidor del que parten unas escaleras; a la izquierda, un cuarto amplio de donde viene el olor. Dos pasos más hacia allí, y Ginés empieza a contar.

El televisor, en un rincón, no para de parlotear; hay una película del Oeste, por los tiros lo digo, porque la imagen comprimida sólo ocupa varios centímetros en el centro de la pantalla, a veces a color, a veces en blanco y negro. Como no parece molestarle, no digo nada. Sus ruidos nos acompañará durante toda la conversación. En otro rincón hay un fregadero lleno de vajilla. Embaldosado hasta media altura, hace años que no le pasan una bayeta. Al lado, separada de las paredes, una mesa con bolsas de plástico vacías y arrebujadas, varios vasos y platos sin fregar, algunos papeles, un cenicero colmado de colillas, una revista, restos de pan y fruta, reposando todo sobre un mantel de plástico. Todo haciendo juego con el frigorífico viejo que hay cerca, metiendo ruido también. Sobre él, más bolsas, cajas vacías, algunas botellas y estuches de fármacos. Una silla de anea está junto a la mesa. Otra, aguanta la puerta de entrada al cuarto y más bolsas de plástico. Una bombilla apagada cuelga del techo. La luz entra por una ventana pequeña que da a la calle. Está abierta pero no consigue ventilar la parar, y que no le parecía bien pues sospechaba que luego la enviaba a la tele, que estancia. Ni una sola concesión a la estética. Y no es un escenario. Ginés vive así. Allí, de pie, transcurrirá la primera parte de nuestra conversación. No me ofreció sentarme en ningún momento.

Le expliqué mis propósitos y se lió a explicar que había por ahí un alcahuete que quería sacarle información por teléfono, que insistía sin ya alguna de sus cosas las habían metido en el programa de la botica de la abuela. Aunque desconfió una pizca en principio, “se abrió” desde que descubrió mi acento baturro; eso le daba confianza. Sin esperar más se lanza a hablar y le pido que se frene, tengo que sacar la grabadora y registrar. No se opone ni se frena. Escribir es imposible. Está contento, sonriente, amable y comunicativo. Acaso algo confuso en la manera de explicarse. Desde el primer momento me doy cuenta que lo suyo es empezar un tema y salirse de él para ilustrarlo con recortes, de manera que hay que estar atento para no perder el hilo del asunto principal.

La grabación a veces no se oye bien debido a los tiros de la tele, los arranques de la nevera, y las variaciones tonales que usa Ginés. Hay dos cintas grabadas. La primera, en su casa y dentro de mi coche; la segunda, en el bar de la piscina, en compañía de un conocido suyo. Entre una y otra, mientras cambiaba de cinta en la puerta de su casa, se produjo un mutuo reconocimiento que facilitó mucho las cosas.

“Oye, ¿antes tú no eras gordo y con una barba así larga larga?”. Le contesté afirmativamente y exclamó: -“¡Cabrón, tú eres el Papi! pues no me has servido tú a mí cervezas ni nada hace años cuando iba por Híjar ¿no te acuerdas de mí?”. Efectivamente, reconocí su cara, algo cambiada, pero la misma. Era de los tiempos heroicos en que mi bar triunfó en la comarca. Lo había olvidado. Él a mí no. Se cagó en todo, se alegró mucho, y ya no hubo forma de hacerlo callar. En la transcripción de aquellas cintas tuve que obviar bastantes de los muy frecuentes “*me cago en...*”, las repeticiones, o las explicaciones colaterales a las que nos vemos “obligados” tanto él como yo. Ordenando aquel fárrago saco los aspectos reseñables de su vida y milagros. Los salpicaré con sus propias palabras, allá donde lo requiera la ocasión.

Ginés nació en el pueblo turolense de Campillo el diecisiete de abril de 1940. Su familia se dedicaba a la agricultura, la ganadería y, ocasionalmente, al jornal. Tenían ganado propio y una torre. Hace cuarenta y tantos años les ofrecieron dejar el pueblo e instalarse en el que vive ahora. Después de discutirlo en familia, decidieron que los padres, él y una hermana, se mudarían; los otros dos hermanos se quedarían en el pueblo a cargo de la hacienda. Tenían allí dos casas y se las repartieron, lo mismo que las tierras, el ganado y los aperos de labranza. Actualmente esos hermanos han dejado el pueblo, viven en Teruel capital y no vuelven más que a “recoger”.

- *“Tienen un tractor grande y los sábados y los domingos se suben al Campillo. Cogen el cochecico, y al Campillo; sí, tienen gallinas aún por allí...y, del pueblo, aún queda gente y tienen animales por allí y les echan, y a la semana suben y se bajan huevos, conejos y...como la cuñada tiene una hermana , pues “ya te darás una vuelta”.*

- *“Yo llevo aquí cuarenta y dos años, lo que pasa es que éramos cuatro hermanos y, claro, allí p’a todos no había. Y allí se quedaron dos y aquí nos vinimos los otros, nos bajemos aquí con los padres; esa, que está inutilica de la guerra, de un susto de la guerra, le dio un ataque y mira, la pobrecica...ataques que le dan. Ahora no le dan tanto; en Teruel está en una residencia y ya, los cuatro, y luego murió mi padre tal cual”.*

Cuando se vinieron a Valmuel les entregaron una casa nueva, la que es hoy suya, y varias parcelas de secano, para cereal, y de regadío, que acabaron plantando de melocotoneros. Ahora Ginés está jubilado por enfermedad, y lo único que dice hacer es regar, conforme con una tarea para la que no necesita *“ni usar botas”*. Ya hace años que no ha vuelto a Campillo. La última vez con motivo de un funeral, pero no cree que vuelva más. De allí vino sabiendo que tenía *“manos p’a curar”*. Se lo descubrió una mujer de su pueblo cuando él tenía once o doce años.

- *“¡Coño!, pues mira, que había una mujer allí en el monte, y un día llevaba yo unas enginas así, dice: -“¿qué te pasa?”, digo: -“llevo unas enginas que no me tengo”, antes no es como ahora que hasta los veinte años no echan a trabajar, pero entonces a los doce o trece años ya tenías que encaminarte por allí a un lao u otro, je, je. (...) Y bueno, dijo: -“pero si tú tienes unas manos p’a curar tan...”, y dije: -“me voy a dar así con la mano”, ¡coño! Y me fue bien. Luego esto, a lo mejor ocurría con alguno de la cuadrilla y eso, yo, no lo quería decir (...). Era una mujer que estaba por el monte seguido, que no iba nunca p’ol pueblo. En un sitio que le decían La Mina, pues allí estaba y trabajaba y hablabas con ella por allí. Mira, esa mujer siempre estaba por allí.”*

Fue esa mujer la que le dijo que tenía poderes por haber nacido en jueves santo.

- *“Mi madre no me lo dijo. Lo dijo esa mujer, me lo dijo a mí, dice, que ya tiene noventa y tantos años. Yo sí que sé que el mismo día que nací yo se mató uno con una bomba, a la misma hora que nací yo se mató uno con una bomba, familia nuestra, del pueblo, claro. A la misma hora. Yo le dije que había nacido a las diez de la mañana, y por el soto, que llevaba cabras y esas cosas, por lo que había andao del corral, lo que le costó de subir allí...y “y a la misma hora que naciste tú”, dice mi madre, “yo no puedo ir al entierro”, que era familia nuestra (...). Eso, luego ha venido gente ...¿qué decía?. Y ya digo, puede ser. Es que nosotros allá, jueves santo se guarda fiesta pero viernes santo no. Yo sí que los hago, claro, este año fue el lunes de Pascua, y hago los años el día diecisiete de abril. Y cae muchos años, me acuerdo, que ha sido jueves santo y viernes santo. Esta mujer dice que nació..., ella entonces ya mocica también, claro, es del tiempo de mi madre, que tendrá ahora noventa y tantos años”.*

Fue en su pueblo donde empezó a curar. Su especialidad siempre han sido las anginas, que él llama *“enginas”*.

-“Y ya empecé, dice “quedaros tranquilos”. Luego empecé a ir lento, lento, así, a los familiares o a algún amigo o esas cosas, que no lo quería decir. (...) No, que a lo mejor lo dices y se te ríen; era jovenzano y ¡va, va!”. (...) ¡Va! A los doce o trece años. A los dieciséis yo ya sabía que las quitaba, porque a los doce años ya, me cago en diez, venían y ya estaba. Bien. Y ya empecé así”

En cuanto llegó a Valmuel, no tardaron en enterarse de sus habilidades.

-“Eso, vine yo por aquí, gente empezaron a enterarse y tal, aquí en el pueblo. Que si unos primos míos, que si había aquí gente, que si luego...echó a venir por aquí gente y ahora resulta que, claro, han ido pasando. Traían críos pequeños, de dos años y, me cago en diez, les dabas y, al poco tiempo se las quitabas, claro. Y ahora resulta que no tienen la culpa los zagales, ¡la tienen las madres!. Pues las llevan las madres por dentro, y las madres se las apegan. (...) Eso en críos pequeños. En cuanto tienen ocho o diez años ya les suelen salir a ellos”.

Nunca ha dejado de hacerse preguntas acerca de sus supuestas capacidades. A lo largo de mis entrevistas con él siempre ha sido muy prudente a la hora de atribuirse “poderes”. Se extraña tanto de curar como de no hacerlo; dice que no depende de él sino de la gente. Entresaco de sus explicaciones un severo escepticismo. Él dice que nota que cura, pero no se lo cree hasta que sus pacientes se lo confirman. Si le dicen que no lo ha conseguido no se extraña. A unos les va bien y a otros ni bien ni mal. Daño irreparable no hace, así que, desde hace tiempo, se atreve con cualquier cosa que le planteen. Su terapia siempre será la misma: frotar con el dedo en la cara interior del túnel carpiano de la muñeca derecha. Él le llama “dar”. “Darle”. No hace otra cosa con las manos, ni ensalmos, ni oraciones, ni nada que no sea ese procedimiento. Aunque lo “suyo” son la anginas, no tardó en atreverse con otros padecimientos. La primera vez sería hace dieciséis o dieciocho años. Una matrimonio de Andorra apareció por su casa para comprarle dos cajas de melocotones; Ginés les dijo que no podía vendérselo, que era socio de la cooperativa y no podía hacerlo. Como los vio enlutados y algo tristes, se compadeció y les dijo que les permitía acercarse por su campo y recoger las frutas que estuviesen por el suelo, que se las regalaba. Cuando volvieron a agradecerse, les preguntó que porqué iban de luto; le contestaron que por la muerte de un hijo de veintidós años, de cáncer, y que estaban tristes porque otra hija suya, de dieciocho, estaba enferma, toda amarilla, y los médicos no le daban solución. Ginés les dijo que él no podía hacer nada, pero que si se la traían les diría algo. En el campo, un vecino les había dicho que Ginés tenía poderes.

-“Ya la traían. Una chica así, alta..., de dieciocho años, tan alta como yo, me cago en dios, y amarilla amarilla como la cera, “¿pues esta chica?...”, conque, porque yo entonces no estaba aquí. Me pillaron aquí, preguntaron y vinieron, que yo vivía allá...en la otra casa. Y...je, je, je, algo vi que dije: -“me paice a mí que haremos

algo...”, y le di. Y dije: -“pues bajen esta noche otra vez” (...), “por mucho a las ocho y media estaré en casa; si vienen, aquí, y sino al otro lao” conque, sí, sí, no fallaron. Y a los tres o cuatro días los tenía otra vez en la puerta. Le vuelvo a dar y pregunta: -“¿aún no hemos terminao?”, y yo le vuelvo a dar y aún salía mal (...). Le daba en la muñeca. En la muñeca sólo. La derecha, la derecha. Eso es la aorta, la vena aorta que llevamos aquí, que se ve, bueno, digo yo. A mí esto no me lo han dicho. A mí esto me ha pasao más de una vez y se nota que la vena esta se inflama. Cuando hay mal se inflama y es...soltar eso, porque le doy y sí, y digo: -“pues baje mañana a mediodía” (...) y yo ya me lo barrunté. Y por la tarde ya no llevaba. Y por la tarde, otra vez a preparar para el día siguiente, ¿sabes?. Conque, al otro día digo: -“ya se l’ha cortao, mira ya si se le nota”, “no bajen más”, bueno, si acaso, si eso...con que ya por la noche no me bajaron. Y a los cuatro o cinco días me llama y yo ¡un miedo!. ¡Uy!, me cago en la leche. ¡Que había empezao a reglar la tía!. A tirar porquería, claro. Y le venía todo de aquello (...). El caso es que dicen que dormían juntas dos chicas siempre en cama, y había sido una chica fuerte, pero al venirle tan seguido..., y estuvo cuatro o cinco días, “¡ay, que se va a desangrar!, que no sé qué no sé cuantas”, allí, tirando sangre a punta pala...¡por la orina!, y la pobre mujer, andaluza, claro...Y a más, cuando vino y me bajó a ver ¡me metió un miedo!, digo: -“ a ver si esta mujer...”, y cuando me bajan al otro día le había cambiao el color. La chica estaba..., “el caso es que come mejor”, y digo: -“me cago en diez, la culpa de usted, que no las ha vigilao...”, -“es que dormían dos juntas”, y digo: -“no ve que se están limpiando”, ya digo, y a los dos meses bajó otro día ella y, me cago en laos, ¡se había hecho una tiarrona!, había tirao t’ol zarpuz y se había hecho una tiarrona. Y yo digo. -“a ver si me va ahora a fastidiar, a ver si pasa ahora cualquier cosa y va a dar cuenta”.

Llegado a ese punto le pregunto si también arregla huesos y torceduras. Su respuesta no puede ser más ambigua: -“Y bien, sí que arreglas; bueno que arreglas, je, je, je, ¡el que no se deshace, arreglao!”. Cuando le pregunto cómo nota si arregla o desarregla contesta como la tía Guapa: -“El mismo dedo. Marca el mismo mal el dedo. Vas y dices, cago en diez, pues ya no sale mal”.

Relata varios casos de rodillas lisiadas, de brazos *en el aire*, de espaldas estropeadas; para él todo son “enginas”. Algunas son “corrientes” pero otras están dentro. Cuenta que es capaz de dar masajes en los sitios “condolidos”, pero eso sólo es solución pasajera, que notan cierto alivio pero que vuelve el dolor. Para que él arregle ha de “dar” en la muñeca” y sacar las “enginas”. Nota que *salen* por el mal gusto que les queda en la boca cuando lo hacen, horas después del masaje.

-“Estos días han venido bastantes mujeres. Y...les daba pero les volvía otra vez “pero ¿y esto?”. Y una vez vino una mujer con otro crío y dice: -“¡me hace un mal la espalda!..., si me pudiera usted dar unos masajes” y, anda, pruebo “¡pues si te sale tanto mal!...-¿tú, anginas, llevas?, -“no, de eso no tengo; a mí muchísimo mal la espalda, que no me puedo tener”. Le doy, me cago en diez, y ¡una mejoría!, claro, eran enginas”.

Según Ginés, curar el frecuente dolor de espalda de las mujeres es cosa sencilla y tiene su explicación, menos sencilla:

“La mujer, mientras tiene la regla, pues lo tira por la orina. Cuando se le retira pues le tira a los huesos y, mujeres de cuarenta y ocho y cincuenta años y cincuenta y cinco, es cuando empiezan ya a sufrir y sienten todo el dolor ese. Y a más, les he dao y ella... - “pues si es tan fácil de quitar”. (...) Pues si no viene de eso, ¿de dónde viene?. Yo tampoco sé d’ande viene eso. (...) Algunas han venido y se han desnudao, -“no te desnudes que no hace falta, p’a qué”, hombre”.

-“Con la espalda. Sí. Estos chicos llevaban enginas, yo creo que es esto, yo tampoco lo tengo seguro porque..., pero al que le salen afuera, que llevan tres o cuatro días la boca mala. Si no las llevas y las llevas por dentro, yo les digo: -“luego te rascaré la garganta”, -“sí, sí, si, es que me rasca”, y al día siguiente, claro. (...) Pues al que le salen afuera las tiras y llevas tres o cuatro días la boca mala, y eliminas todo lo malo, pero si se te meten por dentro y, donde tiran (...). No, no es que te la tragues, es que si las llevas en la tripa, eso, no salen y eso son las malas. (...) De los huesos, de las rodillas, de las manos. A la que le salen afuera. Pero que dicen que no son, y son. Eso es”.

CUALQUIER SITIO ES BUENO

A Ginés le llega gente de todos los sitios. Me relata casos de Alcañiz, de Guadalajara, de Teruel; catalanes le vienen muchos. Cuando cuenta casos de Híjar me demuestra lo extraordinario de su memoria; aunque haga veinte años que les atendió y a muchos no los haya vuelto a ver, es capaz de recordar los nombres, que acompaña generalmente del mote. Cuando me los nombra no le puedo pillar ni un fallo, hasta donde llega mi conocimiento. A muchos los conoce mejor que yo, sobre todo si son del campo. Es capaz de recordar las tierras que trabajan, si son suyas o arrendadas, dónde pastan el ganado y si es de propiedad o de otro dueño, y el nombre de éste. Lo que demuestra que no sólo “da”, sino que pregunta, le cuentan, y por eso “sabe”. Su manera de recordarlos no puede ser más nemotécnica: lía la red a partir de los primeros que atendió y los coloca y recuerda por quien les recomendó. El tal, labrador y primo del cual me mando a fulanito, cuñado de menganito, que fue el que vino primero; el camionero, tiene un hijo que me lo trajeron de parte de la cuñada del pastor que mandó el de la gasolinera, que vino de parte del que le vende los piensos al que trabaja el monte del que fue alcalde. Trabajarse la etnografía de Ginés es todo hacer “mapas” y ordenar información; un trabajo duro. Cuando le fui nombrando a los primeros que me habían hablado de él montó la red con una precisión que me dejó asombrado. Me llevó varias tardes montar el mapa de aquella red, y varias semana contrastar que lo que decía se ceñía a lo cierto. A mí me lo habían nombrado cuatro o seis; no investigué, en principio, más que a los que señalé más arriba y un par más, pero en los siguientes

toques exploratorios pude comprobar que, sólo en Híjar, había atendido a más de cuarenta personas en los últimos siete años. Todos estaban de acuerdo en que era un personaje peculiar, que ni él mismo creía mucho en lo que hacía y que si era curandero por algo, lo era por aclamación, aún cuando él no se atribuyera más saber ni más poder que los que le reconociese el personal. Era considerado un chalado, un extravagante, un bebedor, y un desaseado, pero genial en lo suyo. Único en su especie.

Conocía, de oídas o en persona, a todos los curanderos de la zona. Hablaba del *Güito*, del *Berzas* y del *Jerónimo* de Alcañiz, de la tía *Guapa*, del tío Francisco *El Cestero*, de Paco Risa. De todos tenía alguna referencia o incluso había acudido a ellos para curarse. Me nombró alguno de Albalate del que yo apenas tenía noticia, al de Cerros, a otro de La Portellada, al de Aguaviva, a dos Castellón, y a otros más. -“*Sí, van a estos y luego vienen a Ginés*”. Como los mezclaba con nombres de médicos yo supuse que Ginés era receptor de multitud de comentarios acerca de los itinerarios terapéuticos de sus pacientes. No hace mucho, una mujer de Alcañiz que también curaba le propuso que se asociaran; -“*esa, p’a hacer curas también. Dice que ella a una cosa y yo a otra*”. No aceptó. Lo de Ginés con las mujeres es pura misoginia.

Cuando le pregunté por su relación con los médicos me contó lo que todos. Que algunos le mandaban pacientes mientras que otros eran unos chulos que decían que los curanderos eran charlatanes y payasos. Con estos no tenía piedad. Se quejaba de que se ponían tan tontos porque se creían que estaban en posesión de la única verdad, pero que él creía que eran verdades a medias o mentiras gordas; y que se lo demostraría cuando quisieran y, sino, que preguntaran a los que él había curado. En la conversación que mantuvimos en el bar de la piscina, con un amigo suyo de contertulio, hizo hincapié en lo perjudicial de muchos tratamientos médicos. Él prefería los remedios con hierbas u otros vegetales. Su paisano le recriminó que él tomara Sintrom, el anticoagulante con posología más cerrada; le respondió que no negaba la virtud de aquel y otros fármacos, sino la falacia de que te lo dieran cuando no hacía falta o de forma equivocada, y que ese era el peligro de los malos médicos. Que él tomaba el Sintrom porque -“*tengo la sangre fuerte. El sintrom va bien p’a limpiar el brazal. Desde que me lo tomo el Sintrom me sale de puta madre*”. En su caso estaba indicado. Para ilustrar sus relaciones con los médicos nos hizo un relato de lo que le aconteció en el hospital Miguel Servet de Zaragoza cuando lo operaron de una hernia inguinal.

Después de la operación lo colocaron en una habitación de dos camas. A los dos días, bastante repuesto del trance, ocuparon la cama de al lado con una mujer joven. A él le

pareció guapa, y además le dijeron que era jotera. Solterón, misógino y tímido como era, le dijo que al día siguiente hablaría con el jefe de planta para que le diesen habitación con otra mujer; que no se preocupara que él no la molestaría ni miraría. Ni él ni ella se atrevieron a defecar u orinar, así que, al día siguiente llamó la atención a los médicos y la cambiaron de sitio. La llevaron a la habitación de al lado. Ya estaban mejor cuando una noche la joven no hacía más que llorar de dolor. Ginés se acercó a verla y la joven se lo agradeció; le ponían calmantes pero no paró de quejarse toda la noche. Al día siguiente era sábado. En La Romareda, que está enfrente y se ve el campo, se jugaba el partido de liga entre el Zaragoza y el Español. La gente estaba mirando por la ventana y la pobre chica estaba sola en la sala de estar, amargada de dolor y encogida sobre el vientre. Ginés dejó el fútbol y se acercó a ella. Le contó que le dolía la tripa y que los médicos “*no le sacaban nada*”. Pensó en “darle” pero se contuvo. Lo que sí notó es que la chica *se le arrimaba*. Él se mantuvo prudente pero la jefa de enfermería, que era de Alcañiz y le conocía, comentó a la madre de la chica quién era Ginés. Así que se asustó cuando en la mañana del domingo la madre se acercó a verle en su habitación. Él tenía la conciencia tranquila, pero no se fiaba de la enfermera. En realidad no venía por sospechar que se arrimaran la hija y él, sino porque la de Alcañiz le había dicho que era curandero y que pedía remedio para su hija. Entonces sí se atrevió a “darle”. Nada más cogerle la muñeca detectó que tenía una “engina” en la tripa y se dispuso a sacársela. Le “dio” y a las horas tuvo muy mal sabor de boca, lo que era buena señal. Aquella noche ya pudo descansar. El lunes por la mañana repitió la operación y aumentó el mal sabor. Le dijo que no se preocupara, que esa noche dormiría de un tirón porque la “engina” ya estaba fuera. Así fue. Ginés explicó a la madre y a la hija que no dijese nada a los médicos, no se fueran a mosquear. Pero lo hizo la enfermera. A Ginés le habían sacado sangre esa mañana y se asustó cuando le llamó el jefe de planta a su despacho. Suponía que algo de lo suyo no iba bien. No era por eso.

“Don Santiago Costea y uno que se llamaba Fatás, que no sé si es apellido o mote, me llamaron a la oficina. “¿Cómo que anginas?”, -me dijeron-. Era por lo de la jotera. Y yo les dije que sí, que era una engina de pecho pero que aquello ya estaba curao. Así que me dijeron: -“nos alegramos, hombre”, sí, sí, y no les supo malo. ¡Coño!, la supervisora se lo diría”.

Aquello se corrió por el hospital. Luego le vino otra mujer diciendo que era madre de dos gemelicos que tenían mal y quería que los curara:

“Y digo, pero claro, es que son muy pequeñicos, que ná más tienen mes y medio o dos meses, y ¿quién te los cuida?, y dice: -“mi madre y yo”, digo a ver, y entonces yo ya sabía, me cago en diez, -“lo que las llevas tú, que los críos no lleva, no”. Y le di y

claro, se corrió aquello y en cinco o seis días estuve, puede que entraran veinte o treinta. (...) Y luego con el médico ya no he hablado más pero, las ATS por allí y las enfermeras se reían: -“hala, que tú has venido a curar más que a curarte tú”, y sí, sí, pasaron lo menos quince o veinte. Además era en Semana Santa. Y a raíz de aquello ha venido bastante gente de Zaragoza.”

Ginés, pese a tomar Sintrom, bebe alcohol. A lo largo de nuestras entrevistas no ha dejado la cerveza de la mano. Encima de su nevera, al lado de las cajas de fármacos, tiene una botella de coñac a medias. A tres kilómetros de su casa, en el cruce de la carretera nacional, hay una gasolinera con un bar restaurante; enfrente hay un puticlú, cerrado desde hace años. Era un casa de labranza reconvertida en “sala de fiestas”. Un labrador de Híjar, José María *El Matías*, había comprado la finca y en el lote entró aquel edificio. Lo estaba visitando con otro amigo, Alejandro el carnicero, bromeando sobre la historia de aquellas paredes, cuando se encontraron con Ginés. Se conocían con el labrador por haberlo “visitado” varias veces; le había quitado las “enginas”. Alejandro, un hombretón de ciento veinte kilos y mucho humor, se interesó por las cosas de Ginés. Ofreció una ronda en el bar de la gasolinera y fueron allá. Entre copa y copa le contó a Ginés:

“Que tenía palpitaciones y costodias y dije: -“trae, que te voy a arreglar”, y le cogí la mano en el bar, “que se te puede arreglar eso”. Y le cogí la mano y porque le hacía mal dice: -“¡para, para!”. Si llevas mal hace mal. Sino, no. Si sale mal –dice- “tenemos que ir hacer una merienda” (...), y digo: -“siéntate no te vayas a esmayar, porque cago en dios, más de uno se ha esmayao. Y dice: -“los de Híjar, con lo valientes que somos, llorar no lloran en ningún lao”. La que liamos aquel día”.

A Alejandro el masaje le dolió, lo que indicaba claramente que “había mal”, pero no fue esa la preocupación de Ginés:

“Y digo, para, a ver si me vas a pegar, coño. Ese me da un manotazo y me mata. Y luego se reía y se fue. Eso fue el año pasao, que venían con una castaña, de mirar el puticlú”.

El “mal” de Alejandro estaba justificado. A los pocos meses sufrió una angina de pecho, no de las de Ginés sino de las del cardiólogo de Alcañiz. Ginés se enteró y me lo contó: -“¿Sabes quién ha venido?, que se ve que le dio un infarto, el carnicero ese, Alejandro”.

La noche siguiente a la tarde en que finalicé la transcripción a mano de este episodio, subí al restaurante que nos hace la cena, a recogerla. Era día de guardia sanitaria. En el mostrador, dos de los personajes mencionados en la anterior entrevista: Alejandro, con sus muchos kilos y la sonrisa a punto, y José M^a *El Matías*. Les pedí razón. Comenzaron

por relatarme sucintamente la aventura. Fue una juerga; ellos iban de borrachera y se toparon con Ginés. Le tomaron un poco el pelo, le invitaron a beber y se produjo la situación terapéutica, medio en serio medio en broma. El relato resultaba jugoso. Corregía y aumentaba los detalles de Ginés. Pero lo bueno era que, entre risas y llantos, los dos reconocían la eficacia del tratamiento. Alejandro reconocía la eficacia diagnóstica. José M^a la terapéutica: ya no ha vuelto a padecer anginas. Me cuenta que, con ocasión de las fiestas de Valmuel, se encontró con Ginés. Éste le dijo que le podía quitar las molestias y, a las tantas de la noche, debajo del arco que da entrada al pueblo, se lió a darle masajes. -“*En la mano derecha, siempre en la derecha, la otra no vale*”. Entre risotadas relata que lo dejaron estar, no se fueran a pensar que eran una pareja de maricones haciendo manitas. Aquella fue la primera sesión; en varias más, sin pautar, se le corrigieron las “enginas buenas” a José M^a.

Al despedirme de ellos, Alejandro soltó una de la tierra: -“*El Ginés, tonto, tonto..., tonto l’haba*”. Otras veces se dice que “un tonto que jodió a un pueblo”, dando a entender que hay saberes depositados en quien menos se esperan.

6.4. *El Tronco*: encuentros y desencuentros

DE LA HERRERÍA A LA MINA

En esta tierra, de quien se supone en trance de ser algo, se dice que lo es “en hierbas”. Así, se dice *cuñado en hierbas*, al novio de una hermana; *cura en hierbas* al seminarista; *soldado en hierbas* al quinto con intención de reengancharse; *encargado en hierbas* a quien espera la jubilación de su jefe, presto para serlo él. No les falta más que un tris para pasar del proyecto a la realidad. Del *Tronco* podríamos decir que es un *curandero en hierbas*. Ese tris que les falta es la legitimación social, en cuyo proceso están él y alguno más. A este *curandero en hierbas*, aunque de vegetales no entienda, nadie le dice José Antonio, ni José, ni le mentan por el apellido. Todos le conocen por *El Tronco*, por cosas de herencia familiar. Su itinerario personal y laboral resultan fundamentales a la hora de entender su situación en el proceso de legitimación.

El Tronco es un hombre de cuarenta y tantos años, fuerte y dicharachero, que no para en casa. Habitualmente anda por los bares, por los de toda la zona, a donde se desplaza con un coche viejo que compró de nuevo cuando los dineros le llegaban para eso y para más. A pesar de su juventud y los cuidados de su madre, con quien vive a temporadas, a veces se le ve desarreglado, con la barba entrecana mal cuidada, con aspecto de ser

mayor de lo que es. Hoy por hoy, suele servir de referencia de lo pernicioso que resulta haber accedido al dinero abundante de la mina sin la previsión suficiente para administrarlo. Lo conocí cuando tenía él catorce o quince años. Lo habían sacado de la escuela y había entrado en un taller como aprendiz. Su jefe era un antiguo colega mío. Yo lo visitaba con frecuencia y allí pude ver cómo trabajaba aquel chico. Siempre estaba sonriente, bromeando con los compañeros y clientes, afanado en dar forma a los hierros, hasta convertirlos en auténticas filigranas. La parte artística corría a cargo del jefe; los oficiales y aprendices se encargaban de lo artesanal. Las manos fuertes del *Tronco*, sus ganas de agradar, y una cierta admiración por lo que salía de ellas, le convirtieron en un buen forjador al que se auguraba futuro como artesano. A la vuelta del servicio militar le guardaban el puesto, pero ya no trabajaba con la misma diligencia y agrado. Con la excusa de una remuneración escasa, se planteó dejarlo. Eran los años de máximo apogeo de las explotaciones mineras y hacia ellas encaminó sus habilidades. Sacar carbón era duro pero pagaban bien; el dinero era un reclamo que acercó al pozo a quien no tuviera ni miedo ni reticencias al oficio. Al *Tronco* se le empezó a ver por los bares. Era simpático, guapetón, convidador, optimista y alegre. No tardó en echarse una novia que apreció las innegables virtudes del muchachote. Se casaron y tuvieron dos hijos. En la mina seguían subiendo los jornales por encima de la media, y la vida de los mineros ganó en comodidades. Las explotaciones a cielo abierto, la mecanización, y las mejoras en pluses y economatos los convirtieron en “nuevos ricos”, al decir de muchos. Unos ahorraban, mejoraban sus viviendas, ayudaban a los padres y mandaban a estudiar a los hijos; otros gastaban con alegría en coches, ropa, comidas, bebidas, hachís y francachelas varias. A unos les iba muy bien y a otros no tanto, pero el dinero daba para mucho.

Con la crisis de la minería llegaron las privatizaciones y las prejubilaciones. Sobraba personal y se ofertaron retiros a quienes más tiempo llevasen en la empresa. Con quince o veinte años de mina se ofrecía una asignación económica de por vida y una indemnización sustanciosa. Al *Tronco* le ofrecieron varios millones de pesetas y el subsidio de paro. No se lo pensó dos veces. Con cuarenta años era un parado subvencionado, con piso y coche nuevos, mujer joven, un hijo en edad escolar y otro en la cuna. Bastantes aceptaron aquel trato y supieron invertir su tiempo y su dinero juiciosamente. El *Tronco* se perdió entre los bares, se engolfó y, lo mismo de simpático y convidador que siempre, se le fueron los millones en salvas, convites y timbas. Sus

compañeros de alterne y los propios taberneros lo veíamos venir. Muy inocente para esas cosas, él no parecía darse cuenta.

UN ALMA EN PENA

Se acabaron las alegrías. Ya hace cosa de nueve años que *El Tronco* vive sin vivir en sí. Al paio se fueron la familia y las amistades. Hace cuatro años, esperando de buena mañana en el bar de los jubilados a que el médico abriese la consulta, me encontré con *El Tronco*. Yo pedí café y le ofrecí ronda. Pidió un *revuelto*, la mezcla de anís seco y moscatel que se toman los castizos antes de ir a trabajar. Me contó sus cuitas. Andaba cogiendo olivas a jornal y esperaba que alguien de su pueblo lo viniese a recoger para llevarlo al monte. Sus relaciones familiares eran penosas. No se lamentaba menos de que sus compañeros de “marcha” le hubiesen abandonado. Por darle ánimos le insinué si no sería conveniente dejarse de tonterías y recuperar sus saberes como artesano, con la falta que hacían profesionales como él, aunque sólo fuese para hacer chapucillas. Dijo que no, que él no estaba ya para eso y que, mal que bien, el jornal esporádico le servía para sobrevivir; su madre le atendía en lo fundamental: casa, comida y ropa. Entendí que el dinero que pudiera ganar se lo dejaría en el bar o en gasolina. Mal asunto. Me tuve que ir a pasar consulta y lo dejé allí. A las once y media, antes de empezar las visitas domiciliarias, volví al bar a tomar otro café. *El Tronco* aún estaba allí; no lo habían pasado a recoger y seguía con los *revueltos*. Eufórico por los tragos no parecía pasar pena. Estaba rodeado de hombres mayores que le reían las gracias, con mucha socarronería, dejándolo ir. En cuanto me vio entrar me echó el brazo por los hombros y empezó a contar, voceando y para toda la concurrencia, desde cuándo nos conocíamos, que yo era un artista y él también, la de copas que yo le habría servido, lo fuerte que era, y que nunca le había ganado a tirar al pulso. Me retó. Le puse por excusa que no podía tirar por tener dolido el hombro de una caída de moto. Inmediatamente se puso serio y, en tono confidencial, se ofreció a arreglármelo. Le pregunté si acaso él tenía habilidades para eso y me dijo que sí, que había heredado la maña de su abuela, y no eran pocos los que empezaban a llamarle para que los arreglase. No le creí; supuse que estaba fantaseando.

Ocho o diez meses más tarde apareció por el servicio de urgencias estando yo de guardia. Contó que se sentía mal, que tenía mareos, palpitaciones, y una opresión fuerte

en el pecho, al lado del corazón. Se le atendió, medicó, y decidimos esperar que mejorase. Contó que era hipertenso, que estaba en tratamiento recomendado por su médico de cabecera, pero que lo seguía sólo de vez en cuando. Que suponía que aquello era debido a los disgustos. Se extendió en explicaciones y aquello comenzó a alargarse. Su tensión estaba ya mejor pero tenía ganas de que le escuchásemos. Pidió permiso para encenderse un cigarrillo y se le dijo que allí no podía ser; el médico le recomendó que lo dejase. Aguantamos media hora más hasta que se alivió. Como era la hora de cenar se ofreció a traernos algo de la calle y declinamos la invitación; la cena la teníamos servida en el piso de arriba, ya fría para cuando se fue.

Él mismo me refirió más tarde que le había tomado afición a pasarse por el Centro de Salud por las noches, aunque sólo fuese para charlar; otras veces por motivos de ansiedad y con la tensión por las nubes. Su demanda se solía resolver con la escucha de sus cuitas y algún tranquilizante, pero comenzó a ser molesta cuando se producía a horas intempestivas. Él, que ahora se juntaba con los indigentes, transeúntes y *bar-fly* de la zona, se presentó otra madrugada a pedir explicaciones sobre el manejo del glucómetro de uno de sus compañeros de andanzas, un diabético insulino-dependiente, a quien se habían empeñado en “hacer el azúcar”. Se les habían terminado las tiras reactivas y venía, con una usada de muestra, a pedir más. Como no le pusimos muy buena cara, se lió a contar que venía, más que nada, porque a él “*no le salía azúcar*”, que aquellos aparatos con él no podían y se empeñó en demostrárnoslo. Afirmaba que, si se concentraba, podía hacer bajar la glucemia de su compañero diabético sin pincharle la insulina. Que no sabía si ejercía su poder contra *los páncreas* o contra el aparato de medir. El médico estuvo a punto de terminar la consulta pero, como yo sabía de sus historias, me presté a aceptar que si su azúcar, con el glucómetro que teníamos allí, salía bien, se iría a casa y dejaría de dar el tostón. El médico aguantó estoicamente el experimento. Preparé el aparato, él cerró lo ojos y “se concentró”, le pinché el dedo, saqué la gota de sangre, la apliqué en la tira y esperé los quince segundos de rigor. Estaba normal. Algo mohíno por el fracaso, se fue. Rezongando hasta la puerta, eso sí, que él era muy amigo de los médicos y que todos sabían que él tenía “algo” que pocos más tenían.

Entre lo que de veras le pasa y lo que se imagina, *El Tronco* anda como un alma en pena. Harto de andar en ese plan, decidió hace un año y medio aceptar un trabajo de temporada en una fábrica. Cumplía. Hay que reconocer que tiene una fortaleza física fuera de lo común. Es capaz de levantar grandes pesos, de aguantar diez horas sin

descanso, sin comer ni beber ni perder el humor. Pero no sabe hacerlo con la continuidad necesaria que le permita renovar contratos. En cuanto no se lo renovaron se apuntó al paro. Cuando se le terminó, haciéndome caso, se comprometió en un taller. Muy contento con ese trabajo, me iba contando sus progresos con los masajes. Se los ofrecía a todo aquel que tuviese alguna molestia en los músculos o las articulaciones. Una tarde se empeñó en masajearme el hombro derecho, dolido como siempre. En un rincón del bar donde estábamos lo palpó con suavidad; me tomaba del codo y movía la articulación en todos los sentidos. Dijo que aquello estaba “tocado” y que no lo podía arreglar, pero que me iba a dar un masaje que me quitaría el dolor. Resignado a mi suerte acepté, advirtiéndole que lo hiciese con cuidado, no me lo fuera a dislocar. Empezó con suavidad pero, cuando le pareció, clavó sus pulgares con tanta fuerza que me desasí y salí disparado. Él se quedó con las manos en alto diciendo que no era para tanto, que volviera, que trabajaría con más suavidad. No le hice caso. Pagué la ronda y me largué.

Pocas semanas después me encontré de nuevo con él. Me dijo que estaba intentando entrar en algún negocio relacionado con sus saberes artesanales, pero que lo que le llamaba era lo de los masajes. Él se seguía ofreciendo sin cobrar nada, sólo por probar, pero que ya eran varios los que le llamaban cuando se veían apurados. Le ofrecían “la voluntad”, pero sólo aceptaba alguna ronda.

Ayer, después de un tiempo sin verlo, hablé con él en la gasolinera. Su coche destartado estaba mal aparcado en un baldío próximo y él estaba bebiendo cervezas que sacaba de la máquina expendedora. Ya no está en el taller ni le salió lo del negocio. Ahora, lo que le va mejor es el asunto de los masajes. Dijo que ya le dicen *curandero* y lo llaman muchos para “arreglar”. Nos nombró, al gasolinero y a mí, doce o quince personas que se le habían hecho “fijas” y otras tantas que acudían esporádicamente a él cuando creían que lo necesitaban. A muchos los conozco, son pacientes habituales de otros curanderos; a otros no, aunque no me extrañaría encontrármelos en el servicio de urgencias, si los trata como a mí. Tampoco se me haría raro, dada la marginalidad del personaje, que algún día surgiese “el milagro” y, por azar o acierto, *El Tronco* fuese entronizado como curandero oficial de la zona, ahora que la *tia Guapa* y el *tio Cestero* están rematando sus días en este mundo, casi ciegos ambos, y faltos de la fuerza moral y física que su vieja ocupación requiere. Y que Ginés, el curandero de Valmuel, está en la UVI del hospital con algo más que una “engina” de pecho. Y sin nadie que le dé masajes en la muñeca.

7. LOS CURANDEROS ESOTÉRICOS

7.1. Paco Risa o la seriedad de las manos

EL SEÑOR PACO: CONTACTOS

A Paco le vi la cara por primera vez en La Puebla, en casa de *las Serranicas*, el verano de 1999. Ellas me ayudaron a contactar con él con ocasión de una de las visitas semanales que solía hacerles. Siempre le nombran como *el señor Paco*. Me lo presentaron en el mismo escenario en el que trabajábamos ambos, de manera que se hacía patente, en principio, el encuentro entre dos personas dedicadas a lo mismo. Ese fue el primer tema de la conversación que iniciamos en el mismo domicilio de clientes o pacientes comunes.

Delante de las tres anfitrionas, me presenté como investigador que quería saber acerca de las relaciones entre las medicinas posibles. La imagen de Paco se me mostraba por fin ante los ojos. Un tipo más o menos de mi edad, cincuentón, espigado y moreno, delgaducho pero con los brazos nerviosos y fuertes, desenfadado, abierto y fumador. Vestía camisa a rayas con los dos primeros botones desabrochados que descubrían los pelos del pecho. Ensortijado en ellos, un Cristo de oro sin la cruz del martirio, sólo cuerpo, encogido de rodillas y con la cabeza torcida, que más parecía estar haciendo esfuerzos atléticos, colgado de la cadena, que sufriendo el martirio. En fin, un Cristo martirizado por la gimnasia. Dos imágenes pasaron como relámpagos por mi mollera ante aquella primera visión. Una, la imagen de aquel Cristo sin cruz *haciendo anillas*, a dos metros escasos de las colgaduras de lo mismo, en aquel cuarto pueblerino donde una inválida debía hacer similar gimnasia para sobrevivir. Otra, la presencia del material del que estaba hecho el Cristo: oro que no hacía tanto se había puesto de moda entre algunos hombres. Hacía unos años que se pudo ver a los “playeros” en el retorno de vacaciones, morenos y entristecidos por la vuelta al trabajo, que tomaron la costumbre de colgarse al cuello figuras de ese material, como un chupete, un porrón, un botijo, una virgen del Pilar o un Cristo atlético. Todo de mucho peso, grande descomunal para lo que hasta entonces era corriente. *Los macarras del oro* fue moda de principios de los noventa que, por lo visto, no estaba del todo obsoleta. Paco encajaba en aquel estereotipo formal. El bronceado y el colgante asomando por el cuello abierto de la camisa chocaban con la imagen de las anillas que Carmen tenía sobre su cabeza. Una realidad que ponía en cuestión mi idea de lo hortera. Cosas más, fruto de una manera de mirar a la que *ofenden* pero

entusiasman las cosas chocantes. Algo hay que no cuadra en las teorías defensoras de una necesaria cosmovisión o analogía cultural, para que la relación curandero-curable sea efectivamente terapéutica. Entre Paco y las Serranicas habrá que reconstruir esa imagen fundamental compartida; a primera vista los signos diacríticos son contrapuestos.

En cuando Paco me avisó que aceptaría responder sin reservas cualquier pregunta que le formulase, los pies nos llevaron, sin previo acuerdo, a la calle. Nos despedimos de las anfitrionas y Paco se dirigió a su automóvil a dejar una bolsa con huevos que le habían regalado en la casa. En la plaza contigua, frente a la antigua farmacia, había varios coches aparcados al lado de mi moto. Mientras yo dejaba en las alforjas de la Honda el maletín de urgencias Paco abrió el maletero de un flamante Mercedes y dejó allí el regalo. -“*Coño, buena moto*”. -“*Coño, buen coche*”.

Ya en el bar, pidiendo cervezas refrescantes en el mostrador, la conversación giró en torno a los vehículos. Paco, me dijo, debía hacer muchos kilómetros al cabo del año y no era cosa de andar con un cacharro por esas carreteras de dios, así que se decidió por un vehículo cómodo, que tuviese *reprís*, con su aire acondicionado y *full equip*. Cuando le pregunté por el combustible, ¿gasolina o diesel? hizo una loa del primero. Le gustaba la velocidad y, aunque nunca lo ponía a tope, le gustaba saber que si quería podía hacer volar aquel artillugio. Dos cincuentones hablando de carreteras nacionales, curvas, frenadas, autopistas, multas, velocidad y cerveza.

Era la hora del café y el bar Brillante estaba lleno de parroquianos. Pedimos las segundas cervezas y nos sentamos en una mesa pequeña, de las que no valen para jugar al guiñote, al fondo del local. Paco estaba más interesado en hablar de motos que de “medicinas”. No me costó seguirle el rollo. O que él siguiera el mío a propósito de las virtudes de una buena moto. En realidad fue el encuentro de dos coetáneos que sabían que los “negocios” siempre se dejan para el final, que primero hay que situar al oponente, conocer con qué pie pisa, antes de entrar en el meollo de la cuestión. Nos debimos caer bien hablando de naderías porque la tercera cerveza se consumió en lo que Paco calificó como “*un chimpún*”. Allí apareció una muletilla que luego utilizaría frecuentemente para indicar la rapidez o facilidad con que se llega al final de un evento⁸⁵.

⁸⁵ He de recordar que fue durante mis prácticas como estudiante de enfermería en un hospital donde oí por primera vez una muletilla semejante. Allí se dice que tal o cual cura se hace “*en un pispás*”, que tal o cual médico remata tal consulta “*en un pispás*”. Son de esas palabras cuya procedencia se desconoce y que, de pronto y sin saber por qué, se incorporan al vocabulario sin que nadie repare en ellas. Lo del “*chimpún*” he notado que es usual entre catalanes. Algunos compañeros antropólogos de esa región

Con la tercera cerveza, digo, comenzamos a abordar el tema que me interesaba. Paco se centró en los aspectos básicos de su actividad sanadora. Su terapia consiste en la imposición de manos. La considera “no agresiva” y sin posibilidades iatrogénicas. No hace visitas a domicilio salvo la excepción de nuestras amigas, y es por cuestiones humanitarias. Se considera capaz de curar cualquier enfermedad. Hace bastantes años que ejerce como sanador (que le gusta más que curandero). No lo hace por dinero sino por una vocación de servicio. Nunca ha tenido problemas legales por ejercer. Abarca un territorio amplio que comprende Castellón, Tarragona, Teruel y parte de Lérida, aunque le pueden llegar gente de cualquier lugar, incluso extranjeros. No le gusta implicarse en los problemas personales de quienes acuden a él. No necesita de propaganda ni publicidad de ningún tipo. En fin, que se muestra dialogante y sin reparos a la hora de hablar de sus sanaciones y procedimientos; que nada tiene que ocultar y que pregunte lo que desee que él responderá con franqueza ..., y “chimpún”.

Quedamos en vernos el domingo 18 de julio –fecha señalada donde las haya- en su apartamento de Peñíscola. Que se lo confirme a través de su teléfono móvil un par de días antes, y que allí me esperará con los brazos abiertos y la comida preparada para pasar el día juntos y responder a lo que quiera preguntarle. Que aproveche para llevar a mi esposa que, de paso, disfrutará de un día de sol y playa. Nos despedimos con un apretón de manos y me fui casa a preparar la entrevista.

A las once de la mañana no hay quien aparque gratis en esa Peñíscola llena de franceses y aragoneses. Un sol de justicia hace subir la temperatura del Peugeot recién estrenado que comienza a protestar. Busco un aparcamiento de pago en la zona próxima al apartamento que vamos a visitar. Paco me ha situado por teléfono. Encuentro una plaza al sol de *maría santísima*. Recojo el ticket, cierro el coche, leo la dirección anotada en un papel y me acerco a preguntar en una cervecería con terraza que hay dentro del recinto, allí mismo, en primerísima línea de playa. Bajo un entoldado el personal en calzón corto se refresca. Busco al encargado o al camarero y -¡Antonio, estamos aquí!. En una de aquellas mesas hay un grupo en el que Paco levanta su mano indicándome que estamos en el sitio acordado. Saluciones, presentaciones, -“aquí Carmen, mi mujer”, -“aquí Rosa, la mía, mi hermano, mi cuñada,...sentaos a tomar algo, hombre, haced sitio.”

también la usan en sentido coloquial, y lo mismo he oído en boca de taxistas, camareros y profesores de instituto por esos lares; en Aragón se lleva “*el pispás*”, como en Madrid.

Retomamos la cerveza donde la dejamos; yo pido café y entramos en una conversación que pareciera de viejos conocidos. La verdad es que, a veces, el trabajo de campo no parece un trabajo sino unas vacaciones. Buen rollo. Las presentaciones son informales, poco protocolarias, distendidas, con un tono familiar que desanuda los reparos o temores que durante el viaje habían preocupado mi cabeza. Rosa, la mujer de Paco, se centra en Carmen. Dulces y discretas las dos, hacen buenas migas desde el principio y ligan una cháchara cordial. La hospitalidad de la primera hace que la prudencia de la mía se relaje. Paco, su hermano, su cuñada y yo hilamos la hebra componiendo otro grupo más gesticulador y vocero. Se habla de negocios, de apartamentos, de chales, de turistas, del turismo, del tiempo...

Alguien se acerca a Paco. Es una señora extranjera con una niña que le saluda sonriente y se va. -*“La nena, que tenía unas anginas con un fiebrón molt fort, y que me llamó el otro día y se lo quité. Ahora se me acerca para decirme que mire lo bien que está.”* El hermano apostilla: -*“es que este Paco es l’hostia. Lo conoce todo el mundo”*, le da una palmada en la espalda y pide una nueva ronda de beber. Se acerca el camarero con el servicio y anuncia a Paco que hay otra señora que pide hablar con él. Paco se levanta, se acerca a la demandante a la que acompaña un señor mayor, le pone las yemas de los dedos en los ojos, las mantiene un instante en su sitio y *“chimpún, ya está usted listo, hasta luego”*. Yo quedo asombrado y pregunto de qué va la cosa. *“nada – dice el hermano- que a éste en cuanto lo ven no lo dejan en paz”*. Paco me cuenta que es un asunto de alergias que trató de forma casi definitiva pero que aún falta un poco por recuperar. Rosa decide que ya es hora de que subamos al apartamento, allí mismo.

Subimos dos plantas, creo, en el ascensor. El pisito es pequeño pero muy luminoso. Pasillos y habitaciones están cuajados de pinturas enmarcadas de todas las tendencias y formatos. Predomina un *naif* colorista, florista y abigarrado que llama poderosamente mi atención. Rosa es su autora. En un momento de su vida, me dice, la pintura le sirvió de terapia que alivió los malos momentos. En el salón una estantería contiene una cincuentena de libros. Cerámicas de colores cuelgan por cualquier rincón y rellenan los huecos de las repisas. Las vistas son de postal. Sentados a la mesa, se ve cómo la ventana abierta recorta una panorámica del castillo que parece querer meterse en la habitación. La playa, allí mismo, entra rumores de mar y voces de gente que matan el tiempo tomando el sol y sorbiendo helados. -*“Ahora está tranquilo, pero por la noche, no veas cómo se pone esto. ¿Ves el callejón este? Eso son todo pubs de marcha y durante la noche aquí no hay quien pare, así que lo normal es que estemos aquí en los*

días de menos follón y, en cuanto empieza la temporada nos vamos a un chalet que tenemos ahí, contra la montaña aquella, que es la mar de tranquilo y tengo allí mi medio huerto y Rosa sus flores, ...pero que como no hay teléfono por eso llevo el móvil. Allí paramos mejor los fines de semana que es el único tiempo de descanso que me tomo; entre semana estoy muy ocupado. Durante el fin de semana no hago más que estar con la familia o los amigos o solos, allí en el chalet, tranquilos sin recibir a nadie.”

Paco, cuando habla, se suele frotar las manos y tira sus hombros para atrás haciendo que su barbilla se separe del cuello y vuelva, de manera que su mirada sea “desde atrás”, conduciéndose por la parte inferior de sus gafas. La prominencia de su hebraica nariz es un obstáculo que le da más hondura a una mirada que puede ser, como el verbo, tan directa o tan difusa como dicte el ánimo de su dueño. Pone en su hablar una manera de acuerdo tácito por el que lo que dice no parece importante, sino más bien *déjà vu*, nada nuevo o, por lo menos que ha sido ya interpretado y asumido convenientemente por quien con él conversa.

Rosa, su cuñada y mi mujer se afanan por la cocina *americana*. Se las puede ver destapando cacerolas desde la mesa donde nos sentamos los hombres. Ofrecen más cerveza. Aceptamos y, al mismo tiempo, pido permiso para sacar el bloc de notas y así fijar en el papel lo que se vaya diciendo. El magnetófono se ha quedado en el coche, achicharrándose, supongo. No me decido a recogerlo por no romper el buen ambiente que se ha creado, así que, concedido el permiso para escribir, abordamos el tema. Nuestras anfitrionas deciden acompañar a mi mujer a la playa. Toman unas bolsas y se marchan dejándonos a Paco, al hermano y a mí acodados en la mesa con nuevas cervezas que trasegar y ganas de conversación.

El hermano mira mi libreta.

“La verdad es que Paco es muy confiado. Es demasiado abierto y sincero. Yo me canso de repetirle que no se puede ir así por la vida, que cualquier día tendrá un disgusto por lo confiado que es.”

Le recuerdo, intentando quitar hierro al asunto, que no tengo nada que ver con los periodistas, ni con la “clase médica” o la jurídica, que no soy un “espía” del asunto ni de Hacienda y, por si Paco no se lo hubiese explicado, reitero mi interés por sacar adelante una tesis doctoral en la que no puede haber vencedores ni vencidos, ni denunciados o denostados. Que pretendía ser respetuoso con lo que me quisieran contar y que no me mosquearía si declaraban inabordable algún aspecto; que retiraría cualquier pregunta que considerasen fuera de lugar, indiscreta o molesta y que..., Paco me interrumpió:

“Antonio, tranquilo. Te avisé que contestaría cualquier pregunta, y es que mi hermano tiene una mentalidad científica que le cuesta comprender cosas que tú y yo tenemos asumidas. No te preocupes”

Espontáneamente se abrió una discusión acerca de lo creíbles o increíbles que, en general, pueden ser las actuaciones de los sanadores o curanderos al margen del sistema médico oficial.

“Mi hermano es que ha viajado mucho por el mundo. Acabó el peritaje y emigró al extranjero para trabajar; tiene una mentalidad técnica que le impide comprender algunas cosas que se salgan de lo corriente”. –“No, no, Paco, no es que yo no crea o no comprenda, es que estamos hablando de lo que la gente está dispuesta a asumir, de cómo entender esto”.

Yo asistía a aquel debate sin intervenir apenas. Estaba claro, así me lo pareció, que el hermano era un positivista, un pragmático, que no podía creer que su hermano pequeño se dedicase a algo que no encajaba en sus esquemas de “normalidad”. El curso del debate acabaría dejando claro que el hermano podía llegar a ser más “creyente” que el propio Paco, pero que defendía el derecho de la gente a no querer comulgar con lo que suponía ruedas de molino. Aceptaba personalmente los éxitos reconocidos por los propios asistidos de su hermano, pero temía que cuando Paco los justificase metiese la pata nombrando no se sabe qué poderes ocultos, gracias o sinrazones, que escaparían de las convenciones médicas, técnicas o razonables al uso. No podía negar que Paco se ganaba bien la vida, aunque opinaba, como buen superviviente, que cobraba poco para lo que producía. El hombre debatía intentándonos convencer de lo difícil que resultaba, para el personal y para él mismo, aceptar tanto los hechos curados como las justificaciones teóricas de la terapia que pudiese aducir o nombrar Paco. Atisbé que era una cuña de prudencia que intentaba ofrecer a su hermano cuando alguien, armado con lápiz y papel como era mi caso, podía llevarle a justificar el absurdo o lo incomprensible. En cualquier caso acepté, qué remedio, la figura presente del hermano ejerciendo ora de fiscal ora de abogado del diablo. A la hora de redactar estas notas pienso que fue un contrapunto enriquecedor más que un obstáculo. La verdad es que sus opiniones se las pasaba Paco por el arco del triunfo. Como prometió, no se cortó ante una sola de las preguntas. Yo, por mi parte, tampoco reduje el cuestionario previsto.

MANOS DE SANTO

Francisco Risa Royo nació en Tortosa (Tarragona) el 12 de agosto de 1947. Su abuelo paterno proviene de Roquetes donde le llamaban *El Picapedré*, por su oficio. El materno era natural de Albalate del Arzobispo, se dedicaba al trato de caballerías y le llamaban *El Tutero*, vaya usted a saber por qué, aunque suponemos que por gustarle el tute. En Roquetes todavía le queda una tía y en Albalate también mantiene contacto con sus parientes.

Su padre, que fue capitán del ejército republicano durante la guerra, es una figura que a Paco le gusta glosar. El Capitán General Tomás García Rebuel estuvo varias veces en su casa a mostrarle agradecimiento por haberle salvado la vida; recuerda cómo le contaba su padre que ganó un concurso de tiro con pistola en Burgos, con los rojos, y otras anécdotas como haber cambiado un diamante de procedencia inexplicada por un bocadillo en un momento de hambre; o cómo la familia de su padre en Orihuela acabó vendiendo una vajillería de la Cartuja de Sevilla, que perteneció a Goya, a un anticuario. De su padre dice Paco que *“era espléndido en asuntos de dinero y muy exigente en los de trabajo”*. Recuerda la afición paterna por las motos y varios modelos que pasaron por su casa. Entre otras una Norton con sidecar, una MV y una Lube. Ganó un campeonato de ciclismo en pista corriendo delante del mítico Timoner. Un día al año tenía la costumbre de celebrar una fiesta: llamaba a una orquesta, llenaba un camión con viandas, sombrillas y utensilios, y se iban todos a la playa a pasar el día. Otras veces hacían viajes con la Norton y el sidecar de madera del que sobresalía la cántara del agua. Eso no quitaba que, desde niños, sus hijos estuvieran obligados a ayudar en el negocio de asentador de naranjas que el padre poseía en Tortosa. Del baúl de los recuerdos sacaron los hermanos para la ocasión alguna etiqueta de las naranjas con la marca RISA – un logotipo que ahora ostenta otra marca conocida, QUEROL- y una foto del padre con la MV Augusta. Quedaba claro que el padre había sido un peleón del negocio que, a la postre, heredaría Paco.

Él se crió entre cajas de naranjas y no quedó muy claro si acabó el bachillerato. El caso es que, mientras el hermano estaba formándose en la universidad, Paco, a los catorce años, estaba ya al tanto del negocio familiar que incluía una nave industrial, varios camiones y furgonetas y una cartera de clientes que auguraban un futuro próspero. Mientras se aprendía el negocio cursó estudios de contabilidad. En Tortosa y su comarca se le conoce por *El Risa*, pensando más en su carácter afable y por la marca

de las naranjas que en el propio apellido. Un caso más en que un apellido adquiere el doble sentido de mote.

Ese parecía el futuro de Paco hasta que un hecho singular propició una nueva inclinación. Todavía tenía doce o trece años cuando, mientras estaban faenando en el almacén, Miguelito, un crío de la vecindad, con mucho escándalo.

“Se puso malo de nervios en las tripas delante de la nave. Yo me acerqué a él, le puse las manos en la barriga y se le pasó. Todos me preguntaron qué había hecho y les tuve que decir que nada, que sólo le había puesto las manos y que con eso se había calmado. No sé explicar qué me impulsó a hacer aquello, sólo que estaba seguro que no era un caso de histeria”.

Esa fue, según Paco, su primera actuación curando gente. Poco después alguien descubrió que tenía la cruz en el paladar, símbolo inequívoco de que aquel muchacho tenía “gracia” para curar. Paco abrió la boca echando la cabeza para atrás intentando mostrármela.

Siguió trabajando en las naranjas aunque, con el tiempo y las curaciones, alguna gente reclamaba sus servicios como sanador. Vuelve a insistir en que no le gusta lo de curandero, que él se siente sanador pues no aplica hierbas ni emplastos ni manipulaciones ni nada. Recibía a sus “clientes” -así les llama- en su piso de Tortosa y cada vez le ocupaban más tiempo. Había incorporado ya una cámara frigorífica y otros adelantos al negocio cuando, para la sorpresa de todos, decidió alquilarlo y consiguió un traspaso favorable que le permitió dedicarse por entero a su vocación de sanador. Como buena parte de los que pretendían su asistencia provenían de la zona del Baix Ebre y sus aledaños, hace ya catorce años que alquiló una habitación en el hotel Querol de Valderrobres en donde pasa consulta una vez a la semana.

Una de sus clientas de hace años fue su actual compañera, Rosa, algunos años mayor que él, dueña de una floristería en Tortosa y con algunas propiedades inmobiliarias por la costa. Se enamoraron, y pasó de clienta a compañera. Se les ve muy unidos y tan compenetrados que hoy por hoy Rosa es la ayudanta del maestro. Y una de sus más firmes valedoras. Hoy el piso de Tortosa está cerrado y Paco atiende en Peñíscola todos los días laborables, menos el martes, que lo sigue haciendo en Valderrobres. Los fines de semana los dedica a descansar, a recibir amigos, familiares, o a algún antropólogo impertinente que llega para turbar su paz. Pero Paco no se inmuta por nada. Estoy seguro que sería un excelente jugador de póquer.

Paco no lee. Los libros que hay por la estantería son de Rosa. Ella si es aficionada a leer, además de a la pintura, la medicina naturista, la herboristería, las terapias

alternativas y el altruismo. Cuando me acerco a ojear los textos es Rosa la que me da las explicaciones, y las quejas de que su hombre no tenga interés por los libros. Cuando selecciono uno de reflexología podal me indican que está allí porque Frederic Viñas, su autor, se acercó a ver a Paco y le ofreció pertenecer a su equipo terapéutico, alertado por los resultados de la práctica del tortosino. Parece ser que le invitó a dar una conferencia ante un auditorio de convencidos, pero Paco renunció. Según él no tiene nada que decir. Aún así reconoce que en una ocasión hizo un curso *“por conseguir un título que me habilitara para el trabajo”*. Nunca lo ha utilizado ni por lo aprendido ni por salvaguardar nada. Piensa, desde aquella experiencia, que *“los cursos son para gente que no tiene claro lo que tiene que hacer, y ese no es mi caso”*.

Paco tampoco escribe. Cuando le pregunto si hace fichas a los pacientes, si anota sus nombres y procedencias, si hace algún apunte respecto a sus tratamientos o fechas, me contesta que nada de nada. *¿Cómo reconoce a tantos pacientes? -“De memoria, todo lo llevo en la cabeza; yo no apunto nada”*. Hay gente que lo visita durante años; con esos acaba llegando a un conocimiento íntimo y muy personal. Otros sólo los ve una o varias veces; de estos tampoco olvida ninguno, aunque algunos acaben borrándose de su memoria; mejor, según él, pues significan que se curaron y ya no necesitan de sus servicios. Y aunque no los vea, siempre le llegan noticias suyas por aquellos a quienes cuentan el éxito y lo recomiendan. Así es como se forma una cadena de conocidos y no olvidados cuyo eslabón es siempre algún éxito de Paco.

“Siempre hay alguien que los trae.”

“Los diagnósticos que los haga el médico. Nunca me atrevo a hacer uno de certeza”.

De esta manera explica que él es capaz de detectar un mal, aunque normalmente se niega a ponerle nombre. Y además es capaz de detectar una urgencia.

“Yo las urgencias las huelo; no suelo decirles qué puede ser pero en cuanto detecto algo grave, no será la primera vez que acompañe al médico al cliente en esas circunstancias. Y siempre acierto. Y la familia así aún confía más.”

Cuando le pregunto si tiene alguna especialidad me contesta que no, que él *“lo toca todo”*. Hace un peculiar manejo de la anatomía -la conoce bien, para mi entender- y la patología -tampoco es manco-. *“Incluso herpes supurante, que consigo reducir en pocas sesiones”*. Respecto a la higiene me contesta que tiene por costumbre lavarse cada vez que toca a alguien y que no tiene ningún miedo a las enfermedades transmisibles: *“si tuviera miedo no haría lo que hago”*.

Su terapéutica básica y única es la imposición de manos. No fricciona, ni aprieta, ni interpone nada entre sus manos y la piel del cliente. Si vienen con apósitos, los retira, y lo mismo con las vendas, gasas o fajas si llevan. En la mayoría de los casos les recomienda retirar también la medicación, salvo en el caso de los deprimidos.

La razón o justificación de su eficacia es achacada a una energía recibida no sabe de dónde, pero supone que *de fuera* aunque canalizada a su propio interior; lo mismo que su tendencia, afición, inclinación o como quiera llamarse, a sanar al enfermo. Es poseedor de una “energía” que transmite por contacto. Son frecuentes los “chispazos”, un calor que desprende que tiene virtudes sanadoras. Los pacientes, según Paco, lo notan, en distinta intensidad según la gravedad. Como primera exploración, para localizar exactamente el mal en la zona que se le indica, usa la yema de sus dedos. Ese sistema de detección dice que ha ido evolucionando con la práctica y, una vez localizado, es cuando extiende las manos sobre la zona cubriéndola y produciendo la sanación.

“Sanar”, para él, *“es hacer intervenir algo que sana, y que yo no soy más que un intermediario de algo de arriba”*. Con la imposición de manos es capaz de transmitir o absorber energía, *“lo malo que me entra lo destruyo enseguida, por eso aguanto sesiones largas y a muchas personas”*, y también de provocar movimientos en las piezas anatómicas que, gracias a su efecto, vuelven a ocupar el lugar naturalmente correcto.

“Muevo vértebras que vuelven a su sitio, los huesecillos de la muñeca, y hasta fetos. Como es natural necesita más tiempo lo que es más grave, por eso nunca doy hora fija a los clientes. Nunca sé cuanto tiempo tendré que estar con cada uno. Depende de la gravedad. A un feto de ocho meses que estaba mal colocado tuve que estar mucho rato para moverlo a su sitio porque estaba totalmente invertido y tenía que parar de vez en cuando. Me costó, aquello subía y bajaba, pero lo puse en su sitio y nació bien. El padre, que era escéptico, pudo comprobar como se movía poco a poco hasta que ocupó su lugar”.

A veces nota, según con qué patologías, que suda más de lo normal.

“Pero yo no siento dolor. Incluso llego grabar las huellas de las manos en la piel sin que yo apriete, de la energía intensa que necesita el caso”. También es capaz de detectar lo que considera irreversible, *“eso no lo puedo curar y lo acepto como lo que es. No puedo hacer nada y no me meto.”*

Cuando le pregunto por enfermedades fingidas o por pacientes que busquen engañarlo, a él o a las familias.

“Aquí pasa como en todo; yo les digo siempre que a partir de la primera visita mejorará. Si me engañan a mí, son ellos los que se engañan. Si a partir de la primera visita no notan mejoría les digo que no gasten conmigo su tiempo ni su dinero”.

La contestación es similar cuando abordamos los posibles fraudes de otros colegas.

“Es como todo; yo he tenido alumnos que se empeñaban en curar lo que no podían, que decían que habían descubierto poderes y que luego se malvan; este mundo está lleno de estafadores y de payasos”.

Paco no tiene contacto con ningún otro curandero o sanador, y no tiene inconveniente en que se le incluya entre las llamadas medicinas complementarias o alternativas. Reconoce que hay puntos comunes de su terapia con la acupuntura y con las “corrientes”. El se siente, no obstante, más cómodo cuando se le relaciona con quien se toma el sanar como una suerte de “ministerio por delegación”. En ningún caso acepta un corporativismo gremial o profesional.

Le nombro si conoce a la tía *Guapa*, de Híjar, y me dice que de referencias.

“Algunos le tienen miedo al dolor y me han dicho que esa mujer les hace mucho daño. Yo no puedo ser partidario de hacer daño, eso es forzar a la naturaleza. Lo primero que yo hago es quitar el dolor, luego la fiebre, luego lo que sea; hacen falta varias visitas, depende”.

Como las referencias son buenas, supongo que hay establecida una comunicación entre los visitantes y los visitadores; y si bien es cierto que no se conocen directamente, sí que saben uno de los otros en caso de compartir clientes.

Si le pregunto por los límites de su terapia se remite a lo dicho en el caso de los “irreversibles”, pero cuando insisto en la vertiente más esotérica o misteriosa del asunto no escamotea la respuesta: -“ *Yo creo en la magia negra, en el poder de la mente y en el péndulo. En el fondo me he interesado por lo que hay en las personas y no niego que lo he usado, pero me debo a que tengo que usar lo que hago bien, así que lo dejé*” . Luego rectifica que el péndulo sólo lo conoce de oídas, que no lo ha probado. -“*Lo que te puedo decir es el placer que notan algunas personas cuando les pongo las manos. Noto que sienten paz y relax*”. Insiste que todos los casos suponen un tratamiento de privacidad que no puede saltarse jamás.

Los asuntos económicos no podían quedar al margen. Interviene su hermano para recriminarle que no sube la tarifa –son tres mil- desde que instaló lo de Valderrobres hace catorce años.

“Muchas veces no cobro. Hay casos de gente pobre que no quiero cobrar, no me da la gana. Y está claro que la gente de dinero, que van bien, lo pague. Cuando empecé, en el piso de Tortosa, yo cobraba la voluntad. Pero he de pagar las facturas, mantener el coche, pagar al hotel, que por cierto somos como familia y si vas por allí diles que vas de mi parte,... y chimpún”.

Reconoce que, en general, la gente es muy agradecida, que le hacen muchos regalos y que los hay que le están muy agradecidos y se lo demuestran con afecto, comprensión, y enviándole clientes.

En un momento posterior de la conversación me pregunta acerca de la posible subida de tarifa. Le contesto como un comerciante: *si el producto se vende bien...*, Paco se sonríe y coge la onda. Como veo que puedo aportarle algo le indico, para su información financiera, que la gente que me cuenta cosas establece una tarifa promedio de cinco mil. -*“Pues yo no pienso subir.”*

Su hermano se desespera; Rosa, que está de nuevo en casa, interviene: -*“¡No subirá, no! Ese es Paco.”*

LAS ENERGÍAS DEL BIEN Y DEL MAL

Los casos aparecen en las notas salpicando la charla. En general los emplea para ilustrar algún comentario o una acción. El orden en que los presento no es el que ocuparon en la conversación, pero separados de esta manera permiten comprender mejor el texto expuesto antes y establecer mejor el posible análisis de las prácticas en contraposición a los discursos. Allá va la descripción de casos en los que interviene Paco.

Cuando le pregunto por su relación con los médicos, y si ha tenido alguna vez inconvenientes con la justicia se explica.

“El médico de Calanda me manda gente. Sabe de buena tinta que a un crío con anginas y cuarenta de fiebre se la bajé en un chimpún”. “Otra vez vino un chico joven con una hernia discal, que me lo trajo otro que ya se la había arreglado. Se la curé; luego me dijo que él era médico”. Y más: -“Otra médica de Zaragoza, con ocho médicos en la familia; le vi un cáncer que ella ya sabía que tenía y a mí no me lo había dicho. Estaba ya con morfina. Pues le calmé los dolores y le rebajé la inflamación en la primera visita; después siguió un tiempo. En un año mejoró hasta volver al trabajo”.

Y una de jueces:

“El juez de Alcañiz me vino con el tobillo hecho polvo de los ligamentos. Que no creía y me lo dijo; pues no pasa nada, a mí me va la sinceridad”.

Para ilustrar sus habilidades ginecológicas cuenta el caso de

“Una señora del Opus que ya llevaba veinte embarazos y los médicos no le acertaban a colocar bien el feto que lo tenía traspuesto y se lo colocaban pero volvía a mala posición. Yo se lo coloqué con sólo ponerle las manos en la tripa a la madre. Costó pero lo hice”.

Según él, en ginecología su especialidad es quitar los dolores. Ahí no falla. Y para demostrar lo diferente de cada patología en cada persona explica el caso de *“unos hermanos gemelos, bronquíticos crónicos de siete años, que uno a la segunda visita ya corría; el otro tardó dieciocho o veinte visitas.”*

El caso de Alcorisa sirve como ejemplo de sus relaciones con “las otras medicinas”.

“Unos de Alcorisa que se habían ido a vivir a Reus fueron al quiromasajista y total que no se podía quitar la faja. Se lo arreglé y a la segunda visita se me presenta otra vez con la faja; se lo volví a arreglar pero le cobré el doble”. “¿Por volver con el quiromasajista?” – pregunté yo-. –“Le cobré el doble”.

Y ya no quise insistir. Paco a veces habla así.

El caso del tenista incrédulo que ganó el campeonato lo podíamos emparejar con el del juez de Alcañiz, pero abre nuevos horizontes:

“Él no vino. Mandó a alguien con una foto o una prenda, no me acuerdo; yo no tomé nada. Usé el péndulo; hice concentrar al que vino en la persona que tenía que curar, lo hizo, yo penetré en su mente, le insistí en que pensara en ella y le descubrí un cáncer de ano. Y lo tenía”.

En ese punto del relato intervino su hermano de nuevo para recordarle que debía protegerse y no referirse a nada que tuviera que ver con lo esotérico. Paco ni se inmutó; se me quedó mirando fijamente como manteniendo su versión sin retirar nada. No pasé un buen rato.

Pero hay un relato que me resultó especialmente definitorio del carácter de Paco. Es el caso del Palmar.

“Se me presentan un día los doce apóstoles y el jefe, que le curara la ceguera. Les contesté que me iban a tocar los cojones”. Chimpún.

El caso en el que estuvo más explícito fue en el de nuestras amigas las Serranicas de La Puebla.

“Me llamaron muchas veces y yo no quería ir. Ahora fíjate tú el trato que tengo con ellas; pero me costó aceptarlo y si lo hice fue porque vi se iban a gastar dinero en traerla con ambulancia. Mandé a Rosa y me dijo que era vegetal y le contesté que si esa persona está muerta a qué me llaman. Total que fui y lo primero que vi es que tenía un herpes con un recorrido así..., y le puse las manos para quitárselo y entonces fue cuando se quedó medio muerta y la Sole se asustó mucho; le quité el miedo y poco a poco se recuperó. Aquello fue de lo más emocionante que nos ha pasado a Rosa y a mí; lo contentas y agradecidas que están en esa casa, que por eso sigo yendo a verlas, me emociono”.

A mediodía de un sábado de septiembre pasaba yo por la calle de La Rosa, en La Puebla, para curar a una paciente, cuando me encontré a Rosa, la mujer de Paco. Estaba

barriendo la puerta de las Serranicas. No nos habíamos vuelto a ver desde el 18 de julio. Como es natural me interesé por nuestras amigas.

“Tranquilo, Antonio, que no les pasa nada, sólo que me dan mucha pena y de vez en cuando vengo a echarles una mano, les recojo un poco la casa, les hago limpieza, les doy ánimos y... eso es todo. Como nos tienen tanto afecto y Paco sigue viniendo todos los martes pues me acerco y les ayudo en lo que puedo. ¿Y tú, cómo llevas tus cosas?”

Aproveché la ocasión para agradecerles la hospitalidad que nos dispensaron en Peñíscola y reiteré mi invitación para que un día, el que les pareciera bien, se acercaran a conocer nuestra casa donde les intentaríamos obsequiar con una comida, siquiera la mitad de buena que la que nos prepararon en su apartamento. Me indicó que Paco tenía que volver el próximo martes a imponerle las manos a Sole porque andaba con dificultades en la pierna y que sería buena ocasión para juntarnos. Que no sabría si ella podría acercarse, pero que a Paco, *“a quien le has caído muy bien”*, no le importaría charlar un rato conmigo pues se le habían quedado cosas en el tintero. Quedamos en llamarnos a mediodía del martes.

Rosa no pudo venir. Y Paco, hechos los saludos de rigor, me indicó que tenía bastante prisa pues había quedado con varios clientes en su consulta de Valderrobres a los que tenía que ver por la tarde, así que en lugar de comer en casa, si yo no tenía inconveniente, que lo hiciésemos en cualquier restaurante discreto de la zona. Le propuse varios y eligió uno en Híjar, el Calvario, donde ocupamos una mesa alejados de la concurrencia.

Mientras elegíamos un menú del día, Paco se interesó mucho por las conclusiones que yo hubiese sacado de nuestra anterior conversación. No quise exponerle mis dudas ni alguna contradicción que se deducía del análisis de lo que contó, pero dio la sensación de que, efectivamente, alguna cuestión había quedado en el aire. No había llegado todavía la verdura y ya Paco entró al trapo del tema esotérico. La presencia de su hermano, aunque no lo nombró para nada, había fiscalizado la parte menos *“razonable”* de su terapia y fue por ese lado por el que introdujo algunas aclaraciones. Quedó patente que, en aquella ocasión, no pudo explayarse suficiente y aprovechaba ahora que estábamos solos para puntualizar aquel tema. Como se explicó a lo largo de la comida, los postres, el café y el coñac, no me pareció adecuado ni posible tomar notas, así que no haré transcripción literal de lo que contó.

En esencia, se refirió a la posibilidad de hacer daño a personas por medio de rituales, pensamientos o acciones. En principio sólo se refirió a su creencia en dicha posibilidad de la que estaba firmemente convencido. Mientras, tanteaba mi capacidad comprensiva

al respecto. En el curso de la charla, viendo que no me cerraba a aceptar tal posibilidad, pasó a describir cómo sintió que podía usarla en un caso personal, relativo a sus negocios u otro asunto que no especificó. Alguien le tenía inquina y le andaba buscando la ruina. Él, por su parte, no le tenía odio ni ganas, pero la cosa pasó a mayores y debieron tener algún asunto de juzgados o pleitos, que le tuvieron obsesionado durante un tiempo. Notaba Paco que la capacidad afectiva que le permitía usar su *energía* para curar, se transformaba para con aquel individuo en una fuerza negativa, destructiva, de la que podía echar mano para zanjar el asunto.

El procedimiento que empleó para anular la *energía negativa* que se desprendía del tema consistió en hacerse con algunos materiales que hubiesen estado en contacto con el sujeto molesto y, ante su presencia, invocar sus poderes concentrándose en la imagen de su enemigo al tiempo que le deseaba *el mal*. Para ello usó cartas escritas de su puño y letra en las que se vertían amenazas, los documentos del juzgado, y una fotografía que consiguió de un conocido común. Al poco tiempo le llegaron noticias de que su oponente se encontraba mal de salud. Él siguió insistiendo con el ritual hasta que el otro se puso en trance de perder la vida; por fin, a través del aludido conocido común se le hizo saber que parase de hacerle daño, que lo iba a matar si seguía, que retiraba las demandas y que le dejase en paz. Paco, que no estaba seguro de su intervención maléfica en la enfermedad del otro, usó el procedimiento inverso por ver de restituírle la salud. Consiguió las dos cosas: que el enemigo saliese de las puertas de la muerte – aunque quedó lisiado- y que retirase las demandas e injurias que había vertido sobre Paco.

Este confesó que nunca más utilizaría la *magia negra* para defenderse ni para defender a nadie, pero quedó convencido de que tenía *poderes* tanto benéficos como maléficos, que emanaban de la misma fuente y que se canalizaban a través de él. En cualquier caso él no era más que un intermediario. Estaba arrepentido de haber usado aquellas artes en beneficio propio; consideraba que aquello no era legítimo y que no debía intervenir malévolamente. Explicó que mientras duró aquel proceso había notado diferentes alteraciones en el *fluir de su energía*, que no era capaz de controlarla como hacía habitualmente. Entendió lo que había pasado cuando su oponente, una vez hechas las paces y cuando se sinceraron mutuamente, le explicó que fue consciente de que la causa de su enfermedad provenía de un *maleficio* de Paco, y que intentó contrarrestarlo por medio de *otro ritual* que había encargado a un especialista. Comprendió que las

artes de ese *otro* eran las causantes de las alteraciones que el propio Paco notó en su capacidad energética.

A mí, oyendo esto, se me atragantó la naranja, pero con el café me atreví a preguntar por el péndulo, que había quedado inexplicado o confuso en julio y me respondió que sí, que lo había usado durante algún tiempo aunque de forma intuitiva y en una época, coincidente con el episodio relatado, en que estaba probando intervenciones *a distancia*, o sea, sin la presencia física del encartado. Aunque había obtenido resultados confirmados, prefirió centrarse en lo que él manejaba con más soltura y eficacia, léase la curación por imposición de manos sin más sal ni más aceite.

La conclusión que consensuamos de aquella terrible experiencia viene a ser que los poderes que Paco se atribuye son ingentes, pero que al estar *mediados*, hay que confiar en sus mejores intenciones y criterios para extraer lo benéfico, porque a las malas conducen a un abismo insondable y perverso en el que todos salen perjudicados. Gracia y desgracia, en la cabeza de Paco, provienen de lo mismo, remitiendo a épocas anteriores a aquella en que el dios cristiano se enfadara con algunos de sus acólitos, los tiñera de negro y los enviara al averno. A quien Dios se la de, san Pedro se la bendiga o, en este caso y algún otro, a quien sea que se la de, el personal se lo legitime.

EL CASO DE LAS SERRANICAS

Las tres inválidas de La Puebla ya aparecieron en estas líneas a propósito de su hermana más pequeña, fallecida, por su capacidad para curar y sus relaciones con los médicos. Comencé a hablar con ellas, por motivos de asistencia como enfermero, el verano del 97. Son ya seis años de atenderlas y recibir sus explicaciones. Fueron ellas las que me pusieron en contacto con el *señor Paco*. El suyo es un caso en el que intervienen todos los servicios médicos posibles. Por la enfermedad que comparten, presentan unos itinerarios terapéuticos en los que encontramos a los médicos de cabecera, enfermeros, especialistas en endocrinología, reumatólogos, traumatólogos y cirujanos. También a los servicios sociales proporcionando ayudas económicas y prestación de servicios de limpieza, compañía y asistencia domiciliaria. La cronicidad y la edad atacan proporcionalmente a las tres hermanas. Los tratamientos, paliativos, no parecen ofrecer soluciones concluyentes. Parece más eficaz el consuelo, la visita, el trato amable, que los inyectables. Así es entendido por el médico y la ATS e incluso Paco Risa, y así me lo hacen saber. Se detecta una corriente de simpatía hacia ellas. Su

escasa talla, sus deformidades, su impotencia, su soltería, su condición de “buenas mujeres”, aparecen como argumentos que propician una asistencia especialmente comprensiva y amable. Contrasta con la atención a otros pacientes, también crónicos y domiciliarios, considerados “plastas”, a quienes la asistencia se realiza de forma más rutinaria y despersonalizada, más técnica y fría, aunque igual de necesaria. Queda claro que el caso de *Las Serranicas* no es un caso cualquiera.

El tratamiento de las tres hermanas requería visitas domiciliarias a días alternos, o sea, tres veces por semana. Se me impregnó, sin darme cuenta, esa corriente de simpatía que emanaba hacia ellas desde sus conocidos y que noté desde la primera visita. Ayudó, sin duda, la costumbre que adopté de quedarme escuchándolas un rato cada vez que acudía. Sole era quien seguía hablando y disponiendo de todo. Su mejor estado la convertía en portavoz y factotum de la casa; la vida cotidiana personificada; el presente y el futuro inmediato de sí y de sus hermanas. El control de los riesgos era su forma de vida, siempre preocupada de que no faltasen fármacos, atenciones, panes o cupones de los ciegos. Gregoria, con su permanente sonrisa y siempre en el mismo lugar junto a la máquina de coser, apuntillaba los asuntos del recuerdo. De ella sacaría información referida a su historia familiar. De su verbo pausado, exacto, respetuoso y escaso, quedaría yo prendado para siempre. Es como si el tiempo la hubiese arrumbado en ese sitio, inconcebiblemente siempre en él, en la misma posición, con la misma luz tras ella, con la sonrisa permanente, como un olivo centenario en el mismo bancal, testigo somero y paciente del devenir de los días, en una casa sin futuro pero con un pasado algo más que interesante.

En aquellos ratos y tratos se me puso al tanto de la enfermedad de Carmen. Había sufrido hacía pocos años un derrame cerebral que dio con sus maltrechos huesos en un hospital. Primero habían acudido a un médico privado de Zaragoza; había perdido el habla y parte de sus ya escasos movimientos por una hemiplejía. Sole resultó tan prolíja en la descripción de tales itinerarios que, en resumen, significaron varios viajes en taxi “*que pagábamos nosotras*”, idas y venidas a varios especialistas recordados con nombres y apellidos que no he retenido, ningún resultado apreciable, varias hospitalizaciones en clínicas privadas y, por consejo del médico de cabecera de entonces (anterior al actual), la hospitalización en Alcañiz, a cargo ya de la Seguridad Social. Un escáner y varias TAC indicaban un

“...bolo aquí, en la parte así de la cabeza, un cuajón de sangre que le tocaba en el cerebro y nos la estaba matando; hasta que le entró el coma y no conocía a nadie, ni se movía ni nada, y nos dijeron que como no había remedio ni la podían operar pues

nada, que nos la mandaron a casa p'a que se muriera aquí y nos ahorráramos viajes y molestias, que ya ve como estamos.”

A esas alturas de mutua *conocencia*, intenté que Sole me apease del tratamiento de *usted*. Gregoria me trataba ya de tu y yo pretendía lo mismo con Sole. No había manera. Supongo que *una vida de servicio* había calado tan fuerte en su mollera que no había forma de apearla de burro. -“*Nos han dicho que usted, a su edad, está todavía estudiando*”. -“*Ya ves, Sole, chaladuras que le dan a uno*”. -“*Pues eso es porque usted es listo, que si no,...que ya nos han dicho que usted es conocido en Híjar, y que acabó lo de enfermero de mayor ya, y eso, que ya se le ve que usted es amable y no tiene esas cosicas que tiene otra gente,...que por aquí ha pasao de todo y algunos..., que con nosotras bien pero,...*”. -“*No sé, será por haber sido tabernero antes que fraile, que el trato con el personal...*”. -“*Bueno, hasta que vuelva. Recuerdos a sus padres; que usted lo pase bien.*”

Gente pobre, gente agradecida, uso de recursos, biografías cruzadas o mejor, enredadas. La Santísima Trinidad en un ambiente de necesidades.

Algunos “moscosos” de la compañera de La Puebla me devuelven a ese pueblo. *Las Serranicas* siguen con el tratamiento y están en la lista de domicilios. Su médico de cabecera, que está ya al tanto de mis proyectos doctorales, me incita a tirar a mis amigas de la lengua.

“¿Todavía no te han contado nada de sus terapias alternativas?, mira que es un caso digno de estudio y, con el cariño que me dicen que las tratas, seguro que cualquier día se te sinceran. Conmigo ya lo han hecho y el tema es interesante; raro pero llamativo. Dicen que fue un curandero el que sacó a Carmen de coma cuando nos la devolvieron del hospital sin esperanzas.”

Un miércoles de julio Sole quiso recuperar la historia de las dolencias de Carmen. Estaba la pelirroja molesta pues llevaba los brazos fogueados de pinchazos y se negaba a recibir más. -“*¿Verdá usted Antonio que se debería seguir pinchando la calcitonina?, ella no quiere más, que dice que no le hace nada y que ya vale de tontadas, que lo que tenga que pasar que pase*”.

Ay, señor, qué cruz. Yo ¿qué he de decirles? Me remito a la autoridad de los médicos y no sé qué más aducir. Entiendo su libertad y su falta de fe en el medicamento pero no puedo hacer nada. Sufro la impotencia con mi propio padre, que no tiene remedio, y me explico con el caso propio: mi madre ha decidido *que lo que digan los médicos* y así se lo expongo a Carmen, que habla mal pero se queda con todo. Acepta, pero insiste en que Sole me cuente algo moviendo el brazo recién pinchado, con la energía del

desespero: -“ *Ella dice que con lo del señor Paco tiene bastante, que él no le hace daño ninguno y, además, ya la sacó del coma y viene a casa todas las semanas a hacer por ella. Y por las demás.*”

Ya no hay quien la pare y suelta todo lo que hasta el momento no me habían contado.

-“*Ya sabe, Antonio, que a mi hermana nos la devolvieron del hospital p’a que se muriera en casa. Pues bien, allí habíamos conocido a una señora de Albalate, la de las lápidas y los mármoles que a lo mejor la conoce, gente de perras, que nos dijo que conocían a un curandero de por allá abajo que hacía maravillas y que le decían el señor Paco. Pues bueno, aquella señora me dio su número de teléfono y, un día que yo ya no podía más le llamé; le expliqué el caso a mi manera y me dijo que sí, que él eso lo curaba pero que teníamos que llevar a mi hermana a la consulta de él. Pero, ¿cómo íbamos a mover a mi hermana en las condiciones que estaba? Eso no podía ser, así que insistí, le nombré a la señora que me había dao su teléfono y...ni aún así. Que decía que él no salía a ninguna casa, que sólo atendía en su consulta en tal sitio. Conque lo dejé..., pero el sábado de esa misma semana apareció por casa no él sino su mujer, la señora Rosa, que es de amable...Total que la vio, arregló la cama, se quedó a ayudarnos y hasta dijo de quedarse en la misma habitación de mi hermana a hacerle compañía. Limpió la casa, me ayudó con la faena de la cocina y, aquella noche se quedó en vela con la Carmen. Yo no sé si llamó a su marido o qué pero la cosa es que al día siguiente se presentó en casa el señor Paco. Muy amable, se acercó a la cama de la Carmen que estaba muy mal, muy mal, habló con la señora Rosa de cómo había pasado la noche y cómo estaba y se sentó en la cama y le puso las manos en la cabeza aquí, donde los médicos decían que tenía el mal y, al momento, la Carmen que pega una sacudida así, fuerte, y se nos queda seca. El señor Paco ya nos había advertido que pasaría eso,... conque salimos del cuarto y nos dijo que no nos preocupáramos que no le había hecho más que bien. Al rato volvimos a entrar y la Carmen que se movía un poco. Y que me llamó, Sole, Sole, así, no muy claro pero que ya no estaba tan mala y que la sacó del coma. Desde entonces, poquico a poco, que ya ves como está, que se cansa de los paseos que le acompaña la chica esa que has visto, que ya la conoces, que todas las mañanas si hace buen tiempo la saca del bracete y se dan un paseo, que dice el médico que eso le va bien p’a lo de las articulaciones y eso. Y que te lo diga la Asun (la ATS), que ella no creas que no se ha portado bien con nosotras, que alguna vez y más de dos noches se quedaba con mi hermana toda la noche, que tenía miedo que le pasara algo y...nosotras no se qué podíamos hacer, y como la veía tan mal, p’a morise, pues que se quedó varias noches y ella te puede decir cómo estaba la pobre. Y que desde que el señor Paco le puso las manos donde tenía el mal, pegó aquel trancazo que p’a mí que se moría ya y mírala.*”⁸⁶

Bueno. Ya había aparecido el peine. Tenía algo que andaba buscando desde ...no se cuándo, desde que Comelles me dijo que, si me parecía bien, parase cuenta de los

⁸⁶ Reconstruyo este monólogo a partir de lo recogido aquella primera vez y varias otras posteriores en que, tanto Sole como Gregoria, se encandilan contándome el episodio transcrito. La primera ocasión no hice anotaciones pues apareció el asunto de sopetón y ni pensé en ello. En las posteriores, en cuanto nombran “la de las lápidas” saco la libreta del bolsillo del chaleco y procuro tomar notas textuales. Ellas ya se han acostumbrado a verme escribir y, acaso, sueltan alguna risa por el interés que detectan al anotar sus cuentos. No me faltarán repeticiones del hecho cada vez que lo suscite. En esa casa el propio relato es un mito. El señor Paco lo mismo. Así lo han percibido José M^a, el médico, y Asun, la enfermera, que se sonrían también cada vez que lo saco a colación.

curanderos de la zona. La enfermería de “prostitución” me daba algo más que un jornal. Aquella noche llevé a mi padre un rato de ilusión. Compartió conmigo la afición por descifrar qué pasaba con aquella gente que llegaba donde en mi casa ni pensaban.

El camino estaba claro; se veían unos itinerarios personales y familiares que conectaban pasado y presente, lo local y lo general; habían cambiado los médicos y los curanderos; los pacientes ¿habían cambiado menos? Había dos fes por comparar; y dos sistemas, dos maneras de resolver el mismo asunto. Inyecciones de moral para los malos momentos.

Nuestras Serranicas, como las llama la practicante, siguen en su sitio. Paso a visitarlas de cortesía antes de comenzar el servicio. Les comunico que mi padre murió en el hospital, me dan el pésame, me preguntan por mi madre, respondo que *majica*, y me voy al trabajo. Allí comento con José María el caso y me confirma que están estabilizadas. Acaso que Sole sufre con su rodilla más de la cuenta y que aquello lleva una evolución conocida y dentro de lo normal, para el caso. Sale a colación lo del curandero y se muestra interesado. Me pregunta, le pregunto y, respecto de la probabilidad de que el señor Paco hubiese intervenido determinadamente en la recuperación de Carmen, me dice que las anotaciones de cambios de estado en su historia clínica coinciden con la visita del curandero, pero que él cree que es más debido a la casualidad que la terapia administrada. Que Asun también tenía esa opinión pero que era más partidaria que él de conceder un punto de confianza al curandero. Ambos, no obstante, se han abstenido hasta el momento de cualquier comentario descalificador y muestran un sentido respeto por el tema, aunque no lo compartan.

Al mediodía, calor. Subo las escaleras y el tiempo se ha detenido. Dos calcitoninas subcutáneas y una intramuscular. Tomo mi agua, me siento un momento y miro la escena. Serena. Sole rompe el silencio.

“Pasao mañana va a venir a casa el señor Paco. Que ya sabe que nos pone las manos a las tres y más a mí que últimamente llevo la rodilla muy mal; ahora encima son las dos, esta más que la otra y, qué quieres que te diga, por lo menos ese día me encuentro mejorcica. Eso sí, al día siguiente esto sigue igual. Será que lo manda Dios; que le vamos a hacer.”

Pregunto si habría algún inconveniente en que le dijeran al señor Paco que tendría interés en conocerle y charlar un rato con él. Gregoria, muy seria y contundente me dice: -“*Vete tranquilo que nosotras se lo diremos*”, y al mismo tiempo que Sole se da media vuelta para despedirme, me hace un guiño de complicidad que me da esperanzas. Salgo de la casa convencido de que el miércoles conoceré por fin al dicho Paco. –

“*Llámanos ese día sobre las doce, que estará él aquí, y te podremos decir si quiere verte o qué.*”

El miércoles a las doce llamo a casa de *Las Serranicas*. Que sí, que el señor Paco estará encantado de hablar conmigo, -“*que le hemos dicho que es usted un chico formal y que le esperará en casa hasta que usted acabe su faena*”. A la una en punto acabo el último domicilio y me voy a la cita. Allí está Paco, arrodillado en el suelo, sosteniendo con cuidado y con ambas manos la rodilla de Sole. Se cierra el círculo.

7.2. Beatriz y Tomás: misterios dolorosos.

LA SOMBRA DE LA NINFA-MARIPOSA

La primera entrevista con Beatriz no la grabé; no estaba el horno para bollos. Ni siquiera me llevé el magnetofón. El bloc de notas permaneció hasta el final en el bolsillo de mi chaleco; sólo lo usé en la despedida para anotar mi teléfono junto a mi nombre y apellido, en una hoja que arranqué y entregué. En otra hoja hube de firmar pues Beatriz quería mi firma. Cuando la vio, dijo: -“*Chico, es que no te puedes estar quieto*”. La visita duró dos horas y media. Desde las 7 hasta las 9 y media de la tarde del lunes 21 de diciembre de 1998 en su domicilio, en Alcañiz.

Una trabajadora del Centro de Salud de Hajar, al enterarse de mi interés por las “otras” medicinas, me dijo que tenía una amiga *muy especial* que me interesaría conocer. Días después me comunicó que la amiga estaría dispuesta a hablar conmigo y me entregó una curiosa tarjeta con un número de teléfono anotado atrás. En ella hay, reproducida a todo color, la ilustración prerrafaelista de una ninfa-mariposa y su propia sombra, que no es sino la propia imagen difuminada, corrida. Sobre esta “sombra” esta escrita la palabra *Trasgo* -parece el nombre de la “empresa”- en verde, subrayada con una pincelada trazada por ordenador, de color lila. En cursivas y con la misma tipografía en negro y de pequeño tamaño, dice: *Tarot astrológico, Runas, Reiki.*

-“*Beatriz, ya verás, es muy rarita, muy rarita*” , me dijo la confidente días más tarde cuando le fui a consultar si sería oportuno entrevistarme con ella esta misma semana.

-“*Ya le he hablado de ti. Sólo falta que la llames y os pongáis de acuerdo.*”

Me fui a las enciclopedias, busqué lo que hubiera sobre lo escrito en la tarjeta y me asaltaron las dudas. Venía *Trasgo*, *Tarot*, *Astrológico*, *Runa*, pero nada de *Reiki*. Necesitaba ayuda y aparecieron las meigas. Sonó el teléfono. Era J. M^a Gimeno, médico de La Puebla de Hajar, para darme información sobre el curso de medicina natural que

estaba siguiendo en la facultad de Medicina de Zaragoza. Él me había dejado durante el verano varios libros que se referían a las formas “importadas” de sanar, cosas de Louise L. Hay, de Bárbara Ann Brennan, algo de acupuntura, cuatro o cinco libros que leí malamente en el Hospital de Alcañiz mientras atendía la agonía de mi padre. Francamente no hice sino hojearlos y leer algunos capítulos sueltos y con gran dificultad. Ahora me hacían falta, así que aproveché para acercarme a la consulta de La Puebla. Llevé material que interesaba a José María y le pedí abiertamente consejo. Él conoce bien los entresijos de las medicinas alternativas y de sus practicantes.

-“Mira, Antonio, los que hacen reiki están todos locos. Creen ser enviados de no se sabe quién, se establecen como intermediarios de no se sabe qué...son peligrosos. Hacen las interpretaciones más peregrinas y, por lo tanto, ni se te ocurra discutirles nada. Aguanta el tipo, no te metas con sus cosas, ...lo que te digan. Detrás suele haber un problema de subsistencia, de pelas, vamos”. Debo agradecer aquel consejo.

Aunque mi acercamiento tiende a ser biográfico, a preocuparme más de la persona que imparte los remedios que de los remedios mismos, en el tema esotérico yo andaba cogido. Nunca he atendido a eso, acaso he hecho oídos a las historias de brujas tradicionales y sí conozco las interpretaciones antropológicas a propósito de ellas. Ya es curioso que las únicas conversaciones sobre esoterismo las hubiese mantenido yo con un antiguo cliente, que fue novio de mi contacto con Beatriz. Y fueron para mostrar mi radical escepticismo contrastándolo con la credulidad del ex-novio. Así pues, a falta de una preparación adecuada, tendría que improvisar sobre la base biográfica.

Una vez pasada *consulta* con el médico, después de preparar mentalmente mi presentación, marco un 910 -un teléfono móvil- y descuelgan al otro lado. Ruido de niños, de puertas, y una voz femenina que a mi se me antoja con acento baturro que pregunta -“¿quién es?” con un poco de mala uva, como si hubiese interrumpido algo. -“Soy Antonio, Antonio Lasala”, -“Ah sí, el amigo de mi amiga. Esperaba que me llamas”. Quedamos para las siete. No fui capaz de preparar en esas horas una entrevista posible. No sabía ni por donde empezar. Era la primera vez que tenía la sensación de *entrevista a ciegas*. Me vestí con ropas que mi mujer llama “decentes” y sin más cuestionario que enterarme de los cuándo, los dónde y los porqués, enfilé a las seis el coche hacia Alcañiz, sabiendo que los cómo me podrían resultar opacos, inexplicables. No había guión ni grabadora. Que dios me pillara *confesao*.

Siguiendo las indicaciones telefónicas, encuentro la casa. Un bloque de viviendas a la falda del cerro alcañizano, en un rincón de una plazuela “de ahora”, a diez minutos a pie del Hospital. Llamo al portero automático.

-“*Soy Antonio.*”

-“*Sube.*”

La puerta del piso estaba abierta. Un hocico maquillado y gordezuelo asoma por ella:
-“*Pasa, Antonio. Te esperábamos.*”

En el diminuto recibidor encuentro a un hombre de cara conocida que se está poniendo una cazadora de nailon de colorines. Tomás, se despide al tiempo que me lo presenta su mujer; ella es Beatriz. Todo comienza con mucha rapidez. Tomás que se va apresuradamente farfulleando no oí qué, y Beatriz que cierra la puerta y me hace pasar al salón, una habitación con mobiliario convencional de los ochenta. No entiendo el orden de la habitación, así que me parece desordenada. Aún no he llegado al centro echando un vistazo cuando me señala un sillón biplaza, algo raído pero confortable. Me insta a sentarme mientras ella trafica por la habitación parlotando, apagando luces y encendiendo velas e inciensos, de manera que quedamos en una penumbra que no sé si calificar de inquietante o agradable. Me dedico a observar la figura de mi anfitriona hasta que se deja caer en el tresillo, al lado del sillón que yo ocupo. A los pies, una alfombra fina con arabescos. Encima, una mesa baja de patas doradas y baldas de cristal. En el rincón, entre los sofás, otra mesita a juego cubierta de cosas que doy por adornos; entre ellos, una tulipa roja con una vela ardiendo en su interior.

Beatriz es bajita y redonda, como una suma de esferas. Todo lo tiene redondo. Ni las manos dan cuartel al óvalo. Como un muñeco de nieve sonrosado, maquillado uniformemente y sin mácula, va vestida por arriba con camisa suelta, otra más encima, mas un pañuelo que cubrirá permanentemente un más que generoso pecho. Unas mallas ceñidas cubren sus piernas, pero de ellas sólo se ve algo por debajo de las rodillas. Los mantos superiores se descuelgan como un guardapolvo. Parece claro que no está conforme con su figura, y la tapa. En el curso de la conversación dejará patente diversos problemas de salud, entre ellos algo de tiroides.

Sus hijos, una niña de unos cuatro años, despeinada y de mirada temerosa, y un niño de no más de tres, buscan jugar conmigo. Me presto a ello pero la madre los espanta a gritos; coge a la pequeña bruscamente de un brazo y la zarandea diciéndole que la deje en paz, que se vaya a la otra habitación. No protesta, pero me mira fijamente mientras la saca de la habitación. El crío, asustado, esquiva a la madre y sale corriendo al pasillo por el que desaparece. El episodio no me pone cómodo.

Mi informante ya le ha debido poner al tanto de mis propósitos. Le suelto el manido discurso de mi trabajo para conseguir un doctorado, de qué va esto de la antropología,

de la importancia de su testimonio. Me corta diciendo que ella no está dispuesta a someterse a una batería de preguntas, que de eso ya está más que harta, que siempre andamos igual, que no vamos más que “*a sacar información que luego aparece tergiversada*” . Sigue así durante unos minutos en los que siento cómo me voy encogiendo en el sillón. Me siento acobardado por tanto argumento defensivo y le paro haciéndole una pregunta directa: -“*¿No te gustan las preguntas? Si es así no te haré ninguna. Lo llevaremos como una conversación en la que puedes contarme lo que quieras; no hay cuestionario. Habla de lo que te apetezca.*”

Se arrebuja en el tresillo, recolocó el pañuelo sobre su pecho, y comenzó una perorata sobre *la gente*. Que es muy mala, que no la comprenden, que la toman por loca, que siempre están sospechando, que la vecindad los tiene marginados, que se extrañan de sus cosas “*pero yo paso de ellos*”. El tono era muy agrio. Entendí que yo “era” la gente y que, ya que había entrado en su casa, debería soportar sus cuitas. Intento tomármelo con calma y recibir estoicamente los palos. Beatriz mostraba una superioridad, un grado de egolatría, que impedía cualquier argumentación razonable. Su manera de hablar me recordaba a la guerra del Golfo, a la actuación de los norteamericanos que comenzaron por “ablandar” las defensas de sus enemigos bombardeando sin conocimiento, no dejando respirar al contrario. Si hablaba de los periodistas me hacía sentir uno de ellos. Si lo hacía de los vecinos me involucraba como tal. Yo no sabía, ni sé ahora, cómo me verá, salvo cuando volvía a cubrirse el pecho, cruzaba sobre él los brazos y decía: -“*bueno, no te preocupes, sigamos. ¿Tú qué quieres saber?*”

El tono altivo, la cascada verbal quejumbrosa y airada, y de vez en cuando un respiro que me permite intervenir, serían las constantes de aquella conversación. Sobre todo en la primera hora.

Momentos así fueron los únicos en los que tuve oportunidad de reconducir, sin preguntas, la conversación hacia lo que me interesaba. -“*Otros sanadores o curanderos suelen contarme qué entienden ellos por sanación, por curar, me explican sus métodos...*” En ese punto concreto se calló. Parecía que me daba la palabra para enterarse de lo que yo andaba tratando de encontrar en “otros”. Le puse un par de ejemplos de curanderos clásicos y me contestó que ella no tenía nada que ver con ellos. Que para eso me dirigiese a la tía de nuestra amiga, que era *una vieja* que hacía medicina de las de antes, con la que no tenía nada en común. Que a ella le interesaba la psicología de la gente y que, no en balde, estaba matriculada en la UNED estudiando

esa carrera. Ella, aparte de unas experiencias personales “*muy fuertes*” por las que había pasado, sacaba su información y sus métodos, de la lectura de libros de investigadores “muy serios”. Que contaba con una buena biblioteca. Se levantó, abrió una puerta que había frente a ella, anduvo rebuscando en aquella habitación, y salió con una docena de libros que pasó a toda velocidad por mis narices. Allí había autores desconocidos para mí pero los temas sí me sonaban: espiritualidad, curación por la mente, psicología, cromoterapia, cabalística y otros que me sonaban a chino. Los recogió con prontitud y a la vuelta me contó que ella llevaba ya muchos años revisando y estudiando ese tipo de libros. Y que su fuerte era el esoterismo más que la sanación. Que recibía gente en casa que provenía de los médicos, y ella se encargaba de hacer pronósticos más que diagnósticos. Que seleccionaba al personal según las “vibraciones” que le transmitieran en la primera entrevista o incluso a través del teléfono. Aceptaba sólo aquellos que le dieran esas buenas vibraciones que le permitieran *entrar en su psicología interior*.

-“*De mí no esperes el pañuelo a la cabeza y la bola de cristal*”

Cada vez que los niños aparecían por aquella habitación asomando tímidamente el morro eran despedidos y recriminados a cajas destempladas. Las interrupciones servían para que la conversación tomase caminos distintos. Beatriz se centró en explicarme sus contactos con los medios de comunicación. Había aparecido en un par de ocasiones en la televisión vasca y se mostraba orgullosa de ello. En la radio también le habían hecho alguna entrevista, y estaba pendiente de que le asignaran un programa de consulta astrológica o algo similar. Pese a su juventud –no conozco su edad, no me atreví a preguntársela, pero calculo que no llega a los cuarenta años- parecía llevar bastantes años ya dedicada a recibir gente en casa, sea como “adivinadora”, como “consultora sentimental” o como “sanadora”. La cosa todavía no estaba clara pero denotaba sobrada veteranía, tiempo de práctica. Se dejaba entrever cierto interés por divulgar su actividad por medios diferentes a los que hasta ahora yo pudiera considerar comunes, habituales, como el “boca a boca”.

Cuando insinué la posibilidad de que me contase su vida desde el principio, me comentó que ella ya había pensado en escribir una autobiografía pues su vida estaba preñada de acontecimientos extraordinarios. Yo creí hallar en eso un filón y me presté a ayudarla en la redacción o elaboración de aquel proyecto. Le brindé mi colaboración “desinteresada” –pensaba en Oriol Romaní y en la historia del *Botas*- y, usando una palabra de Joan Prat, me ofrecí a hacerle de *sparring*. No coló. Me di cuenta de que

habría mucho farrago en lo que ella quisiese contar y que, en el fondo, le daba miedo desnudar sus interioridades. El zorro y las uvas, vamos.

Cambió de asunto indicándome que ella se atrevía a sanar cualquier cosa que no fuese un cáncer –tuvo problemas con eso hacía tiempo- por medios que yo quise entender como sincréticos, mezcla reciclada de lo que había podido recoger de los libros que manejaba y su propia experiencia con esos enfermos. Insistió en que manejaba aquellos males que tuvieran que ver con la psicología, las condiciones espirituales de existencia o los derivados de las relaciones perniciosas entre personas. En algún momento insinué los relativos a traumatología, y entonces refirió que ese trabajo se lo repartían a medias con Tomás. Sí trataban ambos una versión de quiropraxia. Ella atendía a las mujeres y Tomás a los varones. En eso hacían una distinción clara pues consideraba que había que ser muy prudentes al respecto. No me quedó claro si por exigencias del personal o por tabúes propios. Insistiendo más me aclaró que no estaba la “cosa” para que Tomás fuese masajeador mujeres o ella hombres, que aquello podía dar lugar a confusiones o malentendidos y que les iba muy bien así. Otra cosa sería que ella, en una consulta de “amplio espectro”, detectase un problema de tensión nerviosa, rigidez de nuca, colapso muscular o falta de relax, que impidiese o alterase algún elemento de la locomoción. En tal caso solía masajear ella, aunque fuese a un varón.

A lo largo de lo que calculo sería la primera hora la conversación se había relajado bastante. Beatriz había modificado algo su registro y ya se expresaba con menos mala uva y mayor concisión. Estábamos abordando el tema con mejores resultados y hasta me apeteció un cigarrillo. Como no vi ceniceros me aguanté.

En ese momento llamaron a la puerta: alguien demandaba con urgencia una consulta. No pude entender lo que decía una voz de mujer joven, pero sí lo que le contestó Beatriz en tono poco amable: que estaba muy ocupada y que pidiese hora para otro día. Cuando se cerró la puerta y volvió a sentarse me contó que era *“una pelma histérica que andaba con problemas personales y que siempre le estaba dando la vara sin atenerse a las normas”*. Le indiqué que me precisara esas normas y me contestó que, salvo para casos que ella consideraba graves y que bien sabía cuáles eran, se debía pedir telefónicamente cita para una consulta; al fin de la misma, indicaba claramente en que fecha y hora se celebraría la siguiente, de manera que sus clientes o clientas ya sabían a qué atenerse. Que le fastidiaba que la interrumpiesen porque ella debía concentrarse mucho antes de atender a nadie. Dejaba un periodo de tiempo entre visita y visita por tener que hacer una *“limpieza”* de la habitación, de diferente modo en función de qué persona y qué

problema acababa de tratar o fuese a tratar. Que ese era uno de los condicionantes de su efectividad y que ella era muy seria al respecto. Se lanzó sobre ese argumento aduciendo que el orden ritual, la escenografía y la terapia, eran asuntos muy importantes en los que no se podían cometer fallos ni ceder a improvisaciones; todo debía estar exactamente preparado. En eso empleaba casi toda la mañana. Se refirió a limpiezas de aura, expulsión de vibraciones que podían resultar dañinas, cambios de luz y ambiente, concentración personal, periodos de descanso..., indicando la meticulosidad que requerían aquellas faenas. Refirió que, dependiendo de las patologías, los problemas a dilucidar, o su propio estado de ánimo, había noches que se acostaba rendida y debía de seguir unos rituales de “*limpieza personal*” y concentración que le ocupaban buena parte de la noche. Por ello, ni descansaba bien ni podía controlar a su gusto las visitas del día siguiente, así que había tenido temporadas “malas” en las que había debido cortar las consultas más banales o nuevas, o incluso todas, con el fin de “*regenerarse*”.

En esas estábamos cuando oímos abrirse la puerta de entrada. Era Tomás, el marido, que volvía de dar una vuelta. Se quitó la cazadora, se me quedó mirando, se sentó, y con bastante amabilidad preguntó qué tal nos iba. Dirigiéndose a mí, dijo si ya me había contado lo más..., así, del asunto. Ella ni respiró. Yo le comenté que estábamos hablando de los rituales de “limpieza” y, levantándose y sonriendo, se dirigió a mí y, cogiéndome desde atrás y con fuerza los músculos de la nuca, me dijo que estaba muy tenso, que me relajase. Que ya sabía que Beatriz era muy dura pero que no me preocupase. Me dio un corto pero potente apretón que me encogió; al tiempo lanzaba un suspiro que trajo a mi rostro aromas de vino tinto y cerveza. El rojo de sus ojos indicaba de qué nos conocíamos. En el Papi, años atrás le había servido bebida; de eso nos sonaban nuestras caras.

Me quejé de la contundencia del masaje y me mostró sus manos. No eran, desde luego, unas manos corrientes. Estaban afectadas por una artritis que convertían los nudillos engruesados en nudos de parral. Los dedos se torcían, paralelos pero hacia fuera, dando a aquellas manos un aspecto deforme. Cuando se lo hice saber me las acercó, las tomé en las mías para palparlas y me dio un apretón que me sacó un quejido. Aquel hombre tenía una fuerza en las manos fuera de lo común. Ejercía de camillero – celador- en el hospital de Alcañiz, según me dijo, pero tal actividad no justificaba tan desproporcionada fuerza. Se carcajeó cuando se lo dije y se dejó caer en el sillón de enfrente. -“*Bueno, Beatriz, ¿por qué no le cuentas algo más interesante?*” Como su mujer no arrancaba fue él el que comenzó a hablar de un asunto de “apariciones”, de

hechos paranormales pero *ciertos* que ellos habían vivido en común. Refirió que una vez que andaban de excursión por Las Saladas, un humedal seco a pocos kilómetros de Alcañiz, pudieron ver una gran luz destelleante que venía hacia ellos. Describió cómo unos personajes que no eran materiales sino luminosos se acercaron a ellos y pudieron entrar en contacto; que hablaron, que se entendieron y que llegaron al acuerdo de volverse a ver. Y todo gracias a Beatriz, que ya era vieja conocida suya y había mantenido desde niña aquel tipo de contactos. Que aquella fue su primera vez pero que eso ocurrió en varias ocasiones más y que comprendía que pareciese increíble, igual que le parecía a él antes de ocurrirle. Que cuando Beatriz le hablaba de esas cosas y otras similares, cuando todavía eran solteros, él le decía que se dejara de tonterías, que aquello era fruto de su imaginación y todas esas cosas, pero que luego, ya casados, comprobó que su mujer tenía poderes extraordinarios. De ellos puede dar fe a través de múltiples acontecimientos que, por fin, le habían convencido hasta el punto de atreverse a hablar, con prudencia y no con todo el mundo, de lo que pasaba. Pidió a su mujer que tomase la palabra para especificarme más aquellas visiones. Sin ninguno de los anteriores reparos, Beatriz me contó lo que a continuación relato enlazándolo con su biografía, tal y como ella hizo.

Ella nació en Caspe, provincia de Zaragoza, en el seno de una familia trabajadora que se había desplazado allí por cuestiones del trabajo paterno. Indicó la procedencia de la familia pero no recuerdo exactamente el pueblo; sí que eran de la zona de Alcañiz. Su padre era un hombre de carácter adusto que no les hacía la vida fácil. Ella era la mayor y no fue tratada demasiado amablemente en su infancia, por eso se refugió en sí misma y construyó un mundo de fantasías íntimas que le permitían evadirse de la realidad. Recuerda que sus ensoñaciones eran un refugio, y que muchas veces prefería aquel mundo ilusorio que la vida real. Una noche en que estaba en su habitación, no tendría más de siete años, vio una silueta de luz verdosa recortarse sobre la pared de enfrente. Era el perfil del cuerpo de un niño que enseguida columbró que era "*su amigo*". Aparecía, primero, cuando menos lo esperaba, aunque con el tiempo, cuando llegaron a intimar, era capaz de invocarlo y hacerlo aparecer. Aquel poder aumentó considerablemente un día que andaba jugando por el campo y, bajo una línea del tendido eléctrico de alta tensión, notó cómo la energía de los cables, del mismo verde que la silueta del amigo, se introducía en ella provocándole un gran estremecimiento ⁸⁷.

⁸⁷ Hago la transcripción de la manera en que recuerdo y retuve los episodios, habida cuenta que el relato era bastante inarticulado y cuajado de expresiones más ambiguas de las que yo puedo usar aquí y ahora.

Luego resultaría que aquel perfil coincidía con el del hermano que nació por entonces. El “amigo” fue su fiel consejero y confidente íntimo hasta su adolescencia, en que dejó de invocarlo o de aparecer por no tener necesidad de él. Aquella figura inmaterial fue siendo sustituida paulatinamente por la más real de su hermano, con quien ya podía charlar y contarle sus penas.

Sería en el campo de Caspe donde ella tendría el primer contacto con los “seres extraños” que luego vería con Tomás. -“*Allí, a los doce o trece años, fui abducida.*” Desde entonces las “apariciones” se han sucedido aunque de forma irregular, habiendo temporadas en las que no ha pasado nada. Toda esa serie de acontecimientos le llevaron a interesarse desde niña por los fenómenos de ocultismo, espiritismo, quiromancia, fenómenos paranormales, ovnis, extraterrestres, adivinación, contactos con el más allá y otros. Cuando la situación familiar se hizo insostenible, al final de su adolescencia, decidió dejar a su familia y se trasladó a Cataluña donde realizó trabajos esporádicos. Sin especificar más de esa época, enlaza de nuevo con su familia en Caspe donde es testigo del mal trato que recibe su hermano pequeño. Decide llevarlo con ella a Alcañiz, donde instalan su residencia. Se producen pleitos con sus padres, pierde de nuevo al hermano y, finalmente, sus padres consienten de nuevo que se vaya a vivir con ella. Después de una mala época con problemas para sobrevivir, conoce a Tomás. Se van a vivir juntos en compañía del hermano y, por fin, se casan. Su familia la deja en paz y, en la actualidad, no tiene noticias suyas.

Con Tomás viven experiencias de tipo místico o esotérico. La comparten con otros amigos y vecinos con los que forman un grupo variopinto de diversa extracción socioeconómica, entre los que hay médicos, cirujanos, mecánicos, peluqueras, administrativos, enfermeros y celadores del hospital, amas de casa y otros. Con ellos mantienen frecuentes reuniones en la habitación en que nos encontramos. Aquí cambian impresiones, comparten noticias, realizan rituales esotéricos y adivinatorios y otras actividades de las que ya tenía noticia.

“*Bueno –dijo Tomás- ahora ya te ha contado lo más interesante. ¿Estás contento?*” Hombre, más bien asustado. Yo no podía imaginarme que la cosa tomaría estos derroteros. Agradezco la confianza y, sin esperarlo, Beatriz me ofrece la posibilidad de integrarme en aquel grupo, en la actualidad reducido a seis u ocho personas.

LA MAESTRA, EL APRENDIZ Y LAS ENERGÍAS

Por mi confidente me entero de que Beatriz tiene un programa en una radio local. Me indica que aparece en antena a media mañana, de lunes a jueves, y que está loca de contenta. Que le encantó hablar conmigo, que le resulté un tipo muy interesante, y bla, bla, bla.

A la mañana siguiente conecto la radio, sintonizo, intento no encender un cigarrillo y espero. Aprovecho para revisar las notas escritas sobre Beatriz y su consorte. Pasan unos minutos y el aparato anuncia el horóscopo. Allí estaba ella desglosando los astros, haciendo malabarismos con las esperanzas de la gente, enviando consejas acerca del amor, los negocios, la salud, los hijos y lo que hiciese falta. Su voz sonaba amable y aterciopelada; no sé si se parecía más a una locutora de bingo o a una de supermercado. A azafata de aeropuerto no me sonaba; será que por aquí no los hay. El acento, como no, era baturro. Le ponía entusiasmo y no parecía hacerlo peor que los que hablaron antes. Casi no la reconocí; conmigo usaba otro tono. Ahora están poniendo música cubana. La dejaré un rato encendida. Empieza la publicidad de Sabeco. Buenos días.

En marzo del 99 mantuve otra entrevista con Beatriz. Había cosas que no habían quedado claras. Además me llegaban noticias de su buen humor, así que decidí llamarla y concertar una cita. Yo llevaba ya desde el uno de enero sin fumar y pensé que sería buena excusa pedir un “refuerzo”, pues las tentaciones de liar un pito eran cada vez mayores. Así lo hice.

En mi cabeza estaban, sobre todo, dos asuntos: la posibilidad de escribir su biografía y poder entrar en contacto con lo que se suponía que era un grupo. Tenía también interés por conocer qué tipo de patologías trataba, que me relatase algunos casos y las causas de su resolución. Y lo que saliera, pues no había manera de conducir aquello con cierto orden. Echaba en falta la soltura del periodista para ir al grano, pero al mismo tiempo creía poder encontrar, llevando la corriente, los elementos que me definieran al personaje; por lo menos.

La casa no se había movido de sitio. La decoración sí, un poco más cargada de adornos pequeños, como los que se ven en las tiendas de lo esotérico. Ya me dio tiempo a fijarme en los pocos cuadros que había y en otros detalles nimios. Una estantería había aparecido; con libros. La dueña había cambiado de peinado y *look*, de cara y pelo; el resto permanecía igual de redondo. El pelo crespo a mechadas negras y desordenadamente ordenadas, y un maquillaje radical, habían convertido aquel rostro de muñeca en una

máscara potente y agresiva, con toques malva y labios oscurísimos. La encontré cambiada a mejor y se lo dije en el saludo inicial.

Nos sentamos en los mismos sitios. Ella más tarde que yo, lo que tardó mientras encendía inciensos y apagaba luces, y encendía velas y corría cortinas. Y se sentó. Que qué tal me había ido la otra vez, que si me había servido de algo..., y aparecieron los niños. Dio un salto –saltito- en el sillón y, dirigiéndose a la niña le metió un responso de aquí te espero. Le indicaba con el dedo enérgicamente que se fueran a otro cuarto. Desapareció un momento y, ya sin los niños, se sentó intentando parecer relajada pero algo seria.

Pregunté por su gente, si se reunían o hacían algo. Me dijo que habían tenido una “*reunión muy interesante*” pero que alguien había salido malparado y había ciertas tensiones; que en un “contacto” algo había fallado y..., se me fue el santo al cielo. Quiero recordar que siguió varios minutos hablando de la reunión, de la gente del grupo, de que había algún muerto rebelde por el medio, no sé. Cuando salí de mi letargo estaba despotricando de la gente, de los vecinos, que qué se creían ellos, que en Alcañiz no se puede vivir, que hay gente muy mala en el mundo...

Pregunté por su biografía; si tenía interés en escribirla. Contestó secamente que no. Que es un barrunto que a veces le pasa por la cabeza pero que qué derecho tenía esa gente a saber las cosas más íntimas de su vida –que eran las más interesantes-, que no sabría para qué podía servir aquello; “*como terapia*”, -le dije-. Ni como terapia ni como nada, que aquello era una tontería y que no había nada que hacer. Así que tiré del hilo de la terapia, por ver de sacar algo en claro. Le dije que llevaba casi tres meses sin fumar y se le iluminó el semblante y le cambió el humor. Que muy bien la autodisciplina, que el autocontrol es muy importante, de los efectos perniciosos de la nicotina... Y soltó una perotata confusa del poder de la mente en cambiar tanto psicologías como hábitos. Se lució explicando lo que yo supuse que eran las últimas lecciones de alguna asignatura y, por no ser menos le “entretuve” con las dos últimas lecciones que yo había aprendido de antropología. Aquello no funcionaba.

Menos mal que apareció el hermano.

De la habitación de la que sacó los libros la otra vez salió un joven veinteañero a preguntar algo. Un muchacho delgado, de mediana estatura y que saludó tímidamente. La habitación de la que salió sólo estaba separada de aquel cuarto de estar por una puerta de panel, así que supuse que había estado al tanto de toda la conversación. Yo no había oído ningún ruido ni suponía que hubiese nadie en la casa, a excepción de los

niños. Me quedé algo sorprendido y Beatriz, que lo debió notar, hizo las presentaciones. -“*Aquí mi hermano, que ya te he hablado de él*”. El muchacho saludó con la mano floja y se sentó frente a nosotros en una sillita baja.

Ella mantenía una postura digna y seria, como mostrando que aquello era de su responsabilidad. Me dijo que su hermano también tenía poderes, cómo no, después de la manera en que había sido pronosticado su nacimiento, con tanta antelación y potencia, ante ella misma. Se refería a la figura verdosa de “amigo” de la infancia y primera adolescencia. Me ratificó que vivía con ellos y que llevaba muy avanzados los estudios sobre los temas en los que ella era especialista; que él sí tenía una capacidad muy marcada para resolver problemas de salud, sólo que era muy tímido y “*no se atrevía a soltarse*”. El chico replicaba suavemente que no, que no estaba todavía preparado, que sabía que le faltaba mucho por aprender y no se notaba tanta capacidad como su hermana le reconocía. Le pregunté si consideraba el asunto de la sanación como una posible dedicación profesional. Recibí unas divagaciones del muchacho que no aclaraban mucho, pero ella dio la sensación de que lo daba por hecho; que salvo que él decidiera por su cuenta cambiar de vida, –que se me antojó algo improbable- la debía emplear en desarrollar sus potenciales y ponerlos al servicio de los demás. No estoy seguro de que lo expusiese con tanta seguridad, pero me quedó la idea de que aquel mozo estaba enclaustrado en un ambiente del que dependía, y que seguiría al pie de la letra las indicaciones de su hermana. Me explicaron que pasaba las horas en aquella habitación, leyendo sin parar, y tomando “apuntes” que debía memorizar tras comprenderlos.

Beatriz insistió en que me explicara cuáles eran las razones por las que se negaba a empezar a curar. Él la miraba implorante dejando entrever que aquel asunto ya era añejo. Dirigiéndose a mí repitió su inseguridad y lo arduo del estudio. Que de su hermana había aprendido la meticulosidad con que hay que hacer las cosas y él no estaba seguro de haber interiorizado el sentido y el modo estricto de lo que había que hacer; que algunos casos no le darían miedo, pero que temía enfrentarse a situaciones que suponía escaparían a su control. Beatriz me dijo que lo animara, que dijese algo que le ayudara a tomar decisiones. Les pregunté si había hecho algún ensayo y ella respondió que no cabía ninguna duda de su potencial. Si no había duda ya estaba todo dicho, así que escurrí el bulto y hurté una respuesta que no tenía. Le metió un responso al chaval y lo mandó a la habitación del pasillo donde estaban los niños. Se levantó y se fue.

A ella sí me atreví a comentarle que no forzase el chico, que parecía muy concentrado en la labor y que no tardaría en llegar el día de su incorporación a la práctica. Ella respondió que era bastante incapaz en los estudios del instituto, y que ya desde pequeño comprendía mejor las cosas que le enseñaba ella o veía en casa; que a la calle salía poco, que no tenía amigos porque lo consideraban “raro”. Que su mundo, vaya, era este y que no sabía mucho de lo que pasaba por fuera. Pregunté por su salud y me dijo que nunca había tenido nada; que era tranquilo y fuerte. Que había disfrutado, en asuntos de salud, de más suerte que ella.

Le pregunté qué tal le habían ido los partos y contestó que mal. Fatal. Que la primera le supuso un trauma tanto el embarazo como el parto y la crianza. Y encima, aún sin recuperarse, se quedó embarazada del niño. Aquello multiplicó el trauma. Arremetió contra su marido aduciendo una incontinencia sexual que la martirizaba. Después del primer parto no tenía ningún interés en “*hacer el amor*” con él, que no paraba de insistir. Como entrábamos en terrenos pantanosos pregunté por sus enfermedades. No me valió; siguió hablando de asuntos de cama y de cómo, al nacer el pequeño, había decidido no volver a tener relaciones sexuales con su marido: -“*desde entonces está a dieta; en eso no quiero saber nada de él. Lo tiene claro*”. Seguidamente me contó sus problemas de tiroides, cómo le afectaba a la silueta, que antes no era así. Le dije que no había porqué tener complejo, que yo siempre había estado gordito y que con dieta podía mantenerme medianamente en forma. Claro, con dieta, pero ella ni con dieta ni con nada, pero que de todas maneras lo tenía asumido. Que peor eran unos problemas de circulación que le hacían tener heladas siempre las manos y los pies.

-“*Ven, mira, tócame las manos*”, y me las tendió las dos, gordezuelas, como las mías pero más. Se las tomé y, ciertamente, las llevaba heladas. De pronto apretó un poco y dijo: -“*joder, tío, qué cantidad de energía tienes, ¿no te descargas nunca?*”. Le contesté que bueno, que yo era bastante activo y que cuando estaba “muy cargado” pillaba la moto y me metía unas cuantas curvas rápidas, o una buena trialera, y se me pasaba el mal pelo; y que el billar me relajaba mucho. Pero yo no sabía si ella se refería al estrés o a que tipo de energía. Calórica no sería, pues yo tengo siempre las manos y los pies fríos también. En fin, que por aquel comentario tuve que escuchar un análisis psicológico de mi forma de descargarme a base de moto y billar. En eso se nos fue un buen rato.

Le pregunté por los adornos y me enseñó cristales de colores, que también tenían mucha “energía”. Y unas figuritas de cerámica y trapo que semejaban brujas o duendes,

y una pirámide de piel amarillenta con una luz dentro que valía para orientar la energía (o algo así), y un grabado con símbolos cabalísticos, y otro japonés que no sé si era de decoración o se empleaba en los rituales. Unos sí y otros no, me dijo. Y una o dos cajas de madera con velas de distintos tamaños, colores, formas y aromas, que fuimos repasando un poco a la ligera. Terminamos con una colección de barajas que usaba para echar las cartas, para adivinar el porvenir y para diagnosticar enfermedades y descubrir los remedios. Aquello sí que me sonaba. Todo lo había visto en una tienda de Zaragoza.

De ese cacho de conversación pude sacar que no empleaba fármacos. Acaso hierbas que podían encontrarse en las tiendas de dietética o herboristerías de la ciudad. Que fundamentalmente indicaba terapias que mi corto entender interpretó como conductistas, basadas en hacer o no hacer cosas y, sobre todo, en predisponer al cliente a un equilibrio mental que preconizaba la parte espiritualista del ser humano. Y lo que me resultó más interesante fue su concepción psicodinámica de la anamnesis. Ella dejaba hablar al paciente, sobre todo la primera vez; interesada en que se explayase con sus condiciones de vida, con sus relaciones familiares y profesionales. Le gustaba “sacarles los fantasmas”, creo que dijo. Una vez centrada la patología se buscaba el equilibrio personal, y funcionaba. Pregunté por su intervención más allá de la palabra y me especificó que había enfermedades provocadas por causas no naturales. Que esas las atacaba con ritos de purificación y limpieza, dando por supuesto que yo los conocía.

Llegó Tomás. Nos saludamos y Beatriz le contó que yo había dejado de fumar. Le pareció muy bien y habló unos minutos de la tontería que es fumar. Después me preguntó si habíamos hablado de cosas interesantes. Le contesté que sí. Beatriz desapareció un momento y volvió con un anillo de plata. Consultó con Tomás. Estuvieron de acuerdo en que estaba indicado para mi situación y dijeron que me lo pusiese inmediatamente; que en llegar a casa lo metiera en un vaso de agua con sal bien disuelta y que lo dejase al relente toda la noche, a la luz de la luna, lo secase por la mañana y me lo pusiese de seguido. Que no me extrañase si me dolía un poco la cabeza en el viaje de vuelta a casa, pero que si iba a más, me quitase el anillo, que el dolor sería por su culpa.

En la despedida no estuvieron ni los niños ni el hermano.

Me acompañaron hasta el portal y allí repitieron las instrucciones de uso del anillo y las virtudes del no fumar. Cogí mi coche y enfilé el camino de casa. Entonces me di cuenta de que no sabía si el anillo valía para aguantar sin fumar o para descargarme de

tanta energía. Sería para lo segundo, porque habían pasado seis días y estaba escribiendo esto, con un Chester encendido en el cenicero. La cabeza me duele, pero debe ser del ordenador. El anillo está desde hace dos días en una caja con gemelos, pins y sujetacorbatas que nunca uso. Es que me da vergüenza llevarlo.

PIEDRAS MÁGICAS EN UN JARDÍN DIGITAL

Por un conocido común me entero de que Beatriz está pasando un mal momento. Ha tenido discusiones con los de la emisora y ya no hace el programa del horóscopo. Parece ser que es sólo una mala racha laboral y que anda buscando algo. A los pocos días, en el bar de la entrada de un supermercado de carretera, a las once de la mañana, vi a Tomás acodado en el mostrador. Se lo señalé a mi mujer y me dijo que fuese a saludarle, que era lo correcto. No sé si me vio. Comprendí que no debía acercarme a él, tomé el carrito y salimos al aparcamiento. Él iba solo.

Otro viejo conocido de Alcañiz me visita en mi casa. Le pregunto qué consideración le merecen y qué se sabe de la familia en cuestión. *“Menuda gentecica”* -me contesta-. Parece ser que alrededor de ellos se ha formado un grupo, que el conocido nombra como *“una mafia”*, que es bastante hermética para el resto de conciudadanos. Cuenta que una parte del grupo, los que trabajan en el hospital como celadores o sanitarios, tienen *“montao un tinglao con el rollo de los masajes y cosas raras”*, que se proveen de pacientes del hospital que convierten en clientes y que ya la cosa ha llegado a un punto que *“tienen a varios especialistas mosqueados”* y no se sabe en qué acabará la cosa.

A ella no la conoce personalmente, pero que entre la vecindad pasa por *“una tía rara que siempre se está enfrentando con gente”*, que *“no tiene buen cartel, que digamos”*.

De Tomás me dice que *“es un mandao y que mientras le dejen el chupete...”*, que ya hace años que *“le pega al alpiste, pero que es buena persona”*. Del hermano, que es también *“otro tío raro, que va siempre solo”* pero que no se mete con nadie. Que no tiene amigos y que *“parece apamplao”*.

Intento comunicarme por teléfono con Beatriz y me dice una voz que no existe ese número o algo así. Pregunto a unos conocidos por ella y me confirman que no atiende más visitas que las de los más íntimos; ha dado de baja el teléfono y no hay manera de contactar con ella si no es yendo a su casa, y que a veces ni abre. Confirman el mal momento y explican que a Beatriz le está pasando por la cabeza meterse en un

monasterio o abadía, pero que no sabe de ella desde hace una semana. Corren rumores por el barrio de que las relaciones del matrimonio están muy deterioradas pero que no notan “desde dentro” esa tensión, que son habladurías, pero que algo no va bien.

Dejaremos correr el tiempo.

Me entero de que Beatriz está ya localizable. Que ha pasado la tormenta y que ha vuelto con brío. Ha contratado un nuevo teléfono y ya recibe otra vez consultas, desde hace un par de meses. Estamos en enero de 2000 y dicen que no se debe escribir *del* 2000. Es la novedad milenaria.

Pensando más en una salutación de cortesía que en otra cosa me pongo en contacto con ella. Que sí, que han pasado mala temporada pero que le encantaría hablar conmigo esa misma tarde o cuando me viniese bien. Quedamos a media tarde y, puntualmente llamo a su portero automático. Nadie responde. Me acerco al bar de la esquina y hago un poco de tiempo. La libreta para notas está en mi bolsillo. La grabadora en el coche; ni tocarla. Es una visita protocolaria y no quiero tensar el asunto. Vuelvo a llamar y siguen sin contestar. Doy un paseo por el barrio, doy un cuarto de hora de tiempo –ya el retraso supera con creces la media hora- y vuelvo a tocar al timbre. Esta vez sí.

Me espera con la puerta abierta y nuevo peinado y maquillaje. Ahora lleva una mezcla de rizos y bucles que le dan aspecto de princesita de cuento. Alguna mecha sigue lisa, así que su cabeza es como un ramillete de motivos florales que le dan un aire fantástico. El maquillaje, completo hasta el escote, recuerda al de la primera vez que nos vimos. Huele a productos químicos.

-“¡Ah! Tú debías ser el que llamaba a la puerta hace un rato. Yo estaba en la peluquería de al lado y me han dicho que alguien llamaba pero no he hecho mucho caso porque estaban acabando de arreglarme. Perdona. Es que mañana tengo una entrevista de trabajo y quiero estar bien”.

No especificó qué tipo de trabajo ni se lo pregunté. Eso no fue óbice para que comentara, mientras procedía al ritual de luces y “limpieza”, sobre lo adecuado de la buena presencia cuando se va a una entrevista de la que puede salir un empleo.

Sentados en los sitios habituales comenzó su acostumbrado bombardeo. No creía que nadie como yo, ni antropólogo ni sociólogo ni nada, pudiera comprenderla. Cuando le hice hincapié si se refería a ella misma o al conjunto de los que se dedicaban a actividades como la suya, indicó que a nadie. Que no pensaba que sin implicarse absolutamente en el tema se pudiese siquiera llegar a hacerse una somera idea de lo que pasaba con...- *las brujas y su mundo*, pensé yo, acordándome de don Julio Caro-.

Caí en la trampa. Intenté justificar la metodología antropológica y me vi envuelto en una discusión que no conducía a ningún sitio. Ella sacó la artillería psicológica, yo no me podía concentrar y se me ocurrió una pregunta. Ni recuerdo cuál. Se revolvió como una serpiente. Nada de preguntas, nada de intentar hacer mención de lo que antes me había contado. Nada de nada; aquello estaba bloqueado.

Con intención de despedirme saqué el anillo de plata del bolsillo del chaleco y se lo entregué. Le dije que, efectivamente, me dolía la cabeza y no podía llevarlo. Contestó que ya se lo había imaginado cuando había hablado con mi mujer. Yo pregunté extrañado cuándo había ocurrido eso. En principio no contestó; sólo quiso saber cómo era que ella siempre estaba en casa. Yo estaba patidifuso. Por lo visto me había llamado hacía unos días para darme su nuevo teléfono y había hablado con Carmen, pero que la notó extraña y supuso que algo pasaba. Yo había recibido el recado pero no sabía a qué achacar aquel embrollo de la rareza de mi mujer, el anillo y el dolor de cabeza. Se volvió a enfadar. -“*Ves como no eres capaz de entender lo que pasa. Nada tío, que no.*” Aquello se saldó con mi firme propósito de no abrir la boca en los próximos minutos. Que saliera el sol por donde pudiera. Después de unos segundos de silencio tenso cambié de tema con otro talante.

-“*Ahora que tengo más experiencia me he dado cuenta de que había tocado demasiados pitos con lo de las runas, el reiki y otras técnicas y he decidido cambiar mi tarjeta*”.

Se levantó, buscó por allí, y se acercó con varias de las nuevas cartulinas y me las entregó. Separé una, la observé y le hice notar los cambios. -“*Sí, ahora, como ves, me he especializado en consultas de tarot y gemoterapia; y me va mejor así.*” La ilustración prerrafaelista o modernista de la anterior había sido sustituida por otra. Un claro producto de la digitalización y la computadora, representaba una suerte de jardín psicodélico que se volvía etéreo y borroso al fondo, hacia el horizonte. La denominación que yo interpreté de “empresa”, antes Trasgo, también había cambiado. Ahora ponía Bea, una contracción de Beatriz, supongo. Ahora me viene a la memoria que Tomás siempre la nombra o se dirige a ella de esa manera. Allí está su dirección completa y el nuevo número de teléfono.

“*Oye, te quería consultar –me dijo- qué te parece si abro una línea novecientos*” . Le dije, con escaso convencimiento y tomando la tangente, que podría ser buena cosa, pero que ahora lo que se llevaba era Internet, que igual funcionaba bien el asunto si abría una página web. Se quejó diciendo que yo corría siempre mucho, que eso supondría muchos gastos y que no conocía la red. Y que ya vería lo que hacía.

Yo tenía ganas de aprovechar aquella visita y me atreví a aventurar un órdago a la grande. Le digo que tengo ganas de gozar o sufrir una experiencia de tipo mágico o espiritual y pregunto qué me puede aconsejar. Si ella tiene algo que ofrecerme. Me dice que selecciona mucho a los neófitos y que conmigo lo ve difícil pues me ve *demasiado potente*, que no cree que funcionase. Duda un poco, vuelve a dudar..., y no cuela. Un poco mohíno lo dejo pasar; de eso que me libro.

Cuando entró Tomás se la quedó mirando cogiéndola por los hombros. El peinado era un auténtico tocado y el hombre se sonrió. Me saludó amablemente y sin dar respiro Beatriz comenzó una vez más a despotricar de la gente y los vecinos. Dijo que habían pasado una mala temporada y que habían levantado el bulo de que Tomás bebía y de que se iban a separar. Que aquello era falso y que no pasaba nada.

Allí de pie, dispuesto ya para marcharme, sacó Beatriz el anillo de plata y le indicó a Tomás que no había funcionado. Él también lo había previsto, según dijo, y le instó a que sacase unas piedras de un cajón. - *“Llévate estas dos que son una buena protección. Mejor si las llevas encima y, si te molestan en el bolsillo, las colocas cerca de ti en el sitio en el que más rato pases”*. Explicaron que una era un cuarzo “bipolar” que, aunque estaba mellado, emitiría unos campos de acción que me serían de mucha utilidad. La otra, no recuerdo su nombre, es una piedra transparente de cantos redondeados en cuyo interior se ven cristalizaciones amarillentas o blancas como nieve. Esa vale para “absorber energías negativas”, o algo así. Sonreí, me las metí en el bolsillo del pantalón y me despedí.

Son las doce de la noche cuando estoy acabando de pasar esta entrevista a limpio y acaba de sonar el teléfono. Es Beatriz. Que me pide disculpas por lo agria que ha estado conmigo. Que ha recapacitado y que pone a mi disposición todo su arsenal mágico para que yo pueda tener una “experiencia”. Que le diga fecha y hora. Tomo mi agenda, le echo un vistazo, me lo pienso, y vuelvo a la tangente. Que tengo las próximas semanas muy ocupadas y que, de momento, no podré, pero que la llamaré en cuanto tenga tiempo libre.

7.3. Gregorio, el curandero de Cerros.

CAMINO DE TERUEL

En los itinerarios terapéuticos de algunos de mis informantes aparecía un curandero al que no había prestado mucha atención. En cuatro casos se me había indicado que

acudían, entre otros, a uno que hay en Cerros; tres casos en La Puebla y un caso en Híjar. A la hora de redactar estas líneas han aparecido varios más. La mayoría habla *del curandero de Cerros*; casi todos añaden “*el de las ventosas*”. Si hiciese caso a la ubicación por la terapia que nombra el personal debería colocarlo en el grupo de los tradicionales o empíricos. Así lo estuve haciendo hasta que tuve ocasión de conocerlo. Lo sitúo con los esotéricos por lo impenetrable de su terapia, que no se reduce sólo a las ventosas, aunque eso fuera lo primero que recogí.

Había ido aplazando la visita a ese pueblo durante algún tiempo y, aprovechando un viaje a Teruel para hablar con los gestores provinciales de Atención Primaria, a la vuelta, pasado ya el mediodía, decido parar en el bar del pueblo que está a la orilla de la carretera. Allí, pregunto al que atiende el mostrador si me puede dar razón del curandero. Me indica, con algo de sorna, que allí reside un curandero que recibe muchas visitas y parece ser que se está haciendo *famoso*. Cuando pregunto por su domicilio me indica que no tiene pérdida, que suba por la cuesta que arranca en la misma esquina del bar y tome una callejuela a la izquierda; que reconoceré la casa por ser llamativa y *muy particular*. Pregunto por el nombre del curandero y me dice que se llama Gregorio y que, a pesar de ser la hora de la comida, no tenga inconveniente en pasar a verlo pues siempre está dispuesto a *recibir*.

Cerros es un pueblo de sierra. Encaramado sobre una loma, las casas están apiñadas y construidas con mampostería, piedra medianamente ajustada, y tejas árabes en las cubiertas. Está recorrido por varias callejuelas tortuosas y no demasiado empinadas que acaban en las antiguas eras o abocan a la plaza del ayuntamiento. Siguiendo las indicaciones del hombre del bar, no tardo en encontrar, en un recodo al final de una de esas calles, una edificación que llama la atención. No sabría decir a qué se parece más, si a un pazo gallego en dique seco, a una fortaleza normanda, o al castillo de Herodes que se pone en los belenes por Navidad.

Está claro que se ha emplazado en el terreno de lo que fue una era. Se ha intentado vallar el recinto con un muro de piedra, colocada por un aficionado a la albañilería, moqueando cemento por todas las juntas. Se ha debido cansar de la faena o se le han agotado los dineros, porque el tapial está a medio hacer. Se ha cerrado lo que falta con palets de madera, algunos bidones llenos de botellas de champaña, montones de leña, estacas, o hierros que soportan una alambrada mal trenzada.

Aparco junto a un portal abierto en ese muro que semeja un túnel de piedras y hormigón. Busco el timbre para anunciarme y no lo encuentro. Buzón de correos sí hay.

Una verja de hierro forjado cierra la entrada. Por allí adentro, por aquel proyecto de jardín, se ven algún gato grande y varios de cría. Andan husmeando entre los materiales de construcción, los tiestos, y varios montones de ferralla de los que no se sabría distinguir qué es chatarra y qué escultura moderna. No hay timbre pero, al costado izquierdo del arco que abre el túnel, cuelga una campana de bronce de la que pende un badajo con tirador. Llamo y suena un campanazo fuerte que me hace llevar la mano a la embocadura para amortiguar el escándalo. Nadie contesta. Espero unos minutos y vuelvo a repetir. Nadie. A los pocos minutos, mientras merodeo hasta el final de la valla construida, un hombre joven que pasea por la era de abajo me dice que no está el dueño, que no tardará en llegar y que él también lo espera. Diez, veinte minutos, y doy la vuelta discretamente al recinto observando aquello. Vuelvo al portal, me busco una sombra y espero. Por fin, llega un Fiat blanco y viejo, matrícula de Zaragoza. Mi coche pienso que puede molestar y me ofrezco a apartarlo. Una mujer joven baja del coche y me dice que no incomoda, que lo van a meter al túnel de entrada. Mientras, abre la verja por un sistema de cierre peculiar cuyo mecanismo no acierto a entender. La puerta del *castillo-vivienda* se columbra al fondo del andador que arranca del portal. Está también fuertemente protegida por abundante armazón de hierro. Y las ventanas, redondas y pequeñas casi todas, también.

Mientras el conductor coloca el coche, la mujer ha abierto la puerta de la vivienda, en la base de un torreón cuadrado y mazacote. Deja libre un perro enorme, cabezón como un león, y adornado de abundante pelaje. Entretanto ha descendido del coche el hombre. Tiene aspecto rústico. Grueso y achaparrado, sus manos están curtidas por el trabajo. Lleva el pelo rapado al uno. Se le ve sudado y fatigado por el viaje. Me dirijo a él con timidez. Me presento como antropólogo que ha de hacer una tesis doctoral; le explico sucintamente el tema de la misma, y le pido que me conceda una entrevista para cuando a él le parezca bien. La mujer se acerca con el perro y asiente: no hay problema.

Allí mismo, y sin más preámbulos, me comenta que ellos están por el bien de la sociedad y de la medicina, que es médico cirujano, y que ha trabajado más de veinte años en esa profesión, y que ahora se ha pasado a la medicina naturista; que trabajan fundamentalmente con esencias de algunas hierbas, y que no cobran nada por las consultas, sólo cuatro mil pesetas por los medicamentos ya que algunos son muy caros y difíciles de conseguir. Alguno –dice- cuesta más de un millón y medio de pesetas. No especifica qué cantidad tiene tal costo, aunque parece ser que se trata del kilo o el litro. Nombra algo sobre la importancia de los ácidos de esos medicamentos y la mujer

interviene para decir que lo curan todo, que ahora lo que más tocan es asuntos de cáncer, pero que también intervienen con cualquier enfermedad.

Les explico que, en la entrevista, primero intentaré situar sus aspectos biográficos, que pasaremos luego a los asuntos de su formación como médico o sanador, y que remataremos con la explicación de casos concretos en los que haya intervenido. Se muestran conformes y me citan para las siete de la tarde del mismo día. Nos despedimos hasta luego.

Tres cuartos de hora de coche hasta mi casa me dejan reflexionar acerca de lo visto y oído. Desconocía la existencia de la joven, que dudo si es hija, amiga o esposa de Gregorio. Sí tenía referencias de la pretendida formación académica del hombre, y por eso no dejaba de martillearme una observación: no dice “medicina” sino “*medecina*”, más de acuerdo con su aspecto rústico que con el habla habitual de quien se forma en una Facultad. La cosa promete. Después de comer preparo los trastos. Hay que anotar, como siempre, pero esta vez no pienso dejar la grabadora en casa. Me temo que habrá “discurso” y quiero estar al tanto de lo que se me cuente, lo más literalmente posible.

A las siete menos un minuto aparco un poco más separado de la casa que la primera vez. El sitio que usé entonces lo ocupa ahora el Fiat blanco. Llamo a la campana. Aparece Gregorio con ropa de trabajo y me invita a atravesar el túnel que se abre al jardín, soto, museo, patio, taller o lo que sea. Me conduce a la puerta del torreón de piedra desnuda. A la izquierda hay otra atalaya de igual factura, pero ya cubierta de enredadera tomando así mejor aspecto. Ambas torres están unidas por un bloque más bajo que, supongo, encierra las dependencias de la casa. La habitación a la que accedemos está encalada, limpia y adornada con algunas flores secas en un macetero de obra junto a la entrada. Hay varias litografías enmarcadas decorando las paredes; en la de enfrente de la puerta hay una estufa de hierro estrecha, alta e irregular a la que llegan y de la que salen varios tubos. Un modelo que no he visto jamás. En la pared de la izquierda, frente al sillón de skay que Gregorio me ofrece para que me siente, hay un terrible óleo de caza de ciervos con perros que, para más INRI, tiene firma. De ese muro arranca una leve rampa que conduce al interior. Un sofá plastificado a juego, alguna silla suelta, y una mesa de forja y cristal llena de revistas, completan el mobiliario de lo que parece ser la sala de espera. Al mismo tiempo que me siento enciendo la grabadora y pregunto por la estufa.

DESDE RUSIA CON DOLOR

Los datos biográficos de este hombre son los propios de uno de aquellos “niños de la guerra” que salieron de España durante la guerra civil del 36. Nació en Cataluña y salió de allí con destino a Méjico en un barco. -*“Yo no tenía nada; yo tenía tres años, un cordelico en el cuello y un cartón”*. En Méjico no pudo desembarcar; sólo pudieron hacerlo aquellos que tenían dinero para sobrevivir seis meses, y no era su caso. En el mismo barco se lo llevaron a Rusia. Allí pasó los primeros tres o cuatro años en una colonia infantil. Luego los alemanes *“rompieron las fronteras”*, los encadenaron – todavía le quedan las marcas-, y los *“usaron como escudos humanos”*. Eran malos tiempos, pero los vería todavía peores. Casi al final de la contienda mundial los llevaron a Treblinka. Cuenta que Joaquín García Abril le salvó allí la vida. Escaparon, y fueron a parar a una casa campesina de Polonia donde estuvo hasta los diez o doce años. De ahí volvió a Rusia de nuevo donde recibió formación y estudios. En Poterlich (¿) comenzó a trabajar en una fábrica de aviones donde le propusieron estudiar ingeniería aeronáutica pero, hartado ya de *“hacer aviones a mano y tan cansado de problemas de guerra”*, eligió la medicina.

-*“Pues en Rusia nos fuimos forjando todos porque equivalía a un país en guerra, un país que había muerto más de veinte millones de personas, un país que había estado destruido masivamente, un país que tiene un frío glacial durante el año, cuesta mucho de recuperar, un país que nos dio una acogida que ni los españoles a los españoles se la dan. Nos dio un estudio, nos dio carreras, todo como si fuésemos hijos del país. (...) Yo tengo varias formaciones. Yo tengo también la formación de abogao, tengo la formación médica, tengo las ciencias políticas y económicas, soy investigador político, soy investigador en cuanto a las relaciones sociales”*.

-*“Yo he sido médico mundi, porque antes estábamos militarizados por las Naciones Unidas, y más de treinta años ha sido como cirujano. Que yo soy psiquiatra también, como..., mi primera especialidad era la psiquiatría. Porque luego yo continué estudiando; yo no he parado de estudiar desde que nací hasta ahora. Sí, la vida..., hay a quien no le gusta estudiar y hay quien no necesita...¿quieres un vasito de vino?”*.

En 1983 volvió a España y no le gustó lo que encontró. Desde el principio de su relato insiste en las deficiencias del sistema democrático español. Para él, aquí mandan los de siempre: -*“Estamos viviendo en un Estado fascista, y que me demuestren lo contrario”*. Los veinte primeros minutos de conversación se van en explicar la situación política y social española y su desacuerdo con ella. Elabora un discurso encendido e incendiario que recuerda mucho al que se podía oír, en los años cincuenta y sesenta, a los viejos combatientes de izquierda emigrados a Francia. Y se explica bien, intentando convencer de que no es un patán al que puedan vender fácilmente las excelencias del nuevo sistema. La Guardia Civil, los curas, la iglesia católica, la guardia de Franco, los

“cachorros del régimen”, los terratenientes, los alcaldes déspotas y los caciques, son nombrados y criticados como si la España actual fuese aquella que pintaba Dolores Ibarruri, *La Pasionaria*, desde la clandestina radio Peninsular. Por alguna razón este hombre ha congelado el tiempo y no quiere, no sabe o no puede, mirar de frente los cambios objetivos que se han producido. Cuando se lo hago ver y le digo que no puedo compartir algunas de sus apreciaciones, contesta enfadado que le da igual que yo las comparta o no, que es la realidad que él ve y que puede demostrarlo punto por punto. Todo ello se acentúa cuando se refiere a la provincia de Teruel:

“¿En dónde está el Estado de Derecho?, que nos lo expliquen; de todas maneras la provincia de Teruel es un mundo aparte. Esto no podría pasar en Cataluña; esto no podría pasar en Madrid ¡es un escándalo!, pero de los gordos, de los grandes. (...) Lo que sí se puede decir de Teruel, y eso es real y lo puedo demostrar, es que hay una autocracia en la que no son las Leyes del Estado las que mandan sino el poder de los partidos políticos. Hay una autocracia clara, neta, pero una autocracia de esas... cerrada, que no salen de ahí, y que persiguen a la gente en función de los conocimientos que ellos tienen. Una persona como yo, con sesenta y seis años, con sesenta y seis años, con la cultura que se ha dado en España hasta ahora...”

En unos minutos le pega un repaso a la política internacional: todo pasa por la dictadura del capital y de Estados Unidos. De la nacional cita las calamidades y corrupciones del partido socialista y pone verde a Felipe González. José M^a Aznar todavía le merece peor consideración: él y los de su partido son auténticos *facistas*. Y lo mismo el alcalde del pueblo, aunque sea socialista.

En esta provincia se instalaron hace ocho años. No venían ni a montar negocio ni a hacer favores a nadie. -“*Es que, ¿sabes qué pasa?, nosotros no vinimos a trabajar aquí. Vinimos a reposar. Nadie viene a un pueblo a poner un comercio*”. Buscaban un clima favorable para Montse, su joven compañera, aquejada de problemas de salud. Pregunté si tenían algún conocido en la zona que les aconsejase el sitio: -“*El mejor conocido que teníamos era mil metros de altura y un clima seco. Ponle la mano encima a Montse*”. Toco su hombro y percibo crepitaciones que me hacen pensar en alguna luxación o artritis reumatoide.

“Son los cartílagos que hacen de rótula que se gastan. Para eso, entonces, este era el clima ideal para ella y elegimos este pueblo por eso. Altura, sequedad que hay aquí porque, a nivel del mar que estábamos en Barcelona. Tenía unos dolores horribles y siempre estábamos... y dijimos, bueno, la curabas, pero que a última hora no podía llevar ni un cesto vacío”.

Encontraron el clima y la altura esperados pero no el recibimiento. Desde su llegada cuentan que han estado vigilados, sometidos a un férreo control por parte de las autoridades civiles y militares. Ellos hablan de persecución.

“Aquí hemos tenido dos años y medio el teléfono pinchado, que no podíamos hablar; hemos tenido que alquilar una casa en Zaragoza para llevar las cuestiones de, de, los derechos humanos. Hasta que descubrieron, por casualidad, descubrieron los...eh..., la guardia de Franco de aquí, que estábamos allí, y entonces nos llamaron a ver qué..., nos llamaron de los servicios de la Guardia Civil para ver dónde vivíamos y tal, o si estábamos aquí o en Zaragoza. (...) A todos los que no pensamos en facismo se nos ficha. Así está el pueblo español. (...) Nosotros somos miembros de la Liga de los Derechos Humanos; hemos estado perseguidos en la provincia de Teruel durante más de cinco años y medio por la Guardia Civil, aquí, ahora; la última... ya, los cachorros esos de la ilegitimidad constitucional ya no sabían qué hacer y se metían con el coche entre nosotros para ver qué es lo que pasaba, si cogía miedo. No, no cogí miedo. Yo conozco la legitimidad constitucional porque soy uno de los padres de ella, ¡eh!, y conozco muchísimas cosas; entonces no nos dan miedo los cachorros educados en la ilegalidad para perseguir a gentes que posiblemente no piensan de la misma ideología. Estamos en Constitución democrática y no estamos en derecho, que para eso tienen los jueces, para que los jueces dictaminen el delito que has cometido y te persigan (...). Nosotros somos humanistas, no somos marxistas, pero muy cerca del marxismo, claro. Porque bueno, hablando con plata y hablando...¿cuál es el régimen que se ocupa más de todo el mundo?. Aquí estamos nada más que engordando a cuatro. Aquí se han vendido, ...es que yo conozco muy bien todo el proceso político, económico, sociológico. Soy un investigador. Entonces, se han vendido todas las industrias estatales para entregarles el dinero, en subvenciones, a fondo muerto, a los ricos, para que creen plazas de trabajo”.

A lo largo de la conversación me dirigía a mi interlocutor como Gregorio. Así me había dicho el del bar que se llamaba, y con ese nombre hizo su presentación. Pero notaba que su compañera Montse, cuando se dirigía a él, le llamaba Juan. Quise saber el porqué de esa doble denominación:

-“Mira, yo he sabido que me llamaba Gregorio a los cincuenta y siete años. No. El no vivir aquí, el no tener los papeles del registro y todas las cosas, y cuando llegas te encuentras con todas las sorpresas del mundo. Yo aquí llegué en el ochenta y tres, llegué. Marcharse, entrar, y salir...otras veces antes. He salido y entrado algunas veces, pero vine en el ochenta y tres. Allí te acotaban ¿sabes?. Era otra cosa. Durante la guerra pues se pierden papeles, y el cartoncico que yo llevaba atado al cuello se perdió, y...muchos problemas. Cuando llegas y han pasado cincuenta y siete años pues...”.

En 1983 volvió de Rusia y se instaló en Barcelona. Me interesé por sus ocupaciones profesionales en esa vuelta, si ejercía de curandero, sanador, o de qué hacía. Contesta malhumorado que curanderos son los que nada más manejan las hierbas, y que él hace más cosas que eso:

-“Bueno, no como curandero. Sí, como médico titulado. He trabajado en el hospital, lo que pasa es que mi forma de trabajar, mi estilo de trabajar con los otros no es el mismo. Que yo me encontraba que llegaba a las diez de la mañana como los otros pero, a veces, hasta las siete, las ocho la noche estaba metido allí y los otros, a las dos de la tarde ya habían terminado su trabajo. Luego empezaron a correr que si yo hacía eso para que el director se fijase en mí. Yo tengo suficiente dignidad y suficiente carácter

para no intentar nadie que se fije en mí. Yo hago mi trabajo y se terminó. Y luego ya, fui, pedí mi dimisión en el hospital, y el director que no me quería dejar marchar y me llevó a una clínica privada. No quería, decía que era imposible, ¡cómo me iba a marchar yo si era un poco el corazón del hospital!. Bueno, me fui a la clínica privada. Estuve allí tres meses; a los tres meses me llaman p'a aumentarme el sueldo alegando mi profesionalidad, pero también me explican que tal paciente, que estaba en la habitación tal, había terminado la cuenta en banca y que tal otro tenía una cuenta en banca muy grande, y que ese que había terminado la cuenta en banca había que echarlo lo antes posible porque, a ver con qué iba a pagar, y que el otro que tenía eso había que retenerlo lo máximo posible porque tenía dinero para pagarlo, ciento cincuenta mil pesetas cada día, pues hay que sacarlas ¿no?. Sí, sí. Las clínicas privadas son así de caras. Y, bueno, allí posiblemente se encuentran los profesionales mejores ¿no?, de todas maneras entonces, pues claro, eso tampoco me interesó porque no soy economista, soy médico, y dije que no me interesaba, pero con ánimo de marcharme de allí y dejar toda la basura esa. Porque hoy la medicina pues entra en un epílogo más de lo que ya tenemos: es el dinero y el dinero y el dinero. Si usted no tiene dinero se muere, y si puede gastar y puede hacer, todavía tiene alguna esperanza de vida. (...) No, y luego el trato con el paciente. Tienen un trato como si fuesen semidioses, cuando un médico ha de ser tan humano y se ha de acercar tanto al paciente que sea casi su padre o su hermano; y ese trato de diosillos, eso, está haciendo mucho daño a la medicina (...) esta que tú llamas científica, que no es tan científica cuando no son capaces de aprovechar los últimos conocimientos siempre en medicina, y pasan años y años y años sin hacer nada en absoluto, sin cambiar su sistema, aunque la gente se les muera como moscas. Por eso te digo que no es tan científica; la medicina científica es quien la estudia, y también puede ser (...) un curandero. Yo conozco muchos que estudian y que hoy son los mejores médicos que hay en España”.

IDEOLOGÍA Y PRAXIS.

Este largo discurso parece que también lo ha contado repetidas veces a sus pacientes, aunque más abreviado. Ellos me cuentan que, antes de empezar sus terapias, les explica que él es médico, aunque vayan a verlo como curandero. El personal lo pone en duda, seguramente porque su aspecto, sus palabras, sus modos, y sus terapias encajan no con su idea de un médico titulado, y sí con la “rareza” que esperan de un sanador popular. Cuando le pregunto por los fundamentos de su capacidad de curar responde:

-“Nosotros somos humanistas (...), el primer precepto es el derecho a la vida (...), la medicina actualmente, la medicina clásica, la llamada científica, tiene demasiados intereses en los laboratorios (...). Si un médico se pone a curar en conciencia de que él está para terminar con las enfermedades, ese médico, sea en el naturismo sea en la medicina científica, tiene éxitos que no van dirigidos a él, van dirigidos al paciente, en la cura del paciente. Si, por el contrario, se siguen los slogans que hay en la medicina científica, eso de que para tal paciente que tiene cáncer hay que poner esto y hay que hacer esto y hay que hacer eso..., van por eliminación de medicamentos. Todos los pacientes, no hay ninguno solo que sea igual, y entonces hay que per-so-na-lizar, pero para per-so-na-lizar a los pacientes se necesitan médicos que hayan hecho la carrera

de medicina, y no la carrera económica en la medicina. Y eso es lo que pasa en todas partes. Porque decir que en la medicina, en la natural, todos son buenos, es mentira. Hay muchísimo estafador (...). Nosotros, los médicos que consideramos que el paciente es el primero, estudiamos el cuerpo humano, estudiamos toda la medicina que viene de la parte científica, y estudiamos el valor de cada planta para la aplicación. Porque las plantas..., si ahora te dicen que tienes una planta para el estómago, es mentira, para curar el estómago es mentira, porque esa planta tiene diez, doce, catorce, veinte ácidos diferentes. Lo que has de hacer es saber cuál es el ácido y cómo neutralizar los que no sirven.”

Gregorio se lanza. Entrevistarle consiste en aguantar el tirón. Si se hace prolijo en las explicaciones acepta mal que se le corte, aunque a veces no quede más remedio. Intentando poner orden en el río de su verbalización intento enterarme de su capacidad para el diagnóstico. Pregunto por sus exploraciones y acaba remitiendo a sus terapias:

-“No. Nosotros aceptamos el diagnóstico que nos traen como estudio, no lo aceptamos nunca como práctica. Hacemos nuestra propia práctica. Como estudio sí. (...) Sí, sí, sí, ya lo creo. Y sabemos en qué estado está, sabemos si tiene problemas muy serios, cómo está la situación y todo. Es que nosotros trabajamos de otra manera que los hospitales. Nosotros vamos un poco al revés, por ejemplo: un hospital le ponen la quimioterapia al enfermo para bajar las defensas, para que no bombardeen con anticuerpos el tumor porque luego no saben sacar los anticuerpos podridos. No lo saben sacar y entonces un factor más, mientras que...bien, nosotros trabajamos al revés. Nosotros elevamos defensas a tope, bombardeamos continuamente y sin parar el tumor canceroso, las ramificaciones y lo que haya, pero sin parar, sin parar, y extraemos los anticuerpos podridos. Al mismo tiempo tenemos una terapia para que vaya manteniendo el hierro, vaya manteniendo las sales minerales, las vitaminas, proteínas y demás, que son muy necesarias para la curación de una enfermedad”.

Llegados a este punto Gregorio se cansa; no le salen las palabras y le pido que se calme, que no hay prisa. Es entonces cuando Montse sale en su ayuda, frenando su énfasis y buscando la palabra que le haga coger el hilo de su exposición. Es ella quien, dando respiro al compañero, explica la importancia de la parte psicológica del paciente. No la deja terminar. Le ha venido a la cabeza ya la idea y abunda en ella: su terapia.

“Tenemos una quimioterapia propia que no tiene nunca rechazo orgánico, nunca, que las quimioterapias que están dando tienen un rechazo orgánico tan grande en la mayoría de los pacientes que muchos no se mueren de cáncer. Y además de eso tenemos unos...(Montse le ayuda; -“desinfectantes”-) desinfectantes muy poderosos y además del desinfectante tenemos la...los...¡ah!,...el...para extraer rápidamente, para depurar, depurativos muy potentes para sacar rápidamente por la orina toda la infección que vamos arrancando al cáncer. Resultados: es que a los tres meses empieza a reducirse y cada vez se va reduciendo más, después de haber extirpado todas las ramificaciones y así...”

Pregunto si alguna vez echan mano de la cirugía. Montse toma la palabra para negarlo, y de paso, seguir donde le cortó Gregorio:

-“No, no. Nos basamos en las plantas, lo que ha dicho él. Pero eso es en el cáncer y, luego, en otros tipos de enfermedad lo que hacemos es lo contrario que en la medicina general. La medicina general da sustitutivos, si el tratamiento no tiene suficiente para un asmático te enchufan la cortisona, y nosotros lo que hacemos es hacer trabajar al organismo. (...) No. Es la práctica diaria de ver que un paciente no sólo está afectado por la enfermedad que tiene sino que está también afectado psicológicamente por la enfermedad que tiene. Entonces.... Nosotros damos una gran cobertura en eso. Y les hacemos coger el gusto de la vida, no la amargura de la muerte. Y poco a poco, pues claro, en que una persona siente el gusto de la vida es fácil elevar defensas. Una persona que siente la muerte continuamente a su alrededor, porque ahora nosotros podemos hablar: porque aquí, en tal sitio, nos hacen una buena comida, pero él, como está enfermo, ni puede comer eso ni puede ir allí. Entonces eso lo puede ver desde dos puntos de vista diferentes el decirle a uno: pues mira, si no puedes comer de todo pero algo comerás, vente con nosotros, o decirle a uno, mira oye, tú te quedas en casa porque tú no puedes venir porque para qué vas a venir si no puedes comer, o sea, lo aparta de la sociedad, lo hundes, lo entierras. Entonces, nosotros vimos que era muy importante, muy importante, el que esa persona psicológicamente hablando estuviera integrada totalmente en la sociedad y, a partir de ahí ..., eso hacemos con todo el mundo, los integramos”.

Le pregunto a Montse de dónde ha sacado ella sus conocimientos de medicina. Me explica que la mayoría de lo que sabe lo ha aprendido de Gregorio, pero que también tiene formación académica: *-“Yo he estudiado enfermería. Sí, lo que pasa es que no lo llegué a terminar; empecé enfermería pero luego ya me metí...”.*

Gregorio no la deja terminar y retoma la palabra:

-“Sí, sí. Además continúa estudiando cada día, o sea, que ella tiene una formación muy superior a cualquiera de los médicos que se conoce por los alrededores, porque es que en España está la equivocación esa: si tenemos tres buenos cirujanos, todos los cirujanos se dan el postín de buenos; si tenemos tres médicos de medicina general buenos, todos los médicos de medicina general tendrán ese postín. Y no: es bueno el que es bueno y el que lo demuestra; y es malo el que no puede hacer nada. Y la mayoría han estudiado medicina para tener una paga, no para curar pacientes. No, si es que la cosa es así. Me gustaría poder hablar de otra manera; me gustaría hablar de todos los médicos bien, porque yo quiero al ser humano. Bien, pero ¿cómo puedes hablar bien de gente que estás viendo que está matando personas?. Este año pasado ha habido más de seis mil muertos por exceso de medicamentos. Entonces, eso lo hacen los médicos, eso no lo hace el cabrero, ni el curandero de donde sea. Los curanderos son muy útiles cuando se trata de poner los huesos de una muñeca en su sitio, cuando se trata de poner el codo en su sitio, y cuando se trata de hacer un esguince...”.

Pregunto si ellos atienden esas patologías, con qué técnicas, y si imponen las manos para curarlas. Las respuestas no pueden ser más contundentes:

-“Sí, pero es...bueno, eso lo hacemos como el que después de comer se come una pera. Es la parte más sencilla de la medicina, es la parte más simple, más mecánica. Entonces, lo que no puede hacer un curandero es curar un cáncer. Lo que no puede hacer un curandero es curar..., qué sé yo, una esclerosis. Lo de las manos ..., ¡todo eso es cuento! Yo he estado en Indonesia y allí te operaban de apendicitis con tripas de un pollo en la mano, je, je. Nada, mira, había aquí un médico en Zaragoza que tenían el

consultorio lleno de gente a la mañana, y llegaban con muletas allí haciendo gestos raros, y los cogía en prioridad porque eran los que más padecían. Y salían a los diez minutos con las muletas debajo del brazo y andando. Pero el pobre hombre eso lo repitió demasiadas veces, y entonces los taxistas decían que cada mañana llevaban a los mismos y salían los mismos. Sí. Eran unos estafadores, y eso no se puede hacer con un enfermo. El enfermo tiene ya una enfermedad y ya padece. Al fin, si no eres médico, si no eres capaz de curarlo, más vale que te retires y hagas otra cosa. (...) Eso es, sí, sí sí. Esto es la ignorancia total que hay sobre la materia. Muchos se esconden detrás de la medicina natural y hacen toda clase de cabriolas que no tienen nada que ver ni con la medicina ni con la dignidad de la persona ¡coño!”.

El comentario lo termina aclarando Montse:

-“Luego eso, nos basamos en, más que nada, los desinfectantes de plantas y en la combinación de ácidos que tienen, y en los efectos psicológicos. Hay hierbas que las recogemos y secamos nosotros. Las dosificaciones, según la persona. Las dosificaciones cada persona tiene la suya”.

Es Gregorio quien explica qué patologías tratan. Todas. Nada se les resiste.

-“Tocamos todas las enfermedades que hay hoy. Yo tengo cuarenta y dos años en la medicina, tocamos casi todas las enfermedades que hay actualmente, pero sobre todo las más peligrosas. Incluso con el SIDA hemos tenido muchísimo éxito, lo que pasa es que el SIDA está extendido en las grandes ciudades y aquí nosotros llamamos porque yo sé de dónde viene el SIDA. Yo sé de dónde viene el SIDA, y ha sido una infección creada porque no sabían qué hacer con tanta gente. No es por casualidad que en África hay guerras continuamente; no tienen pan para comer pero sí tienen armas para matarse, producidas en España, en Estados Unidos, en Inglaterra, en Alemania, ¿lo comprendes?. Pues todo eso está pasando”.

-“Bueno, nosotros tenemos ahora muchísimos cancerosos, estamos curando..., tenemos una proporción casi de...sobre tres, dos cancerosos. Y los estamos curando a todos; no hay ni uno solo que se nos haya muerto desde hace dos años y todos, todos, venían en terminales, con quince días, un mes, dos meses, tres meses”.

No sé porqué, al oír hablar de semejante manera se me vinieron al magín las creencias populares en la capacidad sanadora de algunos santos y santas. La nombro y la relaciono con la eficacia simbólica. También me dan su opinión al respecto:

-“¿Has oído hablar de la virgen de Lourdes y de los milagros no? Aquí la de la Aliaga. Yo de lo que quiero hablar es de otra cosa: es que las personas tenemos unas defensas tan grandes que muchas veces la misma fe, el mismo pensar que te vas a curar te cura. Pero no tiene nada que ver con la sabiduría del que te pone las manos detrás y te dice que reces Padrenuestros. No, no. Esa persona a los dos días se le ha marchado el efecto psicológico de ese momento y ya está listo otra vez. Nosotros tenemos una vela ahí puesta para cuando hemos de poner ventosas, para no estar a cada momento encendiendo velas o mechero. Entonces nos ha venido gente que nos ha dicho que si en vez de tener una vela tuviésemos siete, y rezábamos un Padrenuestro..., a ver si sabíamos dónde está su hijo.”

Me intereso por lo de las ventosas, un método clásico compartido, en su tiempo, por los curanderos y el personal lego con capacidad de uso. Me responden con una batería

de casos. Con la peculiaridad de que, para ellos, no sólo tiene capacidad terapéutica sino diagnóstica:

-“El otro día nos vino una chica joven y me empieza: -“es que me encuentro muy mal, que noto que las piernas no me llevan” y es una chica de dieciséis años, “y he ido al médico y me ha dicho que lo único que me habían encontrao era un quiste en la médula”, eso el médico del hospital. El médico de cabecera le decía que ella lo que estaba buscando era no trabajar más, la baja, y la pobre estaba...bueno. Y después vino a casa, la miramos y entonces miramos a ver que tiene y tenía los quistes, y entonces, para hacer ese análisis, para ver esos anticuerpos le colocamos las ventosas. Entonces aparecía claramente dónde estaba (...). En la huella de la piel. Lo que pasa es que por ejemplo, si sale frío o..., se pone roja, pero es el color de la piel, y la forma, entonces sabemos y diagnosticamos, y el tratamiento ya va orientado a lo que te dice. No tenía importancia según los médicos, pero tenía un cáncer en la médula. En esa chica, cada vez más privada de las piernas, más torpe, más..., en dos años pues había perdido muchísima calidad de vida, pues nada, ayer nos vino contentísima. Pues habrá venido unas cinco o seis veces. (...) De lo que les damos, llevamos un control... por nosotros, por saber qué hemos dado, cómo va, qué es lo que tiene y todo eso”.

-“Nosotros tenemos, por ejemplo, un paciente que le dicen, él tenía un dolor de espalda extraordinario y le dicen: -“vete a Castellón que hay un médico allí que eso lo cura, que es fantástico el tío ese, es una eminencia”. Se va allí y la primera visita ochenta y cinco mil pesetas. Bueno, y le dice: -“vuelva a la semana que viene y veremos ya de establecer un plan para estudiarle el caso, y ya veremos”. Y vuelve la semana próxima y ochenta y cinco mil pesetas más para decirle que no podía hacer nada. Bien. Eso es lo que está pasando aquí (...). Nosotros estamos aparte y no cobramos, nosotros no tenemos salario, lo hacemos nada más que por que la gente no padezca, trabajamos sin salario pero ¿tú te imaginas la decepción que tiene un enfermo al que no encuentran el problema que tiene?, ¿tú te imaginas lo que representa un enfermo que ha ido a veinticinco médicos y no han resuelto su problema? Entonces es cuando entran los curanderos (...), porque el curandero es una persona con una psicología muy desarrollada y, si bien tampoco cura, porque una enfermedad grave tampoco la puede curar, (...) sabe conformarlo, cosa que ni los médicos saben por mucho que cobren”.

-“Nosotros aquí tenemos, vemos, los buenos cirujanos y los malos cirujanos, a través de las operaciones realizadas sobre los pacientes. Vemos los buenos médicos y los malos médicos que hay, pero vemos una categoría de médicos. Viene un señor de Barcelona con esclerosis; y su hijo es médico. Lo trae su hijo, por la voluntad del padre que por la voluntad del hijo no lo hubiese traído. Han estado más de dos años buscando la enfermedad que tenía el padre con sus amigos, con sus colegas, en todos los hospitales y con todos los especialistas, y no han encontrado nada. Nosotros se la encontremos el primer día que vino y empezamos a tratarlo; desde el primer día que nosotros empezamos a tratarlo ese hombre anda solo, ese hombre se vestía solo, ese hombre empezó a coger fuerza y a comportarse de otra manera, y él, el hijo, no entraba nunca dentro. Se pensaba que le rezábamos padrenuestros. Entonces salí, para tener otro contacto con otro colega médico, a ver qué es lo que opinaba. Digo: -“¿qué te parece cómo está tu padre, cómo opinas?”, me dice: -“pues igual”, digo: -“¿igual? ¿no lo ves andar?”, y me dice: -“bueno, delante de la evidencia me he de rendir”, digo: -“mira chico, te faltan muchos conocimientos médicos y te sobran mucho orgullo y mucha tontería; si a mí mañana me dijeran que dando tres golpecicos con un zapato viejo en un trasero de una persona se iba a curar, te lo juro que lo aplicaba”. Se quedó

que no sabía qué contestarme, pero bueno, dejó de venir; ahora, cualquier día vendrá, vendrá más grave de lo que estaba, pero ha dejado de venir”.

-“Tenemos una persona con cáncer de páncreas que el médico le dio para tres meses de vida. Cuando fue, no sólo el tumor central se había reducido sino que todas las ramificaciones estaban muertas. Pero un día vio las señales de unas ventosas que le ponemos así en la espalda, el médico, y empezó: -“¡ay! ¿pues no te das cuenta que esto se puede infectar de un momento a otro?, ¿pero no te das cuenta de que esto puede ser muy grave y puede pasar así, así, así”. El idiota aún no se acordaba que le dio para tres meses y que ya hacía más de tres meses. Esta señora que nos tiene tanta confianza, porque se ha dado cuenta que.... Además tiene un sobrino y una sobrina que están en la medicina, son médicos, y ella entonces pues fue y les dijo: “mira, es que si se me infecta una de estas ¿qué puede pasar?”, -al sobrino-, y el sobrino se puso a reír, le dice: -“tú ve a Cerros a que te visiten y déjate lo que te digan, porque quien te está salvando la vida es en Cerros.”. Ahora ese médico se quiere arrojar el que ya va mucho mejor y le dice: -“¡ay, María, qué bien vas!, mira, vas tan bien, tan bien, tan bien, que ni muchos de los que tengo, pacientes de los que tengo con mucho menos mal que tú, van tan bien”. Claro, a esa señora lo primero que hacen es meterle miedo y cosas así, pero bueno, eso, también tenemos médicos que lo primero que dicen al paciente “esto te va bien, pues continúa”.

Me intereso por sus relaciones con el médico del pueblo. Lo ilustran con más casos.

-“El médico del pueblo decía que cómo iba yo a curar enfermedades que él no era capaz de curar, con cuatro yerbajos. Ahora envía pacientes a que los veamos nosotros. Nos vienen, nos vienen: -“es que me ha dicho el médico que vosotros...”. Hay médicos que dicen: -“mira, vete al curandero de Cerros que es el único que te entiende”. Eso es frecuente. Mira, un caso que explica exactamente: hay una señora que es de este pueblo, que vive ahí enfrente pero que está viviendo en Barcelona. Tiene los pulmones deshechos y entonces, claro, va a visitarse al hospital de Barcelona. Y le caía la visita para las fiestas del pueblo este, y ella quería venir y, entonces fue y le dijo al médico -“¿no podría usted avanzarme la consulta? Porque es que quiero ir a las fiestas de mi pueblo”, dice: -“¿de dónde es?”, dice: -“pues de Cerros, de la parte de Teruel”, dice: -“¡hombre!, ahí tenéis a un médico muy famoso...”, y dice ella: -“no sé porque hace tantos años que...”, dice: -“pues mira, cuando vayas a Cerros, ves que te vea y me dices lo que te ha dicho”. Ella estuvo buscando al médico por aquí, pero como a nosotros nos llaman curanderos, pues no lo encontró”.

-“Nosotros es que con los médicos y eso, nunca vamos a la consulta. Lo tenemos asumido ya. A éste lo han cambiado ahora y a éste no lo conozco. Este ni corta ni pincha ni sirve p’a nada, ¿sabes?, éste es un médico que ni está en contra ni a favor. Sí, pasa, como que...como tienen tantos y tantos ejemplos, pues le costaría hablar de hierbajos. Al de La Puebla de Híjar no. Sí, hemos visto muchos pacientes de La Puebla”.

Sus propias enfermedades se las curan ellos mismos. Gregorio aprovecha para resaltar los conocimientos y buen hacer de su compañera.

-“Mira tú si tiene una buena formación que me ha salvado la vida muchas veces. No una, varias veces ¡eh!, y ella está cada día salvando vidas. (...) Un ejemplo de lo que somos capaces de hacer. Yo tenía esta pierna hasta la ingle co...¿cómo se llama...?.

Le ayuda Montse:

-“Lo que pasaba es la gangrena; que se tapó una arteria”.

-“Mira lo que tengo aquí; hemos rehecho toda la arteria, molécula por molécula, mira...”.

Gregorio se arremanga el pantalón; Montse le ayuda. Se ve una lesión similar a las úlceras varicosas, muy extensa y desescamada. Fea y sucia. Acostumbrado a ver y tratar úlceras semejantes le intento explicar que esa pierna no está bien, que precisa cuidados inmediatos. Montse me da la razón.

-“Pero, aunque tenga mal, tengo mi pierna. Bien, pues si voy a un hospital hoy yo estaría sin mi pierna. Ya he tenido cáncer en la garganta y, a consecuencia de la mordedura de una víbora, que esto me viene precisamente por eso, que nos dimos cuenta trece horas después. Es que ahí tenía cardos de esos que se hacen tan grandes. Los corté y los apilé para quemarlos pero, como estaban las cebadas sin segar dije, voy a esperar por si salta alguna chispa o algo. Un día, trasteando por ahí, se me escapó el zapato ortopédico que llevaba y puse el pie encima de los cardos. Esos cardos llevan venenos, dosis de veneno, y entonces claro, saqué el pie lleno de pinchos. En los primeros momentos pensé que eran el veneno que ellos tenían lo que hacía ese dolor y..., hasta que me di cuenta que era imposible. Bien, luego Montse, que ha sido mi doctora, ¡eh!..., detectó un grano blanco que era el veneno inyectado por la víbora, así, y muy inflamado. Entonces ya pusimos cataplasmas fuertes para que se desinflamara. Y..., entonces ya aparecieron los cuatro agujeros de la mordedura de la víbora y, como no hay otro animal que a trece o catorce milímetros muerda pues entonces yo ya sabía; además que yo he tenido otros mordiscos de víbora. He estado en países subdesarrollados muchos años y allí era enemigo principal de gangrena y, bueno, ...pero las veía, te abrías rápidamente, quitabas el veneno, te curabas y ya estaba. Esta no la vi. (...) No es tan grave como dicen. En según qué país la picadura de una avispa o una abeja te puede matar; lo que pasa es por el clima húmedo e infeccioso que hay, no por la fuerza que tienen los animales esos. Y la víbora tiene mucha fuerza, claro, y era mortal pero bueno, era mortal porque la sangre se va coagulando. Hace cuatro años y todavía tengo sangre coagulada pero, bueno, ahora el peligro ha pasado, aunque las consecuencias todavía..., pero nos dimos cuenta dieciocho horas después”.

Orgullosa de su actuación, es Montse la que toma la palabra para relatar otros casos:

-“Y las operaciones. Hay veces que vienen. Un hombre con la orina afectada continuamente y tenía que estar tumbado en la cama para poderse retener. Y llega un momento que no, que no podía orinar y le dijimos: -“usted váyase a urgencias”. Porque nosotros no le podemos decir a una persona nuestras sospechas; no es fácil si es algo serio que anda por ahí. Tú te crees que un enfermo canceroso, un mes y medio después, y tenía toda la parte de la vejiga, la parte de los testículos, todo, todo. Ese hombre está deshecho por dentro (...), porque lleva una operación de la próstata y no avanza, y nada, y nada. Y hacen muchas pruebas: -“es que un medicamento nuevo que viene de Alemania, vamos a probar, vamos a probar...”

Gregorio interrumpe:

-“¿Y los que han operao y han empezao con la quimio? Tenían rechazo pero se la ponían. ¿Qué es lo que le pasó a la enfermera esa?. Cada semana le tenían que sacar cinco litros porque tenía un rechazo orgánico a la quimio. ¿Es que no se da cuenta el

médico de que hay un rechazo?, ¡ pues que se vaya a labrar!, que también es un trabajo honorable y estará más a su altura que ocuparse de enfermos. ¡Eh!, porque es así”.

Gregorio y Montse trabajan en equipo. Siempre atienden los dos juntos. Él como jefe y experto, ella como ayudante y aprendiz. Me intereso por las ventajas de esa unión. Como el aspecto de Gregorio -y el propio lugar de consulta- pueden acaso resultar algo intimidantes, insinúo si la presencia afable y bondadosa de Montse favorece la desinhibición del personal, sobre todo del femenino, habida cuenta de su tradicional pudor y timidez. Contestan ambos al tiempo, quitándose la palabra de la boca. Trabo las respuestas de uno y otra por hacer más coherente el relato:

-“Sí. Siempre juntos”. -“Ahora todos han de desvestirse. Ahora ya no hay nadie que nos llame curanderos, porque incluso los médicos, han podido ratificar por ellos mismos que con nosotros da igual, pero, la gente se da cuenta que hay unos conocimientos y claro, aunque no damos demasiadas explicaciones de nuestra vida, porque no”. -“La diferencia que hay entre la mujer y el hombre como pacientes...ninguna”. -“Si una mujer se ha de desnudar es más fácil, y más ...mucho más fácil desnudarse que al hombre. Está más acostumbrada”. -“Las mujeres, aunque sean de ochenta años, hay que quitarle la ropa y bien, igual da. (...) Aquí las únicas que han generao un pequeño problema han sido las monjas. Y vienen casi todas las...”. -“Misioneras, las misioneras, y eso ya es otra cosa”. -“Ahora, nunca había visto que para explorar a una monja tuviera que..., me dijeron que tenía que dar el masaje por encima de la ropa. Esa la primera cuestión y la segunda cuestión, cuando la hicimos desnudar se pusieron las otras tres acompañantes a rezar el rosario y tal, para que no tuviera malos pensamientos, la pobre mujer. El curandero está curao de espanto en ese aspecto, sí. No hay ningún problema, no. La gente acepta bien, cuidamos mucho la dignidad de la persona y.... La seriedad nuestra, la dignidad nuestra, está recompensada por la manera espontánea de afrontarlo”.

Pregunto si han tenido algún problema con pacientes o con la justicia por ejercer la medicina a su manera.

-“Si algún problema nos ha llegao ha sido más de la ignorancia de la gente. Imagínate: el otro día nos viene una señora con un cáncer muy avanzado; empezamos el tratamiento y la segunda vez que tenía que venir nos dice que no puede venir porque, claro, le pusimos ventosas y le quedaron unas marcas. A los quince días muerta”.

-¿Por las ventosas?, pregunto yo.

-“¡Nooo!. Era el cáncer; pero te explico. Es gente de esa que dice: -“bueno, voy a probar a ver qué pasa”. Pues sí, hemos tenido, muy pocos ¿eh?, porque yo les digo que aquí no se viene a probar. Aquí se viene a curarse o no se viene. No vamos a estar, encima que no cobramos nada, vamos a estar aguantando tontos de esa...Y ¿sabes lo que pasa? Que se van aquí, que se van allá, y están cansaos de correr gente, y luego se piensan que todo el mundo es igual, y nosotros vamos por la enfermedad, no vamos por el dinero. Entonces lo que sí exigimos es respeto por la profesión y respeto al que les hace masajes. Y el que no es capaz de respetar y tomarse y hacer las cosas como se lo decimos, lo cogemos del brazo, lo ponemos en la puerta y asunto terminao. Fíjate si la cosa es clara. Ahora, posiblemente en los siete años lo hemos tenido que hacer dos

veces. A nosotros se nos quiere del norte al sur de España, y del este al oeste se nos quiere. Y fuera, en el extranjero, en todas partes. Pero ha sido por un trabajo asiduo y sin parar, en el que el anonimato ha sido nuestro diploma. Y s'ha terminao. Porque no buscamos méritos en la desgracia ajena, no los queremos”.

-“No, no. Esta puerta siempre está abierta a todo el mundo, a todo el mundo. Ahora, a todo el mundo le decimos lo que pensamos. Salvo a los..., esos de la Guardia civil. El CESIF. (...) También ha venido, pero nosotros siempre hemos explicado lo que pasa y está pasando, y eso. Y tanto en la medicina como en todo, es preservarse nada más que de unos cuantos, porque la medicina se está prostituyendo, los médicos a favor de los laboratorios, o sea que...”

Apuntillo que en Teruel saben la connivencia entre los médicos y la industria.

-“¡Claro que lo saben!, porque sino sería p'a reírse, ¿no? (...). Es mentira, no inventan nada, que pongan un inspector médico”.

Les digo que tienen una inspectora farmacéutica.

-“Nooo..., pero esa también pasa por los laboratorios, ¡bueno!, que pongan un inspector médico, y si ese hombre se vende que lo metan en la cárcel veinte años, porque se está jugando con la vida de los pacientes”.

LOS CLIENTES Y LA PUBLICIDAD

He tenido oportunidad de hablar con varios pacientes de Gregorio. A unos les ha ido bien y a otros no les ha hecho nada, ni bueno ni malo. La eficacia del de Cerros se diría que funciona al cincuenta por ciento. Pero en todos los casos han sido tratados con las ventosas. No he encontrado ni uno solo de los que dijeron haber tratado contra cáncer, SIDA, o cualquier otra enfermedad con riesgo para la vida. No dudo de que hayan acudido a él, sólo específico que, o bien no lo dicen o no me lo han contado a mí. Quizás debería haber investigado por ese lado; seguramente acercándome, como han hecho otros, por la sala de espera del curandero⁸⁸. A lo mejor es muy aventurado pensar que si hubiese habido algún caso de curación extraordinario hubiese llegado a mi conocimiento como llegaron otros. Son ya varios años de estar con las antenas puestas y no he podido advertir nada más extraordinario que lo que a continuación relato.

Un albañil padece frecuentes dolores de espalda. Lo conozco desde hace más de treinta años y tenemos confianza para hablar tanto de bienes como de males. Lo detecté como visitador del curandero en la consulta de su pueblo, haciendo yo de enfermero. Le

⁸⁸ Entre otros, Pepe Rodríguez, Carmelo Lisón, Rafael Briones y Pedro Gómez. Reconozco que como técnica de recogida de datos puede ser efectiva, pero poco aplicable en mi caso donde he preferido un acercamiento directo al curandero, presentándome no como paciente sino como investigador novel y enfermero profesional.

ponía inyecciones de analgésicos y antiinflamatorios pero no mejoraba. Varios meses después, en la calle, le pregunté por su salud. Ya no se pinchaba. Ni falta que le hacía. Había ido a visitar a Gregorio, le había puesto las ventosas en varias tandas y le había aliviado. Fue el albañil el que le dijo al curandero que sus dolores provenían de los rigores de su oficio, del exceso de cargas sobre la espalda, y de los giros y posturas forzadas que tenía que hacer. Así que las ventosas no dieron lugar a ningún diagnóstico pero sí a un tratamiento eficaz..., de momento, como los de la Virgen de Lourdes. Al año siguiente volvió a aparecer por la consulta de enfermería a pincharse. La espalda volvía a darle problemas. Comentó que se había decidido a ir a un especialista y que le había diagnosticado una hernia discal que precisaría de la cirugía. Le daba tanto miedo que volvió a Cerros por ver si, al menos, conseguía mejorar otra temporada. Así lo hizo. Contó a Gregorio el diagnóstico, volvió a aplicar las ventosas y, esta vez sí, desde entonces y van tres años, el albañil no ha perdido un día de trabajo por esa causa. Ni ha vuelto a ver al traumatólogo que le recomendó operarse. No hace ni tres semanas hube de suturarle una herida en la frente. Volví a preguntar por su espalda y las noticias seguían siendo buenas. Que dure.

Un industrial de la zona no ha de hacer los trabajos del albañil. Está ya jubilado y el negocio lo regentan sus hijos, así que no precisa hacer más esfuerzos que los propios del aseo y el paseo. Pero padece dolores en todas las articulaciones. Siempre hemos supuesto que sufría algún proceso reumático, aunque las analíticas de sangre no daban marcadores de otro tipo. Con buena posición económica, no ha dudado en visitar a especialistas de Zaragoza y alguna otra capital. Le han dado tratamientos paliativos que, lógicamente, no han conseguido más que éxitos parciales. Cuando le aparece el dolor ha de aumentar la analgesia; con eso ha de conformarse. Pero en algún momento no lo entendió así. Había oído hablar bien al albañil del curandero de Cerros y se fue a visitarlo. Le colocó también las ventosas pero sin éxito, así que no volvió a verle. Cuando él o sus hijos lo cuentan no dudan de las habilidades de Gregorio; simplemente dicen que a él “*no le resultó*”.

Más fe tiene otra paciente. Es un ama de casa de cincuenta años con dolores en la zona cervical y el hombro derecho. Visita frecuentemente a su médico de cabecera, sobre todo cuando las molestias no le dejan dormir. Es muy inquieta y cada vez que ha de moverse en la cama se despierta, así que toma pastillas para los dolores y para dormir. El médico le dice que la culpa la tiene la menopausia, así que también está en tratamiento hormonal. Como el cóctel de fármacos le daña el estómago ha de tomar

también un protector gástrico. La última vez que vino a por recetas se quejó de problemas respiratorios. Ella los achacó al dolor de siempre pero el médico decidió auscultarla. Al descubrirse la espalda aparecieron las marcas de las ventosas que le había colocado Gregorio unos días antes. Como estaba yo presente, se me permitió observarlas. Allí había siete u ocho hematomas redondos distribuidos por toda la zona, desde el cuello hasta la cintura. Los resaltes de la piel eran más prominentes de lo que yo pudiera imaginar y tenían incluso algunos puntos por donde se había producido un ligero sangrado, ahora ya seco, haciendo postillas del tamaño de una cabeza de alfiler. Desde luego eran unas lesiones leves que curarían por sí solas en pocos días pero me ofrecí a tratarlos con algún desinfectante yodado. Ella contestó que no hacía falta, que siempre que se las ponía le pasaba lo mismo por tener ella la piel muy blanca y fina. Contó que iba cada cierto tiempo a que se las colocara y que, habitualmente, sentía cierto alivio en los días posteriores pero que en aquella ocasión no le había resultado tampoco. A pesar de todo, como estaba ya un poco harta de medicamentos, al mes próximo iría de nuevo a que la visitara Gregorio. Ella *“le tiene mucha fe”*.

Otro caso parecido es el de una mujer de un pueblo cercano, antigua vecina mía. Está próxima a cumplir los sesenta años, con tratamiento para la menopausia, trabajadora de la confección y una altura de metro ochenta. Por esa causa siempre ha andado un poco encorvada, pero ahora ya está martirizada por el dolor de espalda. Lo achaca al trabajo y se le han recomendado medidas posturales y analgésicos. Lleva incluso un aparato ortopédico que le ayuda a mantener la espalda recta, aunque le resulta molesto al hacer las tareas domésticas. Acude al servicio de urgencias, un domingo por la mañana, por que le quitemos los dolores. El médico de guardia le descubre la espalda para explorar la columna y aparecen las marcas de las ventosas. Son todavía más recientes que las de la paciente anterior. Se las puso el viernes y no ha notado alivio. El médico las mira extrañado y me pide opinión. Pregunto si se las han hecho en Cerros y la mujer, más extrañada que el médico, me pregunta cómo lo he adivinado. Le explico que conozco a Gregorio y nos liamos a hablar del curandero. El médico se sienta y asiste, ya menos extrañado, a nuestra conversación. Me cuenta más o menos lo mismo que los demás: que acude a Cerros cuando el dolor le aprieta y que lo normal es que obtenga beneficios inmediatos y para una larga temporada pero que, esta vez, no ha conseguido nada y por eso viene a consulta. Se detiene explicando la rareza del sitio y las pintas de Gregorio, y que algunas veces viaja hasta allí acompañada de otras vecinas con problemas similares. Que hay a quien le sientan bien las ventosas y a quien no le hacen nada; y que no pocas

han ido simplemente por curiosidad -o “*por ver si me acierta*”- en patologías crónicas y dolorosas pero poco importantes. Me nombra quiénes le suelen acompañar y los éxitos y fracasos de la terapia con cada una de ellas. Tenía razón Gregorio cuando nombraba a los que van de acá para allá; la mayoría han sido o son pacientes de la *tia Guapa*, de Beatriz de Alcañiz o de otros curanderos más o menos lejanos. Me cuenta el caso de una de ellas, muy aficionada a los balnearios, que cuando va de vacaciones a la playa elige sitios donde haya curanderos para que la visiten. En una de esas vacaciones conoció a Paco Risa y hoy es su valedora en el pueblo. Yo sabía de quien me hablaba, aunque no dije nada. Mis contactos con ella se expondrán luego.

Durante la entrevista con Gregorio pude ver que sobre la mesa de la sala de espera había una hojas verdes que supuse a disposición de los que allí llegasen. Son publicidad. Al despedirme pedí permiso para llevarme una y me la dieron, así como una tarjeta de cartulina con la misma leyenda. La hoja –medio folio- está impresa en ordenador y dice lo siguiente:

MEDICINA NATURAL

TRATAMOS

Dolores reumáticos

Artrosis

Esclerosis

Asma

Cáncer

Trastornos circulatorios

Trastornos gastro-intestinales

Jaquecas crónicas

Y otras dolencias

-Nombres, dirección y teléfono-
CERROS (Teruel)

Gregorio no pide la voluntad. Aseguró que él no estaba en esto por dinero y que sólo cobraba cuando prescribía aquellos fármacos tan caros que eran capaces de curarlo todo, los nombrados “ácidos” y los “depurativos”. En todos los casos que he tenido ocasión de comprobar ha pedido alguna cantidad por sus servicios. Lo lógico es que así sea, pero también que se reconozca. Y no cobra lo mismo a todos. Oscila entre tres mil y cinco mil por sesión de ventosas, dependiendo de la ocasión. La tarifa más baja para quienes columbra “proletarios”, por la pinta; la media –cuatro mil- si se trata de “burgueses”; y cinco mil, los mil duros redondos, para quien aparece con buen coche, trajeado y con aspecto de poderlas pagar, como el industrial. No soy quién para sacarle

las cuentas pero sospecho que, a estas alturas y con tantos clientes, ya habrá podido cambiar de coche, y completar el vallado de su casa y el lucido de las paredes. No haberlo hecho tampoco me extrañaría. Sería cuestión de marketing.

7.4. Virtudes Segura o las aficiones peligrosas.

RECUPERANDO AMISTADES

En enero de 1999 tuve que acudir a otro pueblo de la zona para cubrir los moscosos de un compañero. El médico, que estaba al tanto de mis investigaciones, me anunció que tenía algo interesante para mí. Una de sus pacientes “raritas” le estaba pidiendo consejo acerca de no se sabía qué cuestiones de orden esotérico. En un pasillo se me acercó de sopetón y me dijo al oído, bajito, y echándole mucho misterio: -“Oye, que la Virtudes, que creo que es conocida tuya o de tu mujer, me dice que tiene poderes extrasensoriales. Le he dicho que eres experto en eso y que le puedes dar explicaciones”. Viniendo de quien venía la noticia, la verdad es que me dejó mosqueado. No sabía si me estaba tomando el pelo o si, efectivamente, me quería ayudar. No le di mayor importancia y decidí esperar acontecimientos. Comenté con mi mujer el chivatazo y ella me ayudó a situar el personaje.

Virtudes Segura, de niña y adolescente, había realizado estudios en un colegio de monjas.

“Yo creo que algo pasó con las monjas de su pueblo, que la debieron echar de allí o algo parecido. Era una niña muy rara y nerviosa, un poco loca y bastante extravagante. Simpática era mucho, muy dicharachera y alegre. Se quedaba a comer con las monjas, que estaban muy pendientes de ella y, entre las compañeras ya te digo que se la consideraba diferente. La traían todos los días por la mañana y por la tarde la venían a recoger” (P40)

Su padre y otros parientes compartían negocios. Tenían, más o menos a medias, una bodega a las afueras del pueblo, un camión y una agencia de seguros. El padre, capaz de arreglar cualquier trasto, apenas estaba en la bodega. Su tío estaba siempre de viaje y tampoco aparecía mucho por el establecimiento. Eran las mujeres las que lo manejaban; allí hacían la vida. Comían en la cocina y cerraban tarde, cuando se quedaban sin clientela. La madre y las tías estaban siempre al pie del cañón. A Virtudes le tocó tragarse muchas horas de trasegar vinos desde pequeña.

Cuando monté mi bar en Híjar, Virtudes era ya una moza simpaticota que acercaba clientes a la bodega por su locuacidad, desparpajo y desenvoltura. Coqueta, siempre bien vestida y pintada, cuando todas iban al baile ella debía quedarse a trabajar. Cuanto más fiesta, más trabajo. Allí conoció a su novio, su actual marido; un minero que prefería quedarse sin ir al baile por estar con ella. Cuando se casaron, “la retiró”. Tienen una hija que apunta los modales de la madre. El padre, según me contarían ambas, es muy celoso. Fue cliente mío de la época post-hippie y lo recuerdo poco comunicativo y bastante serio, aunque siempre me saluda cuando me ve.

He tenido con la familia de Virtudes relaciones comerciales desde hace años pero sólo un conocimiento confuso a la hora de definir quién era el padre, la madre, las tías, los primos o el hermano de quién. Para la época, a mí se me antojaba una familia “rara”, por su manera de compartir trabajos y viviendas. Algo de aquella rareza permanece. Últimamente uno de aquellos parientes se ha visto implicado en algún asunto ilegal. Él me contó hace un par de años que no tenía culpa de nada, que lo que tiene lo ha ganado con su trabajo y que es la gente envidiosa la que ha levantado el bulo. La bodega ha desaparecido, lo mismo que la vieja sociedad familiar.

El verano pasado, tras varios años de no tener relación con ellos, pude reencontrarlos de nuevo con ocasión de la enfermedad y posterior muerte de Martín, el tío camionero, al que tuve que asistir en diversas ocasiones en su domicilio. Su hijo se había casado ya y había dejado los negocios familiares. Martín vivía con su mujer en una buhardilla. En aquel escenario y por las mismas fechas se desarrollaría un episodio que me describiría luego Virtudes, en el curso de la primera entrevista formal que mantuve con ella.

-“¿Os conocéis?, dijo el médico una mañana en que yo andaba trabajando y a él le acompañaba Virtudes. Yo no la reconocí ni ella a mí tampoco. Ella iba encopetada, repeinada y recién pintada, con mucho oro sobre su palmito, sin el mandil que usaba cuando me proporcionaba los vinos. El médico hizo las presentaciones y concertamos que se acercaría aquel mismo día por donde yo pasaba consulta, en cuanto se librara de sus obligaciones. Así fue.

-“*Así que tú eres el Papi y estás casado con mi vieja amiga ..., cómo han cambiado los tiempos*”. En cinco minutos se explayó a gusto. Me hizo una síntesis de cuales eran sus problemas e inquietudes y confesó que acudía a mí porque su médico le había dicho que yo era *experto* en los asuntos de curanderos. Le advertí que sólo era un novato en el tema, pero que ponía a su disposición lo que conociera, por ver de tranquilizarla un poco o aclararle algunas dudas.

-“Lo que te voy a contar es muy serio y no me gustaría que saliera de aquí; que ya sabes que la gente es muy mala y...con estas cosas no se puede jugar, que luego, que si estás loca, que si tal que si cual.”

Le advierto que si me interesa el tema es por una cuestión meramente académica y que la confidencialidad se la puedo garantizar en lo que a su persona y sitio atañe, pero que el contenido de lo que cuente deberé tomarlo como testimonio que incorporar a mi conocimiento sobre un tema que acabará escrito, más pronto o más tarde. Lo que aquel mediodía me contó la artrítica Virtudes está recogido apresuradamente en un par de hojas de una libreta de Nolotil en cuya portada, curiosamente, aparecen una parejita de novios dando un gran salto de alegría en el que mueven con mucho dinamismo todas sus articulaciones. El discurso anotado es farragoso y precipitado pero puede resumirse así:

Desde la enfermedad y muerte de su padre le pasan *cosas raras*. Las bandejas de plata que tiene sobre el trinchante de su comedor se mueven sin que haya causa que lo justifique, ni corrientes de aire ni temblores del edificio ni nada. Cuando cierra los ojos su padre se le “representa” y le habla, le da órdenes y le avisa de acontecimientos. Ella ha recibido como herencia paterna una enfermedad reumática que está deformando su cuerpo hasta invalidarla por completo. Cierto es que está muy deteriorada para su edad y anda con mucha dificultad. Las manos, efectivamente, son las de su padre. A la búsqueda del tratamiento adecuado combina todas las terapias “oficiales” posibles y cualquiera otra que le reporte alguna mejoría. Se reconoce adicta a los médicos y curanderos, sean estos de la especie que sean. Su itinerario terapéutico es complejísimo desde hace veinte años.

En algún momento detectó su capacidad curativa. Atropelladamente relata varios casos en que ha conseguido, por diversos procedimientos, aliviar dolencias y curar males. Que lo comenzó haciendo “*por que se lo pedía el cuerpo*” pero que luego, personas allegadas a ella se lo demandan. Ahí es donde hace preguntas acerca de justificaciones posibles que no puedo aclararle. Por estos hechos está empezando a tener discrepancias familiares; su hermano, sus tías, su marido, su hija, y hasta su perro – dice–, dudan que lo que cuenta que le pasa, o es capaz de hacer, sea cierto. Suponen que, o es fruto de su imaginación, o es que se está volviendo loca, perdiendo el juicio. De todas maneras, reconoce que están siendo transigentes con ella y “la dejan hacer”. Acaso tienen reparos en que la cosa se haga pública y la tilden de “iluminada”.

Muestra mucha seguridad en lo que dice. Se detecta un autoconvencimiento que parece querer contrastar lo que ella supone que yo conozco. Busca, en mi supuesta

experiencia, una forma de legitimar su discurso; parece pedirme que le confirme que su biografía corresponde al perfil que ha de tener un curandero o sanador.

Las conclusiones que saqué de ese primer contacto me llevaban a pensar que estaba ante un caso de “descubrimiento” de poderes, o de la llamada “gracia”, en alguien que no sabía cómo abordar el tema y buscaba, por un lado, información y por otro, formas de legitimación. Fueron relativamente frecuentes nuestras conversaciones en los meses sucesivos. Eran simples saludos unas veces, charlas de pocos minutos otras. La verdad es que enseguida cortaba la conversación aduciendo ciertos miedos, o que su esposo era muy celoso y no le gustaba que mantuviera conversaciones con otros hombres. El caso es que, a pesar de que no le podía ofrecer muchas aclaraciones, un día le propuse una entrevista más relajada y larga en la que poder afrontar tanto su problema como el mío. Quedamos de acuerdo en celebrarla en mi casa; al ser vieja conocida de mi mujer, su marido no se extrañaría de tal desplazamiento y estaríamos a cubierto de miradas u oídos indiscretos. Una vez más, los oficios protocolarios de mi esposa allanaron un camino que se presentaba dificultoso. Nos citamos para el dos de mayo.

VIDA Y MILAGROS

La idea era que mi mujer invitaba a su antigua conocida a visitar nuestra casa, a tomar un café juntas y recordar viejos tiempos. A las cuatro de la tarde, arregladitos como para una cita formal, llamamos a casa de Virtudes. Nos estaba esperando. Apareció vestida para la ocasión: muy *vestida*, suéter rojo y ceñido, pantalones pitillo ajustados, la sonrisa a flor de piel, cuarto kilo de oro y una libra de pintura. Un pimpollo que a duras penas podía bajar de su portal a la calle. Carmen le ofreció el brazo y la acompañó hasta nuestro coche. Entró en él con dificultad. Salir tampoco fue tarea fácil. Aparcamos en la era que hay a la entrada de nuestra casa y me adelanté para prepararle un asiento en el que descansar cuando llegase a la vivienda.

Demasiadas escaleras y desniveles para Virtudes. El sofá del salón declinó usarlo pues no se hubiese podido incorporar, así que aceptó una mecedora y pasamos a los cafés, las pastas y los bombones:

-“A mí hay dos cosas que me vuelven loca: el oro y los dulces. Bueno, y andar bien arreglada, que aunque una sea ya mayor y no tenga el cuerpo como antes, pues por eso hay que mantener la buena pinta”.

Como dijo que no podía permanecer sentada en el mismo sitio mucho tiempo, tras los cafés pasamos a mi habitación de estudio donde procuré que centrara el tema. Cuatro horas duró aquella entrevista, más bien un monólogo, en que Virtudes corrigió y aumentó lo que me contase la primera vez.

Insistió en la confidencialidad y aceptó que yo fuese tomando notas de lo que contaba. Agradezco la presencia de mi mujer a quien parecía dirigido el monólogo y que me permitió ser mero observador y anotador de lo dicho. Los saltos en el tiempo son frecuentes; nombra personas dando por supuesto que las conocemos y no siempre es así; aparecen repeticiones o reiteraciones que he debido señalar en las anotaciones y es a partir de ellas como reconstruyo ordenadamente lo dicho aquella tarde. Carmen acabó exhausta y me confesó que el oficio de antropólogo es más duro de lo que había supuesto. Bueno, no todos los informantes son su amiga Virtudes.

De las trece páginas de letra pequeña y apretada he entresacado los temas que abordo a continuación.

1. Datos biográficos.

-“Yo nací en una fecha muy señalada ¿no?, que lo de la fecha es muy importante para la vida de una persona. Nací el 31 de diciembre de 1953 a las seis de la tarde. La familia de mi padre era rica, no creas, que venía de una familia de mucha pasta, los Pumés”.

-“De niña ya me pasó un milagro. Estaba en la cama con una manta eléctrica y llevaba puesto el escapulario de la Virgen del Carmen. Total que se quemó,...y las monjas, timbres, humo, asfixia, todo quemado menos los pañales y yo.”

-“Recibí una buena educación religiosa con las monjas. A mí me gustaba mucho lo de la religión y hasta fui catequista. Mi padre me dijo que si quería estudiar pero yo preferí trabajar en la bodega, que me daba más marcha y eso. Allí pasé la juventud trabajando como una mula, que cuando todos iban de marcha y tal yo me tenía que quedar a trabajar. Y como era monilla y tal, que ya lo sabéis, que guapa no he sido pero todos decían que tenía no sé qué. Allí tuve varios que se enamoraron de mí, pero yo ni caso, que les trataba así, ya sabes. El que ahora es mi marido venía por la bodega y se quedaba más que otros admiradores, y si se enamoró de mí es por llevarle siempre la contraria. Como era minero a mis padres no les gustaba, que querían algo más para mí, pero nos encaprichamos y nos enamoramos y, total, que nos casamos. A mí me gustaba porque era muy celoso y protector y se mosqueaba cuando alguno me decía alguna cosa y eso, que como yo era coqueta pues se mosqueaba, pero una vez que nos hicimos novios formales yo ya no vacilaba con nadie ni nada porque se cabreaba.”

-“A los veintiocho años me entró la enfermedad. Empezó que no podía sujetar la escoba, que a mí me gusta tenerlo todo arreglado y limpio, pues me costaba mucho tener las cosas en su sitio, luego con la cocina, que no podía agacharme a coger nada en los armarios ni poner en la encimera una cacerola, que todo me pesaba mucho y no me podía ni mover. Me hundí. Ya no podía salir a la calle a hacer la compra o a verme con mis amigas, en fin que lo pasé fatal y me tenía que tirar horas en la cama y no era capaz de hacer la casa”.

2. Relaciones con la medicina oficial.

-“Yo de médicos es que sé más que ellos, por lo menos de lo mío. Me dijeron que era herencia de mi padre y que no tenía remedio, que me tenía que conformar y aguantarme, así que hacía mucho reposo, me pegaba horas en la cama y me daban de todo. A lo primero me creía que me podría curar, y algunas cosas me aliviaban pero me di cuenta de que cada uno recetaba lo que le daba la gana y que yo estaba cada vez peor. Que si corticoides, que si antibióticos, que si radiografías, espirometrías, gasometrías, a mí me han hecho de todo y, en general, son unos incompetentes. Con mi médico de cabecera nada. Bien, yo a ese le he sacado siempre lo que he querido, lo que me parecía que me iba mejor en ese momento. Al otro ni iba; sabía que no era médico más que de un resfriado, buena persona, pero no entendía nada, así que fui a especialistas y, entre unos y otros he aprendido que no te sacan de lo tuyo. La verdad es que estaba moralmente deshecha, porque alguien tan activa como yo, que me gusta tener la casa siempre a punto, y me tenía que meter en la cama y pegarme horas allí, que me tenían que venir a hacer las cosas y todo. Fatal. Y lo peor era cuando no podía más y tenía que llamar a urgencias. Con el de las barbas, con Julián, he tenido unas peleas..., y lo mismo con Ángel Cajal, y no veas con los de Alcañiz, que cada vez que los de Híjar me mandaban ya estaban otra vez con lo mismo, que radiografías, que antiinflamatorios, analgésicos, cortisona, siempre lo mismo. Y las he tenido gordas con todos, titulares y refuerzos. Una vez, con la “gáficas” que viene algunos días tuve una enganchada fenomenal; de entrada le pedí un antibiótico porque yo sabía que era lo que me hacía falta y se me puso farruca y me dijo: -“lo que más nos fastidia a los médicos es que nos digan lo que tenemos que hacer”, así que la mandé a la porra, pero a eso no hay derecho, que un enfermo ha de ser atendido cuando lo solicite. Pero al principio era cuando peor, las primeras veces que te ven, que luego, cuando te conocen, pues nada, les acabas sacando lo que quieres y se acostumbran a una. Y no te cuento nada lo de las enfermeras y las extracciones de sangre para los análisis, que la mayoría de las veces acabo en Alcañiz porque no me pueden sacar la sangre aquí y no hacen caso a lo que les dices. Que total que no me pueden sacar para el análisis. Que una ya está harta de ir para aquí y para allí dando tumbos para al final que sea una la que mejor conoce lo que le pasa. Son muy incompetentes la mayoría y, bueno, en cuanto ven que una llega con problemas crónicos, no se aclaran. Y la verdad es que a mí me gusta ir de médicos y manejar lo que son medicinas, remedios, medicamentos y cosas...”

3. Fuentes buscadas o consultadas

-“Como me tenía que pasar tantas horas en la cama y pensaba mucho, pues leí algunos libros, que tú me podías indicar alguno que sepas, y algunas cosas que ponía allí eran cosas que me pasaban y que decían que tenían arreglo. Hay uno muy bueno, que tiene dibujos y todo, que se ven cosas que yo también veo alrededor de las personas, que algunas tenemos un aura que si la sabes leer pues te da...”

Me intereso por tal libro. Sospechando cual puede ser le pregunto acerca de las ilustraciones. No recuerda el autor pero la descripción de los gráficos coincide con un texto ilustrado de Bárbara Ann Brennan. La reconoce cuando se lo especifico y larga una batería de preguntas acerca del aura, la interpretación de los colores, los sueños, cuando ve y cuando no, ...

-“También me interesé por el reiki. Llamé a Zaragoza porque hacían unas consultas que decían que eran muy buenas. Me pidieron veinte mil pesetas el primer día y quince mil el segundo. Debía ir sola y, la verdad, aquello, a la tercera vez le contesté mal y ya no les gustó la cosa. Y la verdad es que te hablan bien, que parece que se ponen de otra manera que los médicos. Allí es donde me ofrecieron entrar en la Metafísica, que me relaje y vea, y a mí eso me ha ayudado mucho por las veces que te tienes que pegar metida en la cama, y así puedes distinguir cosas que tú ves y los otros no. Cosas de los colores, sobre todo. Y como ya sabes, hay muchos libros de curarse con la mente y con la voluntad de uno y todo eso a mí me gusta bastante. Lo de los médicos, no es que no sepan, pero que hay otras cosas, que la gente tampoco es tonta...”

-“Y los temas del futuro y de poderes ocultos, que a mí de siempre me ha gustado echarme las cartas y lo de la carta astral y todo eso para saber lo que puede pasar. Y he leído, que en la cama da tiempo de mucho, aunque me canso, que no puedo mantener el libro en la mano y, además, la mayoría de las veces tengo la persiana bajada, que no entre mucha luz que así me relajo más y descanso.”

4. Itinerarios curanderiles

Resulta difícil establecer una cronología respecto a las sucesivas visitas que Virtudes ha realizado a los curanderos. En los últimos doce años, cuando la medicina oficial parece haber agotado sus armas terapéuticas con ella, aparecen diversos itinerarios “no oficiales” que se mezclan indiscriminadamente. Hay, no obstante, un paralelismo entre las visitas a especialistas “oficiales”, que exigen desplazamiento desde su domicilio, y otros especialistas de corte diverso. Respecto al reiki, por ejemplo, no queda claro si allí andaba buscando sólo curación o también información para gestionar la propia salud y la de los demás. Sería en su propio pueblo donde, parece ser que por mediación de un curandero, descubriría sus capacidades terapéuticas.

-“Como estaba tan harta de todo me fui a que me arreglara uno, el Manolo el de los Tabas, que creo que tu conoces mucho a su hermano, que iban por el Papi. Pues un hermano de ese que era pintor pero que se fue a otro pueblo. Ese me mejoró mucho. A mí ya me pasaban cosas raras y él, además de mejorarme me decía lo que me pasaba y cómo tenía que llevar esas cosas. Él me decía que se me iría el mal y que tranquila, que me quedara sola y pensase en las cosas esas. A él le consultaba lo del mal y lo de las cosas que me pasaban, y a veces no se ponía de acuerdo con otro que yo iba, y también le preguntaba y me curaba. Luego, como se marchó a Calatayud a curar allí, pues yo ya no seguí con él pero me dijo muchas cosas y fue el que descubrió que las cosas raras que me pasaban eran porque yo también tenía poder para curar, pero que yo estaba tan floja que no me debía dedicar a eso, que perdería mucha energía y que lo que tenía que hacer era concentrarme en lo mío, que tenía arreglo.”

-“Las cosas que me pasaban las interpretaba el Manolo el de los Tabas.”

-“Al curandero de Valderrobres yo iba a verlo cada semana. Fui dos o tres años y como era conocido a mí no me cobraba, que cobraba tres mil pesetas. Ni hacía vez. Con él llegué a tener mucha confianza y le tenía mucha fe y nos hicimos muy amigos. No era de Valderrobres, que iba allí, al hotel Querol, a pasar consulta todas las semanas y tenía mucha gente, y tenía mucha fama. Me ponía las manos y, como yo siempre tenía un poco de fiebre pues él me la bajaba enseguida.”

-“Era algo golfo pero curaba. Yo creo, no es por nada, que él se encaprichó de mí, como hombre, y como ya sabes que mi marido es tan celoso pues.... Él me comía la energía.”

-“A veces se les tiene temor... o respeto a esas personas.”

-“Como el de los Tabas se fue a Calatayud, y con Paco el de Valderrobres había esas cosas y encima no se ponían de acuerdo sobre lo que me pasaba, pues dejé de ir. Ahora voy a una terapeuta de Zaragoza que también me va muy bien. Me manda meditar y meterme en el color verde. Respiro diez respiraciones lentas diez veces y así el calor me va a las rodillas y las caderas y, en la cama tumbada, con poca luz, me recupero bastante. Ella, lo mismo que la que me echa las cartas, me dice que no me ponga a curar a nadie, que me lo aplique todo a mí misma.”

-“En Mora de Ebro hay otro curandero que ahora es mi profesor; me cura y me enseña. La primera vez que fui me llevo mi hermano. Nos fuimos a verlo porque nos habían dicho que era muy bueno y sabía mucho. Nos fuimos a verlo sin joyas, para que no nos confundan, que sino te suben la tarifa. Se llama Juan y pasa la consulta en una casa al lado de la carnicería, en una casa vieja. Tiene unos cincuenta años y muy mala pinta. Cuando fuimos a verlo con mi hermano se me rió; me dijo que yo no era curandera ni sanadora ni nada. Otra vez también, delante de mi cuñada, la mujer de mi hermano, me dijo lo mismo y que yo tenía “cuento”, y me cobró tres mil pesetas.”

-“Otra vez fuimos a otro que vivía en una casa vieja, un viejo baboso, que ponía vasicos calientes y velas, así en penumbra, que tenía una ayudanta guapa, con una melena..., y velas y te tumbaba en una camilla y te hacía desnudarte, y te sacaba unos moretones.... A mi lo de desnudarme, que no me gustó.”

-“Que si yo voy a los curanderos es por la pelea que yo llevo con la enfermedad.”

5. Cosas que le pasan o le han pasado.

Según Virtudes, al hilo de la enfermedad y provocado por diversos acontecimientos que relata, “algo le entró.”

-“Lo primero que empecé a notar fue un sonido, más en el oído izquierdo, que no era normal. Se lo consulté al Manolo y me dijo que pasaría algo y sanaría. Desde entonces empecé a ponerme las manos en las rodillas y a notar alivio con eso. Sale de mis manos una energía, un hormigueo, chrrrssrrss, así, un hormigueíco...”

-“Le energía me viene de mi madre. Me dejó un aro de oro, que ella tenía así unos bultos en la muñeca y cuando yo me puse el aro se le marcharon los bultos. El de los Tabas y el de Valderrobres no se ponían de acuerdo sobre lo que me pasaba, cada uno decía una cosa. El Manolo vino conmigo cuando a mi madre le iban a cortar la pierna. Mi madre murió conmigo. Me traumatizó aquello y desde entonces he podido hablar con ella. Cuando estaba en casa de mi madre sola, y pensaba en ella, empezaban a pegar saltos las bandejas. Y yo me mareaba y las bandejas pegaban saltos. Las sujetaba con cinta aislante pero seguían saltando. Mi hija tenía mucho miedo, y el perro avisaba a gruñidos que algo iba a pasar. “Ya están aquí, mamá, tus padres – decía mi hija-, tus padres están en casa y te harán daño; se sienten aquí y allí”, decía. Cuando se lo dije a mi hermano me dijo que sería cosa de alguna corriente de aire o algo así, o que resbalaba la madera, o lo que fuera, pero que las cosas no se movían por su cuenta. Para demostrárselo moví un muñeco que había al lado de las bandejas, y ni aún así se lo creía. También se lo hice a mi tía Amparo, las bandejas se enfadaron y se fueron al suelo.”

-“A mí me gustaba que estuviesen mis padres. El de los Tabas me decía que se irían.”

-“Después de lo de las bandejas me vino el don.”

Virtudes relata ciertas situaciones en las que los colores son protagonistas, e indicativos de que algo raro pasa con ella.

-“Después de ver a mis padres, cuando me voy a la cama, me voy con un círculo verde así, aquí, a dos palmos de mis narices.”

-“El rosa me vino al mirarle a mi madre los ojos enfermos cuando iba a morirse.”

El color rosa aparece también en sueños y tiene carácter premonitorio:

-“Cuando sueño en rosa sé que mi madre va a aparecer en el sueño para decirme algo. Como cuando ocurrió lo de mi hermano, que tuvo un accidente que ya sabía yo por un sueño, en el sitio en que pasó, y que él se lo curó sin decirlo. Si viene mi madre, algo va a pasar. El padre protege al hermano, la madre a la hermana. En uno veo a mi padre, mi madre y mi tía Margarita. Mi padre me miraba a mí. Había allí una mujer de negro con los ojos verdes, y gusanos y bichos que me metía en los bolsillos, y con la mirada me quería crucificar. Menos mal que me desperté.”

-“También muchas veces veo un color así, dorado, que cuando le pregunté al de los Tabas se calló, y no quiso decir nada pero que Ann Brenan dice que es una conexión con Dios, y que es porque el don es para mí y no para curar a otros.”

Por lo que cuenta, los sueños y los colores han de ser sometidos a interpretaciones de otras personas. Tiene mucho interés en que yo mismo los interprete. Lamentablemente no puedo ayudarle y noto que le decepciono.

-“La soledad es mala y a mí me afecta a la mente, pero yo trato de canalizarlo hacia mí misma o hacia los demás.”

-“Yo me noto que mi energía es verde y me va desde la coronilla, así, hasta el corazón, y a las manos y por el vientre, a tierra.”

Otra cosa extraña que cuenta que le pasa es su capacidad para *“hacer crecer los pelos. A mi sobrina y a mi hija les salen furos y rizados. Y a mí misma.”*

6. Casos en los que ha intervenido.

A pesar de las opiniones en contra de sus confidentes, sean curanderos, terapeutas o familiares, Virtudes intenta sanar aquellos casos de enfermedad o aflicción que se presentan ante sus ojos en la vida cotidiana. El orden de las intervenciones no puede deducirse de las notas tomadas, donde aparecen desordenados e ilustrando tanto su vida familiar, de vecindad o el autodescubrimiento de su potencial terapéutico. Sigo el orden en que ella los fue contando, aunque resulta evidente que abarcan un espacio temporal de varios años. Tampoco puedo deducir cuántos exactamente, aunque todo parece indicar que sus primeras intervenciones se remontan a unas fechas cuatro o cinco años antes de realizar la entrevista. Vamos con los casos.

El de la peluquera.

-“Ella, por su trabajo, se quejaba mucho de lumbago, aquí en la espalda, le dolía mucho. Yo me puse a hacérselo nada más decírmelo. Al ponerle las manos donde le

dolía me transmitió un latigazo así, fuerte, y me di cuenta que podía curarle aunque me hiciese daño. Acabamos las dos en la cama agotadas. Yo le había dicho: cuando yo me vaya de aquí, tú estarás normal, sonrosada. Y la dejé bailando.”

“En el caso de la peluquera me di cuenta de que mi calor tiene mucha fuerza. A veces la energía se derivaba y las dejaba secas. Cuando la Tere, se me durmió medio cuerpo cuando le arreglé la hernia discal. Yo pierdo mucha energía.”

La sobrina, Asunción.

-“A mi sobrina Asunción, que tenía un dolor de oídos muy fuerte, le puse las manos en los oídos y se lo curé. La verdad es que se lo curé de momento, pero luego le volvió otra vez.”

El caso de una tal Loli muestra los efectos que su terapia sobre los pacientes:

-“A la Loli le puse en la nuca la mano porque le dolía mucho y, de repente, se cae hacia atrás, tiesa, -“¿qu’hi hecho yo, Loli?, ¿qu’hi hecho yo?”

Ese tipo de reacciones, las que ella misma siente y las que manifiestan sus pacientes, la asustan y le llevan a interrogar a sus asesores. En este punto se me queda mirando interrogativamente. No tengo nada que decir. Son cosas que pasan.

Su cuñado *El Prensas* siempre se ha mostrado escéptico con las cosas de Virtudes.

“Le intenté curar unos vértigos muy fuertes que tenía. Le tapé las orejas con las manos pero me agoté enseguida. No sé medir la energía a transmitir. Se lo dije al Manolo el de los Tabas y me dice: -“los dedicos detrás de la oreja”. A lo primero me quedaba hecha polvo, así que tenía que tener cuidao.”

Hay casos en que interviene sin que se lo pidan. Como en el niño del carrico.

-“Iba el hijo de una amiga en el carrico, que salían de..., y no paraba de llorar y de quejarse y a mí me entró eso en el corazón y me acerqué, tengo confianza con la madre, y se lo quité, el lloro y el dolor. Luego me dio vergüenza, que para que me meto si no me han llamado, pero el niño se curó. “Virtudes, se le fue el dolor” –le dijo al poco tiempo la madre- y yo, claro, me emocioné.”

El caso de su tío Martín, el camionero, lo relata como uno de los más significativos por la enorme variedad de sensaciones que debió parecer. Parece ser que este caso ha marcado los límites del poder de su terapia.

-“La mujer de negro de los ojos verdes del sueño me dijo, me pronosticó, la muerte de mi tío Martín, el marido de mi tía Margarita. Yo no lo entendí bien, pero lo interpretó así el Manolo. Tú ya sabes cómo estaba mi tío, allí hecho polvo, que le poníais de todo y no salía. Total que un día en la cama que estaba ya medio muerto intenté “sacarlo”. Le puse las manos y se abrió casi todo, los ojos, todo; si quitaba las manos se normalizaba. Aquella noche fue muy mala, y al día siguiente lo volví a intentar. Y se despertó, se levantó, cenó, salió del cuarto, ya sabes como estaba, y duró un día más. Mi tía me despachó de casa, histérica, pero yo al final manejé a mi tío con el pensamiento. Pero lo pasé muy mal. Me agotaba. Así que desde entonces no toco ni el corazón ni el cáncer.”

Y otra sarta de casos, expuestos en miscelánea.

-“A otra que conocía, que sabía que tenía cáncer de pecho, de cuarenta y cinco años, fui a ayudarla que estaba en la cama y me pegó tal latigazo que terminamos en la cama las dos.”

-“Y a un chiquico que sabía que no le bajaban los huevecicos, a ese le bajé los testículos a distancia.”

-“Con las peluqueras hago probatinas, que si tal que si cual, y las saco adelante, y ellas me regalan un tinte o cosas así.”

-“Y a la sobrina de Belchite, cuando tenía mucha energía, también la saqué, chrrssrrss, hacía así, sin parar; y me daba unos latigazos...”

-“A mi hermano que lo rajan en canal y van y dicen que no era nada, pero yo le puse las manos y me sentí afectada. No era nada, ¡jjo!, un espasmo de riñón. Yo pongo las manos donde está el mal y yo no sé lo que hay allí, pero sé que algo hay. Lo malo es que luego lo pago yo”. “También puedo curar las fiebres. A mi sobrina también se la quité”.

-“Cuando mi marido tenía una infección en la tripa fue al de los Tabas, que le sacó el mal y se le hizo una marca en la muñeca.”

Cuando mi esposa supuso que aquella entrevista se prolongaba más allá de lo debido, insinuó que deberíamos dejarlo para otro día. Virtudes no mostraba signos de cansancio mental; quizás algo de agotamiento físico pues no paraba de mover el trasero en la silla en la que llevaba varias horas y sin parar de hablar. Para despedirse quiso mostrarnos sus habilidades y me preguntó qué me dolía, si me dolía algo. Respondí que mis maltrechas rodillas, apaleadas desde la adolescencia y las caídas de moto, siempre se me entumecían y me provocaban “clajidos” y un dolor sordo que nunca conseguía eludir. Inmediatamente enderezó su espalda, se frotó las manos y pidió que me acercara. Así lo hice y, tomando mi rodilla izquierda –la más afectada- entre sus manos, sin apenas apretar, permaneció un par de minutos intentando introducir “su energía buena” y “rescatar la energía mala”. Preguntó si yo notaba el chrrssrrss que desprendían sus manos; le contesté que no y, un poco decepcionada, me contestó que yo tenía una energía muy fuerte y que se la transmitía, de manera que “se le apoderaba”.

Lo mismo y con las mismas palabras me había dicho un par de años antes una santera cubana, que pretendía sacarme el mal pelo del mismo sitio⁸⁹. Y si me sacó algo fueron unos dólares, una botella de ron, unos puros y unas velas. A mi mujer, un poco asustada en las dos ocasiones, no se le escapó el detalle. Ella, menos “energética” que yo, tampoco notó el chrrssrrss de su vieja amiga.

La acompañamos de vuelta a su casa en nuestro coche, agradecido yo por las confidencias y desconcertada mi mujer por lo que suponía un reencuentro inesperado.

⁸⁹ Sobre el mundo simbólico afrocubano y su relación con las curaciones, ver Lidia Cabrera (1996).

“No podría vivir si perdiera el don. Es la ilusión de mi vida” fueron sus palabras de despedida en el portal de su casa. Esa noche no dormí bien. Imágenes confusas y coloreadas pasaron por mi insomnio. ¿En qué estaría ocupada Virtudes aquella larga velada?

En julio y agosto tuve que hacer más sustituciones en el pueblo. A la puerta de su casa, tuve oportunidad de tener conversaciones informales con ella que, aunque no muestran novedades importantes sobre su actividad, sirvieron para saber que sigue visitando a su terapeuta de Zaragoza, a un especialista privado de esa capital, sigue acudiendo al hospital de Alcañiz incluso a hacerse allí directamente las extracciones de sangre *“porque los de aquí falláis mucho”*, y está a la expectativa de cualquier curandero que pueda aliviarle de sus dolencias o aclararle la naturaleza de su supuesta *“gracia”* o *“poder”* curativo.

De sus actuaciones como curandera me relató seis u ocho nuevas de las que no tomé nota exacta; todas realizadas con familiares, vecinos o conocidos. Insistió en que no cobraba nada *“porque yo estas cosas no las hago por dinero sino por hacer un bien”*. Una anécdota contó para ilustrar su desinterés por el dinero: *“Sabes, el otro día me encontré un pendiente de oro, no creas que de baratillo, que era bueno. Pues lo devolví. Y ya sabes lo que me gustan a mí el oro y los dulces.”*

8. EL SISTEMA RELACIONAL: TRANSACCIONES

8.1. La trampa de los estereotipos

ESTEREOTIPOS LOCALES Y ANTROPOLÓGICOS

Entre pueblos vecinos se dice que se conocen todos. De ser eso así, no sé qué hago anotando las cosas de aquellos que supuestamente conozco. Después de prestar atención al personal de los pueblos que no son el mío he llegado a la conclusión de ese conocimiento local depende de la oportunidad y del ojo que mira. Un enfermero conoce a gente que no conoce bien el tabernero. Y a la inversa. En el bar se ven gentes de una edad y costumbres que, vistas en sí mismas y en ese contexto, pueden aparecer como suficientemente conocidas, homogéneas. Lo mismo puede ocurrir en la consulta sanitaria o en la de los curanderos; hay “habituales” en cualquier bando. Incluso frecuentando los oficios religiosos; a esos los conocerá mejor el cura. Pero, en general, lo que *un pueblo* sabe de los otros, el conocimiento que surge del sentido común, está influido por estereotipos creados social e históricamente⁹⁰:

Dícese de los de Híjar, que todos ellos son hijos del duque (en La Puebla).

Dícese de los de Samper que son más beatos aún que los de Híjar (en Albalate y en La Puebla).

Dícese *Bachanos* a los de La Puebla (en Híjar, sinónimo de sucio, zafio o desarrapado).

Dícese *Codinos* a los de Híjar (en La Puebla; *Bachano* pero al revés)

Dícese de los de Azaila que no van a misa por no creer más que en la tierra; que no miran al cielo más que para ver si llueve (en Híjar y en Samper)

Dícese de los de Híjar que siempre han de salir ganando (en los demás pueblos)

Los de Albalate, *albalatinos*, llaman a los de Híjar *hijarinos*. -“*Si nosotros somos albalat-inos los de Híjar serán hijar-inos, digo yo*”. Los hijarinos lo toman como forma despectiva; son hijarinos -“*y no les llamamos a ellos albalatanos*”.

Dícese *Marañetes* a los de Urrea por unas supuestas grisuras en su carácter. Su médico lo sabe bien, y son frecuentes nuestras conversaciones tratando de dilucidar ese tópico.

⁹⁰ Para C. Geertz (1994: 95-96), la base del sentido común parte de la afirmación de que la realidad no dispone de otra teoría que la vida misma. Las liberaciones inmediatas de la experiencia, y las reflexiones deliberadas sobre esa experiencia, producen un catálogo de realidades que se imponen en cualquier mente suficientemente esclarecida como para aceptarlas.

Y dícense coplas como la siguiente, aunque cambiando pueblos y adjetivos, según se tercie:

*En Albalate las chatas,
en Urrea las tetudas,
en Híjar las chicas guapas,
y en Samper las cojonudas.*

O esta otra, relacionada con las curaciones milagrosas:

*Virgen de la Balma,
quién te viene ver;
cuatro tontos de Híjar,
y dos de Samper.*

Estereotópicos, en cuanto rascas un poco no se confirma el dicho. Pero han de tener su funcionalidad. Es una manera de entenderse generalizando; si preguntas “en serio” por alguien, el tópico no funciona tampoco.

La historia de lo que se han dicho y mentado unos a otros sería imposible de reconstruir y no sé si serviría de mucho. Sin embargo se han recogido algunos testimonios que dan la pincelada de las variaciones.

-“*En Albalate ha habido siempre gente muy pobrecica. Limpios, eso sí. Muy arregladas ellas, pero en casicas muy malas. Venían por aquí con cargas de leña al hombro, o los del agua. Allí todo era de doña Patrocinio. Nada de carros; con los burricos, con sacos de piñas y leña en jaticos muy arreglaos*” (P32) Hoy es el pueblo con más pujanza económica global, a causa de los jornales de la mina. Aunque el reparto de la riqueza sigue sin ser equitativo, ya no es como en los tiempos de *doña Patro*.

-“*...Y los de Azaila, que el abuelo decía que llevaban tantos piazos en la ropa que no se conocía cual era el color del traje de nuevo. Y luego se metieron con lo del monte y ahora todos son ricos*” (P33) Y sigue habiendo pobres, aunque ninguno de solemnidad.

-“*Las de La Puebla no es que sean más marranas ni eso, lo que pasa es que echaron a arreglar tarde las casas, se metieron con las granjas a tope y venían al colegio con los plastones de las vacas, que en los otros sitios no había. Y los toldos, que los cambiaron muy tarde y ponían los de saco de arpillera, que ya los de rayas en casi todos pueblos..., pues no quedaban ya de los viejos, y en La Puebla aún se veían*” (P34) Ahora, el viejo lavadero público del Charif se ha convertido en pieza patrimonial recuperada, una señal de la identidad local.

Al estereotipo de la higiene personal no le he prestado atención, más allá de lo llamativo, pero el asunto de las casas me reveló la clave del cambio de hábitos relacionados con la higiene o la salud. Las visitas a los domicilios realizadas hasta el momento, pasan de seiscientas -muchas muy repetidas-, darían para un estudio con detenimiento de las condiciones de existencia en el interior de las viviendas. Los

adornos, que también observo, sí entran en lo estrictamente cultural, pero esa es otra guerra que valdría para relacionar iconografía, religión y salud, pero no es el caso. Lo que ve un enfermero metido a antropólogo visitando pacientes por las casas no lo ven más que parcialmente, los convecinos de la comarca; en ese sentido el *observador profesional* lleva ventaja para hacer el análisis. No para retocar el estereotipo o crearlo. Ahí hay peligro. Lavarse las manos te lleva a los lavabos de cientos de casas. Subiendo y bajando escaleras. A veces elijo el fregadero, cuando veo que así lo hacen ellos. En otras ni preguntas; usas directamente alcohol.

Arreglar las casas significa aquí, primero, *cuando metieron el agua*; segundo, *cuando metieron la luz*; tercero, cuando colocaron el *cuarto de baño*, que fue primero taza huérfana, después se incorporó el lavabo y más tarde el plato de ducha o la bañera de asiento. En las casas viejas no entró el bidé; en las nuevas, es de obligado equipamiento. La cronología la marcan los azulejos de la pared o las baldosas del suelo *traduciendo* épocas en los distintos pueblos: coinciden con los de buena cosecha de cereal, según los albañiles.

Conclusión: no hay personal *tipo*, no hay vivienda *tipo*, ni *higiene popular tipo*. Pero se funciona por estereotipos y se denotan tendencias. En ningún caso la población resulta homogénea.

Salvando las distancias, la historia de la antropología *traduce* o permite *lecturas* de forma parecida a los cuartos de baño de los pueblos. El discurrir de las distintas propuestas teóricas y metodológicas dejan ver, en un extremo, generalizaciones totalizantes a partir de una etnografía local y, en otro, una atomización social en el que sujeto es el único actor, fragmentado en sus múltiples sistemas de relaciones. En unos casos el *actor* significa todo el mundo y en otros se quiere ver *todo el mundo* en un actor. En cualquier caso nos encontramos con estereotipos que, sirviendo como orientación general, caben contrastar con los datos que cada cual recabe. Seguiremos a Menéndez (1981, 1990, 1996) en su propuesta metodológica de romper con la cosificación intentando dinamizar las oposiciones, diferencias y similitudes técnicas e ideológicas en el contexto histórico y local expuesto hasta aquí.

En lo que toca al personal, las propuestas de algunas corrientes culturalistas y la potencia las elaboraciones cercanas al marxismo, acerca del campesinado, han impregnado durante años cualquier estudio de *lo rural*, permanentemente enfrentado a *lo urbano*. A principios del siglo XX tal dicotomía, en nuestra zona de estudio, pudiera ser funcional e incluso pertinente pero, con el paso del tiempo, tanto los cambios

habidos como la velocidad de los mismos y sus consecuencias sobre las estructuras básicas, la han dejado fuera de la caja de herramientas utilizables. El proceso de tecnificación, el de modernización, el de democratización y, últimamente el de globalización, han diluido los tópicos que sobre los habitantes de los pueblos *dejados de la mano de dios* se establecieron como generales. Ese fenómeno es obvio incluso para un turista accidental, pero me servirá para ir revisando relaciones.

Dícese de los campesinos que son desconfiados. A lo mejor es verdad, y así lo corrobora el personal cuando reflexiona sobre sí mismo ante situaciones que desconoce. Quedaría por demostrar si más, o menos, o igual, que los conductores de autobús de Zaragoza, de los que también se dice que son todos *de pueblo*.

En nuestra etnografía se muestra que la confianza o desconfianza en ningún caso es fija o estructural. Hay quien confía en el médico hasta que deja de hacerlo, pero le sigue pidiendo visita según en qué situación u oportunidad; hay quien no confía en él, por principio -“yo es que no soy mucho de médicos”-, y se puede mostrar conforme a la hora de creer en su diagnóstico, e incluso más disciplinado que los confiados siguiendo el tratamiento prescrito. Otros hemos visto que no confiaban en el curandero y nunca acudieron a él. Pero otros que no creían se curaban en salud yéndolo a ver; mientras, los que “creían” daban tumbos de uno a otro por no confiar en ninguno en particular. Son situaciones individuales que responden a expectativas y estrategias en ningún caso inamovibles. Pero, si hemos de generalizar de alguna manera el asunto de la confianza, habremos de creer que la mayoría la deposita más en los médicos y, una minoría difícil de cuantificar –pongamos un diez por ciento-, la tienen más o igual en los curanderos. E incluso desde este interés generalizador observamos percepciones específicas, como esa otra mayoría incuantificable que desconfía de los traumatólogos de Alcañiz; en lo tocante a los curanderos, su índice más alto de confianza se produce en esas patologías, precisamente. Pero desconfiar o lo contrario de los médicos y curanderos no sólo tiene que ver con las capacidades terapéuticas; la eficacia simbólica se manifiesta evolutiva en aspectos poco relacionados con ellas. La *magia* del médico, es cierto, permanece en la bata blanca, en las palabras crípticas y en la escritura, pero también en ser o no quien te trajo al mundo, llevar chaleco con cadena o, más modernamente, por categoría de su automóvil, que se reviste como marcador o referencia de su capacidad de curar. La *magia* del curandero, antes reconocida por nacimiento o inspiración sobrenatural, está hoy mediada por una fama en la que prevalece su “rareza” social más que sus condiciones de nacimiento.

Dícese de los paletos y pueblerinos que son incapaces de innovar. Pues bien, tanto las percepciones del propio cuerpo, de sus partes, órganos o funciones, como los mecanismos de causa-efecto que les atañen y dan lugar a las percepciones de salud o enfermedad y a sus remedios, han estado sometidas a tal cúmulo de modificaciones, que casi son arqueología folklórica las definiciones que se mentaron más arriba como *dichos* y *hechos tradicionales*. Sólo las personas muy mayores entienden de esa manera aunque, casi perdida su autonomía, actúen según les digan las hijas o nueras que los atienden. Hay que dejar bien sentado que el sistema de representaciones es previo al advenimiento al mundo de quien las va a recibir y usar. Tanto el personal como los médicos y curanderos encuentran hecha la cama de las significaciones. La innovación es rara en cualquier campo o grupo social, y mucho menos achacable a individuos aislados por muy geniales que se les considere. Es más habitual la evolución que la revolución, la mezcla que lo primigenio, lo prestado que lo inventado, lo reciclado que el material nuevo, aunque en ese devenir, las cosas no paren de cambiar. Otra cosa es buscar el motor de esos cambios. Desde luego, para la zona de estudio, se hace difícil pensar que los cambios en la medicina hayan sido provocados por la capacidad innovadora de los médicos que han ejercido aquí en los últimos cien años; lo mismo reza para los curanderos, aunque la permanencia de los traumatólogos *arregladores* nos haga repensar siquiera un instante el cambio. Unos y otros han servido para el personal, acaso, como contrapunto interno de referencias para el cambio, pero no el motor del mismo. Innovar, en el sentido de tomar como nuevo alternativas viejas, puede significar para muchos jóvenes nacidos en la democracia y *globalizados* recuperar al curandero como reaccionario, como naturalista íntegro o como puntal de una pretendida autonomía definitoria de la idiosincrasia local. Tratar de no innovador al labrador, al pastor o al tendero de pueblo es como no decir nada; bastante hace, como el resto, con resignificar sus ideas a partir de lo que le ocurre en la práctica. Bien entendido que desde una posición de subalternidad respecto al potencial que provisionalmente sitúo como externo.

Dícese de los campesinos que son familistas. Pero no se tiene en cuenta la evolución de la familia; no sólo del propio concepto sino de las profundas transformaciones que ha sufrido, se defina como se defina. Aquí, para designar la red social más próxima, se dice “*es más familia que mi familia*”. Habiendo sufrido tres procesos emigratorios en el siglo pasado y uno inmigratorio en los pocos años del presente, la estructura de las familias ha pasado por todos los estadios que llevan de la extensa a la monoparental.

Ese familismo tópico es más visible en los nuevos emigrantes magrebíes o del este europeo que en el personal autóctono. Casi la mitad de la población es mayor de sesenta y cinco años y son muy numerosos los viudos y viudas que viven solos. La mayoría de los matrimonios mayores tienen los hijos viviendo fuera y es frecuente que los que queden en el pueblo vivan en otra casa, sean pocos –frecuentemente uno-, y dedicados a trabajos que les ocupan todo el tiempo; estos, a su vez, tienen una media que no llega a los dos hijos por matrimonio, muy alejados de los nueve de principios del siglo XX, o de los cuatro durante el franquismo. Así, la idea y composición de las familias tiene ya poco que ver con la vieja idea del campesino y los suyos amarrados a la tierra y a las órdenes de un cacique. Al contrario, existe la percepción preocupada que la familia ha sido la institución que más ha sufrido con los cambios. La red social inmediata se ha reducido considerablemente, no ganando en cohesión sino lo contrario, por cuenta de un exacerbado individualismo que ya no entiende de “castañas comunes”: cada uno ha de sacarse las suyas del fuego sin molestar al vecino, como se explicó antes, aunque tampoco cabe exagerar en ese otro tópico. Las tareas del campo, antes aglutinadoras de personal y recursos de ayuda mutua, no difieren ya, para los efectos, de las propias de los trabajos en la ciudad; las demás ocupaciones están sometidas a horarios igual de urbanos, así que el tiempo y los recursos compartidos difuminan el tópico familismo rural: “la familia que reza unida permanece unida”. Ahora se unen, acaso, alrededor de una mesa servida de turrón y nescafé; el rosario como símbolo de unión ha pasado a mejor vida y todos callan ante el televisor⁹¹.

Dícese del personal rural que es dependiente del Estado. Su dependencia, en lo político, ha sido suficientemente expuesta y relacionada con lo sanitario: feudalismo y hospitales para pobres; caciquismo y mutualidades locales; republicanismo y sanitarismo; franquismo y estatalización monopolista; democratización y cobertura universal. Una estructura de dependencias históricamente determinada. Y una estructura de autonomía, permanente, que complementa la realidad histórica: la autoatención. Todas las actividades relativas a la alimentación, el vestido, la higiene, la prevención, etc., van encaminadas a reproducción social y biológica del grupo doméstico o la red social inmediata. Ya se ha hecho evidente cómo esas actividades han estado mediadas por el proceso de medicalización, y socializadas por una serie de agentes en los que no

⁹¹ Las relaciones entre el grupo doméstico y el proceso salud/enfermedad/atención pueden verse en Menéndez E. (1992) “Grupo doméstico y proceso Salud/enfermedad/atención. Del “teoricismo” al movimiento continuo.”

sólo se encontraba el médico sino también el maestro de escuela, los medios de comunicación y el cura. En un proceso claramente transaccional, el personal ha sopesado y compensado estratégicamente la conveniencia de los discursos educacionales con la realidad de su propia experiencia cediendo, nunca graciosamente, parcelas de autonomía personal ante instituciones que proporcionarían algo a cambio. La automedicación, como santo y seña de la autoatención, es territorio de batalla entre la autonomía individual o doméstica y la dependencia del Estado proveedor de la pastilla. La autoayuda, simétrica o no, es otro territorio de independencia que refiere más a la pelea por lo mismo cuando pasa de lo doméstico a lo microsocioal. La transacción adquiere connotaciones más políticas si de lo que hablamos es de autogestión de la salud, aunque, para la zona, no hay caso por la práctica ausencia de instituciones de esa índole. Si hubiésemos de generalizar “afinando”, lo haríamos bajo la batuta de Menéndez (1984) cuando pone sobre el tapete la relación entre los tres modelos de los que se sirve el paisano para procurarse atención sanitaria: El Modelo Médico Hegemónico, el Modelo Médico Alternativo y el Modelo de Autoatención. Entre ellos se darán procesos de exclusión ideológica, pero no de eliminación; se podrán plantear como opuestos entre sí, pero las prácticas los hacen complementarios. Se podrá plantear la hegemonía del primer modelo sobre la subalternidad de los otros dos, pero sin dejar de matizar que ni los médicos particulares ni los curanderos ni la botica de la abuela dependen del Estado. Y son alternativas que se usan como parcelas de independencia.

Dícese del campesinado que es fatalista. Pues sí, si como se entiende coloquialmente la fiesta va por barrios. El fatalismo más acentuado lo hemos encontrado coincidiendo con las situaciones y épocas más precarias en estrategias para remitir los problemas de salud: cuando no había forma o medios para ser asistido por médicos, curanderos o apoyos ajenos a los estrictamente propios. Entre los antropólogos, quien mejor ha explicado las condiciones del fatalismo ha sido De Martino (1966), aunque no nombrado de esa manera sino refiriendo, con agudeza y orden, el carácter ahistórico de las terapias mágicas contra el tarantismo.

El fatalismo al que aquí hemos hecho referencia tenía su raíz en creer que las cosas acontecen marcadas por un destino fijo, inexorable, fuera del control y la voluntad de las personas del común. No es determinismo por no entender que los hechos precedentes tengan relación causal con lo que ocurra. Para el fatalista todo pasa sin tener conexión con la historia previa, propiciado por un designio desconocido que proviene de algún poder que no cabe siquiera imaginar o ponerle nombre. Para nuestro

caso no era ni el dios ni el diablo, ni la monarquía ni la república, ni las virtudes ni los pecados, sino un poder externo sin relación con las leyes de la naturaleza. No entender ni la historia ni los mecanismos de causa-efecto, siquiera para las tormentas, dejaban al personal en la más absoluta de las desventuras. Quizás choque esta proposición con otro tópico que situaba al personal de principios de siglo amparado y determinado por la religión cristiana; no tardaremos en verlo. Durante mis primeros escarceos con investigaciones en esta zona puse en consideración la persistencia de una filosofía panteísta, que denominé “bronca” y “parda”, en cuanto que, sin hacer caso de lo que se vendiese en la iglesia más allá de lo formal, se establecían comportamientos que negaban explícitamente la realidad del dios cristiano. Y, al mismo tiempo, se renegaba o renunciaba a entender los hechos contradictorios de los fenómenos naturales, fatales e imprevisibles para ellos –y para los médicos- tantas veces. Cuando ese *panteísmo bronco* se hace ahistórico es ante la calamidad permanente, y entonces se puede entender como fatalismo. Fruto de una época, la evolución de las representaciones hace que hoy, a lo sumo, pueda hablarse de un cierto pesimismo que no cabría adjudicar a los habitantes de estos pueblos en mayor medida que a los de cualquier otro en similar contexto socio-político. Del fatalismo no quedan más que algunos residuos semánticos o, acaso, reelaboraciones nuevas que son tratadas a medias por los psiquiatras y los curanderos más místicos, como Beatriz. A fatalismo vital huelen las residencias de ancianos de Híjar o Albalate. Y muchos domicilios de ancianos solitarios.

8.2. Transacciones ideológicas

ENFERMEDAD Y PECADO.

¿Qué he hecho yo para merecer esto?

“Cuando la hegemonía científica del paradigma positivista expulsó de la realidad todo aquello no verificable, muchas preguntas angustiosas suscitadas por la enfermedad quedaron sin respuesta.” (J. Canals y O. Román, Archipiélago/25)

Hablando de los hombres “primitivos” el historiador de la Medicina Erwin H. Ackerknecht (1985) explicaba que, cuando caían enfermos, inmediatamente se preguntaban cuál de las leyes sociales del grupo habían violado. Estaban convencidos de que la enfermedad es el castigo que lo sobrenatural impone por pasarse de la raya. A alguien en particular le caía una pena y andaba buscando la causa en lo social. Aunque

desde una visión romántica se les suponga muy naturalistas, en la percepción que tenían del mundo la enfermedad y la muerte rara vez se explicaban por causas naturales. Los mecanismos de la enfermedad eran, para ellos, la intrusión de algo extraño –cuerpo o espíritu- o la pérdida de una de las almas. La medicina que se procuraban descubría las causas sobrenaturales por métodos sobrenaturales y los diagnósticos se daban por adivinación. La terapéutica podía ser empírica, mágica, religiosa o, más probablemente según Ackerknecht, la mezcla de todas ellas.

Primitivos incontaminados culturalmente como los del etnólogo e historiador, o como los que estudió la antropología clásica, ya no quedan, pero el personal que vive ahora, cuando se encuentra en la misma situación de enfermedad que el “primitivo” se pregunta, antes pronto que tarde, lo mismo: *-¿qué he hecho yo para merecer esto?*. Ahora buscará la causa de su pena por otros derroteros; en su imaginario moderno la enfermedad y la muerte quizá se entiendan como naturales, se atisben otros mecanismos etiológicos, o se procuren medicinas científicas, tradicionales, religiosas o, muy frecuentemente, la mezcla de todas ellas, bajo la batuta y mando de la primera.

Estamos abordando una situación extrema: un individuo ensimismado y el mundo que se le viene encima. Tal atrevimiento sería vano si se pretendiera poner nombre y apellidos al sufridor; que cada cual le ponga el suyo, aquí intentaremos hacer abstracción que represente a cualquiera en el mismo contexto. Anima el empeño pensar que la misma situación puede darse en un colectivo, pongamos por caso una epidemia, en la que aún se pondría más de manifiesto la capacidad social de “pensar” las cosas, de planear estrategias determinadas culturalmente y de aceptar social y políticamente las soluciones.

Hoy mismo se emitía por la televisión a la hora de la siesta, que la tribu guineana del presidente del país tiene la *costumbre* de realizar ritos de sanación justo después de que el enfermo salga del hospital con el parte de alta. De creencias animistas, la mujer que se sometía al ritual curativo admitía que en el hospital le habían librado de la parte natural de la enfermedad, pero que no estaría curada hasta no haber expulsado el maleficio culpable, a su entender, de su padecimiento. Tomaba como naturales los síntomas y como espirituales las causas. El reportaje estaba pensado para un público occidental, y dejaba en el espectador un regusto mixto de confesión cristiana y juicio popular: una purga y la rehabilitación anímica y social posterior.

Enfermar y morir son biología y son cultura. De ser verdad hablaríamos de un *universal cultural*, que se da en cualquier tiempo, lugar, cultura o civilización; que es un

hecho estructural e inherente a la naturaleza de lo humano en tanto que ser social. Al estudiar el proceso de modernización del mundo se han tendido a simplificar los sistemas de creencias haciéndolos pasar obligatoriamente por un sendero mágico, que conducía al camino de la religión, para desembocar en la autopista de la ciencia. Planteado como un itinerario, el moribundo queda en la vereda, en la cuneta o en el guardarrail, pero eso es una manera unidimensional de entenderlo que desdice la mera observación, aunque sea de la televisión. En Nueva York, desde un once de septiembre que está adquiriendo textura de mito, la gente de aquel común, y los demás, andan trascendentalizando de mil maneras la pena de su tragedia. Se tenía la creencia mágica de la inmunidad. Habrá quien piense en el escudo antimisiles, quién en el abandono de los dioses y no pocos en la pérdida de valores. No sabemos qué pesa más en la conciencia de los norteamericanos. Se habla y no poco de un proceso de secularización por el que tienden a desaparecer los paradigmas mítico religiosos que sostienen los sistemas culturales. Y aún así, en cuanto las investigaciones se hacen menos etnocéntricas, se llega a la conclusión de que no se atisba tal desaparición sino un sincretismo de repuestos que puede desembocar, a lo mejor, en la hegemonía de otro paradigma. Hace cien años, en los tiempos de Weber o de Durkheim, a las religiones se las suponía en declive, en peligro de extinción, pero no hay más que mirar a nuestro alrededor para ver que no ha sido así (Cantón, 2001). Si se supone que estamos bajo la hegemonía del paradigma científico es de elección pensar que no sólo nos mantenemos gracias a él sino, más bien, gracias a la tensión dinámica que mantiene con los ahora subalternos. Se piensa en la secularización, sobre todo, en aquellos sitios en que la ley divina ha dejado de ser inspiración para la ley humana. Entiéndase, para resolver el problema de la salud perdida, la magia, la religión y la ciencia del médico -metido en un sistema médico-, en relación inmediata y cara a cara con la magia, la religión y los saberes del moribundo -metido en un sistema social-.

La hegemonía del paradigma médico científico encuentra sus propios límites en aquellas ramas de su saber menos favorecidas por los avances técnicos, como puedan ser las ciencias de la conducta, por eso el lenguaje clínico en ellas es más mítico y metafórico. Y también se bloquea cuando sigue aquellos preceptos que le impiden pensar de forma unitaria o total, como sí lo hacía la medicina primitiva que manejaba eso que no sabemos entender bien cuando traducimos por “integral”. Por eso se reclama a gritos –desde dentro y desde fuera- la humanización de la medicina allí donde la técnica se acantona, desestimando creencias que se suponen ancestrales o supersticiosas.

Como por ejemplo en el hospital. Hasta de la Atención Primaria –con poco más que fonendoscopio y bolígrafo- se dice que está deshumanizada, aunque de eso se eche la culpa al tiempo de consulta y a la burocracia. Con todo, aceptaremos de grado la consideración de máxima eficacia de la medicina científica si se compara con las demás, entendiendo, con Ackerknecht, que la medicina primitiva es *primariamente mágico-religiosa, utilizando unos pocos elementos racionales*, en tanto que *la nuestra es prácticamente racionalista y, sólo en muy escasa medida, mágica. Los elementos mágicos en nuestra medicina están de forma abrumadora en la parte del paciente*, dice el maestro, que además era médico, aunque más dado que sus colegas a admitir la presencia de los duendes en la práctica clínica. Si la magia y la ciencia parecen de cualquier manera tan distantes, tomaremos la orilla pecaminosa del camino de la religión para ver como se cruza con la autopista de la medicina.

Nos hace comunes a todos el susto al descubrir, o que te digan, que estás enfermo o que te vas a morir. A peor pronóstico, más urgente se hace la pregunta de *marras* en la que se sublima *el mundo contra mí*: lo otro y los otros por un lado y uno solo, enfrente, pidiendo explicaciones. Sufriendo la pena y buscando la causa aparece en cualquier caso la idea de *culpa*, sea como falta cometida voluntariamente o como responsabilidad y causa del suceso. La pregunta admite tres salidas: reconocer la culpa como propia, como ajena, o compartida. Según y como –y eso habrá que dilucidarlo-, moldeada por un contexto de valores y contravalores, esa culpa se podrá llamar pecado. Se puede entrar así en un proceso semántico y cognoscitivo irremediabilmente asociado al *mal* que puede llegar a equiparar a la enfermedad con el demonio. Y no estar loco.

La primera noción de culpa de la que hablan los etnólogos, la trasgresión de un tabú, ha hecho fortuna en el mercado de las palabras. Eso viene a decir que un concepto local y atávico toma carta de naturaleza fuera de su ámbito cultural de aplicación. En el lenguaje occidental, culto o coloquial, *tabú* ha pasado a significar algo que debe permanecer inviolado, que debe apartarse del uso cotidiano. Es de común conocimiento que el vocablo proviene de Polinesia, donde se usaba para denominar las prohibiciones mágicas en las islas. La característica fundamental de la naturaleza de la prohibición es que no se basa en justificaciones explicables. Ni en Polinesia ni en Teruel te aclaran el porqué de un tabú. Para los usuarios originales, los castigos por violar la prohibición no se inscriben –ni se escriben- en un código o una ley sino en la esfera de las desgracias. Las transgresiones, incluso las involuntarias, deben expiarse ritualmente para evitar la catástrofe sobre el sujeto o el grupo al que pertenece. Las prohibiciones del incesto y la

endogamia son los ejemplos más conocidos de tabúes de conducta -social-, pero otros son de índole religiosa, como la prohibición de tocar o matar al animal totémico; o social en sentido estricto, como las diferencias entre las castas. Quizá sea el germen de la noción de pecado, pero hay que hacer notar que ni en su uso local original ni en su trasposición occidental alcanza la prosapia del pecado; a lo que ataca es al consenso social, no a un dios. Serán las religiones monoteístas las que desarrollen el concepto de pecado para nombrar la trasgresión de una ley o práctica sagrada, sancionada por la divinidad.

Todas las culturas han discriminado entre lo bueno y lo malo. Respecto al mal, tanto los filósofos como las viejas religiones y las modernas han presentado soluciones que van desde negarlo hasta negar al Dios todopoderoso. El mal se convierte, negando la negación, en un verdadero problema teológico cuando se defiende la existencia del universo gobernado por un ser supremo. Una formulación filosófica atribuida a Epicuro se le puede adjudicar a cualquiera en un momento de duda individual como el planteado: si Dios puede hacer desaparecer el mal y no lo hace, no es bueno; y si quiere impedirlo y no puede, no es todopoderoso. Para los hindúes, en cambio, el mal no tiene presencia real, es ilusión fenoménica. Otros ven deidades buenas y deidades perversas, como los maniqueístas.

Del pecado sí hay escritos. La Biblia desarrolla ampliamente el sentido del pecado. Para judíos y cristianos es aquello que enemista a los humanos con Dios, y que requiere arrepentimiento si se quiere obtener el perdón. El pecado, según el Nuevo Testamento, forma parte de la condición humana, por lo que reclama la redención de Cristo. De entre los múltiples pecados, tantos como leyes o normas, el que resultó más polémico fue el llamado *original* que, según santo Tomás, corrompía toda la naturaleza humana desde Adán. Ante él nada podía la voluntad humana. Los protestantes no discutieron la doctrina agustiniana de ese pecado e invocaron la gracia de Dios como mecanismo de redención. En el Islam el mayor pecado es el orgullo humano, pues le presupone autonomía y eso va en contra del propósito fundamental del hombre: servir y obedecer a Dios; la tendencia natural del hombre es hacia el error. El infiel es pecador cuyo arrepentimiento se demostrará únicamente con la conversión.

¿Cómo entender el pecado?. Siglos después de las polémicas teológicas llegaron las humanísticas cuando las ciencias técnicas y las sociales pretendieron desenmascarar, por la razón, la comprensión del mundo que patrocinaba la religión. Simultáneamente se plantearon distintos intentos para determinar su validez, que desembocaron en una larga

discusión acerca de la racionalidad o irracionalidad de los sistemas de creencias. Entre los antropólogos la discusión la inició Lèvy-Bruhl y continuó con Evans-Pritchard. Lo llevaron al terreno de las mentalidades. El primero postulaba que hay una mentalidad primitiva y prelógica que es la base del pensamiento mágico y religioso; el segundo corregía diciendo que las creencias religiosas eran racionales y lógicas en relación a sus postulados, aunque no la tuviesen con la realidad objetiva; a esta sólo se llegaba por el trabajo científico (Cantón, 2001). Ackerknecht pensaba que el error fundamental de estos razonamientos estribaba en la aceptación básica de que lo que es efectivo objetivamente es, a su vez, racional o científico. A Winch, en 1964, le pareció conveniente zanjar la discusión por la vía de la anulación afirmando que la realidad se construye a través de los juegos propios del lenguaje; que lo que haya que entender se deberá basar en el discurso convencional de una comunidad lingüística. Para él, no hay criterios de verdad y validez universales, así que no podemos formular juicio o evaluación sobre el estatus cognitivo y epistemológico de las creencias religiosas. Pero la realidad se impone cuando pensamos en la universalidad de la noción de culpa al infringir una norma moral, ética o social. Y alguna forma habrá de abordarlo. Los primitivos, que tenían como referencia fundamental el sentido del orden, lo defendían excluyendo al infractor. Los antropólogos funcionalistas buscaban los elementos de ese orden; los marxistas, en cambio, siempre han basado su análisis en el conflicto.

Como con cualquier norma, la sociedad que la dispone deberá hacerla llegar a sus miembros y no otra cosa es la *socialización*. La del pecado, una vez dictada la ley y sus límites de trasgresión, tiene una forma histórica de proclamación pública, escasamente estudiada pero muy sugerente, que está representada por las artes escénicas. Griegos y romanos emplearon la sátira como un mecanismo educativo de estructura compleja que denunciaba y hacía comprensibles y clasificables los pecados y su evitación; de su estudio sale el esquema de valores y creencias de que disponían. Cualquier ámbito cultural de su influencia aceptó el género más o menos teatral de socialización pública y comunitaria del pecado, hasta la Edad Media en que se simplificaron las exposiciones al ponerse en escena el auto, que se haría sacramental, sin perder nada de satírico o popular. Su eficacia estaba basada en la simplicidad de la dicotomía: enfrentar el bien y el mal, definidos según los valores dominantes.

En las religiones monoteístas el pecado pide una expiación cultural; sus códigos morales son más extensos y, a la vez, más personalistas, pero no se libran de la necesidad de simplificar ese código si quieren que se les entienda, que se tenga una

vivencia personal del pecado, tanto en lo religioso como en lo ético. La tradición judeocristiana ha luchado a través de los siglos contra la concepción materialista - saltarse una ley- insistiendo en una concepción personalista -actitud voluntaria de pecado-. Primitivamente, influida por el pensamiento dualista griego, situaba al pecado en lo carnal, y de ahí arranca un proceso de sacralización del pecado que tuvo su punto culminante al llegar a la Edad Media. Fue entonces cuando se impuso una especie de tremendismo moral en el que cualquier trasgresión se consideraba una ofensa a Dios y requería un acto público de penitencia. Eso desembocó en una liturgia penitencial, que es lo que de verdad llegó a calar. El reconocimiento del pecado se contenía en el auto; la penitencia y expiación de la culpa en la liturgia, que ya no era jocosa sino solemne, y muy sofisticada como arte escénico. Es en esa época cuando se codifica con más extensión la concepción ético-religiosa del pecado. Entonces se confeccionaron las listas y clasificaciones de pecados que tomamos como punto de partida para hablar de secularización.

A la mayoría de los españoles nacidos cuando el país era considerado la reserva espiritual de Europa llegaron aquellas listas y clasificaciones de la mano del nacional-catolicismo, garante de que la religiosidad barroca fuera la única verdadera. Las infundían en los magines de los niños por procedimientos que en sí mismos eran ejemplificadores. Un rito de paso. La primera discriminación entre pecados que se hacía allí tenía que ver con la voluntariedad o no de su comisión: era pecado *formal* si la trasgresión se hacía con conocimiento y libertad. Era pecado *material* si faltaba alguno de esos dos detalles. Teniendo en cuenta la escasa instrucción de la época, el recorte de libertades y la edad de los discentes, aquella clasificación se podía memorizar pero era raro que se entendiera. De eso se encargaría el confesor: -¿eso lo hiciste queriendo?, -sí, padre; bueno, yo no quería pero.... Si el pecado derivaba de una acción se llamaba de *comisión*, y lo malentendían diferente los hijos de los comerciantes, acostumbrados a transacciones económicas que los demás, que los podían ver como rateros, al no “obrar” ellos nunca por tal concepto. *No hacer* también podía aparejar pecado, el de *omisión* pero, pecar por pecar, se entendía más como *hacer* que como *no hacer*, de ahí la lógica de la construcción *comisionista* de la pregunta ¿qué he hecho...?. En fin, cualquiera de estas transgresiones era un pecado *actual*, en el sentido de puntual o momentáneo, que se entendía mejor por su compañero de clasificación, el pecado *habitual*, que se decía del continuado, del hábito o costumbre de no parar de pecar. La pregunta parece que busca más un pecado *actual* que uno *habitual*; para éste, la proximidad de su acción lo

desvelaría más evidente. Aunque bien pudiese indagar un *habitual por omisión*, pues, de lo que uno no hace se tiene peor memoria.

La finura clasificatoria se sofisticaba al hablar de gravedad. Es *venial*, según la definición clásica, *por la parvedad de la materia* -que no entendía nadie- o *por falta de plena advertencia* -que se entendía cuando explicaban que era “sin darte cuenta”-. El personal se quedaba con que no ofendía demasiado a Dios, con que era *leve*. La pregunta no parece ir buscando pecados veniales, aún habituales. Entonces debería referir a los *mortales*, los graves, los que no disminuyen la gracia sino que la destruyen, metiéndote en el camino del mal, consciente y libremente. Pecado mortal era ya mucho pecado. Y más aún cuando lo llamaban *capital*, que era lo mismo pero que parecía más mortal por tener que ver con la ciudad, o con emplear la cabeza en el empeño de pecar, que ambas cosas le daban más malicia.

El bien o el mal, la gracia o el pecado, formal o material, de omisión o de comisión, actual o habitual, mortal y venial, -salud y enfermedad-, montan un sistema de pares opuestos, conforman una espiral de dicotomías, que parecen tener la propiedad del dibujo fractal, que se puede ampliar infinitas veces presentando siempre infinito número de detalles. Eso ha hecho pensar a algunos eruditos que tal es la estructura básica del entendimiento humano. Que funcionamos por pares. Así lo ha hecho el estructuralismo francés, de la mano de Claude Lévi-Strauss, que veía las culturas como sistemas de signos compartidos, estructurados según principios de funcionamiento del intelecto, que son -según él- los que valen la pena entender para entender al hombre⁹². Buscaba las lógicas fuera de los hechos empíricos, en ese *detrás* que hay en ellos, muchas veces en el idealismo, casi siempre en el lenguaje y no pocas en la cibernética, lo que justificaría esa representación fractal. No busca la acción simbólica sino la operación mental en la que destaca el sistema dicotómico. En *El totemismo en la actualidad*, la de 1962, puso de moda el tema, aunque se le acusó (Leach, 1970) de dejarlo reducido a la idea de que hacemos clasificaciones de los fenómenos sociales por medio de categorías del medio no social. En eso estamos.

En la clasificación de los pecados mortales aparecen siete, número mágico como todos, que son los estrictamente *capitales*. Todos llevan la pena de la desgracia y

⁹² En esta exposición, más que sumarme a las teorías básicas del estructuralismo francés, me refiero a la concepción filosófica judeo-cristiana de dicotomías como cuerpo/alma, tierra-cielo o profano sagrado que, como en las mitologías de algunas culturas denominadas “primitivas”, propician una concepción del mundo que, en una hipótesis que comparto con Joan Prat (1984: 72-73), procuran que “*en la práctica histórica, la preocupación por la salud corporal y la preocupación por la salud espiritual sean equivalentes o, al menos, estructuralmente similares*”.

delimitan el primer territorio de búsqueda de respuestas para la pregunta. No había disculpa fuera de la confesión; acaso el arrepentimiento *premortem*, pero no era el caso si el acontecimiento se presentaba súbito. A los siete vicios le siguen siete virtudes, como no podía ser de otra manera en una estructura dualista.

De la avaricia, viejo pecado oriundo del excedente, se entiende que es *la que rompe el saco*, pero es raro que rompa el del pobre, por lo que se diría enfermedad de ricos, pero no, porque tacañería, ruindad, mezquindad o cicatería dan la categoría de avaro cuando el medio empleado para atesorar es no gastar. O sea que moralmente se impulsa el gasto, que antes se diría largeza. Hoy y siempre el que gasta no es avaro. En una sociedad consumista el dinero es el mediador sagrado, así que será moralmente reprochable no seguir las leyes del mercado, y ahorrar cuando hay que gastar y viceversa. El derecho a la propiedad privada consagra la avaricia, por eso no se verá como pecado. Acaso sí en el escaso número de ricos dueños de esa parte tan grande de la riqueza total. Pero claro, a todos los otros les suscita otro pecado capital, con fama de muy español, que se llama envidia. Se le apellida “sana” cuando funciona como motor de la competitividad, otro mediador sagrado. Y tampoco se tiene por muy mortal salvo que embruje⁹³, pero eso es tan difícil de dilucidar desde la razón como el pecado original mismo, aunque algunos sigan creyendo en el *mal de ojo*.

La soberbia personal hoy más que pecado es chabacanería. Arquitectónica muchas veces, como la torre de Babel del Nuevo Testamento que causó la ira de Jehová, quien confundió las lenguas de los constructores. Con estas ya confusas, la soberbia occidental es invocada por algunos como culpable del desastre de la Torres Gemelas, pero no parece verse como pecado “personal”; aquel *soberbio* edificio simbolizaba la esencia de una manera de entender el mundo opuesta a otras, y algo chocó. Los destructores atacaron un símbolo del poder hegemónico, que ven como laico, mientras las víctimas ven temblar un orden al que dan categoría de sagrado. Un conflicto que parece un eco de la idea griega de justicia divina, personificada en la Némesis, que usaba la ira legítima contra la altivez y la soberbia, distribuyendo buena o mala fortuna entre los mortales. Y sino que se lo pregunten al recién fallecido I. Illich. La soberbia, para ser pecado, ha de llevar aparejado el desprecio a los demás, por eso, el Concilio Vaticano II, matizando el catecismo, humanizando el pecado, lo que hizo fue denunciar las causas de injusticia poniendo como fondo a Dios, pero bajando al territorio de los mortales las excesivas desigualdades económicas, el deseo de dominio, el desprecio de

⁹³ Una elaboración clásica al respecto está en M. Catedra (1976: 9-48)

las personas y un cúmulo de pasiones egoístas como puedan ser la envidia, la desconfianza y la soberbia. En las manifestaciones de ésta, el engreimiento se puede considerar pecaminoso pero se suele ver como fatuo, aunque el orgullo pueda ser legítimo.

Como la ira de Jesucristo al echar a los mercaderes del templo, o la de la Némesis. El deseo de venganza, justa o injusta, define la ira como la pasión más violenta; un plato caliente que ha de servirse frío, como diría algún sibarita del pecado. La iracundia, la propensión a la ira, se ha dejado de entender como pecado en cuanto se le ha dado categoría de enfermedad, como ha ocurrido con las demás pasiones, recolocando así la noción de culpa.

La gula es ejemplo vivo de ese proceso. Era pecado que mortificaba en un banquete sólo cuando se pensaba en el hambriento, pero que dejaba de hacerlo en cuanto aparecía el siguiente plato y distraía la reflexión. Hoy la gula es pecado sanitario que se “vende” como agresión al propio organismo, sin ir más allá de invocar la supervivencia o la obesidad. Acaso como ruptura de un equilibrio natural, que definieron los griegos y desbarataron los franceses haciendo de la gastronomía y la bodega artes reconocidos como sublimes. En el idioma franco se distingue la grosería de pecar como *gourmand* de la exquisitez de hacerlo como *gourmet*, lo que impone una nueva moralidad en un pecado de oportunidad personal, que enfrenta hambre con apetito. En cuanto que convención social, la gula comensal ha dejado de ser pecado por la frecuencia de su comisión, pero estipula territorios nuevos que tienen el registro moral clásico cuando se hace responsable al pecador individual. A diferencia de todas las demás pasiones, en esa forma no es considerada pecado social. Sí lo es en lo relativo a la bebida, y nadie piensa en el agua o la naranjada, sino en la ingesta de alcohol. Y ese es territorio medicalizado en el que el pecador habitual adquiere la categoría de enfermo y, por tanto, la eximente de culpa. Uno de esos territorios *gulímicos* es el de las drogas que, a efectos de pecado personal con implicaciones sociales, se ha desprendido de la motivación ritual y sagrada para ser elemento y mecanismo de consumo. La culpa de ese pecado se difiere a agentes múltiples, aunque sea el consumidor el que arrastre el estigma.

Con la lujuria ha ocurrido que ha perdido el nombre. Lo lujurioso es lo exuberante o lo excesivo, pero es extraño que se piense o se diga de una persona. Le ocurre lo que a la fornicación, que se dice de mil maneras en mil idiomas, pero no así. En ambos casos es verdad que las cosas cambian de nombre cuando dejan de ser lo que eran y mudan a algo nuevo. Ambas palabras tienen ese sabor rancio que las hace entrañables cuando se

emplean hoy, por referir a ideas en las que el cambio está implícito. Territorio que delimita clásicamente un tabú, anda determinado por dos fundamentos: el control de la reproducción y el control del placer; “*crepúsculo de los psicoanalistas, aurora de los sexólogos*” -diría André Bejín-. Cuando hace falta más población, se pueden dar facilidades morales para explotar el gozo; cuando sobra gente se pide celibato. La fornicación, se diga como se diga, adquirirá forma de pecado según la tensión entre motivación religiosa y contrato social. Para el mundo occidental actual, y si pudiera servir de marcador, la libertad sexual indicaría el grado de fuerza hegemónico del factor social frente al religioso. La lujuria se ha secularizado, aunque cabe recordar que, en el proceso, la Biblia era bastante más descriptiva y exuberante que el catecismo. La lujuria no le interesa al médico, aunque actúa sobre la reproducción e incluso en el ámbito del placer. La concupiscencia, otra palabra del género, es ahora pecado que se recupera por saberse de su connotación sociosanitaria: es *factor de riesgo*. Y es pecado que deja de serlo cuando *la perversión* la delimitan como enfermedad unos médicos, por medio de un manual que pactaron con los jueces, y con las compañías de seguros.

De la pereza, por pereza, casi no apetece hablar; corren malos tiempos para los faltos de diligencia. Hoy, lo que manda, es la prontitud, la agilidad y las prisas, aunque la pereza se disfrace, si interesa, de depresión. La secularización de los siete pecados capitales bien pudiera estudiarse siguiendo la evolución de los famosos manuales de diagnóstico psiquiátrico.

La relación entre enfermedad y pecado cambia tanto como los contextos en los que ambas cosas se definen. Quién defina tomará como referencia el parámetro para el que esté legitimado, y montará argumentos que permitan reproducir la legitimación. Los pecados los definen las autoridades de las religiones monoteístas, para los que algunas enfermedades podrán ser la cara física del pecado, la expiación de la culpa, o la prueba de paciencia y humildad a la que somete el todopoderoso. Alejarse del pecado aleja de la enfermedad; hagamos memoria de lo tocante a la masturbación. Y viceversa. Las enfermedades las definen los médicos, quienes no están legitimados, desde su entender científico, a clasificar las transgresiones de la leyes naturales o sociales como pecado, aunque en su búsqueda de la culpa tiendan a ver en el trasgresor un vector de enfermedad. Alejarse del riesgo aleja de la enfermedad. El enfermo que se hace la pregunta trae en su cabeza la experiencia empírica de la relación entre enfermedad y pecado. Entiende los mecanismos de causa-efecto, cuando los entiende, según lo que ha aprendido y lo que ha vivido. No será extraño que, ante un hecho inconcebible, ponga

en marcha un mecanismo de búsqueda en el que lo moral, lo social y personal hagan cruces semánticos y cognoscitivos que puedan llevar a llamar a la enfermedad pecado y al pecado enfermedad. Y hoy por hoy, en el mundo occidental, la sanción social de la culpa o la eximente van más de la mano de los médicos y los jueces que de los sacerdotes. Lo que no ocurre igual en todos los sitios del mundo, valgan por caso algunos países islámicos o aquellos en los que la medicina hegemónica no es la medicina científica. El cristiano que haga las mezclas bien podrá pensar que el pecado original se relaciona con que se tiene que morir, pero no pensará mucho en Adán y Eva y sí en el tráfico rodado. Aceptará que el accidente que casi le costó la vida pudo ser a causa del pecado personal de saltarse una señal, una noche de copas, pero derivará parte de culpa a la mala colocación del cartel. Y pensar que fue pecado actual ese momento fatídico en que pisó el acelerador, aunque negará que lo haga habitualmente cuando el juez le tilde de reincidente. Aquel hecho pudo ser mortal o grave, pudo involucrar a más personas, con lo que destruye la “gracia” social, su reconocimiento como buen ciudadano. Tan mortal, que la pena eterna fue la retirada definitiva del carné de conducir, y tan grave que aún está en el hospital. No fue leve el pecado, podrá entender. Fue contra natura, por meterse en el carril contrario, y hasta nefando, se podría pensar, por estrellarse contra la trasera del de delante. Y hubo incluso *pecado de la lentaja*, aquellas gafas mal graduadas que se pusieron reiteradamente como excusa.

Contra poniendo el hombre “primitivo” al hombre actual, Ackerknecht razonaba que éste no veía la enfermedad como un problema moral sino biológico e individual. Que nadie asocia habitualmente la enfermedad con el hecho de que sus relaciones personales sean buenas o no, o si observa o no ciertas reglas sociales o religiosas. Dudaba de poder afirmar seriamente que el verdadero acercamiento del paciente a la medicina y la enfermedad sea predominantemente mágico-místico. Para él, la decadencia de la religión oficial ha llevado a la consulta del médico muchos problemas que antes eran de la competencia del sacerdote. La percepción del origen no moral de la enfermedad determinaría la búsqueda de soluciones pragmáticas, y lo que certifica es un desfase en la evolución de la aplicación práctica de la teoría. A un problema moral una solución moral; a un problema de salud, un médico. ¿Por qué se busca en el médico o el curandero lo que antes en el clérigo? Pues porque en algún momento de la historia los territorios teóricos, las representaciones culturales sobre la medicina y la religión, han estado solapadas y en un estado de liminalidad tal, que el entramado de las prácticas entendía como pragmático el *uso de lo que hubiera*, fuese racional o irracional,

naturalista o artificioso. Se reconocen coyunturales y no estructurales las percepciones que los ciudadanos de los estados modernos tienen de los aspectos simbólicos de la medicina hegemónica. Cuanto se refiere a la vitaminas, a la bata blanca, a los microbios o a las cifras y palabras complejas, se estima como aspectos mágicos que apenas tienen relevancia en la solución de los problemas de salud, según el punto de vista de los biologicistas. Pero desde la percepción del sufridor se destacan como mediadores entre lo natural y lo místico, entre lo comprendido racionalmente y la irracionalidad aceptable. Las condiciones de la enfermedad y las de pecado han tenido una configuración paralela en cuanto que mecanismos de causa efecto. Medicina y médicos, religión y clérigos, serán los encargados de discriminar qué sea enfermedad y qué pecado. Lo oculto es lo que ambos buscan, aunque unos por el método científico y otros por la revelación. La medicina científica sacralizará el método y secularizará las causas de enfermedad.

Para la medicina la revelación viene del experimento, y pocos se hacían durante el periodo de máxima sacralización del pecado. Para cuando los pecados estaban bien clasificados, con sus culpables y sus penas perfectamente delimitados, la medicina definía las causas de enfermedad más por criterios morales, o misteriosamente ocultos, que por otra causa. El galenismo, todavía imperante en el siglo XVII, clasificaba las causas de enfermedad en primitivas, antecedentes y conjuntas. La enfermedad, como el pecado, era esencia natural del hombre, pero se miraba como una reacción del cuerpo contra el agente causal. Poco, a ciencia cierta, sabían de la etiología de las enfermedades, pero negaban la causalidad divina y consideraban la enfermedad como una eventualidad natural, más o menos azarosa, consecuente al hecho de existir. El cabo que dejaba suelto, el azar, sería lo más fácil de sacralizar por el personal enfermo: la pregunta última. El azar era lo que podía hacer que los miasmas llegaran a la sangre y alteraran los humores, que se produjesen las perturbaciones atmosféricas, o que aquellos humores entrasen en fermentación o putrefacción. Esas eran las tres causas *primitivas*, capitales. El galenismo anduvo siglos mezclado con las distintas mentalidades médicas. Durante la hegemonía del pensamiento anatomoclínico lo que se intentó fue hacer externas las patologías internas. “Ver para creer” sería la máxima de ese periodo de secularización positiva de las causas. Y de sacralización del instrumental técnico. El cuerpo humano como objeto de estudio dio lugar a la monarquía del signo físico. De las ganas de ese “mirar dentro” vienen el espéculo vaginal, el oftalmoscopio, la gastroscopia y, sobre todo, la radioscopia, a la que en su época y aún cien años después

se le añaden connotaciones mágicas que precisan de un acto de fe; que no se entienden pero que funcionan. La compensación esencialista y romántica vino con la Naturphilosophie: la enfermedad es una alteración del proceso evolutivo de la naturaleza hacia las formas superiores del ser. Tomo de Pedro Laín (1998:368) un comentario sobre aquella mentalidad:

“Para R. Hoffman el reino de la enfermedad es la simia de la Naturaleza, trasponiendo a la patología, sin decirlo, aquello de que el demonio es simia Dei, “mona de Dios”, según la agudeza teológica de San Agustín”.

Organicismo y evolucionismo, a aquella forma de entender se le atribuye, no obstante, que se admitiese la enfermedad como un proceso y no como un estado. Lo que la separa radicalmente de la noción de pecado. Las dos grandes mentalidades patológicas del XIX, la anatomoclínica y la fisiopatológica tenían en común la consideración física y mecánica de la enfermedad. Diferían en su visión del proceso morboso. De la sucesión de formas visibles de la primera se pasó a la determinación de las energías mensurables de la segunda: térmica, mecánica, eléctrica y magnética. La enfermedad como proceso energético y material. La respuesta morbosa era consecuencia rigurosa de la índole física y química de la *causa morbi*. Le tocaría a la bacteriología abrir los caminos para reconocer la participación del paciente en su enfermedad. La causa, a la vez endógena, exógena y positiva. De aquellos años llegan serios alegatos contra las “causas finalistas” en nombre de las “causas eficientes”; una guerra abierta a la teología: nada en el ser del hombre puede ser “extraorgánico”. Pese a todo, el gran Laënnec pensaba que la tisis es más frecuente en las grandes ciudades por la cantidad y cualidad de las contrariedades morales que hay en ellas; y von Leiden, a principios del XX, enseñaba a sus alumnos que el primer acto del tratamiento médico es dar la mano al paciente; y Osler, que decía que la suerte del tuberculoso dependía más de lo que tuviese en la cabeza que de lo que hubiese en el pulmón.

Pero el primer médico que deliberada y sistemáticamente entró en la intimidad del paciente fue Freud. Durante lustros el psicoanálisis ha variado la orientación intelectual de muchos médicos, aunque no fuese la psiquiatría su ámbito de ejercicio. Casi siempre en el sentido de no olvidar en sus tratamientos eso que se llama influencia de lo moral sobre lo físico. Pero muchos otros encontrarán carente de sentido científico la relación entre un cáncer de estómago y la condición íntima, libre y personal de quien sufre el proceso.

Y, lo mismo que la religión, la medicina ha utilizado mecanismos de socialización que permitieran legitimar sus conocimientos y sus prácticas en cuanto que mantenedora

de un orden social. Convenciendo primero al Estado de que era la única medicina válida. El sanitarismo y la medicina social se ponen en marcha cuando la relación entre condiciones de vida y enfermedad se tornan políticas. La conformación de los Estados y los avances de las ciencias positivas fueron los actores de la secularización de las causas de enfermedad. Allá donde ambos llegan con más retraso, o donde su encaje social resulta menos compacto, se pueden encontrar más signos, síntomas o enfermedades por secularizar. No podemos olvidar que la medicina científica, al margen de todo el bagaje epistemológico y técnico, se contiene y se resume, para un paciente, en el médico que tiene delante. Y si éste se bloquea ante la enfermedad, buscará otro que “interprete” la ciencia de manera más acertada para él. Y llegado el caso de apurar los recursos científicos sin éxito, se dudará de su “positividad” y acudirá a soluciones culturales diferentes, sincréticas muchas veces, tradicionales, novedosas o incluso mágicas o milagrosas. Y lo mismo para donde no hay doctor. Cuando se presenta el percance la auténtica atención primaria se da en la familia o el grupo social próximo. Allí se podrá entender, pongamos de forma tradicional, que aquella enfermedad, por las causas que se suponen, es o no de médicos. Así, un accidente, la contaminación del aire o de los alimentos, se entenderán como causas mecánicas o naturales que deberá resolver el médico; pero si se supone que tal agua es bendita pero se bebe, o no se debe usar en determinadas fechas y se usa, los efectos perniciosos que subjetivamente provoque, o simplemente con que se le tenga por factor causal, llevarán a buscar la solución en ámbitos no médicos, que hoy se denominan más como simbólicos que como mágicos o religiosos. De ahí que, desde la antropología de las medicinas no hegemónicas, se tomen como simbólicas tanto las enfermedades como las curaciones así delimitadas. Y que si ahora lo “natural” es el médico o el psicólogo, actuando de forma técnica, con método empírico, sobre lo corporal y lo mental, amparado por criterios científicos, no quitará que, en la percepción que se tenga de lo “no natural”, lo infra o sobrenatural siga siendo territorio del sacerdote o del ocultista, mago, curandero o espiritista, echando mano de la acción ritual y simbólica, actuando más en lo mental que en lo corporal, al abrigo de la religión, la magia o, más simplemente, desenterrando creencias tradicionales.

Y, sobre todo, que se vaya más al médico por causas tan “naturales” como estar más a mano que el sacerdote, el chamán o el curandero. La medicina popular está tan imbuida del método científico como de la religiosidad barroca. La envidia y el aojamiento podrán verse como una intromisión social; la acción de un espíritu maligno,

sea extraterrestre, difunto, demonio, o divinidad, se achacará a una intervención suprasocial; pero también oímos hablar de “energías negativas”, “malas vibraciones” u otros fenómenos de vocación mecanicista tan difíciles de objetivar como el Espíritu Santo. Para Black (1889), lo supersticioso ha sido ridiculizado pero, como la noción de pecado, permanece embebido en el lenguaje común y en el pensamiento ordinario. Lo que le suele molestar al clero de la actividad de los especialistas en sanar no es que curen, sino la función sacerdotal que curandero o médico se puedan arrogar.

Lo que en ningún caso se puede negar es la confusión que todavía existe entre creencias y prácticas religiosas y las concepciones y actitudes relativas a la salud y la enfermedad. Los temas de salud siempre se han entendido claramente inscritos en los sistemas de creencias, hasta que llegó el paradigma positivista y rompió el esquema. El papel relevante de la profesión médica en la secularización de la sociedad viene determinado por su instrumentalización cara al nuevo orden. El médico en la actualidad, lo mismo que el curandero de toda la vida y el juez, representa una figura sacerdotal. No es que él voluntaria y conscientemente se revista de esa guisa, sino que se resignifican en él las carencias producidas por el repliegue religioso. Su ordenación sacerdotal por aclamación le llega porque encara directamente al personal, trata la enfermedad restituyendo la gracia de la salud, pelea con la muerte sanando y salvando, recoge intimidades, utiliza, a sabiendas o no, la eficacia simbólica, y se rodea de atributos que, hasta para él, son mágicos. Es agente aculturador y vector ideológico. Su relación con el paciente está sacralizada. Es, según una sentencia de fortuna, *celebrante de los misterios de la Ciencia en los templos de la Salud*, cuyo *Sancta Sanctorum* son los quirófanos, (J. Canals y O. Romaní). En muchos casos se podría decir que la función social del pecado corre ahora por cuenta de la enfermedad. Y sino revísense las representaciones y prácticas en torno a las enfermedades que llevan aparejado un estigma.

8.3. Transacciones ideológicas, políticas y culturales: fronteras y territorios.

Las disquisiciones precedentes partían de situar al hombre aislado frente una reflexión obligada. Las configuraciones ideológicas se ven materializadas, por la vía de la práctica, en hechos menos abstractos y filosóficos, cuando su encaje adquiere dimensión cultural, social o económica al compartir con otros. Como aquí de lo que hablamos de salud, enfermedad y atención, primero habremos de someter a reflexión las representaciones y prácticas que hayan conformado lo que en términos muy generales se

denomina “cultura sanitaria”. Antó Boqué⁹⁴, un salubrista que toma de la antropología italiana la idea de sistema médico, lo asimila a la noción de cultura sanitaria, en la que existiría una triple perspectiva en su estructura. Un aspecto cognoscitivo, como representación mental de la realidad de los conocimientos sobre salud. Un aspecto valorativo, por el que la población asigna estimaciones positivas o negativas a los asuntos de salud. Y un aspecto operativo, que recoge las relaciones entre comportamiento y salud. Concluye que la cultura sanitaria incluiría conocimientos, actitudes y hábitos relacionados con la salud y la enfermedad.

La idea es plantear aquí el asunto como una cuestión de saberes, más que de culturas. No es que no interese si existe o no una cultura sanitaria, sino que bajo esa acepción parece querer medirse todo aquello que los sanitarios hayan podido imbuir en las mentalidades de los pacientes, tomando como incultura otras formas culturales. Y más que la enumeración o concreción de esos saberes, cultos o legos, plantearemos esquemáticamente las situaciones que llevan a ellos como un toma y daca entre agentes tratando, conviniendo y negociando. Tomando formas culturales históricas como punto de partida, intentaremos hacer ver cómo evolucionan y se relacionan en distintos niveles con aspectos ideológicos, políticos y sociales.

La condiciones ideológicas de los hospitales para pobres, aquella discriminación básica entre cuerpo y alma, se expresa en los primeros escritos sanitaristas de los que se tiene noticia en la zona. Sabemos cuáles son sus *ideas valor*, incluso la racionalidad de la distribución de los espacios y normas. Y aún entendemos más cuando pensamos en los conflictos que se plantearon y sus resoluciones. En ese caso la autoridad crea una institución que le reafirma en el poder; recluye a los molestos librando así de su impertinencia a los demás, a cambio de justificar sus pechas. Ofrece un amparo – cristiano- en acontecimientos que desbordan la autoprotección del personal. El pobre, el demente, el moribundo o el transeúnte se institucionalizan. Aunque es difícil columbrar cuál es el peso de la demanda social en el nacimiento de la institución, la justificación expresa es atender la orden de la doctrina en la que se cree; pero aparece a los catorce siglos de estar creyendo, lo que hace suponer que algún condicionante social había encartado.

Este hospital concreto se erige en territorio de los rebeldes, los infanzones que se habían ido a rezar a otra iglesia por desacuerdos políticos; y se mete a controlar ámbitos

⁹⁴ José M^a Antó Boqué. “Evolución y concepto de la salud humana” en *Salud pública*. UNED. Madrid, 1982.

culturales y sociales de esa facción, considerada integrista. Sin romper el esquema ideológico, se planta cara con el cultural y el simbólico, poniendo en juego argumentos raciales, trasvasando santos y poderes, estableciendo rituales comunales de sanación, y cambiando las cosas de sitio, tanto en la mollera como en la geografía. Al hilo de ese conflicto, san Cosme y san Damián pierden la consideración de sanadores, quedan olvidados para los restos, y su lugar lo ocupa un Cristo local, a quien de verdad se le atribuye la remisión de la peste. A falta de medios técnicos, se negocian los simbólicos. El Cristo de los Milagros, al desaparecer por quemarlo los “rojos”, adquiere el protagonismo del doble martirio que le mantiene como recurso curativo. Al fatalismo menos panteísta, entendido también como martirio que se repite, se le crea un mito simétrico que comprender y al que encomendarse. Para el personal, durante todos esos años, su posibilidad de mediar en el conflicto parece pequeña; deudos o clientes del duque, los nobles locales o los caciques, oírían misa donde les mandase su adscripción social, aunque el hospital pudiera aparecer como alternativa en caso de desespero. Donde no llegaran el Cristo o los demás recursos terapéuticos actuaría la resignación cristiana, que pone la esperanza en una vida nueva y sana, aunque sea en otro mundo. Otros no tienen ese agarradero.

El modelo de autoatención podemos suponerlo para la época como hegemónico. El modelo médico estaba científicamente en pañales, empezando a medrar de la mano del poder; las creencias del médico no es que no importaran pero, a falta de uno cristiano, se admitía el concurso de un judío, lo que da idea de la potencia de su consideración técnica y la debilidad de la ideológica. El modelo alternativo –los curanderos, los empiristas, los médiums y hasta las brujas- olvidado por la historia, lo suponemos entre los anteriores si lo consideramos la protomedicina de especialistas; su designación o número no dependía de sus relaciones con el poder sino de la relación entre los especialistas populares y su público.

Aquí aparecen dos asuntos que intentaremos ver en paralelo: el proceso de inclusión-exclusión ideológica del modelo alternativo y el encaje de otro, la medicina religiosa, en el esquema de los tres modelos. Lo segundo nos llevará a lo primero. De un plumazo podríamos pensar para la medicina religiosa en un cuarto modelo. La encontramos en el modelo médico formando parte de su ideología, incluso en tiempos recientes cuando los médicos habían de jurar fidelidad al misterio de la Virgen María; también en el modelo de autoatención, impregnando usos y costumbres; y en el modelo alternativo como posible factor de legitimación. Podríamos optar, acaso, por colocar a la medicina

religiosa en el modelo de medicina alternativa. Quizás fuera pertinente así, si reconocíamos en el cura al exorcista, sacando enfermedades-demonio del cuerpo o alejando plagas de los campos; cuesta nombrar “especialista” popular a san Roque, aunque no más que al tío *Mediodios* cuando creían que curaba por inspiración divina. Bien mirada, limitando el panteísmo bronco, la medicina religiosa participa de las condiciones para ser “alternativa”, y con muchas opciones de ser opción hegemónica en ese modelo. La resolución parece encontrarse al observar las relaciones de poder. Ideológicamente, la medicina religiosa puede ser vista como una parcela del poder cristiano infiltrada en ideas paganas o “infieles”. Controlaría, desde percepciones próximas a esa ideología, cualquier ámbito sanador que se atribuyesen los especialistas populares; entraba en la competencia⁹⁵. El curandero tradicional, asumiendo esa parcela legitimadora, se convertía en el intelectual orgánico de ese modelo o, más propiamente, en intelectual tradicional por oposición a la faena simétrica del médico. La hegemonía ideológica encajaría así en la configuración cultural aún de las esferas consideradas más tradicionales. Hasta adquirir el rango de guía de esa tradición.

Las justificaciones legitimadoras que remacha insistentemente la nieta del tío *Mediodios*, incluso el apodo de asignación popular que sustituye al de *Zarpudo*, están mediados e influidos por esa configuración cultural; la fe, la pobreza y la limosna son categorías de ese pensamiento hegemónico que le legitiman, sin ser santo ni mucho menos, como asimilado. Cuando el saber o la ciencia infusa no provienen de la misma fuente, como ocurre con los espiritistas, se genera una contracultura –cultura, en este caso– que se persigue, se margina y por eso llega a sitios tan apartados. La secularización de la sociedad, como se vio antes, corre pareja con la implantación de la medicina como ciencia y como herramienta de poder, de manera que cuanto más se perfilaba el modelo científico como hegemónico menos interés ideológico habría en permanecer en territorios considerados marginales. Los agentes de ese cambio, la Sanidad y la Instrucción Pública, hicieron la cama a las autoridades religiosas, hasta que la secularización se hizo inevitable y con ese palpito y desde el púlpito, con reticencias, se legitimó la ciencia médica. Las advocaciones y remedios religiosos quedaban para entonces como un asunto intimista, individualizado, usado acaso en rituales comunitarios como rogativas y procesiones. Última alternativa ya, cuando la medicina

⁹⁵ Gramsci, en *Gli intellettuali e l'organizzazione della cultura* (pág. 7) afirma: “Una de las características sobresalientes de todo grupo en desarrollo hacia el poder es luchar y asimilar ideológicamente al intelectual tradicional, y esto se produce con mayor rapidez y eficacia cuando el grupo dado, pronta y simultáneamente crea sus propios intelectuales orgánicos”. Esa función la asumirían los médicos.

científica se asienta como definitoria del modelo médico hegemónico, que tampoco puede hacerse cargo de todo.

La Sociedad de Socorros Mutuos de Híjar permite ver cómo se mantenían los preceptos ideológicos, calcados en lo formal, aplicando nuevas prácticas de cobertura. La intelectualidad orgánica, en la que ya figuraban los médicos, heredaba de los infanzones, entre otras cosas, su capacidad organizativa. Ahora, frente a un poder nacional y provincial, tan desbordado como la autoprotección. Asumida la institucionalización del marginado, se plantea instituir la protección de los riesgos. La sociedad se ofrece como alternativa a la solidaridad social clásica, monopolizando el amparo del Cristo de los Milagros. Pero especifica tan claramente quién puede acceder que, en conciencia estricta, allí no cabían ni diez. Si llegó a tener más de doscientos socios cabe suponer que la ideología que la inspiraba se relajaba en la práctica, debiendo aceptar socios que no cumplieran los requisitos. El control moral estaba disculpado en cuanto se asumía la disciplina del pago, y aceptaba la bandería reconociendo autoridades; la del médico entre otras. Como forma cultural, podía acoger a gentes que empezaban a columbrar la necesidad de controlar formalmente situaciones de enfermedad y muerte; pero no debía estar pensada para proletarios, sino para lo más granado de la sociedad. Dependiente del Sindicato Católico, bien pudieron los de la competencia instaurar algo parecido; no institucionalizaron nada, más allá de contratar a un médico que cubría la eventualidades de los sindicatos, que no era poco. Por motivos parecidos se estableció médico en Albalate, con el consiguiente conflicto entre galenos y la memoria del socialista perdida. “Ser” del la Sociedad significaba una forma de entender la vida y sus riesgos. Muchos, algo más tarde y olvidando ya la doctrina cristiana, tomaron por el lado práctico aquella opción: apuntarse a cualquier *Sociedad* en cuanto tuvieron para pagarla -así se denominan, generalizando, los seguros médicos privados-. Recordar que algunas de esas entidades, sobre todo en sus primeros escauceos como negocios, tomarían nombres de santos cristianos, siguiendo la tradición; más tarde se nominarían con acrónimos, cuando las técnicas de marketing consideraron la ineficacia, siquiera simbólica, de los nombres del santoral.

Esa cultura de prevención de los riesgos, pagando igualas o con cobertura universal, se pondría de manifiesto en acontecimientos posteriores. Primero, varias décadas después de la guerra civil, cuando algunos pueblos debieron compartir médico o pasaron a tener uno donde antes había dos. Y no hace ni dos años, cuando se exigió otro médico de guardia. La “cultura del pago” y la exigencia de los derechos adquiridos se

ponían en canta. Ciertamente es que, en el primer caso, la reclamación no pasó de ser un comentario en las salas de espera cuando esta se prolongaba; acaso se llevó verbalmente a los encargados municipales, pero en ningún caso se hizo directamente ante el médico o las autoridades sanitarias o gubernamentales. Para la época, las únicas posibilidades de influir en la decisión de los responsables venían de la mano de los afectos al régimen, y estos no tenían demasiado interés en reivindicar asuntos que los pudiesen poner entre la espada –el médico- y la pared –el sistema político-. Desde luego no existía una “cultura de la reclamación”. Mermados los servicios sanitarios a los que se habían acostumbrado, se veían abocados a un planteamiento ideológico-cultural de competencia por el prestigio entre pueblos; así se canalizaba un malestar que no encontraba otra salida. En el caso reciente, el segundo médico se consiguió por la insistencia de los propios profesionales, desbordados por los acontecimientos, y apoyados por una demanda social que se expresó formalmente en media docena de reclamaciones. La espada ya no estaba en el mismo sitio; la pared era la misma, y cedió.

El primer freno a las reclamaciones posibles del personal venía del reconocimiento implícito de una tutela que se veía como positiva. Tal es el caso de los partos y las vacunaciones infantiles. Retomando los aspectos religiosos, recordaremos el comentario de los dos médicos de Albalate, tras un parto a buen término, recomendando a la Virgen de Arcos para que atendiera el próximo, por haber reconocido las gracias a ella, antes que a los licenciados. La vía más pragmática había concedido a los médicos la supremacía indiscutible en esos dos ámbitos, cediendo graciosamente los saberes populares sobre partos y cuidados infantiles a cambio de intervenciones técnicas y científicas. Se comprendía que permitían remediar males mayores, antes -muy precariamente- a cargo del modelo alternativo⁹⁶. Pero generó un conflicto que, por irreclamable, tuvo que encontrar salida negociada. Nacer en el hospital desdibujaba la identidad local; haciendo “trampas” administrativas quien nacía en el de Alcañiz se reconocía oficialmente nacido en su pueblo; una trampa que es a su vez transacción cultural e ideológica, pues el sitio de nacimiento, al entender del personal, *imprime carácter*.

Las vacunaciones periódicas de los niños gitanos chocaban con la patria potestad y con su manera peculiar de entender el tiempo; unos no querían y otros no entendían lo

⁹⁶ La precariedad, con todo, estaba paliada por una estrategia reproductiva en la que se concebían todos los hijos posibles esperando, y contando con los fallos, quedarse con los suficientes. Aquella estrategia, naturalmente, no era del agrado de las mujeres; además de “paridoras” eran cuidadoras, criadoras, y trabajadoras. Su papel en la implantación del MMH es, seguramente, más notable que el de los varones.

de las fechas. Los ideólogos del sistema sanitario defendían que no se podía dejar personal sin vacunar –suponen factor de riesgo y transmisión de enfermedades-, y consiguieron vencer las reticencias en un proceso de “compra” de las especificidades culturales. A cambio, una cobertura sanitaria gratuita para la totalidad de la familia⁹⁷. Buena parte de los componentes de esa etnia tienen, desde hace años, “cartilla” de pensionista, lo que les permite asistencia gratuita y exención de pagar un céntimo por cualquier fármaco, aunque sus trabajos o negocios vayan viento en popa. Del uso que hacen de esa cartilla les llega la consideración de formar parte sustancial del ejército de demandantes excesivos.

El sistema se curó en salud por la vía de la “discriminación positiva”, un asunto político donde los haya. Consiguió, en contrapartida, medicalizar la parte más visible, epidemiológicamente hablando, de los problemas. Pero no consiguieron modificar los comportamientos estratégicos y culturales que no se plantearon como objeto de transacción. La participación de los gitanos –el caso se vuelve a plantear con los emigrantes-, en aquel proceso, fue eminentemente pasivo; las asociaciones de gitanos podían estar acaso implantadas en ciudades como Zaragoza, pero aquí sólo se conocían referencias. Como la transacción tuvo carácter nacional, fue en Madrid donde se fijaron los objetivos sin concertarlos, suponiéndolos, con sus asistibles. Una “necesidad” más sentida por los gestores de la salud y los políticos que por los receptores de la asistencia. Lo que me lleva a pensar que quienes tenían la sartén por el mango eran los gitanos, y salieron ganando. El compromiso *formal* –por explícito- del sistema era atención global e indiscriminada; el *informal* –por implícito- de la otra parte, la concesión del territorio sanitario infantil, muy valorado por las mujeres y escasamente por los hombres, partícipes de una cultura reproductiva similar a la de los payos de hacía medio siglo, en ese caso ya domesticada.

En las *transacciones de la calderilla*, en aquellas en las que las dos partes tratan cara a cara, es donde se notan las consecuencias de aquel “encuentro” de culturas. La mujer gitana ha pasado a ser la “cara visible” de la cultura sanitaria gitana en la actualidad; en eso comparten cultura con las payas. Pero a diferencia de éstas, menos bregadas en asuntos de tratos, las mujeres gitanas ponen en cualquier intervención médica toda la capacidad negociadora que les ha cualificado desde siempre. Desde la misma posición de subalternidad fatalista que en el nivel grueso, pretenden hacer valer su percepción

⁹⁷ En la transacción también se incluyó la obligación de llevar a los niños gitanos a las escuelas. Caso de hacerlo, se recompensaba a la familia con una subvención económica. Que se retiraba tras un periodo de no asistencia; la transacción sanitaria no previó la misma contingencia.

subjetiva a cualquier dictamen médico, sea de la urgencia, del diagnóstico o del tratamiento. Por ese interés suyo en regatear hasta en los más nimios detalles, se han ganado la fama que tienen entre los sanitarios, que se extiende también a buena parte del resto de usuarios. Los estereotipos también se entienden mirados como transacciones.

Los médicos y practicantes ven el asunto con pesimismo. Sus estereotipos personales pueden ser más difíciles de controlar ante situaciones clínicamente manejables, pero cultural y políticamente complejas. En muchos casos culpan al sistema de tomar medidas que les hacen aparecer, ora como *malos* –cuando niegan o son reticentes a una pretensión improcedente-, ora como *paganos* –cuando no la niegan y la dan, hartos de regatear-. Otro acontecimiento cultural vino a enrevesar todavía más el sistema de relaciones con los gitanos. Acristianados históricamente menos que los payos, percibidos como *nuevos conversos* a la fe católica, cuando los payos reniegan de su fe tradicional o la ponen en el paréntesis de las intimidades, los gitanos abrazan masivamente el protestantismo. Los estereotipos sobre su estilo de vida nómada e independiente se entienden menos todavía, imbricados en ese nuevo sistema de creencias. No es que los sanitarios entren a valorar esos asuntos sino que, poco dados a tenerlos en cuenta, ven como aumentan aún más la distancia cultural, complicando que las especificaciones técnicas resulten compatibles con el sistema de fe de quien las recibe.

De los mensajes que se procuraron instalar en la mentalidad del personal a través de las enseñanzas de tipo sanitarista, traeremos a colación dos en uno que nos servirán como ejemplo demostrativo de las formas contradictorias que adoptan los saberes legos traduciendo los especializados. Los vamos a someter a reflexión por resumir una parte sustancial del sistema de prácticas que ha operado en los últimos cien años, y suponer un rejuego de transacciones entre el modelo médico y el de autoatención. El modelo alternativo, respecto de los cuidados infantiles, es el menos empleado.

Los padres, payos y gitanos, que tienen a su disposición más saberes y haberes que nunca, se curan en salud llevando a las criaturas a urgencias cada vez con más frecuencia, según muestran los libros de registro. Si la criatura es única, por tutelar un bien muy preciado; si son más, por rebasar la capacidad cuidadora de la madre trabajadora. Una causa común es porque le haya subido la fiebre. Reproduciré un caso “tipo” en la que entran en juego dos normas fundamentales del modelo médico: “antes de tomar un medicamento, consulte a su médico” y “si nota calentura, abrigue bien al enfermo”.

Al preguntar cuánta fiebre tiene pueden contestar varias cosas:

Que no le han puesto el termómetro pero que suponen que *mucha*, por estar muy caliente. Se recomienda que se acostumbren a medirla con ese aparato, pues es sencillo y permite mejor vigilancia. Pero el termómetro se rompió, o no lo pueden ver, o no lo entienden, o se quedó sin pilas el automático, o corría tanta prisa que no dio tiempo a ponérselo.

Que digan una cifra, que casi siempre se confirma a la baja cuando se le mide allí. Si es por haberla medido poniendo la mano sobre la frente el médico replica diciendo que así no vale, que él, que lleva años en esto, es incapaz de cifrar por el tacto. O bien, porque el paseo desde el domicilio al Centro de Salud ha refrescado algo a la criatura; improbable, pues lo traen habitualmente embozado.

O que digan una cifra que el médico estima como normal, acaso como *febrícula*. En tal caso el pariente suele replicar que la criatura no suele *marcar* mucho, aunque tenga una infección evidente. El motivo “fiebre”, en tal caso, se muda a dolor en algún sitio – oídos, garganta, tripa, mocos-, o a llanto sin aparente motivo.

Si se pregunta si han dado algún medicamento o han aplicado alguna medida física para bajar la fiebre, puede ocurrir de todo: que hayan dado el antitérmico que había por casa pero que aún así no baja; luego resultará, al recordar el nombre, que lo que le dieron era algo que recetaron en su día para la diarrea –suero oral, que tampoco es malo-; o un antibiótico *que se recetó para un resfriado* anterior; o muy frecuentemente un antitérmico a las mismas dosis que hace nueve meses, cuando la criatura pesaba menos, *porque es lo que le dijeron que hay que darle*. O, por el contrario, que no le hayan dado nada porque en todos los prospectos pone que se consulte antes al médico, y por eso están allí.

En cualquier caso, incluso en los que la actuación familiar ha sido correcta, se impone la necesidad de una exploración a la búsqueda de foco infeccioso: auscultación pulmonar y abdominal, palpación, percusión, exploración neurológica, revisión de garganta y oídos. Si desgraciadamente se encuentra foco parece que la familia se alegre por confirmarse su pronóstico y justificar la visita; se recetan el antibiótico y antitérmico convenientes y se insiste -y ahí viene el otro problema-, en no tapar demasiado a la criatura o incluso bañarla en agua tibia si persiste la fiebre alta. En muchos casos da igual que se explique una y mil veces el mecanismo de la autorregulación térmica: *“de toda la vida hemos oído que la fiebre, como produce escalofríos, hay que cocerla manteniendo tapado al enfermo”*. Puede resultar inoperante

la comparación con el automóvil, su ventilación, el radiador y el termostato; acaso es tenida en cuenta por las madres jóvenes y conductoras, o por lo padres, más acostumbrados a las averías del coche por esa causa, pero resultan inadmisibles en el caso frecuente de ser la abuela quien trae al nieto. Hasta tal punto pareció razonable el consejo médico anterior. La cosa se complica más en el caso de que aparezca la fiebre pero no el foco infeccioso. Primero, por no entenderse cómo puede darse una cosa sin la otra; segundo, porque el personal tiene más confianza en el antibiótico que en el antitérmico; y tercero porque cuesta aceptar que, caso de ser producida por un virus, no hay más remedio que la vigilancia y permitir que la propia fiebre, siempre que no suba más de lo debido, “mate” o “ahuyente” a ese otro tipo de “bicho”. Como se suele acudir, curándose en salud, en cuanto aparecen los primeros síntomas, también cuesta entender la posibilidad de que esa garganta algo roja, ese pecho algo “cogido” o esas tripas algo sonoras, estén en proceso de incubación de “algo” que habría que tratar más adelante, si se manifestase. Tal es la fe en el antibiótico que se pretende, como se ha hecho desde una medicina intervencionista propia de otros tiempos, prevenir matando a cañonazos lo que se solucionaría con un matamoscas, o dejando reaccionar al propio cuerpo. El antibiótico moderno, hijo putativo de la muy instrumentalizada penicilina, tiene una consideración tan extendida y positiva como la hayan querido infundir los que se beneficiaron de su descubrimiento –médicos, farmacéuticos y enfermos-, hasta el punto de ser considerada la panacea que fue contra las infecciones agudas, pretendiendo incluso que sirva para las crónicas. Y aunque su contrapartida haya significado todo un mundo de resistencias –farmacológicas y culturales-, que han dado motivos y justificaciones a otras medicinas menos intervencionistas, como el naturismo o la propia curandería, que han encontrado a la contra una justificación de sus métodos por los excesos de sus antónimos.

Mientras tanto, los “virus” se están conformando como una muletilla o un cajón de sastre en el que los médicos de cabecera colocan lo que no pueden ver, y el personal trata de negociar, con la referencia bacteriana de fondo, a falta de más concretas explicaciones. O de técnicas más especializadas que le liberen de los cargos o cuidados que ahora se les encomienda, tomando el diagnóstico o prescripción médica como un frontón que devuelve la pelota: -“*Nada, cuando no saben qué decir, te sacan a relucir los virus*”. En todo el proceso, el médico sale más fatigado por la ingratitud de la tarea reeducativa que por la técnica propia de la exploración y sus descartes. Tampoco es extraño que, en la comparación con el médico de antes, el que infundió aquellos

mensajes, el actual salga mal parado o tildado de incompetente. Y la familia, sin pastilla que dar, algo mohína por sentirse reprendida por algo que considera fruto de un aprendizaje que ahora resulta que hicieron mal. Cuando los consejos se entienden como consejas, el modelo de autoatención se fortalece, para bien o para mal.

No es frecuente que la subalternidad gane batallas a la hegemonía. La capacidad de hacer valer las ideas propias ha estado preferentemente en manos de quien detentara el poder. El de la ideología dominante, tantas veces abstracto y general, se normaliza con la aplicación de medidas políticas tendentes a aculturar en el modelo que quien manda se piensa. Se acepte o no, el médico es el agente aculturador de la medicina entendida como oficial. En el proceso formativo el futuro “alguacil” es “alguacilado” como agente. Como su formación es eminentemente técnica, tenderá a pensar que detrás de su actuación no se esconden más mecanismos que los propios de la aplicación práctica, sin apenas contemplar el encaje de la misma en la configuración mental de quien la propone o de quien la recibe. Pero en ese papel de intermediario no sólo entran en juego consideraciones de esa índole. Nacido en la misma sociedad que le pone la Facultad y le hará médico, el discurrir de su ejercicio profesional le lleva a experimentar un proceso de cambio que tendrá su evolución según las condiciones en que se realice, pero no se alejará del siguiente esquema. En los inicios de su carrera primarán la objetividad técnica y la subjetividad relacional; lo técnico es entonces fundamental por descubrir un potencial terapéutico en el que confiar; a los médicos noveles lo que más les interesa comprobar que su arsenal funciona. Caso de no ser así, entran en un mar de dudas que les lleva a desconfiar de su correcto aprendizaje, o del personal. La experiencia asienta diagnósticos y terapias y, sobre todo, consideraciones que se afianzan como objetivas respecto a los pacientes; su complejidad se reduce a estereotipos, a taxonomías, que delimitan descartes clínicos y terapéuticos ya menos objetivos que cuando los aprendió sobre los libros. La percepción de sus propios saberes, -lo que sabe de las enfermedades- y lo que sabe del personal -de dónde sale lo que sabe y qué ignora-, le revisten de una cultura más humanística que clínica, al final de su carrera. Eso se deduce de la mayoría de las biografías revisadas.

El hermano de Laureano Lahoz, el médico APD a quien mejores garantías terapéuticas concedían sus pacientes por su proximidad cultural con ellos, solía repetir ante cualquier fracaso negociador: *“primera y principal, conocer al personal”*. Esa máxima, una más de las que el propio Laureano reconocía aprendidas por iniciativa familiar -*“tratar con la gente no es más que decir lo que sabes y que se enteren”*-,

suponen una “escuela” que no sale de la Facultad ni se aprenderá fácilmente en ella⁹⁸. Es un saber lego que, si se incardina convenientemente en el científico, permitirá resultados gratificantes. De ahí saldrá la capacidad de transigir juiciosamente en las *transacciones de la calderilla*, donde los estereotipos sociales y culturales de los médicos se entrecruzan con los propios del personal.

Los médicos de procedencia extranjera que viajaban en *la patera* habían recibido una formación técnica en la Facultad de Zaragoza, pero habían venido con una formación cultural, un sistema de valores y percepciones y una capacidad de convenir y negociar, propias de un mundo lejano y, a veces, extraño. Trajeron sus propios estereotipos en la maleta del viaje en avión; los que traían en el maletín de asistencia, cuando venían en el coche para trabajar, eran producto de una síntesis cultural entre lo propio de su mundo y lo aprendido desde que vinieron a España. Ante el personal, como los propios rasgos físicos y léxicos los estereotipaban, debían hacer un esfuerzo suplementario en el proceso de subjetivar técnicas y objetivar personas. Aunque su eficacia terapéutica no desdijese de la de sus colegas, partían de una posición de subalternidad en la que su percepción de los condicionantes ideológicos y políticos era diferente, no permitiendo los mismos rejugos negociadores con los gestores/empleadores, con los compañeros, ni con el personal. Ellos, más que los demás, debían buscar una salida legitimadora de su posición liminal. Con el “sistema”, en general se mostraban dóciles; lo he oído expresar de forma algo grosera: no podían *morder la mano que les daba de comer* (M IV) Todavía más fuera de juego que sus colegas en ese nivel, no se sentían responsables ni influidos por su configuración histórica o ideológica; pero por una cuestión de *supervivencia*, conocían y analizaban a la perfección el sistema normativo y jerárquico, asumiendo sus dictados por no verse, en lo formal, al margen de cualquier eventualidad. En su relación con los miembros del Equipo tampoco plantearían propuestas “originales” o reivindicativas; su capacidad de camuflaje con ellos estaba mediada por la necesidad de sentirse iguales a pesar de las diferencias. Y en su relación con los pacientes se intentaba un acercamiento carente del endiosamiento o la arrogancia reconocidos en muchos otros colegas. Todo pasaba por procurarse un encaje social que diluyera inconvenientes. El caso de Andrés Guerrero, el médico negro de Albalate, es paradigmático en este sentido: casamiento con una española, fijar la residencia en el

⁹⁸ La figura de Laureano bien podría insertarse en la concepción gramsciana de “intelectual tradicional”, frente a la de “intelectual orgánico” que asumieron otros colegas. Procedente de la pequeña burguesía rural, ligado a la población campesina, resumía una filosofía idealista que representaría una continuidad histórica que se oponía al vértigo de los nuevos avances técnicos.

lugar de trabajo, que sus hijos naciesen y se criasen allí, participar en los rituales comunitarios, hacerse querer por los vecinos-pacientes..., y no renegar de evidencias –la raza, el habla, la religión en el caso de los musulmanes- sino integrarlas como accidentales. En el camino de ese sistema de transacciones, resueltas en lo social, se perdían buena parte de las posibilidades de mediación y aculturación que atesoraba, en el otro extremo y en otro tiempo, Laureano Lahoz *El Carpañán*.

Los saberes legos más tradicionales también han estado sometidos negociación, aunque en el papel de víctima. Los de naturaleza empírica han sufrido un proceso de racionalización técnica; los de naturaleza esotérica han seguido otro, similar al de la medicina religiosa, de exclusión ideológica. Ninguno de los dos ámbitos han sido eliminados del abanico electivo, aunque hayan sufrido transformaciones.

Los conocimientos de herboristería que demuestra Paca *La Pesetas* se ciñen a los vegetales de la zona. Para la mayoría de las enfermedades o síntomas, reconocidos igual de tradicionalmente, conoce una aplicación herbolaria. Pero ya vimos que pocos los usan; es más, han desaparecido hierbas que se nombran pero no se encuentran en los sitios habituales desde hace más de treinta años. El poco aprecio de sus convecinos por esos saberes hay que buscarlo en la forma cultural que adoptó el naturismo en la época en que se pusieron de moda las mezclas. El potencial exterior trajo a estos pagos, primero, la noticia de otras hierbas no autóctonas -el cannabis, pongo por caso-; poco después, de la mano de los comerciantes herboristas –y de los camellos-, llegaron los vegetales importados o cultivados ex profeso, con recetas e indicaciones que sobrepasaban la modesta terapéutica de los hierbateros locales, acercándose a la de los médicos.

Los saberes de las ermitañas del Santuario de Arcos ya eran sincréticos, mezcla de los conocimientos de expertos naturistas y del pastor de ovejas local. A diferencia de los de Paca, empirista estricta más allá del barrunto, las medicinas de las ermitañas llevaban el *plus* añadido del simbolismo religioso que usufructuó en otro tiempo el abuelo *Zarpudo*, el tío *Mediodios*, siquiera fuese por el lugar sagrado de tradición sanadora en que se recogían, seleccionaban, almacenaban y expendían. Las aguas que fueron sagradas y salvíficas contra el herpes regaban ahora, que nadie las bebía, los vegetales que las yerbateras empleaban a su albedrío, a medias encajado en el conocimiento local, pero puesto al servicio de visitantes extraños a la zona. Ese fenómeno migratorio de la cultura, pero al revés, es el que buscaban en las tiendas de Zaragoza los múltiples aficionados locales a curarse con cualquier cosa que no estuviese en la farmacia. La

ideología naturista llegó antes al comercio que a la Universidad de Zaragoza. Pero fue a partir de una reducida institucionalización, y de otra tendencia folklorizante -recuperadora de esencias no aromáticas, las regionalistas-, que a Paca se le discutan sus saberes, estructurados por la práctica y la rutina, plantándole en la cara que el diente de león es *Taraxacum officinale*, o el tomillo corriente *Thymus vulgaris*. Y que sirven para curar enfermedades que la buena Paca ni conoce ni ha oído en su vida, como la disquinesia hepatobiliar o el meteorismo; aunque igual le sonarían a propias si se las hubiesen nombrado como “cólico” o “pedorrera”. Similar proceso han sufrido los saberes de los *arregladores*, desde la instauración de la fisioterapia como disciplina académica; el día en que se incorporen a la Atención Primaria es previsible que absorban servicios y desplacen a los especialistas populares.

Las medicinas herbolarias de Gregorio, el curandero de Cerros, no pueden ser más sincréticas y eclécticas. De una tradición médica borrosa, se implantan como remedios que, de recogerse en casa no se justifica el precio, y de traerlas de Barcelona tampoco. Es alternativa de desesperados; nunca primera opción. De la tradición médica vendría su forma de actuación con ellas: *bombardeando*; de la esotérica, su función: *sacar el mal*. La ideología es siempre la contra; su política, el contraataque; su cultura, mestiza; su sociabilidad global, total; su sociabilidad local, nula; su economía, suficiente. Los pretendidos saberes de Gregorio no son nada sin la práctica y, la que nos llega, son las ventosas, pero con connotaciones muy complejas. Gregorio no entra en la transacción, ha de ser el centro de ella. Impone un orden militar. Su religión, la trajo de Rusia; su visión del mundo, también. ¿Cómo se legitima una situación semejante? Jugando con un elemento simbólico: la extravagancia; una forma cultural que requiere una transacción social.

8.4. Transacciones sociales.

Elegir profesión u oficio, sea cual sea, implica poner sobre la balanza una serie de pros y contras por los que una decisión individual se hace social. No suele ser algo que se decida de un día para otro. Todos conocemos la afición a preguntar a un escolar qué será cuando sea mayor; es una pregunta tópica que permitirá columbrar el carácter o las predilecciones tanto del infante como de la familia. Las respuestas casi siempre están basadas en tópicos o estereotipos, que para eso sirven, dada su simplicidad; y permiten hablar de la configuración histórica de las premisas de la elección.

El abanico de las elecciones posibles, relacionando lo que se quería con lo que se podía, se ha ido abriendo progresivamente por unos sitios y cerrando por otros. La carrera de medicina, hoy por hoy, es una elección posible y probable, acaso frenada por las posibilidades económicas, la capacidad de estudio y los números *clausus*. Lo que está claro es que si uno siente la llamada *vocacional*, propia o inducida, acabará siendo médico. Incluso sin sentir la llamada. Como en la milicia y el clero, la vocación ha sido y es una representación social infundida con mucha fuerza sobre las mentalidades juveniles, a propósito de las profesiones “de servicio” –*vale quien sirve*-. En el proceso selectivo y electivo, la consideración de ese “plus” implicaba sacrificio y entrega, que se compensaban con buenas remuneraciones, puesto fijo, y humano reconocimiento. Disuelto el ejército obligatorio y diezmos los profesionales de la guía espiritual, los futuros médicos *de familia* que piensen en su profesión como algo eminentemente técnico, científico o simplemente alimenticio, se encontrarán al cabo ejerciendo de algo diferente al *médico de toda la vida*. Desde que se decide estudiar medicina hasta que se ponen en juego profesionalmente los conocimientos, pasan tal cantidad de años que suele suceder que el médico en ejercicio recuerde el momento de su decisión como algo que marcó su vida, pero que no se parece gran cosa a lo que se imaginó en su comienzo. Esa suele ser la primer ascua del tan mentado socarrón profesional que todos nombran en inglés. La vocación, para quien se amaneció con ella, hace de lenitivo personal, aunque no sirve en las negociaciones sindicales o las reivindicaciones profesionales.

La curandería, vista como decisión ocupacional o profesional, está mediada por otros factores. Comparte con la medicina, en algunos casos, la continuación de una tradición familiar. En la Facultad es muy frecuente que el hijo del catedrático enseñe la misma asignatura a los hijos de los viejos alumnos de su padre. Ahí no hay más “gracia” que la preservación de privilegios intelectuales, políticos, profesionales o académicos entre generaciones. Lo mismo ocurre en la curandería tradicional, donde la segunda forma de legitimación es pertenecer, por consanguinidad, a la familia de alguien “tocado” por la varita mágica de la gracia⁹⁹. La saga familiar de muchos médicos es, en ese sentido, paralela a la de muchos curanderos. A partir de una primera eminencia, se establece la legitimidad de las generaciones siguientes. El ingenio, la virtud o las dotes del fundador justifican socialmente los saberes o aptitudes de sus descendientes.

⁹⁹ La idea básica de legitimación la tomamos de Max Weber (1993: 170 y ss.) donde, al hilo del concepto de dominación, propone las tres formas de las que se reviste el proceso de legitimación: la tradicional, la carismática y la racional.

Ni los médicos ni los curanderos aparecen por generación espontánea. En ambos casos, la proporción entre asistentes y asistibles se establecerá en función de una demanda de necesidades que, en el caso de los médicos, deciden las autoridades políticas y, en caso de los curanderos, la sociedad sin autoridades. Afinando más, podríamos decir que la política de los “políticos” es quien decide el número de los médicos, y la política de los legos en “política”, quien decide el de los curanderos. En general, el primer caso supone una transacción política y en el segundo, una social. Resumiendo, los médicos son los que son por decisiones históricas de economía política. Y los curanderos lo mismo, por decisiones históricas de economía doméstica, que también es política, pero de rango subalterno y adaptativa a las condiciones de la primera.

Parece obvio que quien busque reconocimiento social en una actividad de servicio podrá encontrarlo en cualquiera de las dos opciones; y a nadie se le escapa que la de médico puede tener un reconocimiento universal, mientras que la de curandero no saldrá del muy particular de la zona y sus aledaños. El futuro médico se puede permitir soñar con el “hombre” abstracto, aquejado de enfermedades concretas –las que ponga en los libros-, en cualquier lugar del mundo. El curandero *en hierbas* pensará en hombres concretos y enfermedades tradicionales o modernas, incluso inexistentes para el médico, definidas acaso por su relación con el medio y las condiciones locales de existencia. *Y fuera de las cuales su legitimidad sería puesta en entredicho*, añadiría un clásico, aunque aquí ese aserto no se confirme ni de lejos¹⁰⁰.

El médico puede disfrutar de un reconocimiento social relativo que se adquiere por el hecho de ser licenciado, incluso aunque no ejerza. Pero eso servía más antes que ahora, y sino que se lo pregunten a los miles de titulados médicos en paro o trabajando como camareros, vendedores de pisos o encuestadores. Mientras, todos los que acabaron la carrera hace veinte años están colocados. Hoy, el reconocimiento social se hace real y efectivo a partir del momento en que se aprueba la oposición y obtiene plaza, o cuando se abre una consulta particular. Entre tanto, el paro, la interinidad o la sustitución se pueden ver como el fracaso social de quien aspiró a más: segunda brasa. La

¹⁰⁰ José M^a Uribe (Opus cit. 1996: 275 y ss.) explica convenientemente la construcción médica del enfermo y la imagen de enfermedad según el Equipo de Atención Primaria. En la misma onda, lo que proponemos en este párrafo es la imagen especular que refleja la comparación, dejando la verticalidad relacional del caso médico en la horizontalidad curanderil. Podríamos extrapolar que también hubiese una construcción curanderil del enfermo y la enfermedad, solo que para nuestro caso se presenta informe por lo heterogéneo del grupo; y por carecer de rigor la discriminación entre enfermedades de médicos y enfermedades de curanderos, otrora tradicional.

consideración social de los interinos, refuerzos o sustitutos no es precisamente algo que “motive” ni personal ni profesionalmente. Más que ser rito de paso son espacio y tiempo liminal entre el “casi ser” y el “ser” que confunde expectativas, provoca disensiones, induce a discriminaciones y quema más cuanto más se aleja la posibilidad del “ser”. El esfuerzo y la disciplina requeridas para acceder a la facultad, licenciarse, aprobar el MIR, sacar la oposición y acabar de médico de un pueblo en la provincia de Teruel, son condicionantes que, vistos desde quien opta por seguir ese itinerario profesional, no tienen parangón con el proceso a seguir para hacerse valer como curandero. En tal sentido, el proceso de legitimación deja al aprendiz de curandero como al aprendiz de sastre. Pero eso sería sólo una manera de verlo.

La apuesta por la curandería no es un camino de rosas. El proceso por el que alguien se hace curandero no es como soltar la flecha y esperar, apuntando en la dirección correcta, acertar en la diana. Ni el camino está tan claro ni las expectativas son las mismas. Ya expusimos al comienzo cuáles eran las condiciones que determinaban, a principios del siglo XX, quienes estaban predestinados a serlo y quienes no; allí contaban las condiciones del nacimiento, incluso de las del embarazo, y las señales físicas o simbólicas que debían acompañar al neonato para que tuviera base legítima su decisión. Eran, a falta de más y mejores médicos, el freno social del oficio, el equivalente a los números clausus de las facultades de medicina, impuestos cuando demasiados quisieron “ser”. Aquellas restricciones perdurarían con cierta rigidez hasta que la rueda de reposiciones, por menguadas, hizo que se abandonaran los condicionantes anteriores, y se estimaran como apropiados tanto la herencia familiar sin signos como el reconocimiento de alguna gracia o virtud, aunque fuese tan empírica o esotérica como permitiesen las tragaderas del nuevo orden social. La justificación tradicional de “curar de gracia” o por designio sobrenatural dio paso, al correr de los tiempos, a nuevas consideraciones en las que el encargado de reconocerlas no era la madre, la abuela o algún individuo concreto del ámbito cultural de referencia, sino el decir de la gente, aceptando más una realidad práctica continuada que la fidelidad a una ideología tradicional. La movilidad social y física que permitían los medios, sumados al sincretismo pragmático de los pacientes, hicieron que todas aquellas justificaciones clásicas se dieran por supuestas o se obviarán, siempre que un curandero tuviera “fama”; como un médico particular que no viniese *de casta*. Se aceptó o dio por sentado que si la tenía vendría por la estimación adecuada de sus pacientes, no sólo de sus convecinos, y que eso era suficiente aunque el ámbito cultural de referencia fuese

distinto, incluso opuesto, al de aquel que pedía remedio. La fe, antes fundamental, quedaba postergada a la capacidad de pago por un servicio socialmente apreciado como eficaz, en un sentido que desborda lo local.

Si el personal se empeña en decir que alguien es capaz de curar, cura, aunque no se lo crea ni él, como es el caso de Ginés. Fundamentales resultan el simbolismo mismo del acto de acercarse, recibir el tratamiento que sea, y la esperanza prestada por otros de que resulte. El simbolismo del propio valor terapéutico de la “visita” explica, también, la frecuencia con la que se va al médico por banalidades.

De los curanderos en ejercicio o los aprendices de lo mismo que hemos podido estudiar, podemos afirmar que en ningún caso se plantearon el asunto de la misma manera que los médicos se plantearon el suyo. Mientras los segundos lo alcanzaron de forma deliberada, sopesando alternativas y contando con sus mayores para ayudarles en la aventura formativa, los primeros se vieron metidos en eso por causas accidentales, sin presiones familiares a favor, aunque pudiendo hacer valer los antecedentes –un capital social y simbólico–, y acaso amparados por lo que la gente esperase de ellos¹⁰¹. Mientras andaban en periodo de pruebas, sólo los éxitos se tendrían en cuenta, de forma que los fracasos no tenían repercusión social negativa; servían para rectificar sobre la marcha, para ensayar otros “toques” o procedimientos que se demostrasen adecuados. La difusión masiva de un caso de curación llamativa, más si era desahuciado por la medicina científica, podría ser el detonante de la requerida fama.

El itinerario electivo y formativo de los médicos es homogéneo por generaciones y diferente históricamente según las capacidades requeridas en cada momento, con la tendencia a ser cada vez más abierto a más personas cuanto más se “proletariza” la profesión. O, lo que es lo mismo, cuanto menor sea la consideración social de los profesionales. El hijo de un reconocido cirujano sería preferiblemente astronauta o tiburón financiero que médico de cabecera; el nieto del curandero es probable que aspire a ser médico, tal es en el caso de mi profesor de dietética, ilustre doctor y director de la Escuela de Enfermería de Zaragoza, nieto de un huesero.

El curandero, pese a ser reconocido socialmente como valioso, tiene una consideración distinta. En cuanto se mercantiliza, el éxito económico le puede dar la prosapia social del médico, aunque queda en el tintero la posibilidad de ser considerado un “artista” en lo suyo, que es como los de Hacienda lo ponen en la lista de pagar por lo cobrado. El reconocimiento social del curandero vendrá tanto de la extrañeza de su

¹⁰¹ La excepción parcial que confirma la regla es el hermano de Beatriz.

“arte” y su figura como de su propia eficacia. Por eso puede ser admirado. Vivir en ese tipo de extravagancia, aunque sea mal, también tiene su valor y su mérito social. Como en el caso del chamán clásico, por servir para integrar socialmente los cabos sueltos o contradictorios de antiguas ideas, la locura, la hipocondría, el ultramundo o la desesperación, que los políticos, los jueces y los médicos no han logrado integrar. En un momento en que la medicina es considerada cualquier cosa menos extravagante. Hoy por hoy, plantearse ser médico no es la extravagancia que fue para el hijo del carbonero. Plantearse ser curandero lo es para el hijo de cualquiera aunque, por lo visto, ninguno toma hoy la decisión consultándolo a sus padres; igual por eso gana una autonomía que para sí quisiesen los médicos.

El control social se ejerce tanto sobre los médicos de cabecera como sobre los curanderos; -“*los dos se la juegan en cada actuación*”, me contaba hoy un confidente (P35), relacionando los riesgos de su trabajo de mecánico con el de médicos y curanderos. Pero los médicos del SALUD tienen dos *jefes* y los curanderos y los mecánicos sólo uno. Autonomía por hegemonía; ese es el trato.

En una hipotética competencia entre médicos y curanderos hay dos territorios que han sido monopolizados prácticamente por los médicos: la infancia y la vejez. El primer caso se vio antes; el segundo lo tomaremos como objeto de estudio por ver el tipo de transacciones sociales que se producen en un caso particular de atención a las personas mayores. He oído decir a un enfermero veterano, a propósito de las úlceras por decúbito, *que no hay úlceras sino cuidadores*, dando a entender que nuestros cuidados técnicos, profesionales y diarios, no son garantía de curación si quien cuida al ulcerado no hace lo que debe: limpiar, hidratar, movilizar, alimentar; y vuelta a empezar. En casa con mal cuidador no hay cura posible. La faena del cuidador puede llegar a ser ingente e ingrata, por eso están tan bien considerados dentro del sistema. Cuidar al cuidador resulta hoy tan imprescindible como cuidar al paciente, aunque ahí entren en juego estrategias familiares y orientaciones neoliberales del sistema.

Una de las justificaciones aducidas para tener tantos hijos, antes, era la de pensar en ellos, en alguno al menos, como cuidador en exclusiva al llegar a la vejez. No era infrecuente sino todo lo contrario, que se pusiesen pegas al matrimonio de alguna de las hijas más jóvenes. Otras veces no se casaron por no querer o no encontrar con quién, así que se quedaron a vivir con los padres, usufructuando la casa por cuenta de las atenciones que hubieran de procurarles. En cualquier caso, ese juego de roles previstos entre cuidadores y enfermos o ancianos da lugar a transacciones en las que el ámbito de

decisiones y alternativas se han ido ampliando y generalizando hasta alcanzar a estamentos vecinales, municipales, autonómicos o incluso estatales, cuando, hasta hace pocos años no salían del ámbito familiar.

La gestión de los cuidados de los enfermos crónicos o los ancianos ha propiciado estrategias varias. La más frecuente es repartir la atención por espacios de tiempos pactados a conveniencia -un mes, tres meses, invierno o verano-, estableciendo los turnos por acuerdos muy sopesados y aclarados entre los cuidadores y el atendido. La emigración ha acentuado aún más la previsible soledad y cambios de amparo de los ancianos y su cuidador. El teléfono es la conexión entre los que se fueron y los que se quedaron pero, los diez minutos de conversación semanales, incluso diarios, no alivian sino una parte mínima de la angustia. Un anciano con sus achaques crónicos, su muy frecuente pluripatología, sus manías y sus exigencias, pueden sacar de quicio a la persona más entrenada y dispuesta. La carga, antes, repartida entre más responsables se llevaba mejor, pero ya quedaron hace tiempo en nada las ideas comunales de la familia extensa. Así, no es de extrañar que, tomando como egoísmo la necesidad que en tiempos hubo de emigrar, el cuidador del pueblo llegue un día en que plantee a sus hermanos la posibilidad de “aparcar” al anciano en alguna de las dos residencias, la de Albalate o la de Híjar, o incluso en otra que no quede demasiado lejos. Habrán de darse prisa, antes de que se convierta en inválido, porque en tal caso no los admiten. Una vez convencido, a regañadientes o de buen grado, el anciano quedará en manos de los cuidadores profesionales que atienden en esas dos instituciones. Los hijos, aliviados por la descarga, volverán por turnos los fines de semana por cumplir, a la manera moderna, con su deber. Los que no vayan a parar a las residencias permanecerán en “situación clásica”, en su propio domicilio o en el de la hija o hijo que se haya hecho cargo de él. Los demás hermanos pasarán a visitarles cuando puedan, frecuentemente durante una parte del periodo vacacional.

El anciano, baqueteado de un sitio para otro o encerrado en el antiguo hospital, ha de asumir la dependencia, negociando. Pero los hijos ausentes, que comprenden el sufrimiento del padre, padecen de inquietud. Fruto de la resolución de esa angustia es la actitud de algunos de esos cuidadores esporádicos. Los sanitarios tenemos oportunidad de comprobar la frecuencia con que aquellos que llegan de fuera, a visitar al padre o la madre, toman decisiones y reclaman atenciones tendentes a demostrar, muchas veces con exceso de celo, lo preocupados que están con el estado de su pariente. Esa manifestación externa de la preocupación puede ser victimista, teatral, reivindicativa,

querulante, incluso histórica, pero en pocos casos tan “ajustada a derecho”, al sentido común que por aquí es común, de los cuidadores habituales.

El fenómeno tiene un paralelismo estructural con otro hecho local, las celebraciones de Semana Santa. Sin relación alguna con el ámbito de la salud, refleja de igual manera el juego de transacciones sociales que se producen entre los mantenedores más acérrimos de la tradición –los que viven fuera- y los más aperturistas y pragmáticos –los que siguen viviendo en el pueblo-. Que la “cosa” cambie en el lugar de origen aparece – para el que vive fuera- como pecado moral de quien se supone garante de que no cambie –el que vive en el pueblo-. El que se fue, a gusto o a disgusto, toma como prístina su referencia de origen, que idealiza y trascendentaliza más cuanto más se haya alejado, física, moral y socialmente de ella. Al que se queda no le queda más remedio que apechugar con los cambios, pero no hace a saltos, sino en un día a día en el que las transacciones por los detalles se hacen menos trascendentes y dramáticas, encajando poco a poco los conflictos y las soluciones, por fuerza de esa realidad cotidiana.

En todo ese proceso se suele dar un hecho “lego” de culpabilización de la víctima. Ante el advenedizo, la culpa la tiene el anciano que no pone de su parte, que no se quiere curar, que no se toma bien las medicinas, que come lo que quiere, que no bebe, que se duerme en el sofá y no en la cama. Todos esos pequeños o grandes detalles se han negociado previamente y día a día con su cuidador; el rejuego de las transigencias puede ser brutal para el eventual, que puede poner en cuestión los acuerdos que se encuentra establecidos. Entonces la víctima puede pasar a ser el cuidador habitual que no ha pedido la analítica, que no exige más visitas de los sanitarios, que no consigue los pañales a tiempo, que tiene al abuelo en la alcoba sin ventanas, o que se quiere ir a una boda justo el día en que él se ha de incorporar al trabajo. Cuando la incompreensión de la situación no es achacable al anciano o a su cuidador, la víctima propiciatoria pasa a ser “el sistema”, encarnado en los sanitarios de fin de semana. Son harto frecuentes los avisos domiciliarios que se requieren en ese tipo de situaciones, alarmado el visitante ante los cambios a peor en la salud o aspecto del anciano. Obviamente, el conocimiento específico del problema y del paciente que tiene ese equipo es muy limitado, por lo que se verá abocado a una situación de vuelta al principio en la que se van esfuerzos y tiempos que no conducen casi nunca a la mejoría del anciano. Es frecuente que, ausente el cuidador habitual, no se tengan a mano informes previos ni copias de analíticas, anteriores hospitalizaciones, cambios de tratamientos y cualquier otro dato que haya ocupado ya a su médico de cabecera o al enfermero de cupo. Cuando a un médico de

guardia se le plantea un problema semejante, no es fácil quedar en buen lugar si no se aciertan a negociar con éxito las posibilidades reales de su intervención. Cuando desde el cuidador accidental se plantean las cosas con actitud crítica, intentando hacer prevalecer una definición subjetiva de urgencia, la víctima vuelve a ser el pobre paciente, que se puede ganar una visita al hospital, una terapia sustitutiva de efecto rápido, y más de un enfado propiciado por la tensión entre unos y otros. A situaciones de ese estilo se referían mis colegas cuando pensaban desmedicalizar la parte social de la enfermedad.

Se entiende que, en el juego de papeles a desarrollar por cada cual, donde no se llegue a entendimiento razonable aparecerá el fracaso. Por eso preocupan las múltiples ocasiones en que un problema de familia se remite al ámbito sanitario, donde las soluciones no son posibles ni siquiera probables. La idea que parece iluminar a ese tipo de cuidador eventual es conseguir lo máximo en el menor tiempo posible, incluso lo imposible; así queda justificada, con la intensidad, la brevedad de su tiempo en el cargo, y volverá a su vida habitual con la conciencia tranquila. El anciano, mareado ante tanto tráfago, esperará con inquietud a que le dejen en la paz de su mundo diario, a cargo de los de siempre, aunque agradeciendo la voluntad que pone su hijo que tanto le quiere. Hasta dentro de varios meses, en Semana Santa, en que comenzará el calvario. Hará lo posible entonces para tener buena cara, mejor temple, y *los papeles y las medicinas a mano*.

Esa forma cultural de curarse en salud sólo cuando el tiempo lo permita, no como mecanismo preventivo habitual, nos lleva a pensar las ocasiones en que la visita al médico sirve para disipar otros desórdenes que los estrictamente de salud. La cadena de acontecimientos señalados antes pueden verse siempre que la enfermedad hace de pantalla de desencuentros sociales, como pueden ser violencias domésticas, robos inexplicables, discusiones familiares, desacuerdos entre parejas, o las múltiples ocasiones en las que cualquier eventualidad sanitaria sirva para hacer valer una situación no resuelta ante nuestros pares.

Para paciente y cuidador, la propia enfermedad como motivo principal de la vida, esa morbosa identidad basada en la enfermedad, es usada como abrelatas para conseguir una posición estratégica en la lucha por el poder, por los beneficios colaterales, por la propia estima o, más simplemente por hacerse ver, dado el sótano social en el que se encuentran a veces cuidadores y cuidados. El reconocimiento social, a falta de otros méritos, se busca en el padecimiento.

En el prontuario de los asuntos de cada cual siempre adquiere importancia máxima el problema más inmediato. En la percepción individualista “mi problema” es el problema por excelencia, aunque su gravedad no sea ni comparable al problema que sufren otros. Los de fondo, aquellos que permanecen más tiempo por no encontrar solución personal o por no haberla, hacen pensar más acerca de compartirlos. Agrupan al personal. Los padecimientos, en esos casos, adquieren significados colectivos negativos. Esa socialización del padecimiento tendrá carácter aglutinador no sólo de personas y percepciones sino de sistemas prácticos de gestión. En el ámbito colectivo, la enfermedad crea y define grupos y soluciones sociales. En muchos casos para regatear un estigma. Y también al revés, los grupos sociales pueden generar y definir enfermedades, en cuyo caso se estigmatiza al grupo. En el primer proceso encontraríamos, pongo por caso, a los Grupos de Ayuda Mutua o las asociaciones de personas afectadas por una enfermedad; esas formas asociativas se situarían entre el Modelo de Autoatención y las instituciones sanitarias institucionalizadas (Canals, 2002). La enfermedad crea el grupo. Hasta el momento no se conoce ninguna organización de esa índole o similar que agrupe a afectados por mala praxis curanderil, o por enfermedades tradicionales o definidas por los curanderos, como sí ocurre con las de los médicos. En el otro proceso encontraremos a los leprosos, los tuberculosos, los locos, o los *sidosos*. En nuestra exposición hemos dado cuenta de los apestados, de los pobres y de los viejos, apartados y aparcados en instituciones de beneficencia. El grupo *crea* la enfermedad.

Revisando las implicaciones asociadas al alcohol comprobaremos que la definición de los problemas, las causas y los agentes son consecuencia de la evolución de las condiciones sociales de existencia.

El alcoholismo, estigmatizado en la zona de estudio como propio de las clases trabajadoras, fue objeto de debate social que buscó solución política. Los muy puritanos católicos, a mitad del segundo decenio del siglo pasado, no pudiendo soportar las barbaridades atribuidas a los bebedores, montaron una campaña por toda la zona que fue sonada. Denunciaron que la bebida y el juego alcanzaban niveles “*más allá de lo debido*”. Contactaron con los prebostes de los pueblos para que, al menos durante las celebraciones de Semana Santa, permanecieran cerrados los establecimientos de bebidas. En algunos pueblos se les escuchó y durante las celebraciones, en claro enfrentamiento con los industriales del ramo, el alcalde y los concejales “*impidieron abrir cafés, casinos y establecimientos de bebidas recorriendo constantemente la*

población”. El problema se radicalizó durante los años posteriores, de manera que el personal se dividió en dos fracciones: pro y antialcohol. En Híjar, ya en 1935, en la sesión municipal de 18 de noviembre, se suscitó una discusión sobre el impuesto de alcoholes. Se cerró cuando se presentó una instancia firmada por 516 vecinos -de una población de escasamente 4.000 almas- por la que se pedía la supresión del impuesto. La idea que ha quedado de aquel hecho es que firmaron a favor del alcohol más que en contra del impuesto. Un problema social y un problema económico. Lo que en el fondo afloraba no era tanto un asunto de consumo o dineros sino de asociar la condición de consumidor a los varones en edad productiva, lo que implicaba afectación en las relaciones de producción. Absentismo laboral, vagancia y desocupación, sin tener en cuenta que los destilados eran consumidos habitualmente por las clases altas -que también empleaban el vino-, y asociando asimismo el consumo a la criminalidad, el juego, o las broncas. Nadie por entonces asoció nada al café o al tabaco. Desde el puritanismo de los antialcohol se explicitaba un círculo vicio-miseria que emergía de los estratos sociales más bajos. Desde los contrarios, la legitimidad de su derecho a beber sin necesidad de tener que pagar más que lo servido. En el fondo, el establecimiento de controles ideológico-políticos que aplicar a los *de alpargata*, sometidos estructuralmente a condiciones de pauperización. Cada estructura social generaba una estructura de significado.

Hoy el problema del alcohol suscita la misma controversia aunque hayan cambiado los estilos de vida, las bebidas y las pautas de consumo. El puritanismo religioso ha mudado a puritanismo social, ahora marcado por nuevas idearios de vida sana, culto al cuerpo, y la integridad física y mental requerida para no perder el tan preciado puesto de trabajo. Los proletarios bebedores y alborotadores de antes son hoy los jóvenes, hombres y mujeres con expectativas confusas o no, agrupados en *el botellón*. La misma alarma social y planteamientos políticos regenerando otras, pero paralelas, estructuras sociales y de significado. En eso poco ha cambiado.

Sí lo han hecho las soluciones prácticas inmediatas. Antes, al borracho, le llevaban los compañeros de tragos a casa o a un aparte a dormir la mona, sin escándalos ni alarma. La resaca sería cosa suya; los remedios, populares y variadísimos. Hoy, ante la misma situación, es infinitamente más frecuente que se movilice a los servicios médicos de urgencia. Se podrá aducir que entonces no existían o no eran tan accesibles; pues no, porque el fenómeno social del botellón aparece cuando ya la cobertura sanitaria era universal, y había servicios de urgencia hasta en la provincia de Teruel. La clave está en

el grupo de los bebedores en relación con los productos de la ingesta, de ahí la alarma. Ya no son los proletarios con porrón, sino los hijos de cada cual con lo que pillen, cada vez más jóvenes e inmaduros. Con su remisión al médico se curan en salud porque han oído hablar del coma etílico y no hay forma de distinguirlo de un *trancazo*. Antes se corría el riesgo; ahora no. Se tiene el convencimiento de que esa juventud es insana y asocial por beber de esa manera, y por eso se piden leyes y se discute. Pero de lo que no se habla tanto es de que la medicalización social del *botellón* está creando esa forma *aguda* de enfermedad alcohólica, o lo que es lo mismo, creando la borrachera como enfermedad. El modelo de autoatención cede ante el modelo médico en la forma en que le interesa a este. Ante la verdadera enfermedad alcohólica, la estructural, envían a Alcohólicos Anónimos a falta de recurso propio. El grupo estigmatizado deberá refugiarse en instituciones de las que entendía Canals. O sufrir el padecimiento con los apestados, los pobres o los viejos. Para el modelo médico, es un problema social.

8.5. Transacciones económicas.

DOCTOR SHOPING

Los sistemas de relaciones planteados hasta aquí quedarían incompletos si no se explicasen las relaciones económicas. Si lo hemos dejado para el final es por la importancia que atribuimos a las mismas. Expuestos los condicionantes ideológicos y políticos, los culturales y los sociales, analizar los económicos nos acercará a una realidad compartida en la que no cabrán tantas dudas parciales. Comprendemos que buscar la relación entre enfermedad y pecado, bucear en los imaginarios, recrear la historia, explorar las diferencias sociales y generalizar o particularizar sistemas de prácticas, tienen que entenderse mejor en cuanto se vaya al *cuánto*, penúltima palabra en los tratos.

Ir a la consulta del médico de Atención Primaria o conseguir que éste te mande a ser visitado por un especialista, afortunadamente, no implica pagar por el servicio. Pero eso no significa que no tenga un precio. El de la prestación farmacológica es más fácil de reconocer, incluso en el caso de los pensionistas, que reciben los medicamentos gratis. Con todo, en pesetas o en euros, el precio viene en el envase y cualquiera puede hacerse idea de lo que cuesta. El “no-pensionista”, el que emplea recetas color verde, ha de pagar una parte, y hay medicamentos que resultan caros. El médico sabe perfectamente lo que cuesta un fármaco. En el Vademécum se indica el precio de cada una de las

especialidades dispensables. Además, ha de ir con cuidado de no pasarse, no sea que la inspección le tilde de “recetador caro” o interesado. La implantación de los medicamentos genéricos ha sensibilizado a la población y a los recetadores acerca del precio, pero no ha conseguido nada con el de las pruebas diagnósticas o las consultas. El de las consultas, el precio unitario de cada una de ellas, lo más probable es que no se conozca. No lo sabe ni el médico, y por eso algún gobierno está pensando en cobrar algo, aunque sea poco, para hacer ver que aquello tiene un costo y así frenar la demanda. Pero puede ocurrir que el usuario sea consciente de lo que vale y entonces se dedique a sacarle rentabilidad. El caso más novedoso que ilustra este hecho es el de algunos emigrantes. En los últimos cinco años se ha multiplicado por diez la cantidad de los que había hasta entonces. Han venido a buscar una vida mejor, una fuente de ingresos, una estabilidad económica y humana imposible en sus lugares de procedencia, Al llegar aquí y conseguir la tarjeta sanitaria, pretenden utilizar el sistema público de prestaciones sanitarias, en la medida máxima en que se les permita. En cuanto pierden un trabajo y mientras encuentran otro, aprovechan el tiempo libre para acudir, solos o con sus familias, a solicitar chequeos, pruebas diagnósticas, revisiones de los ojos, la boca, ginecológicas, o de cualquier deficiencia de salud. Lo que no podrían pagar en sus países lo pretenden aquí de balde¹⁰². Lo relacionaremos todavía mejor con la idea anglosajona del *doctor shopping* si lo que se pueden “llevar a casa” son unas gafas, un analgésico, una prótesis dental o un corsé ortopédico. Esta forma de presentar el hecho no es una caricatura. Tienen una idea de su valor posiblemente más mercantilista que los españoles de pleno derecho. A los emigrantes que obran así rara vez se les etiqueta de hipocondríacos sino de gorriones, quizás por intentar aprovecharse de la mejor parte de la redistribución, la de recibir, sin haber participado en la histórica obligación de poner.

Con los españoles *de toda la vida* se da una contradicción: todos se alegran de la gratuidad, pero piensan que lo que se da de balde es de peor calidad que lo que hay que pagar. Seguramente por tener aún cercana la beneficencia. Aunque centremos mejor la percepción de gratuidad, nos seguiremos encontrando con la contradicción. Si nos remitimos a quienes les estuvieron reteniendo dinero para *seguridad social* desde los tiempos del “duro”, o sea, a cualquier trabajador por cuenta propia o ajena que ahora

¹⁰² Casi es obligada la aclaración de que esto es una observación al alcance de cualquiera que trabaje en un Centro de Salud de la zona o en un hospital. Aquí se presenta como una estrategia cuya racionalidad pretende descubrirse, no como una queja o un fallo del sistema, aunque a veces sea visto así por algunos sanitarios.

tenga setenta y tantos años, veremos que unos, los más solidarios, intentan refrenar su demanda *“para que les llegue a otros, que igual lo necesitan más”* (P36); no son pocos los que están contentos con su pensión, con la configuración del nuevo Estado, con la calidad de vida que disfrutaban ellos o sus familias, o con cualquier otro bien relacionado con la economía; están pensando en lo mal que se pasaba antes y están conformes con repartir racionalmente lo que hay: *“...y el que quiera algo mejor, que se lo pague de su bolsillo”* (P23) Otros, en cambio, no están tan contentos con el sistema ni con la redistribución de sus aportaciones, y pretenden para sí hasta el último céntimo de lo que consideran su derecho; tienen, y pongo por caso uno real, el descaro de pedir una ambulancia que los traslade al Centro o al hospital por haberse torcido un tobillo: *“que para eso he estado pagando cincuenta y un años, y a mi hijo que está en una Sociedad se la ponen”* (P37)

En ningún caso puede negarse que tanto la salud como la enfermedad sean productos de mercado. Un día laborable, el telediario de la primera cadena daba la noticia de que se había detectado el gen de la obesidad; apuntaba las posibilidades futuras que tendría aquel avance científico para la curación de las obesidades mórbidas, sin tener que pasar por la cirugía. Al sábado siguiente, poco antes de la hora de la cena, apareció por el Centro de Salud una mujer de unos cuarenta años manifiestamente obesa. Explicó que no dormía bien, que le dolían las articulaciones y la espalda, que respiraba mal, que tenía reflujo gástrico... ; se iba extendiendo en explicaciones mientras el médico anotaba síntomas y yo escuchaba. Como no terminaba nunca, el médico dejó de escribir y le preguntó cuál era el motivo exacto de su visita; respondió que ella era aficionada a los dulces y a los frutos secos, que tenía muy buena gana de comer y que las dietas no las podía llevar y, además, tenía pánico a los quirófanos, por eso venía a que le recetase el gen de la obesidad, y que mejor se lo diera en inyecciones porque las pastillas le sentaban mal. El médico, muy pacientemente, le explicó que el gen no era un medicamento que se recetase, y que fuese a hablar con su médico de cabecera por ver de solucionar su problema de la mejor manera posible. Algo airada replicó que ya su médico le había negado, con las mismas excusas, el famoso gen, pero que ya se encargaría ella de ir a un médico de pago que seguro que se lo daba, que ella lo había oído en la televisión. Yo confirmé la noticia pero me ahorré los comentarios.

Otro caso, lógico y específico de este Centro, es el de la pediatría. Como no hay especialista que pase consulta aquí, muchas madres acuden a las particulares de los Alcañiz o Zaragoza. Las que por causas económicas no pueden permitírselo, pasan sus

hijos al cupo de un médico generalista local con fama de *manejar bien a los críos*, aunque les cueste viajes desde sus pueblos, y los padres se mantengan fieles a su propio médico de cabecera. Entre las madres jóvenes *tener pediatra* es un bien de consumo como el teléfono móvil o el segundo coche. En los bares y cafeterías donde se reúnen para tomar el café de la mañana, el tema del pediatra es uno de los más recurrentes. Me cuentan madres más veteranas que se habla de esos profesionales como uno más de los signos de ostentación; que relacionan el lujo y servicios de las consultas con el del hotel de vacaciones; incluso cierta percepción de la calidad y alcurnia del especialista por comparación con los coches: tal *es* un Fiat, por popular y corriente, *a él van muchas*; aquel otro, un Audi, por elegante, y *van fulanita y menganita*; el de más allá un Mercedes, por lo señorial y exclusivo, *que lleva a los hijos de la famosa cual*. Según la *categoría social* en la que la madre quiera poner o soñar para su hijo, lo llevará a uno u otro. Varios médicos de cabecera han notado que algo pasa; desde luego han detectado cierto “*pijerío*” en madres más modernas y recientes, pero lo que más les afecta es la intransigencia con que reciben cualquier modificación de tratamiento, de pauta de alimentación o de cuidado que se les proponga, en caso de visitarles por cualquier acontecimiento agudo: -“*Es que mi pediatra dice...*”. De todas maneras el asunto me resulta más novedoso a mí que a los médicos. Cuando lo comento con alguno me hace ver que eso es asunto viejo, común a prácticamente todas las especialidades. La reconocida *superioridad* técnica de los médicos especialistas sobre los de cabecera se hace más patente todavía en caso de ser elegido por el paciente como alternativa de pago. Dentro de lo que cabe, es mejor aceptado modificar o ajustar el tratamiento del cardiólogo de Alcañiz, a quien se derivó al paciente desde el consultorio local, que hacerlo del *particular*. Al médico de cabecera se le supone cierta participación y responsabilidad en el primer caso. Muy poca en el segundo; aún menor cuanto mayor sea la distancia recorrida para ir a ver al especialista. Es difícil modificar nada de lo prescrito por el de Zaragoza, e imposible con el de Madrid o Barcelona.

“*Mire, yo no es que no me fíe, pero me da miedo quitarme la pastilla que me dio mi psiquiatra de Barcelona. Ya le llamaré por teléfono y según lo que me diga se lo diré a usted*” (P38)

O bien:

“*Oiga, que las pastillas que usted me receta no son iguales a las que me dio mi reumatólogo, que estas no me hacen nada. Don Fulano (el farmacéutico) me dice también que son lo mismo, pero yo quiero que me recete las que me mandó el otro, que ya sé que las del de pago no entran, pero es que yo las necesito, que me van mejor, si me hace el favor*” (P39)

La vieja estrategia de conseguir un doble o triple diagnóstico tiene no pocos visos de adoptar formas de *doctor shopping* a la española. Esa extensa, informe y ambigua clase media en la que la mayoría estamos insertos, se ha configurado así por las nuevas posibilidades de consumo. La relación asistencial ha sido siempre clasista; desde Hipócrates hasta nuestros días los poderosos disponen de recursos materiales y humanos distintos y superiores a los del resto (Borell y Cebriá, 1994: 58)¹⁰³. Seguramente por emulación de las clases pudientes, el presupuesto que hoy destinan los individuos y las familias al gasto sanitario es notablemente superior que en épocas precedentes. O aún cuando no se disponga de economía saneada, por una percepción cultural de necesidad, ese gasto se ampliará si se duda de cualquier diagnóstico, y más si es comprometedor para la capacidad laboral o de la propia vida. En los itinerarios terapéuticos de algunos informantes hemos podido encontrar algunos casos de error en el primer diagnóstico; muchos menos en el segundo aunque, de no coincidir con el primero, se buscará un tercero y aún un cuarto. Pero ese rosario de visitas que antes se justificaba más que nada por la gravedad de los casos, se utiliza ahora para enfermedades crónico-degenerativas o somatizaciones en las que tanto el primero como el segundo diagnóstico -y pronóstico- coinciden. A pesar de ello se sigue buscando otro más, y tantos como la transacción entre la economía familiar y el rol del enfermo puedan soportar. Ernesto de Martino (1999: 105-108), hablando del tarantismo napolitano, ya explicaba que no eran pocas las ocasiones en que el tratamiento mágico tradicional debía suspenderse por agotar las posibilidades económicas de la familia, hasta llegar al punto de endeudarse o acercarse a la ruina económica.

Otra forma de consumismo sanitario lo encontraremos en la doble domiciliación. Una parte de los que emigraron de los pueblos a Zaragoza, a Cataluña o a otras regiones y países, vuelven temporalmente a su lugar de origen. Es muy frecuente que, tras la jubilación, pasen aquí no sólo las vacaciones de verano sino cuatro o seis meses, los de clima más benigno, y luego vuelvan a su residencia habitual. En términos coloquiales se les conoce entre los sanitarios como “cartilleros”, o como “desplazados” en la jerga oficial. Aprovechan no tener abierta historia clínica aquí para intentar “colar” lo que no consiguen de sus médicos de cabecera. Cierto es que buena parte de ellos aportan informes, tarjetas de largo tratamiento o cualquier otro documento que les haga “asistibles” y “recetables”. Pero no son pocas tampoco las ocasiones en que demandan

¹⁰³ En Martín Zurro y Cano Pérez (1994), Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Doyma, Barcelona.

servicios “extra” o imaginarios alegando que “*en donde vivo me lo hacen*”. Valga como muestra el caso de un matrimonio, prejubilado él de RENFE, que “anida” desde hace varios años en el pueblo, desde Semana Santa hasta mediados de septiembre. Les acompaña una anciana inválida, demenciada y con sonda vesical que debe permanecer encamada casi todo el día. En cuanto llegan al pueblo solicitan la visita del médico para que la valore en casa. El médico, que ya conoce el caso, acude siquiera por cortesía. La siguiente llamada es para el enfermero de guardia: que se atasca la sonda “y *en Pamplona se la saben desatascar*”. No bebe y la sonda, que no tiene nada que evacuar, está permeable. La siguiente es para solicitar una analítica de sangre; se le saca en su domicilio y se envía a Alcañiz; aparecerán las alteraciones crónicas de costumbre. La siguiente, para solicitar visita con el especialista en medicina interna; se le cursa. Otro atasco imaginario de la sonda, y otra llamada más, todas en la misma semana, para que el enfermero controle una zona roja entre los glúteos: se descubren heces secas sin retirar desde que llegaron. La enfermera ruega a la mujer del ferroviario que limpie aquello para ver qué hay debajo. La señora se niega: -“*en Pamplona lo hacen ellos*”. Adiós a la paciencia, adiós a la cortesía, y adiós. Lo mismo ocurrió el año anterior, pero entonces le contestaron sin miramientos: -“*váyanse a Pamplona, donde se lo hacen todo*”. El caso se comentó entre quienes hubieron de verse en aquel “servicio” y hubo acuerdo: no era una cuestión de “dependencia” del sistema sino de consumirlo. Yo lo entendí en el sentido de consunción, de extenuación, de enflaquecimiento.

Aunque sea en un plano meramente formal, la tarjeta sanitaria es un exponente del pago diferido. En este momento de transición, el Gobierno de Aragón está enviando las tarjetas de su nuevo servicio, Salud (un derroche de imaginación, el nombre), a todos los aragoneses. Le llaman *la verde* por tener una franja de ese color, y viene a sustituir a *la azul* del INSALUD, aunque esté sin caducar. El personal pregunta si una es para usar en el territorio de la Comunidad Autónoma y la otra para cuando salgan fuera de ella. Se les contesta que no, que es igual que la tarjeta Visa, que vale para todos lados. Nadie tira la vieja; casi todos la guardan por pensar que mejor será llevarla cuando salgan de viaje; o por si se pierde la nueva: “*como la piden para todo...*”. Desde que hace cinco o seis años los administradores impusieron el TAIR, el aparato de leer tarjetas, la sensación de transacción económica es mayor. Ante cualquier consulta o para extender una receta, se ha de pasar la tarjeta por el lector y emite una etiqueta con los datos del paciente. Si está caducada el aparato emite un pitido, y algún paciente alarmado a dicho: “*¿es que no tengo crédito*”. No iba desencaminado; la tarjeta es el documento que garantiza el

crédito sanitario. En según qué sitio es probable que no te atiendan si no la presentas (Salou). Y por eso la quieren tanto los emigrantes.

LAS OTRAS MEDICINAS Y LOS DINEROS DE LA COMUNICACIÓN

No sé si será casualidad, o muestra de lo que nos copiamos unos a otros, que al encabezar este epígrafe tengo la sensación de estar repitiendo algo que otro escribió. Oscar Caballero publicó *Las medicinas marginadas* en 1975. Francisco Guerra hizo lo propio con *Las medicinas marginales* en 1976. Pero no acaban ahí las coincidencias. Las primeras líneas de ambos libros van dedicadas a explicar que el director general de la OMS, el Dr. Halfdan T. Mahler dijo, durante la Asamblea Anual de 1974, que convendría movilizar todos los recursos humanos posibles, incluso a curanderos y comadronas tradicionales, para que ayudaran a mejorar el nivel sanitario de los habitantes del mundo. Eso ya lo menté más arriba, aunque de pasada y sin citar más que a la OMS, y en una nota para aclarar que los curanderos merecerían título. Se diría que la declaración de alguien tan cualificado sirve de justificación para iniciar el estudio de las medicinas que no son la oficial. La intención de Guerra es divulgativa; quiere hacer llegar a sus clientes, los de Alianza Editorial, qué posibilidades hay de alcanzar la curación usando las medicinas menos reconocidas, de importancia secundaria o escasa, que se salen de las normas sociales comúnmente admitidas. Eso se desprende tanto del título como de un análisis siquiera somero del libro, donde da un repaso ordenado a la Naturopatía, la Fisioterapia, la Homeopatía, la Fitoterapia, la Osteopatía, la Acupuntura, el Hipnotismo y la Ciencia Cristiana. El tono y la intención del texto chocan con una declaración editorial en la contraportada, que es lo que motiva en primera instancia la compra del libro: “*el doctor Francisco Guerra estudia los sistemas de curar prohibidos por los médicos*”. En el epílogo de cierre repasa los fallos de la medicina oficial, desligándose de radicalismos al estilo de Illich (1975), y propone utilizar y asimilar todos los aspectos positivos de las medicinas que ha ido presentando. Estaba más cercano a la realidad el autor que el editor, y así lo ha demostrado el paso del tiempo. A excepción del hipnotismo, las otras propuestas están parcialmente asimiladas por la medicina hegemónica, algunas incluso como especialidad académica. Incluso la Ciencia Cristiana, entendida como sistema de fe más que como “medicina”, es un argumento que de puro universal no ha perdido predicamento, sino que se reconoce como

mecanismo ideológico que deriva en estrategias prácticas de curación¹⁰⁴. Guerra, salvo en el primer párrafo cuando cita al entonces director de la OMS, no nombra a los curanderos; igual es que no los consideraba “marginales”. Oscar Caballero sí. Desde Ediciones Guadarrama y distribuido en exclusiva por Editorial Labor. Con un estilo más desordenado y crítico hacia los médicos que Guerra, su intención está cercana a la de Iván Illich. Su escribir es un dar latigazos cortos y secos con los que se pone del lado de las “medicinas pobres”, aquellas que la hegemonía científica ha colocado *al borde de la extinción o del ridículo*. No tiene reparos en aplicar los mismos términos descalificativos que usasen los científicos en otros tiempos¹⁰⁵, pero a la contra: el charlatán o el embaucador no es el homeópata o el curandero sino el médico que los desprecia. Defiende a los unos negando a los otros. Para su editor, según dice la contraportada, la recuperación de esas medicinas estigmatizadas supone el hecho *más revolucionario, más creativamente intelectual y más terapéutico de nuestra época* (recuerdo, 1975) Eso, en aquellos años, también “vendía”.

Los dos libros, autores y editoriales, son un claro ejemplo de la diversidad de enfoques con que se inició el eclecticismo sanador. Por doscientas cincuenta pesetas se tenía acceso a un montón de campos inexplorados. Veintitantos años después la oferta editorial es tan extensa que hay que ser cuidadoso con la propia economía si no se quiere malgastar. La oferta divulgativa es tan amplia que, utilizando Internet –el último gran negocio–, pueden localizarse para cualquier entrada miles de libros que hablen de las “otras medicinas”. Pero incluso cerrando campos, haciendo la búsqueda más exigente por “especialidades”, la cantidad es ingente. Para un trabajo académico la oferta se limita bastante más, aunque ámbitos de búsqueda como la sociología, la medicina, el folklore o la antropología quedan más que suficientemente cumplidos. Y aún buscando exclusivamente textos en idioma castellano, la cosa se hace inabarcable, por cuenta de la ingente producción iberoamericana. Para quienes estemos interesados académica o profesionalmente en el tema, la selección se basará en las referencias bibliográficas que salgan al encuentro al estudiar los enfoques teóricos, y aún así nos perderemos una y mil veces pero, ¿cómo se enfrenta el personal lego a tanta información? La primera dilucidación que nos vemos obligados a hacer es quién lee y

¹⁰⁴ En *Creer y curar: la medicina popular*, de J.A. González y S. Rodríguez (eds.), de 1996, el título mismo va en esa dirección, y es quizás el último gran estudio sobre el tema, realizado por una pléyade de profesionales de la más distinta procedencia.

¹⁰⁵ Acerca de esas descalificaciones durante la Restauración, ver Perdiguero y Bernabeu (1997). Un clásico imprescindible resulta Pedro Ciruelo (1977), *Reprobación de las supersticiones y hechicerías*. Glosa, Barcelona.

quién no. Los hay que leen; periódicos, revistas, los libros que se compran o los que les prestan, o acudiendo a las bibliotecas. Los que no leen se enteran por la radio, por la televisión y por lo que les cuentan. Pero los hay que leen y oyen y ven; y otros que ni leen ni ven, pero oyen; para estos, y para todos los demás, la fuente principal de información sobre las medicinas todas es el boca a boca, y la propia experiencia vital. Así es como se configuran los “saberes”¹⁰⁶. La incesante búsqueda de bibliografía por las librerías y bibliotecas aragonesas a la que ha obligado este trabajo, nos trae una “nueva medicina” que es la que, hoy por hoy, tiene más títulos y ocupa más espacio, lo que nos lleva a pensar que es la más leída: la *autoayuda*¹⁰⁷. Desde el punto de vista editorial casi podría decirse que se está configurando como un nuevo género literario, o cuando menos un subgénero de la autobiografía, en el que los autores cuentan cómo con la ayuda de su propia mente, con una energía que proviene de la autoestima, o con la recreación de un mundo interior optimista y reflexivo, se pueden superar problemas de salud de forma autónoma, sin la intervención de más especialistas que el cariño y amor que se consiguen *pensando en positivo* de uno mismo. Es quizás la propuesta más individualista y arrelacional de las *inventadas* hasta ahora. Siguiendo el ejemplo norteamericano, en España también ha sido un negocio de éxito. Le sigue en importancia cuantitativa la recuperación de lo que genéricamente se da en llamar “las recetas de la abuela”, una colección de compendios sobre recetas populares que entroncan con una nueva versión del Naturismo. Este, a su vez, ha modificado los viejos esquemas ajustándolos a una nueva doctrina moral cual es el ecologismo; la fitoterapia, justificada cada vez más por los nuevos estudios biológicos y farmacológicos, es el banderín de enganche al Naturismo ecológico. Servido desde los mostradores de las muy abundantes herboristerías, no hay un solo laboratorio farmacológico que no ofrezca su gama de productos con el marchamo de natural. La hidroterapia es más fácil de encontrar en la estantería de guías turísticas, dado que la mayoría de las publicaciones refieren a balnearios y casas de salud de playa o montaña que entran mejor en esa oferta. En cambio, las medicinas de inspiración oriental y exótica han cedido terreno en los anaqueles. Tanto la medicina china como la ayurvédica han perdido el gas que

¹⁰⁶ E. Menéndez (1996), al respecto de los conocimientos populares del proceso salud/ enfermedad /atención prefiere hablar de “saber popular” que de “medicina tradicional” o “popular”. Cuando compara ese saber con de los médicos considera que si este está en continua expansión el popular se caracteriza por “*un proceso de constante modificación, en el cual se sintetizan concepciones y prácticas devenidas de diferentes saberes, incluido el saber biomédico.*”

¹⁰⁷ Sobre la abundancia de estos textos y la intervención de los medios de comunicación en lo relativo a la autoayuda, ver Canals (2002: 52-53).

tuvieron en las décadas de los setenta y ochenta, seguramente por haber encontrado su camino más práctico en técnicas hoy muy comercializadas y estandarizadas como la acupuntura o el yoga. La literatura chamánica tampoco ha revivido los momentos de gloria que alcanzara con Carlos Castaneda¹⁰⁸ o Mircea Eliade. Otra inversión bibliográfica, más miscelánea, recoge las variopintas terapias relativas a los colores, las piedras, los olores, los sonidos, los metales preciosos, el contacto con los animales - incluso con los fantásticos-, el sol y otros astros. En la librería de unos grandes almacenes, mientras esperaba que acabaran de comprar mis familiares, hice una lista de esas terapias que he extraviado; había por lo menos veinticinco. Allí, animado por el título, compré *Los pequeños secretos de los grandes curanderos*, la traducción castellana de un texto de Michel Bontemps, del que lo más que puedo decir es que estaba en el sitio confundido; sus “trescientas recetas de medicina natural” merecerían estar en el juzgado. Va un ejemplo.

“Hipertensión arterial. Cura de uva. Durante diez días no comer nada más que uva (la cantidad diaria no está limitada) El agua es la única bebida autorizada durante la cura. Opinión de M. B. Se trata de un magnífico consejo que deberían seguir no sólo las personas hipertensas sino también los reumáticos, los que sufren de estreñimiento y los obesos.”

Sobre curanderismo, en cambio, no hay demasiadas cosas en las librerías. Pero demasiadas en la televisión. El curanderismo se ha convertido en una subespecialidad de los periodistas de telebasura. Es raro el mes en que no emitan un programa en una u otra cadena. Hace unos pocos años, cuando mis conocidos se enteraron de que estaba trabajando este tema, me solían avisar de cuándo iban a emitir alguno. Vi tres. Luego, *zapeando*, me he topado con alguno más. Todos responden al mismo *formato*: a un lado, sentados, cuatro o cinco curanderos o curanderas elegidos por su pinta paleta, a veces incluso extravagante; enfrente, otros tantos periodistas u *hombres del renacimiento*, de esos que cobran por opinar de los asuntos más peregrinos, banales o no; en medio, un “moderador” que es el que da o quita la palabra, o atiza el fuego, caso de entibiarse; alrededor, un público nunca neutro radicalizado a favor o en contra, al que se dejará expresar sus experiencias. El moderador hace las presentaciones y comienza el circo. Un “experto” tira con bala a una curandera bizca; primer plano; además es tartamuda. Le defiende un colega con acento extremeño, que tiene el verbo rápido pero se mete en

¹⁰⁸ Los libros de Castaneda tuvieron en la España de los años 70 tanto éxito como en el resto del mundo. Supusieron, en muchos casos, una referencia para quienes pretendían aproximarse a las drogas, las experiencias místicas o los mundos imaginarios. Parte de la “leyenda Castaneda” se montó alrededor de los millones que se dice que amasó.

el “huerto” de las energías. Plano general: el público expectante. Otro “experto” de pelo blanco somete al extremeño a un interrogatorio en tercer grado. La bizca llora. El moderador pide opinión a uno que curó la bizca. Le interrumpe uno a quien no curó. Otro “experto” intenta poner paz diciendo algo así como que *ni tanto ni tan calvo*. Una curandera de pelo rojo se levanta y no para de mover los brazos; no se oye lo que grita porque otro “experto”, médico forense él, grita más mientras se empeña en aleccionar al extremeño que las energías son tres. Sota, caballo y rey, y no hay más, aunque otro aventura cuatro y no se pondrán de acuerdo. Aquello acaba como las películas: siempre gana el bueno. El negocio está servido. Con cuatro cuartos se ha montado un espectáculo que dura tanto como los anuncios.

DE LAS BORRAJAS AL EURO

Hablar de *la colación* y de *la voluntá* nos lleva inevitablemente a la teoría del don¹⁰⁹. Aquí se confirma no sólo la teoría -que el personal desconoce como tal- sino la esencia de su contenido: obligación de *dar*, obligación de *recibir*, obligación de *devolver*. Una ley. La colación es el nombre tradicional que se da a los regalos de agradecimiento en cualquier relación. Refiere a la costumbre de dar un aguinaldo por alguna celebración – matar el cerdo y regalar pellas-, o reconocer un mérito continuado o puntual. Igual de tradicional era que la colación consistiese en especies, que cada cual conseguía con su trabajo habitual o doméstico: una docena de huevos, un pollo, una pata de cordero, vino de casa, unos frascos de mermelada, frutas, verduras, patatas ..., casi siempre cosas de comer. La evolución en el tiempo del contenido de las colaciones sería la historia económica misma del sitio en que se diesen. Los maestros de escuela, de los que se decía que pasaban tanto hambre, han sido receptores tradicionales de la colación; los médicos también, aunque nunca para matarles el hambre como a los maestros. Hay familias o personas que tienen, desde varias generaciones, una colación tradicional que dar. El buen hortelano elegirá sus mejores borrajas, igual que lo hizo su abuelo. El jornalero se procurará un almud de caracoles o un cesto de setas. La abuela sacrificará un animal de su corral. El tendero aportará media libra de chocolate suizo o café

¹⁰⁹ No nos vamos a detener aquí en una nueva explicación de la teoría de M. Mauss. Como ha ocurrido con las herramientas antropológicas “potentes”, las aplicaciones han permitido pulir o enrevesar lo que en principio estaba claro. Las críticas de Lévi-Strauss, el manejo de Malinowski, o el Godelier, hacen suficientes las aplicaciones “finas” y las discusiones del concepto. Aquí la tomamos como referencia básica, tal como la entiende el personal, aunque con el telón de fondo de tan ilustres conocedores.

colombiano. Lo que uno lleve identifica; el médico y el curandero conocen también por lo que le dan.

En los tiempos en que las clases trabajadoras no disponían de dinero la colación no era tal, sino pago por el servicio médico; se daría lo que se tuviese. No podía ser inmediato ese pago cuando lo que se había de dar requería elaboración y tiempo, salvo en el caso de algo preparado de antemano. Así que a, mayor tardanza en desollar el conejo más tiempo sin pagar la deuda; más dependencia, y más retraso en ponerse en marcha la segunda parte de la ley, la obligación de recibir, sin abrir paso a la tercera, devolver, que reiniciaría el círculo. Entregado y aceptado el conejo se tendría que agradecer siendo diligente en la próxima llamada, más si el conejo era gordo. Una colación extra, la de Navidad pongo por caso, recordaría esa obligación. La estrategia económica familiar era tener siempre en casa ese “plus” que comprimese al mínimo ese periodo incómodo o asegurase el servicio. Pagar pronto y bien no siempre era posible; el modelo de autoatención se fortalecía en esos casos. Pero el médico no era un “ogro” que estuviera contando días y exigiendo pagos -aunque más vale ser acreedor que deudor-; y tampoco es cosa que hubiese de poner verdulería o pollería por recoger en duros lo que le dan por pago. El médico venía del mundo mercantil y sus pacientes se estaban incorporando a él, más deprisa de lo que se creía, pero sujetando el dinero. Los cambios vendrán determinados por el mercado; el de los médicos era en principio libre; ahora están en el monopolio.

Hoy, lo que se le lleva al médico o al practicante sigue siendo lo mismo, aunque lo que empieza a predominar es la colación en forma de propina, unas pesetas. No quiero pensar, pero suman millones heterogéneamente repartidos. En el léxico de los pacientes agradecidos se está perdiendo incluso la palabra *colación* por cuenta de *dar algo* o la *propina*. La inmediatez de sacar de la cartera o el bolso un billete o unas monedas está difuminando la intensidad y personalización que se contienen en el *dar algo*. Como alternativa, la moneda es más cómoda, inmediata, incluso “moderna” y mal medida con el euro, pero provoca celos en algunos sanitarios; otros la aceptan de buen grado. Como la segunda obligación es recibir, no queda más remedio que aceptar, y la manera de hacerlo muestra como *la transacción de la calderilla* toma cuerpo, más ajustada a contexto. Hay médicos y practicantes que se incorporan a la profesión con el firme propósito de no aceptar una propina; al tercer día de consulta ya se lo están replanteando. La gente se lo toma a mal. La justificación de la intransigencia por omisión -*no dar* o *no recibir*- es la misma: ya le pagan por trabajar, y no hay que pagar

nada por la visita. Sí, ya lo sabe el paciente; ...si él no quería pagar nada, quería agradecer un servicio bien prestado. Pero el sanitario sospecha una “compra” y quiere eludir la obligación de devolver. Empieza por aceptar recibir *algo*, la estricta colación en su forma tradicional, pollera, vinatera y huevera. Y por eso es tradicional el maletero del coche de los médicos, repleto de esos productos del pueblo que tan gustosa y legítimamente se comen en la capital. La justificación de esa forma de recibir se basa en la obligación asumida de atender sin discriminación. Devolver, volver a visitar, volverá las veces que haga falta; ninguno de sus pacientes será mejor atendido por que le lleve un jamón. La ética obliga a atender bien a cualquier paciente y a recoger el jamón. Aceptada la premisa de la obligación indiscriminada, se puede aceptar incluso la propina; siempre que no se piense que su desproporción es sospechosa de compra. Cada profesional encuentra acomodo en algún punto de esa transacción. El personal, en ese conocimiento, puede ajustar lo que dé a lo que columbre que puede ser admitido, pero en caso de detectar manga ancha se planteará la posibilidad real de aplicar la máxima *a más dar, mejor recibir*, cayendo en la tentación de desproporcionar, a cuenta de una prestación o servicio extra. Como eso no era infrecuente, incluso con el Centro de Salud abierto, la cara tramposa de la colación es un cepo que aún se emplea, aunque prevalece el buen juicio de las partes y no rompe pautas ni de normalidad ni de servicios.

La *voluntá* no admite tantos matices, aunque los tiene propios. Lo que los curanderos reciben a cambio de sus servicios ha de ser algo. Lo mínimo, históricamente, el reconocimiento social de que su actuación haya servido para algo. Por el prestigio. Es fundamental durante las primeras fases del proceso de legitimación; cuando el curandero va dando cuerpo a su terapia pero aún está *en hierbas*. Durante su periodo de ensayos el paciente accede guiado por algún atisbo de confianza, mediada por la tradición familiar o por la propia determinación del neófito; su papel será el de conejillo de indias, y es posible que de salir con bien del encuentro, más si se repite, sea aguacero que haga germinar las hierbas de la fama. Gregorio, el curandero de Cerros ya apuntaba eso de algún médico especialista, pero generalizaba a otros. La consolidación como especialista le legitimará para aspirar a una compensación material siquiera mínima, como el trago de vino que le daban al tío *Mediodios*; la caja devocional que le acompañaba a todas partes ya indicaba que la moneda era otra forma de gratificación. Seguramente la más apropiada, ya que los productos que los pacientes entregarían no diferirían de los que el propio curandero se procurase por su cuenta. El corral de la tia

Guapa no carecía de nada; más propio sería llevarle dineros que huevos; los claveles que le llevé traían esa cuenta echada.

En el acuerdo tácito se entiende que cada uno dará según sus posibilidades, así que la tarifa en principio la ponía el que daba, no el que recibía, que habría de conformarse con lo que le diesen. Hoy, como entonces, aceptará poco de un humilde pero esperará algo más de un labrador fuerte, o de un albañil con prisas para curar un esguince. La eficacia terapéutica y la rapidez del arreglo traerán mejores recompensas. Ese es el valor implícito, abierto y proporcional de la *voluntá*. Pero en cuanto se determine escasa o no haya forma de conocer las economías del cliente forastero o accidental, el curandero impondrá para estos casos la tarifa monetaria fija. No es ajena a este hecho la pregunta que se hace al que recomienda tal o cual curandero: “¿cuánto es la *voluntad*?”; para poner lo justo y un poco más. Es un mercado libre que se autorregula según la oferta y la demanda. La prueba es que nadie se sale del tiesto, salvo los famosos que salen por la televisión. El curandero se entera de lo que cobra la competencia, abierta en estos tiempos y siempre, preguntando a los que le visitan; o al propio investigador a quien consideran enterado. Cambian de enfoque en función de resultados terapéuticos, pero si funciona económicamente no se cambia. Que acudan más es señal de estar en el sitio, y permitirá elevar la minuta. La estrategia de muchos pacientes usando ropas poco lujosas o desprendiéndose de las alhajas sirve para conseguir rebaja si la *voluntá* está indeterminada. Nadie quiere que se le califique de rico si el precio es mutante y pinta al alza por ese motivo. Da lo mismo si es fijo, que es a lo que se tiende. Independencia económica para ellos y un ahorro para el Estado.

El pago en la farmacia no ha admitido nunca negociación, más allá de la humanidad del farmacéutico para rebajar o regalar algún producto, o servir fuera de horas. El médico aceptó el pago en especie, si fue necesario, pero no hemos recogido un solo caso en que se pagaran los medicamentos de tal manera; tendría que haber preguntado a los farmacéuticos. Bien al contrario, las quejas venían de considerar la farmacia como inalcanzable para economías no monetarizadas. Aún con dineros, los precios de los medicamentos no podían estar en ningún caso sujetos a regateo. Por esas dificultades se estima tanto la cartilla del seguro, sobre todo entre los pensionistas, por sacar de balde lo que más costaba conseguir. Eso, en *metabolismos* ahorradores acostumbrados a la escasez, justificaría los arsenales farmacológicos que se encuentran en las mesillas y cómodas de los pacientes; pero no califica como avaros a los pueblerinos en exclusiva, por ser moneda corriente entre los españoles todos. Una sobredosis general después de

años de abstinencia; arreglador quien lo arregle. La comparación entre lo que había que pagar y lo que se paga justifica estrategias familiares, pero también políticas sanitarias, y eso ya no son transacciones de la calderilla sino de los asuntos gordos: justificar y legitimar los impuestos. Pago, luego existo.

La igualas han representado el punto económico intermedio entre el ejercicio médico independiente y la Atención Primaria actual. Nunca han sido obligatorias, pero quedarse sin su amparo significaba correr el riesgo de tratar en el mercado libre de la asistencia. Ventajosas para quien tuviese muchas papeletas de caer enfermo, quien tenía menos y no se igualaba se exponía a salir con el bolsillo escaldado por una consulta inesperada e imprevista. Al personal le gusta contarlos. Salvo los indigentes o mal administrados, todos tenían asumido el gasto y cubierta la contingencia. De proporciones no hablamos, por obvias, y por clases. Aquello tenía sus consecuencias en los pueblos pequeños, o donde el cupo de igualas nunca era grande sino escaso; y menguando. Fueron sitio de tránsito para médicos con ambiciones –profesionales y económicas-, o refugio para quienes no las tenían. Es decir, médicos recién licenciados, interinos o mayores, que no son peores médicos pero son distintas personas, en general más apegadas al terreno; es difícil caciquear así. Si no hay gente tampoco hay “casos”, ni dineros, sean formales o informales. La instauración de las igualas y su desaparición forman parte de la historia de las transacciones económicas que los colegios profesionales o los propios médicos establecían con las autoridades municipales, provinciales, regionales o estatales. En lo económico, el estatuto profesional del médico ha generado instancias de gestión política, interlocutores a todos los niveles, propuestas y tendencias tan variadas como los de cualquier otro profesional occidental. Los asuntos económicos se consideren tan prioritarios y negociables como para emplear más tiempo en defender esas causas que en hacer sesiones clínicas, que es para lo que se juntan, según nos confiaban en algunas respuestas del cuestionario. La *proletarización del médico* se debe entender, aquí, referida a la imposibilidad de medrar en lo económico más allá de lo que marque el convenio. Aunque no puede decirse, en el caso de los médicos titulares y ATS con plaza, que estén en precariedad económica. Al contrario. *Pierden* en comparación con *el médico de toda la vida*, pero más por una cuestión de independencia, autonomía y prestigio social que por el jornal. La proletarización de la medicina se refiere también al ejército de interinos, refuerzos y sustitutos que no disfrutaban de la “propiedad” de ninguna plaza, ni de jornal fijo. No cuento los parados y los que todavía no se han

estrenado; hay un proletariado sanitario, pero es suficientemente burgués: por lo menos *tienen carrera*.

El mercadeo con la industria farmacéutica es otro cantar. Obligación de dar, obligación de recibir, obligación de devolver. ¿Una ley?

El mercadeo con la industria farmacéutica es ilegal. Pero se cumple la ley. El representante de laboratorio tiene órdenes de su jefe de presentar sus productos; acude a la consulta a convencer al médico de la bondad de su mercancía. Explicará pros y ocultará contras, todo garantizado. Además de ingente cantidad de papel cuché *dan algo* irrechazable, tan variopinto como el popular, pero que no vale para comer: tijeritas transparentes, portalotodo, grapadoras, perfumes, bolis, cortaúñas. Otras sí se comen: chucherías, bombones, caramelos, regaliz, chicles, merendolas. Por nada, es una cortesía por atender el rollo. Pero algunos traen buenos libros. De médicos la mayoría, también de chistes; editados para ellos, garantías científicas. Los laboratorios son los bibliotecarios informales de los médicos, de los practicantes, de los farmacéuticos y de los parientes de los agentes comerciales. Menos mal; alguien tendría que hacerlo. Lo mismo ocurre con los cursillos de reciclaje; para introducir un producto hay que explicarlo, y de paso se revisa bien el área de actuación: un saber. Al Centro que soporta el cursillo le regalan, además, un sofá o un televisor para los espacios privados; o un espirómetro para la consulta. Nadie se niega ni se cuestiona aceptar el boli, el libro, el cursillo o el microondas si es para todos. Sí se cuestiona que el laboratorio lleve gratis a Orlando a ver a Flipper, perdón, a un congreso de urología donde se justificará la pertinencia del producto Tal. La selección de los profesionales que acudan al evento no se hará por méritos profesionales, demanda científica, o sorteo –así, puede ser, pero hay que estar en la lista-, sino por ser recetadores reconocidos del laboratorio que invita, de otra forma no se entiende; lo sabe hasta el personal, y aquí la prudencia invita al control. Pero este asunto no son las brujas, y Orlando existe. La justificación de la *obligación de recibir* se especifica cuando se decide que no se va a recetar un fármaco que no se considere indicado; y todo lo que se pueda, se hará en genéricos -sin marca-. Pero al año de salir los genéricos llevaban premio. Pues no se recetará nada que no se ajuste a lo que es usual y sirva. Lo usual y lo que sirve lo llevan los laboratorios. Todos recetan lo necesario –y acaso un poco más- y pocos atienden mejor por regalarle un jamón. Pero la tentación existe; la mayoría resiste.

A los médicos les preocupa tanto Hacienda como el Juzgado. Fuera de lo explicado, los haberes les vienen en nómina y han de pagar. Los curanderos también. No hablo del

tio *Cestero*, la tía *Guapa* o Ginés; están jubilados, cobran su paga y sus ganancias no pueden ser más transparentes, por invisibles. *La voluntá* está protegida; ellos no piden, les *dan* y las donaciones no llevan pecha. Pero los demás están obligados a cotizar; otra cosa es que se les vea. En el apartado de Profesionales y Artistas. La visibilidad de su trabajo y sus ganas de pagar se pueden ver también en calcomanías pegadas a las máquinas de tabaco y señales de tráfico, en los listines telefónicos, en anuncios de prensa, en los panfletos que editan, en las tarjetas, y hasta en las televisiones locales, autonómicas y nacionales. Sobre todo los esotéricos. Otros, más modestos, abren una línea 900. Es un mercado libre.

CONCLUSIONES

1. Las relaciones investigador/investigado.

Conviene, antes de establecer las conclusiones finales, resumir y valorar cuál ha sido el peso de esas relaciones en el curso y resultados de la investigación. La relación con los curanderos ha sido menos homogénea que en el caso de los médicos. Fundamental en los primeros contactos, ha ido variando según las circunstancias, lugar de la entrevista o perfil del curandero. Con los sanitarios la relación estuvo clara desde el principio, y las posiciones adoptadas también. Podría pensarse que los curanderos más empíricos tendrían menos reticencias a la hora de ser entrevistados, en razón de lo menos “arriesgado” de sus prácticas, relacionadas con la traumatología. Eso muestra un sesgo previo del propio investigador, portador de los esquemas culturales de su “mundo” que en este caso coinciden con el que se estudia. Los elementos biográficos y los técnico-metodológicos se cruzan desde los prolegómenos. La ventaja del conocimiento mutuo deducimos que tiene los mismos peligros que se advierten estudiando en los sitios más recónditos, pero estimamos que aquí se notarán más los fallos. El curso de la investigación nos hizo ver que quien se atrevía con el cáncer imponiendo manos, nos recibía con ellas abiertas, mientras quien sabíamos que reducía esguinces prefirió no hablar durante años, hasta que se “soltó” mostrando la preocupación: reconocer que curaba *de gracia* y que podía dar risa. Pero las precauciones han sido comunes a todos. El investigador somete a tensión por la propia técnica, por preguntar muy interesado justo por lo que inquieta; y no les importa tanto que lo sepan en Tarragona como que lo sepa yo. Lo que se pone en cuestión es la mejor cualificación de la observación participante: el exceso de cercanía provoca sesgo. Pero se corrige haciendo evidente el juego de subjetividades e intereses.

Papel relevante adquiere la posición del estudioso como intermediario. Esa posición se estima estratégica en caso una investigación-acción más explícita que esta. Visto como una transacción necesaria, la información que se recabe y se obtenga lo es a cambio de otra que también se solicita. En ese papel caben pocos matices entre médicos y curanderos. Ambos estiman que el investigador es conocedor del mundo del otro y, a falta de un contacto directo entre sistemas complementarios, se convierte desde el primer día en depositario de un saber que los otros no tienen. Los médicos querían saber hasta dónde llegaban los curanderos, si acudían a ellos mucho o poco, si se lo creían, dónde y qué trabajaban más. Incluso se suscitaba el interés de la autorreflexión, por

hacer de la relación interna un problema que se manifiesta, pero que no se aborda sino desde las ciencias sociales, de las que este doctorando aparecía como representante. Muchos sanitarios han puesto en este trabajo expectativas que suponen una responsabilidad.

Los curanderos igual, añadiendo que nos llegaron a querer incluso como sucesores, lo que hacía buscar *la gracia* como legitimación por la vía del conocimiento, y nadie mejor que quien pudiese sincronizar técnicas y saberes de ambos campos. El investigador estaría legitimado y con ventajas inmediatas frente a los otros aprendices. Pero también creían encontrar en él un intermediario interno, un informador de la bolsa de trabajo y los precios de la competencia; y un valorador del estatus. Y en el caso de los novatos, información específica de cualquiera de las circunstancias de aquellas artes.

Las precauciones del personal, si preguntabas por visitas a los curanderos, eran menores que la que manifestaban con los médicos, pero eso era si me veían como antropólogo o tabernero, no como *practicante*. En ese caso preferían no nombrar o reconocer asuntos de curanderos. De las visitas a los médicos no les importaba hablar, bien al contrario, el papel de intermediario se centraba en lo específico de propio caso, en receptor de las quejas, en válvula de escape y en aconsejador; siempre de médicos y técnicas científicas, nunca de artes curanderiles. Nadie me ha preguntado por ningún curandero para hacerse atender, aún cuando supieran que conocía a casi todos. Nuestros saberes al respecto no han sido apenas de su interés. Al personal le da igual que se “estudien” o no los curanderos –más allá de por cuestiones folklóricas-, pero les parece bien que se analice críticamente a los médicos. En tal sentido se corre el peligro de entronizar al tío *Mediodios* y poner en la picota a algún sanitario, a nada que esta investigación sirva para una acción para la que no se ha previsto utilidad.

Tomando nota del origen de los posibles sesgos, pasaremos a tomar de la mano las demás conclusiones.

2. Distancias culturales.

La ventaja de haber podido estudiar al personal en su conjunto (pacientes, curanderos y sanitarios) ha servido para constatar que los grupos de edad determinaban percepciones culturales tan específicas como las establecidas por clases o etnias.

Las formas de comprender el proceso de enfermar y sanar en las personas de mayor edad –médicos y curanderos también- son más complejas que en las generaciones posteriores, por haber tenido que realizar más sumas y restas. Son ellos quienes han

sufrido la totalidad de el sistema de aculturación a través del proceso de medicalización; los que más novedades culturales se han obligados a interpretar. Mirando al médico, han llegado a asumir su modelo cultural como el más cercano. Aunque son depositarios del léxico y la denominación de enfermedades previas, encuentran en él la forma cultural que mejor se adapta a la inmediatez de sus padecimientos. La casuística ya no presenta la misma homogeneidad, aunque todos resumen la muestra de la “cultura médica” en el comportamiento particular *-tener modos-*, dados por reconocidos y evaluados los saberes. En ese sentido su “cultura” puede reconocerse más cercana cuanto mayor sea la tolerancia permitida. La distancia cultural, entendida subjetivamente así, es una expectativa del paciente que se sitúa en el médico: *que se acerque*. Las restricciones de ese acercamiento –la imposibilidad de hacerse entender, responsabilizar, monopolizar criterios- pueden verse como un ejercicio de autoridad que se asume desde la dependencia. Llegada ésta a sus extremos más fatalistas, la distancia cultural entre médico y paciente queda difuminada ante el realismo del cuadro: el médico dice lo que hay que hacer y, lo que el anciano haga será un rejuego entre sus expectativas de curación y la fe que tenga en él. En esas circunstancias prefiere la forma cultural atribuida al *médico de toda la vida* –autoritario, paternal y mayor-, y no la del *moderno*, con más formación técnica pero menos dispuesto a transacciones –responsabilizador, distante, joven-. Son representaciones “culturales” del médico, compartidas en el primer caso y no en el segundo.

La percepción de la distancia cultural de los pacientes mayores con los curanderos lleva el camino inverso. La mayoría de los que resolvieron durante años los problemas traumatológicos con el tradicional no acuden ahora a ellos. Serán coetáneos o convecinos, incluso amigos o parientes; se entenderán “culturalmente próximos” en la cola de la pescadería e interpretando el valor de un bancal, pero el dolor de espalda *se sabe* –un saber- que puede provenir de territorios no curanderiles, y nadie quiere perderse la oportunidad de evitar la monocausalidad y especificidad de los saberes del curandero tradicional. Verlo en la consulta del médico le lleva a establecer que el ámbito de su saber y de su arte es menguado por comparación, así que la distancia cultural con el médico no se presenta como obstáculo sino como garantía de curación.

El caso de los gitanos aparece de otra forma, pero tiene el mismo sentido. El curandero, situado muchas veces en las lindes de la *normalidad* social, aparecería como proveedor principal de los servicios de cura de aquellos con quienes comparte territorio social; pero sólo hemos podido ver dos casos en que los gitanos acudiesen al curandero.

Del mundo payo han preferido las interpretaciones científicas y no las populares o esotéricas. Y aún se acentúa más su particularidad respecto al proceder “humano”, a la “cultura de servicio” que le cabe esperar del médico clásico –cercano, paternalista, consentidor, tolerante-, frente al técnico-científico –críptico, riguroso, normativizado-. Lo común en la relación del gitano con el médico es la asunción, por parte de aquel, de una dependencia cultural que se pone sobre la mesa como condición previa en cada una de las actuaciones. En esas circunstancias la distancia cultural ni es ni deja de ser garantía de nada, dado por hecho que pueden entenderse, pero en el *choque de culturas* la defensa de la gitana se basa en la libertad de autoimplicarse sin compromiso, mientras se exige la asistencia responsable propia de la cultura sanitaria global. Los saberes sanitarios de los gitanos se basan fundamentalmente en adaptaciones *sui generis* de la medicina científica, y muy poco en elaboraciones culturales específicas o tomadas del ámbito popular o tradicional de la cultura paya, que en este caso aparece como foránea y distante. Difícil resulta asimismo su encaje cultural con los curanderos esotéricos, ahora que la mayoría de los gitanos se han responsabilizado con una fe cristiana que cierra esos campos.

Hay otro ámbito en el que la pretendida proximidad cultural con el curandero se pone en entredicho: en la asistencia pediátrica. Ni un solo caso de menores de trece años que haya sido llevado al curandero; de catorce, hemos encontrado dos, con Ginés. A diferencia de lo que ocurría hace veinticinco años, ninguna cosa que suceda a la criatura es de su incumbencia. Al contrario, cualquiera otra, sanitaria o no, podrá serlo del médico. Es el mismo caso que el de los gitanos y ancianos, una cuestión de subalternidad cultural, pero en este caso se ha establecido en el mundo de los adultos, que son los responsables de la criatura. La cultura sanitaria ha acercado todos los problemas de la infancia a la consulta del médico, y han desaparecido las determinaciones tradicionales de patología en ese espacio de la vida. Ya no se da en ningún caso conocido para niños y adolescentes la discriminación entre enfermedades de médicos y enfermedades de curanderos. El mal de ojo, el susto, la hernia, el empacho o la malagana de la criatura se encuadran en territorios ideológicos, diagnósticos y terapéuticos de la cultura médica.

Son en las generaciones con mayor autonomía cultural y social donde los curanderos entran en los itinerarios de los pacientes. Dos conformaciones son las responsables: la posibilidad de asumir riesgos -socioculturales y físicos- y la constatación de los mecanismos alternativos como efectivos, sean o no comprensibles. Decidirse por el

curandero tradicional para resolver una torcedura viene de la representación del hecho como posible –asistible-, incluso de efectos más rápidos que por procedimientos médicos, pero también por la posibilidad de hacer uso de una libertad vedada desde la oficialidad. El control social –*que se te ríen*, que te tomen por loco o ignorante- es perfectamente asumible por un individualismo enrocado en el sincretismo, o desde un comunalismo entendido en vías de desaparición que se quiere frenar o reflotar. Las consultas de los adultos a los curanderos esotéricos pueden aparejar similares transacciones, solo que en lugar de identificarse con ideas pasadas, tenidas alguna vez por juiciosas, se asume el riesgo de explorar culturas distantes. Lo que no encaje por proximidad se justificará por distancia; en cuanto se muestre funcional podrá pasar a tener consideraciones de efectividad que precisarán de una nueva representación, de una nueva demarcación de distancias, en que lo práctico-económico predomina sobre lo ideológico-cultural. Las distancias hay que medirlas entonces *desde* los adultos, que hacen de la individualización de su mal un esfuerzo comprensivo que *se mueve hacia* la terapia distante, sin esperar, como hacen de la cultura médica, que *se mueva* hacia ellos. Cuando ese cúmulo de aproximaciones en un sentido u otro se generaliza, se establecen nuevos criterios de “normalidad” cultural, que es lo que hace que hoy el horóscopo o la limpieza del aura sean tan cotidianas y culturalmente correctas como lo fueran en tiempos de los vikingos o una limpieza de cutis.

El punto más indicativo de la indeterminación de la distancia cultural como factor terapéutico lo encontramos en los emigrantes. Con la “cartilla” sanitaria en la mano, se hacen ver por médicos, sin conocer casos –aún insistiendo- en que visitaran a curanderos. En su pueblo sí lo hacían pero aquí van al médico. Es infinitamente prioritaria la accesibilidad. Veremos qué ocurre cuando generen su curandería específica, como ocurre en otras regiones.

3. De la religión y la ideología del gasto

La secularización del pecado y las causas de enfermedad, junto con la sacralización de la técnica se complementan con otra ideología: la del gasto. La percepción de la enfermedad como problema biológico e individual, aunque no ha borrado determinantes morales, ha encontrado campos interpretativos en los que resolver las dudas, y prácticos de enfrentarse a ellas. La nueva manera de objetivar el azar se resuelve en lo sanitario de igual forma que en el resto de los condicionantes vitales: *pagando*. El dinero aparece como mediador sagrado, por eso el trabajo se considera el bien máspreciado, hasta el

punto de considerar que la gravedad de una enfermedad se mida por la limitación de la capacidad laboral o locomotora. Los accidentes azarosos tienen una cuantificación económica tasada –un dedo meñique: quinientas mil; un brazo: seis millones; una paraplejia: quince- que hacen de la prevención una ideación económica en cuanto se atiende prioritariamente como asunto económico.

Hoy el pecado social por excelencia es ser pobre, y no cabe duda que son los pobres quienes enferman más y se mueren peor; la mejor garantía de salud es no ser pobre. La restitución de la gracia social está en la penitencia del pago. De la resignación cristiana a la resignación pagana. El control moral de la enfermedad va asociado a su capacidad de gestión económica, lo que ya se detectaba desde la Sociedad de Socorros Mutuos. Que la “prevención” se objetive en un pago mensual o semestral es una estrategia cultural que permite diferir a responsabilidades económicas las responsabilidades que la medicina dicta como morales.

La limosna, la caridad, las primicias o las bulas, que se justificaban por el cura como aportaciones garantes de la salud del alma, son hoy el esquema especular de la salud del cuerpo: el pago solidario a Greenpeace, *ONGear* –dicen por Sevilla-, descontar a primeros de mes la Seguridad Social, y pagar al endocrino particular que nos quita los michelines, bula de los bombones. La exclusión ideológica de la medicina religiosa ha llevado a consecuencias simbólico-crematísticas de orden similar. El pago por la capacidad simbólica del cura es difícil que se dé en la del sanitario local, pues “su simbolismo” no es reconocido como objeto de transacción económica. Lo que rebosa ese sentir se orienta a los especialistas privados, a los *dioses* que requieren mayor ofrenda, pero también hacia el curandero esotérico, reducto último de las preocupaciones de orden simbólico, *pagando lo que sea de razón*. Lo azaroso que no se resuelve en la medicina de los médicos sigue teniendo refugio en la invocación religiosa, pero se ajusta a una ideología del gasto en cuanto se deriva al auténtico “profesional” de lo simbólico: el curandero esotérico. Lo que ahorra no pocos euros al Estado, de ahí su funcionalidad. Esta es la conclusión que complementa, por abrir el campo, las disquisiciones de Romaní y Canals respecto del sacerdocio médico. El campo que queda abierto, el de las religiones que vienen con los emigrantes.

4. La gracia de la legitimación.

La legitimidad de médicos y curanderos se establece a través de cierto grado de consenso o acuerdo. Resulta obvio que aceptar sus procedimientos y normas, más si son

efectivos, ayuda a conferir legitimidad, pero el efecto final está condicionado por la manera de concebir esas reglas en las circunstancias que rijan en cada momento.

La legitimidad de ambos tiene una base social, aunque puede necesitar argumentos religiosos o simbólicos. Entendida como una forma de control social, la de los médicos requiere de su paso por la Facultad, siendo el Estado el garante de esa legitimidad. En la de los curanderos ese control social lo ejerce el personal, delimitando en principio las condiciones de acceso por causas relacionadas con el nacimiento. El concepto de *gracia* se ajusta perfectamente a esa delimitación que pudiéramos llamar tradicional. Pero la legitimidad puede ser entendida también como una forma de control moral. La irrupción de delimitaciones simbólicas hace que al médico se le reconozca a su vez como portador de los valores hegemónicos que le legitiman, por eso y durante años, el ejercicio de la medicina ha estado ligado a prescripciones y normas que no podían violentar las orientaciones cristianas. La curandería, hegemónizada a su vez por ese tipo de control, aceptó ser legitimada por algún elemento carismático reconocido y amparado por esa idea. La revelación, la iluminación, el encuentro con algún elemento del panteón cristiano, se aceptaron como complemento o sustitución de las condiciones más naturalistas o tradicionales de legitimación.

La vocación ha sido un factor predisponente, pero no determinante. En ambos casos el control social determinaba el número de los ejercientes o, al menos, su proporción respecto de los asistibles. Para los curanderos, el proceso de secularización general y la extensión o limitación de las enfermedades o los territorios terapéuticos, han permitido una sobrevaloración del control social por cuenta del moral. Sin perjuicio de las condiciones anteriores, se han aceptado discriminaciones más laxas como la herencia familiar con o sin signos, las formas de legitimación tradicionales en otros lugares, y la mercantilización en un mercado libre. Son adaptaciones locales debidas a representaciones sincréticas. Para los sanitarios, en cambio, el control moral se ha definido *desde dentro* con una serie de valores éticos y deontológicos de carácter universal y actual, sin atender a consideraciones locales o religiosas. En ambos casos, lo que menos ha variado ha sido la legitimación por la vía de la racionalidad empírica: la capacidad de curar; entendiendo que con los curanderos lo mejor es pagar y con los médicos, no hacerlo.

5. Relaciones entre los modelos médicos.

MMH, Modelo Médico Hegemónico

MA, Modelo Alternativo

MAA, Modelo de Autoatención

Concluiremos los puntos de esa relación situando a cada uno de los tres modelos ante su prestación, según la posición del personal en el sistema de representaciones, advirtiendo que esa posición no es rígida o permanente sino que puede variar según estimaciones coyunturales determinadas por la gravedad de la enfermedad y el rol del enfermo.

Ante un caso influido por la percepción fatalista acompañada de dependencia económica, el MMH significa la opción fundamental y casi única; el MA no recibe efectivos desde la desesperación mayor; para viejos aparcados, marginados y dementes, el MAA está en precario. El mediador fundamental resulta ser la trabajadora social; el mediador económico existe, por defecto. Pero un adulto de mentalidad fatalista, autónomo y con capacidad de decisión, emplea el MMH como primera opción, y no rechaza echar mano del MA en caso de fracasar el anterior; no dudará entonces en acudir a los profesionales simbólicos más extravagantes aceptando cualquier tratamiento. En cambio, un fatalista de corte panteísta acepta la parte tradicional del curandero esotérico, no la simbólica. Sus MAA contienen todos los fundamentos, pero se ven atenazados por la angustia, que acaba derivada mayoritariamente al MMH.

La mentalidad tradicionalista también adquiere dos versiones. Hay una mentalidad clásica, *pura*, para la que el MA puede ofrecer como primera opción prestaciones empíricas tradicionales y locales, pero no aceptará las importadas; serán, acaso, segunda opción. El MMH sigue siendo principal recurso. El MAA se nutrirá de enseñanzas de los médicos *de antes* y de la búsqueda de “remedios de la abuela” o dietas y prescripciones tradicionales, encauzados por la vía oral y la televisión. Pero en las mismas circunstancias, un tradicionalista de base política o vital, aceptará el MA en sus versiones clásicas, incluso religiosas cristianas, siempre en segunda opción, pues el MMH supone la primera. Con peculiaridades: el servicio que lo representa puede suponer el símbolo de un poder o un sistema aceptado a regañadientes, y no tendrá contemplaciones con él. Su MAA se nutre de cualquier tradicionalidad, lega o culta, pero sin tanta oralidad y preferentemente a través de los medios.

El escepticismo más radical puede tener consecuencias individuales de dejación de los asuntos de salud. Su MAA percibido como autónomo e independiente, es refractario a los otros dos modelos, hasta que la salud se pierde. Lo más frecuente entonces será la adopción de posturas fatalistas o eclécticas, pero en cualquier caso permanecerán reparos y críticas a cualquier tipo de intervención.

La mayoría se sitúa en el sincretismo. Y también vemos dos amplias variantes. En caso de relativa dependencia económica y bajo nivel cultural, el MA se configura como segunda opción en cualquiera de las versiones, aunque en pocas ocasiones se busquen soluciones esotéricas que impliquen desplazamientos o gastos. Su MAA acepta remedios nuevos o viejos, vengan de donde vengan; se nutre fundamentalmente de los consejos médicos, directos o traducidos por otros, y de los mensajes de los medios de comunicación gratuitos. El ecléctico con autonomía social y económica, y nivel cultural medio, acude preferentemente al MMH, con frecuencia a los especialistas de pago. La mayoría consideran utilizable el MA en muy escasa medida. Pero quienes lo prueban por la razón que sea suelen repetir, sobre todo en especialidades esotéricas u otras no estudiadas aquí, pero con relativa vinculación científica. Su MAA es capaz de recoger información de cualquier medio, incluso lecturas especializadas o mediante conexión a Internet, que se está constituyendo como el mediador con más futuro. Pagando, claro.

6. La Atención Primaria.

Salvo en las escasas ocasiones en que algún problema traumatológico se trata por el curandero en primera opción, el resto de patologías y pacientes acuden a la Atención Primaria como primera opción, una vez rebosado el Modelo de Autoatención. La implantación del Centro de Salud, sus condiciones de accesibilidad, los mensajes contradictorios, la gratuidad de las prestaciones, y la relajación de los mecanismos clásicos de ayuda mutua, han conducido a una devaluación relativa del Modelo de Autoatención por cuenta del Modelo Médico Hegemónico.

Las expectativas optimistas respecto a los avances científicos en la medicina y su utilización como elemento de transacción política, provocan demandas razonadas desde ese máximo nivel de prestación, que pocas veces tiene relación con la Atención Primaria. Como el primer y más cercano avance percibido es el asistencial, resumido en el farmacológico, se le pretende como remedio principal. Por esa vía autoreparativa se reconduce el enriquecimiento del Modelo de Autoatención, adquiriendo a bajo precio un arsenal terapéutico y una información de libre disposición. Así no es extraño que la

industria tenga en la Atención Primaria la niña de sus ojos. Más de la mitad de los actos médicos están relacionados con las recetas; en la misma proporción, los actos de enfermería relativos a controles –tensión y glucemia- se entienden relacionados con lo que pone la misma –*si me van o no bien las pastillas*-, más que como causas o efectos de la enfermedad. El Centro de Salud, en realidad, funciona como Centro de Enfermedad. La prevención se entiende mayoritariamente bajo el mismo esquema biologicista e individualista que el de la vacuna, en base a tratamientos farmacológicos y no a restricciones de exposición de los factores de riesgo. Conseguida la pastilla, la prevención es un problema que se sitúa en los sanitarios más que en el personal. La educación para la salud se encamina siempre por la explicación de las enfermedades, y los estilos de vida que se proponen como saludables se entienden como normas morales mal conjugadas con la racionalidad técnica.

El Estado avisa de todo: vacas locas, marisco contaminado, drogas de diseño, contagios; y el personal se centra hoy en la ternera y mañana en el *chapapote*, y entre tanto pierde la afición de cepillarse los dientes pero no pierde peso. La protección de los riesgos también está tutelada *desde arriba* y el personal acude, pidiendo mientras le den. En otros sitios igual protestan; aquí apenas. Pero esa “cultura de la demanda” queda claro que no proviene de un profano ignorante o analfabeto, como se desprendería del lenguaje economicista del sistema que se trasvasa a los sanitarios, sino de sus condiciones y posibilidades de aprovechar las contradicciones de uno y otros. El peso de la curandería en la prevención no pasa de ser, como ocurre con los hospitales, mera anécdota. Su función principal es también es reparadora.

BIBLIOGRAFÍA

ALBARRACÍN, A.

(1972) "Intrusos, charlatanes, secretistas y curanderos: aproximación sociológica al estudio de la asistencia extracientífica en la España del siglo XIX". *Asclepio*, 24; 323-366.

AGUIRRE BELTRÁN, G.

(1986), *Antropología médica*. CIESAS-Ediciones de la Casa Chata, México.

ACKERKNECHT, E.

(1985), *Medicina y antropología social*. Akal, Madrid.

ALLUÉ MARTÍNEZ, X.

(1999), *Urgencias. Abierto de 0 a 24 horas*. Mira, Zaragoza.

ANDOLZ, R.

(1987), *De pilmadores, curanderos y sanadores en el Alto Aragón*. Mira, Zaragoza.

AUGÉ, M.

(1998), *Los "no lugares". Espacios de anonimato*. Gedisa, Barcelona.

BARTOLI, P.

(1989), "La medicina popolare e la costruzione del sistema sanitario publico nello Stato unitario italiano". En: Seppilli, T. (compilador), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magia*. Electra, Milano.

BASAGLIA, F. y BASAGLIA, F.

(1973), *La mayoría marginad. La ideología del control social*. Laia, Barcelona.

BERGER, P. y LUCKMAN, T.

(1993), *La construcción social de la realidad*. Amorrortu, Buenos Aires.

BLACK, W. G.

(1982, original de 1889), *Medicina popular*. Barcelona, Altafulla.

BRIONES, R,

(1996), "Convertirse en curandero. Legitimidad e identidad social del curandero". En: J. M. González y S. Rodríguez, *Creer y curar: la medicina popular*. Granada, Universidad de Granada.

CABALLERO, O.

(1975a), *Autopsia. Chequeo a la medicina española*. Nauta, Barcelona.

(1975b), *Las medicinas marginadas*. Guadarrama, Madrid.

CABRERA, L.

(1996), *El Monte*. SI-MAR, La Habana.

CANALS, J.

(1996), "La reciprocidad. Las formas actuales de ayuda mutua". En: J. Contreras (coord.), *Reciprocidad, cooperación y organización comunal: desde Costa hasta nuestros días*. Instituto Aragonés de Antropología, Zaragoza.

(2002), *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar*. Tesis de doctorado, Universidad de Tarragona.

CANTÓN, M.

(2001), *La razón hechizada. Teorías antropológicas de la religión*. Barcelona, Ariel.

CARO, J.

(1985), *Las formas complejas de la vida religiosa (siglos XVI Y XVII)*. Madrid, Sarpe.

CASAUS, M. J.

(1997), *Archivo ducal de Híjar*. Instituto de Estudios Turolenses, Gobierno de Aragón.

CASTEL, R.

(1984), *La gestión de los riesgos. De la psiquiatría al post-análisis*. Anagrama, Madrid.

CÁTEDRA, M.

(1977), "Notas sobre la envidia: los ojos malos entre los vaqueiros de Alzada", en C. Lisón, *Temas de Antropología Española*. Madrid, Akal, pp. 9-48.

(1988), *La muerte y otros mundos*. Gijón, Júcar.

(1989), "La gracia y la desgracia". En: *El folklore Andaluz. Revista de cultura tradicional*, 3. Sevilla.

COMELLES, J. M.

(1985), "El papel de los no profesionales en los procesos asistenciales". *Jano* 660.

(1993), "La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria". En: *Revisiones en Salud Pública*, 3.

(1994), "El papel del sistema de salud en la configuración de la demanda de servicios", III Seminario de Planificación, pp. 29-41. Madrid.

(1996a), "Da superstizione a medicina popolare. La transizione da un concetto religioso a un concetto medico". En: *Rivista della Società italiana di antropología médica* 1-2.

(1996b), "De la práctica etnográfica a la práctica clínica en la construcción del Estado Contemporáneo en España". En: Greenwood, D. y Greenhouse, C. (comps.) *Democracia y diferencia*. UNED, Madrid.

COMELLES, J. M. y MARTÍNEZ, A.

(1993), *Enfermedad, sociedad y cultura. Un ensayo sobre las relaciones entre medicina y antropología*. Eudema, Madrid.

(1994), "La medicina popular. ¿Los límites culturales del modelo médico?", *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, tomo XLIX, 2: 109:136, Madrid.

DE MARTINO, E.

(1965), *Magia y civilización*. El Ateneo, Buenos Aires.

(1966), *La terre du remords*. Gallimard, París.

(1983), *Sud e magia*. Feltrinelli, Milán.

- ELIADE, M.
(1996), *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis*. Fondo de Cultura Económica, México.
(1997), *Ocultismo, brujería y modas culturales*. Paidós, Barcelona.
- ERKOREKA, A.
(1985), *Análisis de la medicina popular vasca*. Etniker-Labayru Ikastegia, Bilbao.
- FOUCAULT, M.
(1990), *La vida de los hombres infames*. Ediciones de la piqueta, Madrid.
(1999), *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. S. XXI, Madrid.
- FOUCAULT, M, Y OTROS.
(1979), *Les machines à guérir*. Pierre Mardaga, Bruselas.
- FREIDSON, E.
(1978), *La profesión médica*. Península, Barcelona.
- GALLO, F. J.
(1997), *Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria*. SemFYC, Madrid.
- GARCÍA, L.
(1978), *Historia social de la medicina en la España de los siglos XVI al XVIII*. Akal, Madrid.
(1984), *Los moriscos y la medicina*. Labor, Barcelona.
- GEERTZ, C.
(1994), *Conocimiento local*. Paidós, Barcelona.
(1997), *El antropólogo como autor*. Paidós, Barcelona.
- GEERTZ, C. y CLIFFORD, J. y otros.
(1996), *El surgimiento de la antropología posmoderna*. Gedisa, Barcelona.
- GIL, V. F. Y OTROS
(1997), *Manual de metodología de trabajo en Atención Primaria*. Merck Sharp & Dohme España, Madrid.
- GODELIER, M.
(1998), *El enigma del don*. Paidós, Barcelona.
- GÓMEZ GARCÍA, P. (ed.)
(1997), *El curanderismo entre nosotros*. Universidad de Granada, Granada.
- GONZÁLEZ, J. A. y RODRIGUEZ, S. (eds.)
(1996), *Crear y curar: la medicina popular*. Diputación Provincial de Granada, Granada.
- GRAMSCI, A.
(1972), *Cultura y literatura*. Península, Barcelona.
(1974), *La formación de los intelectuales*. Grijalbo, Madrid.
(1975), *Quaderni del Carcere*. Turín, Einaudi.

GRANERO, X.

(1985), "Impacte socio-cultural de la grip "espanyola" de 1918". En *Actes de les primeres jornades catalanes de sociologia (1981)*. Institut d'Estudis Catalans. Barcelona.

(1998), "El fenómeno del curanderismo urbano". En: Martínez, Comelles, Miranda, *Antropología de la Medicina. Una década de Jano (1985-1995)*. Asociación Española de Trabajo Social y Salud, Zaragoza.

GUERRA, F.

(1976, 1992), *Las medicinas marginales*. Alianza, Madrid.

HARO, J. A.

(2000), "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud". En: Perdiguero y Comelles (eds.) *Medicina y cultura*. Bellaterra, Barcelona.

HAY, L. L.

(1994), *Usted puede sanar su vida*. Urano, Barcelona.

ILLICH, I.

(1975), *Nénesis médica*. Barral, Barcelona.

KENNY, M.

(1980), "Valores sociales y salud". En: Kenny y de Miguel (comps.). *La antropología médica en España*. Anagrama, Barcelona.

KENNY, M. y de MIGUEL, J. M. (comps.)

(1980), *La antropología médica en España*. Anagrama, Barcelona.

KROPOTKIN, P.

(1978), *El apoyo mutuo, un factor de la evolución*. Zero, Madrid

KUSCHICK, I.

(1995), *Medicina popular en España*. Siglo XXI, Madrid.

LAÍN, P.

(1983), *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Alianza, Madrid.

(1994), *Historia de la medicina*. Masson, Barcelona.

(1998), *La historia clínica*, Madrid, Triacastela.

LARREA, C. y PLANA, M.

(1994), "Las salas de espera, reflejo de las contradicciones de la organización sanitaria: a propósito de una experiencia de vídeos de educación sanitaria". En: *Jano*, vol. XLVI, 1074.

LASALA, A.

(1999), *Tambores confusos. Una visión antropológica de la Semana Santa de Híjar*. IET, Teruel.

(1999), "Definir la salud. Una revisión semántica para un concepto político". En: *Trabajo Social y salud*, nº 33. Asociación Española de Trabajo Social y Salud, Zaragoza.

(1999), “La inmodestia del coñac: alcohol, sociedad y cultura”. En: *Teruel*, nº 87 (II). IET, Teruel.

(2000), “Naturalizar artefactos”. En : *Medicina Naturista*, 2. Universidad de Zaragoza.

LEACH, E.

(1970), *Lévy-Strauss, antropólogo y filósofo*, Madrid, Anagrama.

LÉVI-STRAUSS, C.

(1995), *Antropología estructural*. Piados, Barcelona.

(1999), *Mito y significado*. Madrid, Alianza.

LORÉN, S.

(1979), *Historia de la medicina aragonesa*. Librería General, Zaragoza.

LIS QUIBÉN, V.

(1980), *La medicina popular en Galicia*. Akal, Madrid.

LISÓN, C.

(1987), *Brujería, estructura social y simbolismo en Galicia*. Akal, Madrid.

(1990), *Endemoniados en Galicia hoy*. Akal, Madrid.

MALLART, L.

(1984), *La dansa als esperits*. Llar del llibre, Barcelona.

MARTÍN, A. y CANO, J. F.

(1994), *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Doyma, Barcelona.

MARTÍNEZ, A.

(1992), “Eficacia simbólica, eficacia terapéutica: Hacia un nuevo modelo de comunicación en la asistencia sanitaria”, *Revista Rol de enfermería*, 171: 61-68.

(1996), “Antropología de la salud. Una aproximación genealógica”. En: Prat y Martínez (eds.) *Ensayos de antropología cultural*. Ariel, Barcelona.

MARTINEZ, A y COMELLES, J. M.

(1994), “La medicina popular. Los límites culturales del modelo médico”. En: *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 49.

Mc KEOWN, T. y LOWE, C. R.

(1989), *Introducción a la medicina social*. Siglo XXI, México.

MENÉNDEZ, E.

(1981), *Poder, estratificación y salud*. Ediciones de la Casa Chata, México.

(1984), “El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud”. En: *Arxiu d’Etnografia de Catalunya*, 3: 83:119.

(1990), *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Ediciones de la Casa Chata, México.

(1991), “Definiciones, indefiniciones y pequeños saberes”. En: *Alteridades* 1

(1992), “Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del “teoricismo” al movimiento continuo”. En: *Cuadernos Médico Sociales*. 56.

(1996), "El saber popular como proceso de transformación. Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular." En: J. A. González y S. Rodríguez (eds.) *Creer y curar: la medicina popular*. Diputación Provincial de Granada, Granada (pp. 31-61)

(1998a), *Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural*. En: *Natura Medicatrix*, 51.

(1998b), "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes." En: *Estudios Sociológicos* nº 46.

(2002), *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Bellaterra, Barcelona.

MENÉNDEZ E. y DI PARDO, R.

(1996), *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. CIESAS, México.

MIGUEL, J. De

(1984), *La amorosa dictadura*. Anagrama, Barcelona.

MIRANDA, M.

(2000), "La insuficiencia formativa crónica de los Trabajadores Sociales para ejercer en el campo de la salud". En: Varios Autores, *Cambio social. Relaciones humanas, nuevas tecnologías*. Mira, Zaragoza.

(2002), "Redes sociales y participación". En: Plumed, Cañada (comp.), *La participación en salud*. Asociación Española de Trabajo Social y Salud, Zaragoza.

MORENO, I.

(1991), "Identidades y rituales. Estudio introductorio". En: Prat y otros *Antropología de los pueblos de España*. Taurus, Madrid.

ORRINGER, N.

(1997), *La aventura de curar. La antropología médica de Pedro Laín Entralgo*. Círculo de Lectores, Barcelona.

PEDROSA, J. M.

(2000), *Entre la magia y la religión: oraciones, conjuros y ensalmos*. Sendoa, Oiartzun (Guipúzcoa)

PERDIGUERO, E. y BERNABEU, J.

(1997), "Burlarse de lo cómico nacido de la tontería humana: el papel otorgado a la población por la divulgación higiénico-sanitaria durante la Restauración". En: L. Montiel e I. Porras (coords.) *De la responsabilidad personal a la culpabilización de la víctima. El papel del paciente en la prevención de la enfermedad*. Doce Calles, Aranjuez (pp. 55-66)

PERDIGUERO, E. y COMELLES, J. M.

(2000), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Bellaterra, Barcelona.

PÉREZ ÁLVAREZ, M.

(1990), *Médicos, pacientes y placebos. El factor psicológico en la curación*. Pentalfa, Oviedo.

- PITT-RIVES, J. A.
(1971), *Los hombres de la sierra. Ensayo sociológico sobre un pueblo andaluz*. Grijalbo, Barcelona.
- PRAT, J.
(1984), “Reflexions entorn de l’eficàcia simbólica a l’occident cristià”. En: Comelles, J. M. (comp.), *Antropología y Salud*. Fundació Caixa de Pensions, Barcelona.
(1997), *El estigma del extraño. Un ensayo antropológico sobre sectas religiosas*. Barcelona, Ariel.
- PRAT, J. y MARTÍNEZ, A. (eds.)
(1996), *Ensayos de Antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Barcelona, Ariel.
- PROBRAZHENSKY, E.
(1972), “El campesinado y la economía política en las primeras etapas de la industrialización”. En: T. Shanin (comp.), *Campesinos y sociedades campesinas*. FCE, México.
- PUJADAS, J. J.
(1992), *El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales*. CIS, Madrid.
- RODRÍGUEZ, P.
(1992), *Curanderos. Viaje hacia el milagro*. Temas de hoy, Madrid.
- RODRÍGUEZ, J. A. y De MIGUEL, J. M.
(1990), *Salud y poder*. C.I.S, Madrid.
- ROMANÍ, O.
(1983), *A tumba abierta. Autobiografía de un grifota*. Anagrama, Barcelona.
- ROSEN, G.
(1985), *De la policía médica a la medicina social*. Siglo XXI, Méjico.
- SÁENZ GUALLAR, F. J.
(1982), “Medicina científica y medicina tradicional en Alcañiz: una aproximación”. En: *Boletín del Centro de Estudios Bajoaragoneses*, 2-3. Zaragoza.
(1984), “Aproximación al estudio de la asistencia médica tradicional en Alcañiz (Teruel): el Guito”. En: *V Jornadas sobre el estado actual de los estudios en Aragón*. Zaragoza.
- SEPPILLI, T.
(1984), “La medicina popolare in Italia”. En: *La ricerca folklorica*, 8.
- SHANIN, T.
(1972), “El campesinado como factor político”, en T. Shanin (comp.) *Campesinos y sociedades campesinas*. FCE, México.

SHERWIN B. N.

(1995), *Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida*. Alianza, Madrid.

SPERBER, D.

(1988), *El simbolismo en general*. Anthropos, Barcelona.

RUBEL, A. J. et alt.

(1989), *Susto una enfermedad popular*. Fondo de Cultura Económica, México.

URIBE, J. M.

(1996), *Educación y curar*. Ministerio de Cultura, Madrid.

VITEBSKY, P.

(1996), *El chamán. Rituales, visiones y curaciones desde el Amazonas hasta Siberia*. Debate, Madrid.

WEBER, M.

(1992), *La ciencia como profesión. La política como profesión*. Espasa Calpé, Madrid.

(1993, original de 1922), *Economía y sociedad*. Fondo de Cultura Económica, Madrid.

(1997), *Sociología de la religión*. Istmo, Madrid.

WOLF, E.

(1972), "Aspectos de las relaciones de grupo en una sociedad compleja: México". En: T. Shanin (comp.), *Campesinos y sociedades campesinas*. FCE, México.

APÉNDICE

Listado de informantes

- (P1).- A. P. Mujer de 40 años, ama de casa, La Puebla.
(P2).- L. G. Mujer de 76 años, ama de casa, Híjar.
(P3).- L. L. Varón de 84 años, agricultor, Albalate.
(P4).- F. T. Mujer de 84 años, jornalera, Albalate.
(P5).- P. R.(C.) Varón de 91 años, agricultor, Albalate.
(P6).- L. G. Varón de 80 años, comerciante. Ex alcalde de Albalate.
(P7).- V. M. Mujer de 73 años, ama de casa y labradora. Albalate.
(P8).- E. M. Varón de 68 años, pastor jubilado. Albalate.
(P9).- E. T. (A.) Mujer de 81 años, comercianta jubilada. Albalate.
(P10).- L. G. Mujer de 93 años, labradora jubilada. Albalate.
(P11).- M. G. Mujer de 73 años, ama de casa. Híjar.
(P12).- M. L. Varón de 78 años, jornalero jubilado. Híjar.
(P13).- J. P. Varón de 84 años, agricultor. Híjar.
(P14).- C. M. Mujer de 79 años, tendera jubilada. Híjar.
(P15).- M. M. Mujer de 88 años, torrera. Híjar.
(P16).- C. M. Mujer de 102 años, agricultora jubilada. Samper.
(P17).- J. M. S. Varón de 81 años, ganadero. La Puebla.
(P18).- M. M. Mujer de 83 años, ama de casa. La Puebla.
(P19).- D. G. Mujer de 79 años, labradora. Samper.
(P20).- A. A. Mujer de 81 años, ama de casa. Vinaceite.
(P21).- C. C. Mujer de 89 años, labradora. Urrea.
(P22).- R. B. Varón de 94 años, herrero jubilado. La Puebla.
(P23).- P. C. Varón de 58 años, metalista. Híjar.
(P24).- M. R. Varón de 84 años, viajante de comercio jubilado. Zaragoza.
(P25).- X. X. 42 años, funcionario.
(P26).- P. F. (C.) Varón de 64 años, empresario. Híjar.
(P27).- L. M. G. Varón de 56 años, trabajador autónomo. Híjar.
(P28).- E. B. Varón de 59 años, minero prejubilado. Albalate.
(P29).- R. E. Varón de 56 años, labrador. Azaila.
(P30).- T. P. Varón de 61 años, ganadero. Vinaceite.
(P31).- C. P. Mujer de 73 años, ama de casa. Vinaceite.
(P32).- A. A. Mujer de 70 años, tendera jubilada. Híjar.
(P33).- F. M. Varón de 80 años, funcionario jubilado. La Puebla.
(P34).- E. G. Varón de 48 años, industrial. Híjar.
(P35).- E. C. Varón de 43 años, trabajador autónomo. Híjar.
(P36).- P. E. Varón de 81 años, ganadero. Vinaceite.
(P37).- R. E. Varón de 78 años, jornalero y labrador. Jatiel.
(P38).- X. X. Anónimo, en el consultorio de La Puebla. Verano de 2002.
(P39).- X. X. Anónimo. Consulta de Urgencias. Otoño de 2001.
(P40).- C. P. Mujer de 45 años, ama de casa. Híjar.

Nota: La sigla M seguida de algún número romano (I, II, III, IV) corresponde a médicos.