

Pero, ¿de qué enfermedad se trataba? El estado actual de los estudios sobre la salud y la curación en África (*)

GWYN PRINS (**)

RESUMEN

Este artículo ofrece un acercamiento a la historia de la medicina y de las prácticas terapéuticas en el África moderna. Arguye que las historias biomédicas tradicionales de la era colonial son necesarias, pero no suficientes para realizar esta tarea. Como tampoco lo son los estudios etnográficos de las prácticas terapéuticas indígenas. Los más importantes desarrollos analíticos recientes son, respectivamente, las historias macroepidemiológicas (por ejemplo, sobre la mosca tse-tse) y el estudio de contextos terapéuticos pluralistas.

Estos análisis ilustran un argumento central del artículo, a saber, que el estudio de la terapéutica es una de las vías más eficaces y fiables de investigar las complejidades culturales de una situación postcolonial. Tales estudios también ayudan a atravesar la cortina del estereotipo y del prejuicio que, desde los primeros contactos, ha caracterizado la perspectiva europea del continente africano.

Fecha de aceptación: 19 de abril de 1991.

(*) [Traducción castellana de Salomé Arrizabalaga y revisión de Jon Arrizabalaga. Artículo originariamente publicado bajo el título «But what was the disease? The present state of Health and Healing in African studies» en *Past and Present*, 124 (1989), 159-79. Reproducido con autorización del autor y de los editores de *Past and Present*]. Versiones anteriores de este artículo fueron presentadas como «papers» en el seminario interfacultativo entre medicina y antropología de la Universidad de Liverpool, en el seminario de historia de África de la School of Oriental and African Studies de Londres y en la Plymouth Medical Society (escuela médica de postgrado, Freedom Fields Hospital). Agradezco enormemente a los distintos participantes sus críticas constructivas. Asimismo, estoy en deuda con Peter Burke, John Lonsdale, Miriam Borop Prins, Andrew Roberts y Richard Rathbone, de cuyos comentarios se beneficiaron en gran medida los borradores subsiguientemente escritos.

(**) Global Security Programme, Faculty of Social and Political Sciences, University of Cambridge, Free School Lane, Cambridge CB2 3RQ (England).

DYNAMIS

Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam. Vol. 11, 1991, pp. 361-385.
ISSN: 0211-9536.

I

África es un continente enfermo, repleto de gente enferma y más recientemente hambrienta. Es gente que sufre en pasividad, bajo la opresión titánica e impersonal de las empobrecidas tierras africanas, el clima duro y veleidoso, su lastre de enfermedades tropicales y el retraso tecnológico de las culturas africanas. Esta es la imagen popular en Europa del África subsahariana. Se ha mantenido invariable desde la época de la trata de esclavos del oeste africano, pasando por la era colonial de Albert Schweitzer en su hospital de la jungla en Lambarene, hasta la imagen de los documentales sobre las actuales hambrunas proyectados durante las colectas de fondos de «Live Aid» y «Comic Relief». Recientemente se ha visto más estimulada aún por el coro de las truculentas historias sobre el SIDA aparecidas en la prensa popular (1).

Con todo, esta visión coexistió en su día con otra. Hasta finales del siglo XIX, los europeos que vivían en África, particularmente en el África occidental, en su mayoría temblaban ignorantes e indefensos ante espantosas e invisibles legiones de enfermedades africanas que les atacaban con mayor virulencia incluso que a la población nativa. ¿Por qué sobrevivían aquellos primitivos a las enfermedades que tan rápidamente liquidaban a los civilizados blancos? (2). «¡Ten ojo y guárdate de la ensenada de Benin. Para uno

-
- (1) En trabajos recientes, la terrible mortalidad sufrida por los africanos occidentales, transportados como esclavos a un entorno de enfermedades peculiarmente modificadas y especialmente mortales como el Caribe, plantea posibilidades interesantes en relación a la vía más probable (y seguramente más común) de comunicación de esta idea sobre los africanos (y por lo tanto, por extensión, de África) a Europa antes del siglo XIX. En el Caribe habría estado basada en la experiencia extensiva de manejo del especial lastre morbosos de los esclavos, que tenían los colonos blancos, cf. SHERIDAN, R. B. (1985). *Doctors and Slaves: A Medical and Demographical History of Slavery in the British West Indies, 1680-1834*, Cambridge. Debo esta idea a Richard Rathbone. Para el caso moderno de la presentación del SIDA, cf. SABATIER, R. (1987). *Blaming Others: Racial and Ethnic Aspects of AIDS*, London.
- (2) La respuesta es, en parte y como cabía esperar, genética. El ejemplo más conocido es la defensa de la hemoglobina contra la cepa más mortal de malaria, el *P. falciparum*, que proporciona la presencia de células falciformes en la sangre de los africanos occidentales. Cf. ALLISON, A. C. (1954). Protection Afforded by Sickle-Cell Trait against Subtertian Malarial Infection, *Brit. Medical J.*, (1), 290-294. Me debo al difunto Hermann Lehmann por su paciente explicación de nociones elementales de hematología. Un resumen útil sobre este y otros aspectos biogenéticos de la adaptación humana al entorno africano occidental lo constituye KIPLE, K. F.; KING, V. H. (1981). *Another Dimension of the Black Diaspora: Disease, Diet and Racism*, Cambridge, pp. 4-23.

que sale, veinte se quedan dentro» advertía un pareado vulgar de la época a los traficantes que planeaban adentrarse en este territorio (3). Curtin ha sugerido que la percepción de este contraste y la reacción a él han podido contribuir en gran manera al estereotipo racial firmemente trazado que caracteriza el encuentro africano/europeo: el africano como medio diablo, medio niño (4). De hecho, las dos visiones contradictorias se combinan para elaborar la imagen: una, la más antigua y, en última instancia, de mayor duración, que presenta al africano como doliente, simple y añiñado; la otra, como demonio resistente a la enfermedad.

El doctor T.R.H. Thomson probó de modo definitivo la superioridad de la quinina como profiláctico contra la malaria en su expedición de 1841 a Níger, (5) pero hasta la década de 1870 no se efectuó la síntesis de fármacos alcaloides. Kolbe sintetizó el ácido salicílico en 1874 y tras él se sintetizaron otros fármacos, precisamente en aquellos años en que se asentó el dominio europeo en África. En la década posterior al Congreso de Berlín de 1884, Behring inauguró la sueroterapia. Le siguieron las vacunas activas contra el cólera y la fiebre tifoidea, y en la década de 1900 Paul Ehrlich, el auténtico fundador de la moderna quimioterapia, desarrolló principalmente los agentes sintéticos basados en tinturas de anilinas, que podían duplicar la acción de los sueros. Con fármacos como la antipirina, el sulfonal y la fenacetina entonces reforzados por los derivados de las tinturas —el azul de metileno (usado por primera vez contra la malaria en 1891), el rojo tripano (contra los tripanosomas, en 1904) y el Salvarsan (un antisifilítico arsenical, en 1910)— los médicos europeos de los trópicos llevaban consigo una cartuchera de lo que el propio Ehrlich describió por primera vez como «balas mágicas»; (6) y con las balas llegó la confianza del pistolero en sí mismo: la victoria sobre la fiebre prefiguraba el triunfo del empirismo también en otras materias (7).

(3) KIPLE; KING (1981), *op. cit.* en nota 2, p. 12. [Por más que pierda su rima en la versión castellana, en inglés el pareado resulta redondo: «Beware and take care of the bight of Benin. For the one that comes out there are twenty stay in!» N.T.].

(4) CURTIN, P. (1964). *The Image of Africa: British Ideas and Action, 1780-1850*, Madison, pp. 360-362.

(5) THOMSON, T. R. H. (1846). On the Value of Quinine in African Remittent Fever, *Lancet*, 28 de febrero, pp. 244-245; CURTIN, P. (1964), *op. cit.* en nota 4, p. 356.

(6) SINGER, C.; UNDERWOOD, E. A. (1962). *A Short History of Medicine*, Oxford, pp. 687-689.

(7) Este argumento es desarrollado por HOBBSAWN, E. (1987). *The Age of the Empire*, London, pp. 250-258.

Se hizo entonces posible una variación del tema del África enferma, que se ha estado oyendo durante un siglo, cada vez con mayor intensidad (hasta que la epidemia de SIDA comenzó a golpear en la década de 1980): las enfermedades endémicas de África pueden ser curadas. El regalo de la medicina alopática en manos de médicos europeos no sólo puede proteger a los europeos en África, sino también, con tiempo y géneros suficientes, salvar a los africanos de su horrible continente y de su propia simplicidad. Se trata de una tentativa que nada tiene que ver con la política, que por consiguiente está centrada de modo natural en los médicos y su trabajo, una historia necesariamente eurocéntrica en la que los pacientes sólo figuran, tal como su raíz latina podría sugerir, como sufridores pasivos que no toman parte activa en su propia curación. En ello, la variante colonial africana no es conceptualmente diferente de la imagen convencional existente acerca del avance general de la medicina alopática (8). Sin embargo, en este artículo argumentaré que tampoco servirá esta imagen. Nos encontramos en medio de una gran transformación de los estudios sobre la salud y la curación en África.

Me explayaré sobre tres temas que han surgido como centrales en esta transformación. Primero, revisaré las consecuencias de restituir enfermedad y tratamiento a su contexto histórico y colonial. Luego esbozaré la atractiva nueva historia que está surgiendo, de la interacción entre agentes patógenos, políticas y entornos africanos, tanto morbosos como naturales. Finalmente, sugeriré lo que les sucede a nuestras imágenes tanto de los africanos como de las enfermedades en África cuando pasamos de una descripción centrada en el médico a otra centrada en el paciente.

Pretendo que el efecto sea alentar la duda sobre las confiadas aseveraciones causales que vincularon de modo directo la empresa médica europea a la solución de los problemas médicos de África. Al mismo tiempo, este artículo cuestiona la visión popular de que África ha sido siempre anormalmente insana y que ello se debe a causas impersonales y casi totalmente ambientales: que se trata de enfermedades de Dios y no del Hombre. Pero no argumentaré lo contrario. Más bien, sugeriré que podemos empezar a ver modos en los cuales la interacción activa y con frecuencia inintencionada entre el hombre y la naturaleza ha producido brotes de enfermedad concre-

(8) En consecuencia, no puede sorprendernos ver esfuerzos paralelos por rescatar las dimensiones más amplias de la historia médica, que tienen lugar en el área de la medicina alopática. Cf. PORTER, R. (1985). *The Patient's View: Doing Medical History from Below*, *Theory and Society*, 14, 175-198.

tos y sorprendentes. Todo ello significa que no podemos continuar por más tiempo tan seguros de que sea correcto haberlas llamado enfermedades del continente. Este asunto es, por lo tanto, análogo al debate profesional y público acerca de la economía política del hambre africana (9). El Cuarto Jinete del Apocalipsis cabalga para matar con todos los medios a su alcance: con la espada, con el hambre y con la pestilencia. La historia, en rápida transformación, de la salud y la medicina en África puede contener lecciones para la historia, también en rápida transformación, de la alimentación en ese continente.

II

La vieja división del trabajo era simple y clara. Los médicos atendían a los enfermos; los antropólogos recogían las creencias y prácticas médicas curiosas de los africanos; y los historiadores hacían la crónica del aplastamiento del débil e ineficaz mundo de la medicina «tradicional» mediante los fármacos y conceptos de medicina alopática. Por ejemplo, cuando se afrontó la conquista de la malaria en la década de 1950 hubo un único propósito, y para nada se cuestionó su éxito final (10). (El agente que entonces se consideraba conseguiría la victoria definitiva era el D.D.T., aunque su accidentado historial subsiguiente habla por sí solo). El lenguaje militar impregna una literatura triunfalista y «Whiggish» (11). En ningún otro área se veían de modo tan penetrante y vívido las diferencias entre las civilizaciones europeas y africanas; en ningún otro área la presencia europea aparecía tan transparentemente inocua.

-
- (9) BALL, N. (1976). *Understanding the Causes of African Famine*, *Modern African Studies*, 14; SHEPHERD, J. (1975). *The Politics of Starvation*, Washington; JACKSON, T. con EADE, D. (1982). *Against the Grain: The Dilemma of Project Food Aid*, Oxford; TIMBERLAKE, G. (1985). *Africa in Crisis*, London; SEN, Amartya (1981). *Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation*, Oxford (reproducido con correcciones en 1982). Para una discusión general sobre las implicaciones de la tesis de Sen en África, cf. RICHARDS, P. (1983). Ecological Change and the Politics of African Land Use, *African Studies Rev.*, 26, pp. 46-47. Para una aplicación de prueba de la tesis de Sen a un caso africano, cf. VAUGHAN, M. (1987). *The Story of an African Famine: Gender and Famine in Twentieth-Century Malawi*, Cambridge.
- (10) RUSSELL, P. F. (1955). *Man's Mastery of Malaria*, Oxford.
- (11) Cf., por ejemplo, DOWLING, H. F. (1977). *Fighting Infection: Conquests of the Twentieth Century*, Cambridge, Mass.

Pero el médico San Jorge traía en sus alforjas otras cosas cuando atacaba a los microbios. La más importante era la inferencia de que otros aspectos del colonialismo europeo eran tan bien intencionados, tan valiosos (y por lo tanto tan legítimos) como su medicina. Este mensaje fue explícitamente usado por los misioneros médicos para promover su evangelización del África anglófona y, explícitamente, por los portugueses para fortalecer su imperio a lo largo de todo su capítulo colonial africano (12). Ahora bien, el prestigio del status profesional significaba que la medicina, como el derecho, podía conferir también poder a los primeros anticolonialistas. Se desarrolló, en consecuencia, bajo ambas formas (13).

Tres rasgos de la medicina alopática, además de la bandolería de balas mágicas, hicieron que su poder fuera incontrovertiblemente preciso. En primer lugar, junto con la polifarmacia, se había superado el diagnóstico multicausal (diferente del multifactorial). El diagnóstico monocausal, reductivo y físico ayudaba al médico a elegir el objetivo y a disparar a continuación la bala adecuada. En segundo, y de modo contingente, este tratamiento estaba libre de valores. El nivel social del paciente, su estado espiritual, sus sentimientos u opiniones de cualquier clase más allá de lo más trivial, eran irrelevantes para la curación. Un paciente era la suma de muchas y complejas partes. En tercero, este tratamiento era somático y, por definición, reactivo a una enfermedad preexistente que había sido detectada.

Tal como René Dubois expresó en su influyente libro *Mirage of Health*, el dios Asclepio, quien curaba al individuo enfermo en el antiguo panteón griego, precedió a la diosa Hygieia, cuyo campo era el mantenimiento de la salud pública y, por lo tanto, la prevención (mediante la acción general y comunitaria) de las enfermedades somáticas, más que su curación. Las cualidades que habían quedado firmemente grabadas eran las del dios, no las de la diosa (14). Dubos fue uno de los primeros en argüir que este orden de

(12) PRINS, G. (1980). *The Hidden Hippopotamus: Reappraisal in African History: The Early Colonial Experience in Western Zambia*, Cambridge, p. 197; RANGER, T. O. (1981). Godly Medicine: The Ambiguities of Medical Mission in S. E. Tanzania, 1900-1945. En: JANZEN, J.; PRINS, G. (eds.). *Causality and Classification in African Medicine and Health [Social Science and Medicine, 15, número especial]*, pp. 261-277.

(13) Sobre la profesionalización del conocimiento médico, el texto básico es FREIDSON, E. (1970). *Profession of Medicine*, Nueva York. Dentro del contexto imperial, JOHNSON, T. J. (1973). Imperialism and the Professions. En: HALMOS, P. (ed.) *Professionalisation and Social Change*, Keele, pp. 281-309. Esta idea está expuesta en LAST, M.; CHAVUNDUKA, G. (eds.) (1986). *The Professionalisation of African Medicine*, Manchester, p. 10.

(14) DUBOS, R. (1960). *Mirage of Health: Utopias, Progress and Biological Change*, London, p. 109.

precedencia era incorrecto. En la medida en que la historia de la epidemiología fue indagada de modo más penetrante y, notablemente mediante el esfuerzo de Tom McKeown, fue mejor conocida, se erosionó la hasta entonces confiada adscripción a la quimioterapia, de la primacía en la reducción de las enfermedades infecciosas a lo largo de la historia europea: las fechas no concordaban. Enfermedad tras enfermedad, el declive había comenzado antes de la era farmacológica (15).

Así que en buena parte de la teoría médica reciente, aunque todavía no tanto en la práctica médica de la sociedad industrial, se ha incrementado el capital de Hygieia. Se trataba, en cualquier caso, de una respuesta lógica al conocido tránsito de las enfermedades microbianas e infecciosas a las enfermedades causadas provocadas por el ambiente y a las degenerativas. Al extraerse el aguijón de las antiguas epidemias, su magia también desapareció. Durante la mayor parte de los años centrales del siglo XX, el cáncer era la enfermedad que imponía respeto, y constituía un símbolo y una amenaza similar a la tuberculosis cien años antes. Sin embargo, la llegada del SIDA disputa la corona al cáncer (16).

Pero en el anticuado entorno morbosos del África colonial, podía percibirse a Hygieia de forma bien distinta. Allí muchos africanos la veían como la «puta» de los colonialistas. Ordenes del comisario del distrito, basadas en presupuestos perfectamente razonables de salud pública, tales como que se excaven aquí los hoyos de las letrinas; que se encierre allí al ganado en rediles, que se drene el agua estancada acullá para detener la reproducción de mosquitos; que, al objeto de impedir que los insectos encuentren un lugar de descanso, no se sitúen los cultivos cerca de las casas; que las casas sean fumigadas obligatoriamente con D.D.T., etc.; se consideraban en el África rural entre los entrometimientos más graves. De hecho, por lo que he oído en Zambia, me consta que la toma de este tipo de medidas de salud pública por el gobierno de Rodesia del Norte, jugó el mismo papel movilizador de la dormida conciencia campesina, que el desempeñado por las medidas de conservación del suelo y de selección de ganado en el caso de Kenia, que

(15) McKEOWN, T. (1979). *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?*, Oxford, capítulos III-VIII.

(16) SONTAG, S. (1979). *Illness as Metaphor*, London; SALZBERGER, R. C. (1976) Cancer: Assumptions and Reality Concerning Delay, Ignorance and Fear. En: LOUDON, J. B. (ed.). *Social Anthropology and Medicine*, London (A. S. A. Monograph n.º 13), pp. 150-189; SONTAG, S. (1988). AIDS as Metaphor, *New York Rev. Bks.*, 16, 27 octubre, pp. 89-99.

está mejor documentado (17). En el ámbito industrial y comercial, los exámenes previos de selección, las inoculaciones y las reglamentaciones de los poblados mineros, o las investigaciones médicas acerca, precisamente, de qué mínima cantidad de comida (y acompañada de qué aditivos de oligoelementos) era necesaria para soportar un trabajo duro sin fallo cardíaco, pero con el máximo rendimiento, en una plantación de azúcar de Natal, constituían los apuntalamientos esenciales del sistema de contratación laboral en el sur de África (18).

Por lo tanto, a pesar de que a primera vista parezca lo contrario, la naturaleza intensamente política de la provisión de salud pública tanto en el África rural como urbana sirve para erosionar más la primacía independiente que detentó Asclepio. Ello también anuncia una de las nuevas ideas más fecundas integrantes de la gran transformación actualmente en marcha: que una vez reconocida la naturaleza política del hecho de tomar decisiones médicas en África, es posible dismantelar los muros conceptuales que anteriormente separaban la medicina del resto de la vida. Entonces los costes sociales de actividades productivas podrían calcularse tan abiertamente como los materiales. De este modo, parte del coste de construcción de un ramal ferroviario hasta las producciones agrícolas en el oeste de Tanzania se paga con el incremento de la mortalidad perinatal, que es, en sí mismo, el resultado del aumento de las demandas sobre el tiempo de la mujer, con su consiguiente stress (19); los proyectos de «desarrollo» colonial en el norte de Ghana y la

- (17) PATTERSON, K. D.; HARTWIG, G. W. (1978). The Disease Factor: An Introductory Overview. En: HARTWIG, G. W.; PATTERSON, K. D. (eds.). *Disease in African History: An Introductory Survey and Case Studies*, Durham, N. C., especialmente pp. 11-18; para un caso africano occidental de medidas de salud pública intrusivas, cf. DUNN, J.; ROBERTS, A. F. (1973). *Dependence and Opportunity: Political Change in Ahafo*, Cambridge, pp. 96-121; para la política de conservación del suelo en Kenia, cf. ANDERSON, D. (1984). Depression, Dust Bowl, Demography and Drought: The Colonial State and Soil Conservation in East Africa during the 1930s, *African Affairs*, 83 (julio), pp. 321-343; y TROUP, D. (1988). *Economic and Social Origins of Mau Mau, 1945-53*, Columbus.
- (18) ONSELEN, C. van (1976). *Chibaro: African Mine Labour in Southern Rhodesia, 1900-1933*, Londres, pp. 39-60; MARKS, S.; ANDERSON, N. (en prensa). Industrialisation, Rural Health and the 1944 National Health Services Commission in South Africa. En: FEIERMAN, S.; JANZEN, J. (eds.). *Health in Africa*; observaciones del autor, Wenela Eloff St. Depot, Johannesburgo, 24 abril 1975; LAMONT, N. McE. (1973). A Possible Form of Acute Cardiomyopathy as Encountered in Sugar Cane Field Workers in Tongaat, Natal, *South African Medical J.*, 24 febrero, pp. 311-315, citado por FEIERMAN, S. (1985). Struggles for Control: The Social Roots of Health and Healing in Modern Africa, *African Studies Rev.*, 28, p. 115.
- (19) FEIERMAN (1985), *op. cit.* en nota 18, pp. 99-101.

presión creciente para utilizar la tierra de las laderas del río pagó como precio un aumento de la oncocercosis (ceguera de los ríos) (20); parte del coste de los embalses de producción de energía y de regadío se paga con aumentos de la esquistosomiasis; una gran parte del coste de las minas de oro de Sudáfrica consistió en la introducción masiva de la tuberculosis en las zonas africanas de reclutamiento (21); parte del coste del crecimiento urbano de Zambia se paga, en el seno de los barrios periféricos de chabolas, en malnutrición infantil que es el resultado, no de una escasez absoluta de comida, sino del declive, inducido culturalmente, de la lactancia materna, y de la degradación de la dieta, que acaba basada en bebidas gaseosas y pan de tienda. Especialmente cuando va asociado a una privación fetal temprana y a una mielinización imperfecta del cerebro en desarrollo, el coste puede ampliarse al retraso mental, quizá a gran escala (22). Para dar nombre a estos resulta-

- (20) PATTERSON, K. D. (1978). River Blindness in Northern Ghana, 1900-1950. En: HARTWIG; PATTERSON (eds.), *op. cit.* en nota 17 p. 109; RICHARDS (1983), *op. cit.* en nota 9, p. 22.
- (21) PRINS, G. (1979). Disease at the Crossroads: Towards a History of Therapeutics in Buluzi since 1876, *Social Science and Medicine*, 13, p. 297 [una versión abreviada aparecerá en FEIERMAN; JANZEN (eds.) (en prensa), *op. cit.* en nota 18]; PACKARD, R. M. (1990). *White plague, black labor: tuberculosis and the political economy of health and disease in South Africa*, Pietermaritzburg-London; una aportación inicial del mismo autor fue el «working paper» presentado a la African Studies Association, Boston, Mass. en 1983 bajo el título «Industrialisation, Rural Poverty and Tuberculosis in Southern Africa».
- (22) JELIFFE, D. B. y E. F. P. (1977). Breast Feeding: A Key Measure in Large Scale Disaster Relief, *Disasters*, 1, pp. 199-203; información del autor procedente del personal que participó en un sondeo no publicado sobre nutrición en los poblados en torno a Lusaka, 1980. Pero nótese que se están tomando algunas precauciones. La base fisiológica de estas relaciones continúa siendo investigada. Cf. SHOEMAKER, W. J.; BLOOM, F. E. (1977). Effects of Under Nutrition on Brain Morphology. En: WURTMAN, R. J. y J. J. (eds.), *Nutrition and the Brain*, vol. II, Nueva York, pp. 185-186. No se logró encontrar nada significativo en la búsqueda practicada al objeto de constatar retrasos mentales, en la mejor fuente de información de todos los tiempos de que disponemos en relación a una hambruna —una hambruna europea moderna provocada por el hombre. Cf. SVEIN, Z.; SUSSER, M.; SAEMGER, B.; MAROLLA, F. (1975). *The Natural Experiment: Famine and Human Development: The Dutch Hunger Winter, 1944-45*, Nueva York. Sin embargo, cuando, tal como es común en el mundo pobre y no lo era en el caso en Holanda, el estado nutritivo basal de la madre, sobre todo durante su infancia, sea deficiente, hay ciertamente un «efecto sombra» en la generación siguiente, que se pone de manifiesto por alteraciones del sistema nervioso central. Además existen pruebas para defender la hipótesis de Lusaka a partir de otros lugares en el mundo pobre. Cf., por ejemplo, el caso guatemalteco estudiado por WILSON, A. B. (1981). Longitudinal Analysis of Diet, Physical Growth, Verbal Development and School Performance, en BALDERSTON, J. B.; WILSON, A. B.; FREIRE, M. E.; SIMONEN, M. S. (eds.). *Malnourished Children of the*

dos inintencionados de «desarrollo» se han introducido en el vocabulario los torpes neologismos de «coloniogénico» y «desarrollogénico» (23). El refinamiento de los análisis de Steven Feierman sobre estos costes sociales pone de manifiesto claramente lo que antes no veíamos y, consecuentemente, suscita con igual prominencia las cuestiones relativas al examen del comportamiento de terapeutas y pacientes en el estudio de la salud en África. Completará así la destrucción de la imagen de imparcialidad política de la medicina alopática y estrechará la unión entre la epidemiología laboral y el estudio de la economía política del colonialismo (24).

Al mencionar esta crítica, es importante resaltar que su ataque a la medicina alopática no es indiscriminado. Calcular los costes de producción en términos de mala salud no significa descontar el valor o significado del tratamiento individual. En todo el África sub-sahariana se pone de manifiesto la forma entusiasta en que, cuando se les dio la oportunidad (normalmente a través de hospitales de misiones), los habitantes del África rural asumieron aspectos de la medicina alopática desde la época de su más temprana introducción. Se trataba de productos y actuaciones —curativos— «propios de Asclepio», particularmente los analgésicos y los recursos de la cirugía en enfermos agudos, sobre todo la obstetricia. Sin embargo, lo que dejó perplejos a muchos misioneros médicos fue que este alivio visible, frecuentemente espectacular, de la aflicción no dio paso al dominio total de las ideas de las que brotaba. Volveré a este problema en la sección final del artículo.

III

He señalado con anterioridad que fue a raíz de la eficacia de sus tratamientos cuando la medicina alopática desarrolló más la confianza en sí

Rural Poor: The Web of Food, Health, Education, Fertility and Agricultural Production, Boston, Mass., pp. 39-81.

(23) HUGHES, C. C.; HUNTER, J. M. (1970). Disease and 'Development' in Africa, *Social Science and Medicine*, 3, 443-493.

(24) FEIERMAN (1985), *op. cit.* en nota 18. Debe añadirse que el historial de medidas coloniales de salud pública no es un rotundo fracaso, incluso cuando así lo parezca a partir de las pruebas de que actualmente disponemos. Un buen ejemplo lo proporciona la mejoría sustancial de la salud de los habitantes de Accra, en comparación con los indicadores de salud de las zonas rurales del interior, que se derivó de la introducción de un suministro de agua mediante tuberías. Cf. PATTERSON, K. D. (1979). Health in Urban Ghana: The Case of Accra, *Social Science and Medicine*, 13, 251-268.

misma. Pero antes de la articulación de la hipótesis de Feierman, la imagen autoconfiada de la «medicina de Asclepio» ya se había mellado de otra forma. En contraste con el tratamiento individual, existe una evidencia creciente acerca del fracaso conceptual de sus intentos de controlar las epidemias mediante campañas. A lo largo de este siglo, los servicios médicos gubernamentales, tanto coloniales como postcoloniales, se han esforzado por romper las garras de la malaria, tripanosomiasis (enfermedad del sueño), oncocercosis, viruela y, en menor escala, tuberculosis y sífilis, mediante grandes campañas.

Estas campañas estaban dirigidas de modo intensivo al vector (especialmente en el África anglófona en el caso de las tres principales enfermedades transmitidas por las moscas), o —cuando en el último par de décadas de dominio colonial, concluyó el siglo de la quinina como el único agente efectivo indiscutible contra los microorganismos, particularmente con la llegada de los antibióticos— a través de medidas de profilaxis aplicadas a la población de riesgo y de campañas obligatorias de vacunación o inoculación. La más ambiciosa de ellas fue la tentativa belga, desde 1926 hasta el hundimiento de su imperio en 1960, de vacunar contra la enfermedad del sueño a la *totalidad* de la población del Congo. Pero esta campaña resultó trágicamente difícil de mantener en presencia de desorden social. En 1959, los belgas examinaron y trataron exitosamente con pentaminida al 70% de la población humana. Tuvieron una tasa de 0,006 por ciento de nuevos casos. En 1960, durante la guerra civil, sólo llegaron a tratar al 2% de la población. Sobrevino una epidemia de la enfermedad del sueño (25).

La norma británica, como ya se ha apuntado, consistía en reforzar los cambios en el comportamiento cotidiano de la gente (notablemente en la guerra contra el mosquito de la malaria) (26). Todas estas campañas fueron concebidas y percibidas como las mejores soluciones técnicas disponibles entonces (dentro de los límites, a menudo bastante estrechos, de coste) para las amenazas de epidemias cuya presencia era manifiesta. No conferían gran prioridad a la comprensión de porqué el problema en sí mismo se presentaba de aquella forma, ni al hecho de preguntarse si el control de las epidemias que aplicaban los indígenas podía enseñarles algo. Cuando la epidemiología histórica comenzó a trabajar en esta línea, se hicieron patentes algunas de las razones de los fracasos; y éstas no eran puramente técnicas. Se trataba de razones sociales y políticas.

(25) FORD, J. (1971). *The Role of the Trypanosomiasis in African Ecology: A Study of the Tsetse Fly Problem*, Oxford, pp. 471-474.

De hecho, tuvo que ser no un académico profesional sino un entomólogo jubilado con una larga y distinguida carrera profesional en el servicio colonial británico de control de la mosca tse-tse, quien escribió el libro que constituye no sólo el relato definitivo del ataque colonial a la tripanosomiasis, sino también uno de los grandes trabajos de los últimos 20 años en el ámbito de los estudios africanos. «Desgraciadamente», escribió John Ford en *The Role of the Trypanosomiasis in the African Ecology*, «con muy pocas excepciones, a los hombres y mujeres relacionados con la expansión imperial en África les era psicológicamente imposible creer que sus propias acciones eran casi siempre las responsables de los múltiples desastres en que se veían envueltos a sí mismos» (27). El descubrimiento de cómo ocurría esto, a veces conscientemente, la mayoría de las veces no (por la razón mencionada por Ford), ha constituido un objetivo prioritario de los historiadores, como resultado de esa transformación de perspectiva que John Ford más que nadie contribuyó a iniciar. Pero otro ímpetu fundamental surgió de una fuente diferente. La historia del «intercambio colombino» entre Europa y Latinoamérica mostró cómo, a partir de 1530, los agentes patógenos no autóctonos produjeron un aniquilamiento de los amerindios muy superior al que podrían haber ocasionado los *conquistadores*. Las estimaciones sobre la escala y la velocidad del declive de población en el México central son catastróficas (90 por ciento en los 50 años siguientes a la llegada de Cortés) y pueden parangonarse únicamente con las predicciones sobre las consecuencias a medio plazo de una guerra nuclear (28). El ejemplo es irresistible por su horror. Desarrollándolo, W.H. McNeill promovió la opinión de que, en la expansión europea, los gérmenes de las enfermedades eran los acompañantes habituales del «macroparasitismo» consistente en la depredación por el hombre, de otras sociedades humanas mediante la fuerza armada de unos agresores previamente entrenados en esas enfermedades. Sus dos libros sobre la historia global de la enfermedad y de la guerra se presentan, por lo

(26) Cf., por ejemplo, MANSELL-PROTHERO, R. (1965). *Migrants and Malaria*, Londres; BRUCE-CHWATT, L. J. (1974). Recrudescence of Malaria and its Control, *Jl. Tropical Medicine and Hygiene*, 77, supplem., 62-66; DUTTA, H. M.; DUTT, A. K. (1978) Malaria Ecology: A Global Perspective, *Social Science and Medicine*, 12, 69-84; DAWSON, M. (1979). Smallpox in Kenya, 1880-1920, *ibidem.*, 13, 245-250; FORD, J. (1979). Ideas Which Have Influenced Attempts to Solve the Problem of African Trypanosomiasis, *ibidem.*, 13, 269-275.

(27) FORD (1971), *op. cit.* en nota 25, p. 8.

(28) CROSBY, A. W. Jr. (1972). *The Columbian Exchange: Biological and Cultural Consequences of 1492*, Westport; McNEILL, W. H. (1976). *Plagues and Peoples*, London, p. 189.

tanto, como una única historia (29). Los autores marxistas y nacionalistas, en particular, emplearon tales ideas para sugerir que el lastre de enfermedad de África se había incrementado como resultado directo de la invasión. El ejemplo más esclarecedor fue el de la gran epidemia de *rinderpest* de 1896, que barrió África desde Eritrea a El Cabo y que, mediante la destrucción de sus reservas, contribuyó al debilitamiento de algunas sociedades africanas en vísperas de la conquista europea (a pesar de que, por lo menos en un caso, hizo precisamente lo contrario) (30). Pero este argumento lineal no es tan penetrante como el de Ford y, aunque válido hasta un punto, se ve en último término remplazado por aquél. Ello queda bien demostrado en su sutil argumento de que la *rinderpest* fue igualmente significativa en su relación sinérgica, no vista hasta ahora, con otras epizootias, cuyo camino preparó (31).

Ford había disentido del saber convencional en el servicio científico colonial donde trabajaba, según el cual la mosca tse-tse no era sino una tribulación más de las enviadas por Dios a África, a cuya difusión contribuía la tozuda incompetencia de la agricultura campesina. En su lugar había argu-

-
- (29) McNEILL (1976), *op. cit.* en nota 28; McNEILL, W. H. (1982). *The Pursuit of Power: Technology, Armed Force and Society since A.D. 1.000*, Chicago, pp. vii-viii. Este trabajo ha estimulado una renovación fundamental de los estudios sobre el imperialismo. La expansión biológica de Europa, se ha argumentado últimamente, puede con creces superar en importancia, en un número mayor de lugares, al «clásico» mecanismo consciente de armas de fuego y barcos de vela, estados y explotación. Cf. CROSBY, A. W. (1986). *Ecological Imperialism: The Biological Expansion of Europe, 900-1900*, Cambridge.
- (30) [*Rinderpest* (del alemán *Rinder*: ganado vacuno, y *Pest*: peste) = peste maligna y contagiosa del ganado vacuno. N. T.] Para las relaciones entre la *rinderpest* y la conquista, cf. LONSDALE, J. (1985). The European Scramble and Conquest in African History. En: OLIVER, R.; SANDERSON, G. N. (eds.). *The Cambridge History of Africa, VI: 1870-1905*, Cambridge, pp. 688-692; ONSELEN, C. van (1972). Reactions to Rinderpest in Southern Africa, 1896-7, *Jl. African Hist.*, 13, pp. 473-488. Para una tajante afirmación de que los años 1890 fueron un desastre absoluto, cf. VAIL, L. (1983). The Political Economy of East/Central Africa. En: BIRMINGHAM, D.; MARTIN, P. M. (eds.), *History of East Africa*, London, vol. II, p. 205. Para un pueblo que fue auténticamente aplastado, cf. WALLER, R. (1976). The Massai and the British, 1895-1905: The Origins of an Alliance, *Jl. African Hist.*, 17, 529-553. Para un reino que resulto fortalecido, cf. PRINS (1980), *op. cit.* en nota 12, pp. 85-87.
- (31) La cuestión es que debía haber sido al revés, ya que la peste del ganado mató con feroz esmero los vectores animales de la tripanosomiasis. Cf. FORD, J. (1971), *op. cit.* en nota 25, pp. 122-140, 191-193, 296-300. Una aguda disección del debate entre la escuela de «insalubridad creciente» y otras la ofrece RICHARDS (1983), *op. cit.* en nota 9, pp. 14-21.

mentado que el control colonial de la mosca tse-tsé había producido un daño inconsciente, por más que este daño fuera secundario a las consecuencias del desorden político, pues añadía que la destrucción de los estados africanos pre-coloniales durante la carrera colonial por África había sido una causa primordial de la ampliación, inmediatamente después, del terreno infestado por la mosca: «Si es posible señalar un factor individual que asegurara la destrucción del antiguo equilibrio ecológico, éste fue la imposición de fronteras internacionales para remplazar las zonas limítrofes. Los mecanismos de ajuste proporcionados por el *grenzwildnis* (yermo fronterizo) fueron sustituidos por el teodolito del topógrafo y la pluma del abogado» (32). Ahora bien, el hecho es que apenas sabemos en la actualidad nada acerca de la interacción de la demografía, el clima, la ecología y la enfermedad en el África anterior al siglo XIX. Tampoco conocemos sus épocas de abundancia y de hambruna al nivel que de ellas tenemos noticia para Europa (33). Sin embargo, la imagen fracturada que puede obtenerse del ensamblaje de los fragmentos suministrados por los datos arqueológicos, particularmente el análisis de los pólenes (34), basta para mostrarnos una larga historia de fluctuaciones climáticas, especialmente en la porción de África que queda al sur del ecuador, que tuvieron que producir largas secuencias de sequías y lluvias discontinuas en el pasado lejano, de la misma forma que hemos visto en el siglo XX (35). En el África del oeste observamos niveles de población que parecen haber sido consistentemente bajos en relación con los recursos y que requieren más estudio que las meras teorías de Malthus para explicarlas (36). En la costa atlántica del África central, el manejo sofisticado de fuentes literarias nos lleva a una conclusión similar, al sugerir que la población no se diezmó por el tráfico de esclavos, que de hecho fue resistente a ese ataque, pero que se encontraba desde el principio a niveles considerablemente más bajos de lo que se creía hasta ahora (37).

(32) FORD (1971), *op. cit.* en nota 25, p. 145.

(33) LE ROY LADURIE, E. (1971). *Times of Feast, Times of Famine: A History of Climate since the Year 1000*, New York; LAMB, H. H. (1982). *Climate History and the Modern World*, London.

(34) LIVINGSTONE, D. A. (1971). Speculations on the Climatic History of Mankind, *American Scientist*, 54, 334-335; KENDALL, R. L.; LIVINGSTONE, D. A. (1967). Paleoecological Studies on the East African Plateau. En: *Congrès panafricain de préhistoire, Dakar*, pp. 386-389; RICHARDSON, J. L. y A. E. (1972). History of an African Rift Lake and its Climatic Implications, *Ecological Monographs*, 41, 530-532.

(35) LAMB, H. H. (1966). Climate in the 1960s, *Geog. J.*, 132, 183-212.

(36) HOPKINS, A. G. (1973). *An Economic History of West Africa*, London, pp. 14-15.

(37) THORNTON, J. (1977). Demography and History in the Kingdom of Kongo, 1550-1750, *Jl. African Hist.*, 18, 507-30.

No es mucho, en relación al tamaño de lo desconocido, pero sí lo suficiente para sugerir que sería imprudente creer que el África pre-colonial estaba libre de catástrofes, de mortalidad perinatal o de enfermedades epidémicas; que, de alguna forma, antes de que llegaran los europeos, se trataba del «África feliz» (38). Es importante recordar que nuestra ignorancia probablemente encubre sufrimientos tanto como prosperidad. Hacerse, por tanto, otro tipo de suposiciones (tal y como, por razones comprensibles, hace el libro de John Ford), es erróneo porque está a nuestra disposición en su terrible esplendor, la historia, bien documentada, de los estragos causados por el impacto colonial. La llegada de los europeos sólo fue un episodio en la historia africana. Sus características no *implican* nada acerca de la totalidad de lo que la precedió, a pesar de que a veces, como con la ayuda de Ford, esta llegada nos posibilite *ver* algo. Con ojo avezado, John Ford demostró la ingeniosidad y el éxito de la defensa frente al ataque microorgánico de una enfermedad decisiva, al mejorar nuestra comprensión acerca del control por los africanos de la enfermedad del sueño en África. Desarrollando los hallazgos de su predecesor en la década de 1920 C.F.M. Swynnerton, se hizo patente, caso tras caso, que los medios de control dependían del mantenimiento de una tensión dinámica entre la tierra cultivada y el yermo (39).

Shoshangane de Gaza ordenó a su pueblo congregarse a su alrededor en el despoblado de moscas tse-tsé del valle Mzilizwe. Se desbrozó el despoblado, se cultivó la nueva tierra (que de esa forma se mantuvo limpia), pero se dejaron deliberadamente sin desbrozar varias extensiones amplias. Se confinó en ellas a los animales salvajes, de modo que cuando salían fuera eran cazados. Guardas de caza controlaban sus movimientos. La mosca tse-tsé desapareció. El hijo de Shoshangane, Gungunyana, sucedió a su padre en 1885, pero fue conducido hacia el sur por los portugueses y se le forzó a evacuar Gazaland en 1889. El control finalizó, la caza desbordó los límites fijados y la zona volvió a reinfestarse (40). «A lo largo del África tropical, las

- (38) Esta expresión fue acuñada en contraste con el más difundido estereotipo del «África Primitiva» y con la intención de desacreditar ambos. Cf. HOPKINS (1973), *op. cit.* en nota 36, p. 10.
- (39) SWYNNERTON, C. F. M. (1921). An Examination of the Tsetse Problem in North Mosurisse, Portuguese East Africa [Moçambique], *Bull. Entomological Research*, 11, 315-385, especialmente las secciones vii y x.
- (40) FORD (1971), *op. cit.* en nota 25, pp. 333-336, dando cuenta de lo dicho por SWYNNERTON (1921), *op. cit.* en nota 39. Se recoge también una historia paralela para Shinyanga, el dominio más meridional de los Sukuma en Tanzania (pp. 189-90). Un ejemplo com-

epidemias, epizootias y hambrunas que caracterizaron los primeros años de este siglo y, a su vez, desencadenaron las epidemias y epizootias de tripanosomiasis durante las décadas de 1920 y 1930 fueron consecuencia de la desarmonía *ecológica, política y parasitológica* [la cursiva es mía] causadas por los acontecimientos imprevistos que acompañaron al impacto colonial... no fue *pax* sino *bellum*, un estallido de guerra biológica a gran escala, no menos terrible para sus víctimas por el hecho de que éstas sólo vagamente percibirían su causa» (41).

Los factores ecológicos, políticos y parasitológicos constituyen un conjunto sin conexión lógica inmediatamente evidente para el ojo científico. De hecho, la descripción de Ford se parangona en África de modo amplio y preciso, con las crónicas relativas a una percepción cultural africana de la resonante importancia simbólica que tiene la división física entre el despoblado y los campos, entre lo salvaje y lo cultivado; y semejante visión es similar a la que se dio en la Inglaterra preindustrial (42). En los ejemplos africanos, la tensión dinámica no dependía de teorías abstractas y universales sobre las medidas de control científico, sino del conocimiento preciso y particular de las dinámicas de la ecología local e, igualmente importante, de la habilidad para incidir en ella al desplazar animales o personas.

Los signos de advertencia se expresaban frecuentemente en lo que, para los forasteros, parecía ser una mezcla caótica de términos religiosos, políticos o propios de las redes de parentesco, sobre la salud de la tierra; y el éxito de las medidas preventivas dependía de acciones legimitadas y coordinadas que abrazaran también estos términos (43). Pero no debería sorprendernos que el bienestar ecológico resultara ser, junto a otros, un valor esencial de una cultura. El rey Lear en medio de la tormenta en el brezal no habría teni-

parativo lo ofrece la ruptura del control de la pleuro-neumonía bovina contagiosa en Zambia occidental, en 1915. En este caso, la epizootia estaba en relación, no con el derrumbamiento político de un estado, sino con la distorsión, que el comercio exacerbó, del dominio real —hasta entonces estricto— ejercido sobre el movimiento del ganado a través del control de los rebaños reales.

(41) FORD (1971), *op. cit.* en nota 25, p. 489.

(42) THOMAS, K. V. (1983). *Man and the Natural World: Changing Attitudes in England, 1500-1800*, London, pp. 192-194.

(43) SCHOFFELEERS, M. (ed.) (1979). *Guardians of the Land: Essays on Central African Territorial Cults*, Gwelo, pp. 2-4; SCHOFFELEERS (1978). *A Martyr Cult as a Reflection on Changes in Production: The Case of the Lower Shire Valley, 1590-1622*. En: BUIJTENHUIS, R.; GESCHIERE, P. L. (eds.). *Stratification and Class Formation: African Perspectives*, Leiden, pp. 19-33.

do dificultad en entenderlo así; como tampoco la audiencia elizabethiana al contemplarle (44).

Permítaseme, pues, recapitular el argumento desarrollado hasta aquí. Comencé por ofrecer imágenes, ampliamente difundidas, de África y de la medicina en África, todas las cuales, tal y como sugerí, eran gravemente deficientes. A la imagen de una medicina libre de valores se contrapusieron las nuevas investigaciones sobre los costes sociales de producción. A la imagen de un continente genuinamente insano, barrido por epidemias, se contrapuso la historia interactiva de los agentes patógenos, la conquista colonial y la ecología, tomando como hilo conductor el gran libro de John Ford sobre la tripanosomiasis (por más que el espectro de la recién llegada pandemia de SIDA se cierna siempre sobre esta historia). En la última parte del artículo, debemos volver a la pequeña escala, a la escala del paciente individual en este paisaje, y de esta forma abordamos, con él o ella, la búsqueda del tratamiento.

IV

Una noche, ya tarde, un hombre llamó a mi puerta en Zambia para pedirme que llevara a un señor mayor al dispensario de la misión en mi Land Rover, para visitar a un paciente enfermo. Al día siguiente por la mañana fui severamente reprendido por la monja zambiana del dispensario por haberme implicado en la introducción de un médico-brujo en sus salas. Era norma del dispensario que cualquier paciente internado que tuviera tratos con la medicina «tradicional» sería expulsado de modo sumario. Por lo tanto, puesto que en su opinión era mi culpa, la monja me indicó igualmente que llevara al paciente de vuelta a casa, ¡junto con el médico-brujo!. Fue una introducción memorable a la concepción, fuerte y omnipresentemente arraigada, de que la medicina «moderna» y la «primitiva» son absolutamente incompatibles. Aunque esta visión está presente como una asunción incontrovertible, y por lo tanto indiscutible, en la historia más clásica y medicocéntrica de la medicina en África, el lado del paciente de mi pequeña aventura, hasta ahora desechado, forma una parte igualmente válida de la

(44) TILLYARD, E. M. W. (1943). *The Elizabethan World Picture*, London; DANBY, J. F. (1961). *Shakespeare's Doctrine of Nature: A Study of King Lear*, London, pp. 43 y ss.

experiencia. Ahora bien, una vez aceptado esto, se plantean de modo inmediato retos asombrosos. El primero tiene que ver con los testimonios: sabemos que el entorno médico africano es pluralista, al contener muchas variedades de tratamiento, y que episodios como aquél en el que me vi involuntariamente envuelto, son comunes. Pero, ¿cómo observamos y registramos semejante proceso? El segundo es analítico: ¿qué tienen las personas en su mente cuando hacen este tipo de cosas?

La solución al primer problema abre las puertas a una reconsideración del segundo, al proporcionar un cuerpo suficiente de datos relevantes. Tal solución fue encontrada por John Janzen en el bajo Zaire durante su trabajo de campo en la década de 1960, y propuesta en 1978 en el libro individual que más ha influido en la reciente transformación de los estudios sobre la salud y la curación en África (45). *The Quest for Therapy in Lower Zaire* tejió, en primer lugar, un tapiz histórico de todas las diferentes opciones terapéuticas, de las hebras que en el bajo Zaire han constituido el tejido del pluralismo médico a lo largo del siglo XX. Luego, ayudado por un colega médico capacitado para hacer una valoración patológica de las afecciones de cada paciente en cada momento —contando así con esa referencia externa— Janzen siguió y observó minuciosamente muchos episodios de enfermedad. En este libro se presentan seis casos representativos. Puesto que cada paciente iba en busca de alivio, Janzen pudo establecer con precisión cuándo y bajo qué condiciones el paciente cambiaba de una a otra de las cuatro tradiciones terapéuticas contemporáneas. A estos sistemas terapéuticos los llamó: «el arte del *nganga*» (especialista en terapia africana), la terapia de parentesco, la purificación e iniciación, y la medicina occidental.

Estaba muy claro que los individuos afectados no tomaban decisiones por sí solos. El o ella estaban apoyados por un grupo constituido por familiares, personas de similar posición y especialistas que, en diferentes momentos de la enfermedad, se responsabilizaban de los cambios de terapia (46). Juntos constituían lo que Janzen llamó «los directores de terapia».

Se trataba de signos de un entorno de débil profesionalización, típica de la situación colonial, donde los decretos contra la brujería, al igual que los comentarios despreciativos, forzaban a los sanadores africanos a la clandestini-

(45) JANZEN, J. (con la colaboración del médico W. ARKINSTALL) (1978). *The Quest for Therapy in Lower Zaire*, Berkeley.

(46) Los seis casos se dividen en distintos episodios y la identidad de quien toma las decisiones en cada episodio se presenta esquemáticamente. *Ibidem.*, pp. 132-133.

dad (47). Ahora bien, este panorama ha cambiado en los últimos veinte años. La profesionalización de la medicina africana —la creación de asociaciones de sanadores tradicionales, su participación en los servicios nacionales de salud, etc.— es parte de la política de independencia, cuando las nuevas meritocracias buscan consolidar las bases desde las cuales competir por el poder. Por consiguiente, de proseguir este proceso, quizás ocurra que disminuya el poder de los directores de terapia legos (48). Sin embargo, esto presupone que los usuarios estén dispuestos a admitir el control o bien que puedan ser forzados a ello, y ambas cosas resultan improbables. Es más, incluso si todas las opciones terapéuticas se burocratizan por igual, se mantendrá y habrá de administrarse este pluralismo fundamental.

Más allá del nivel organizativo, lo que los casos zaireños parecían mostrar era que el poder de la medicina alopática, especialmente de la cirugía, gozaba de un reconocimiento general, pero que el reto intelectual global de la alternativa científica permanecía bloqueado. Con todo, ello no suponía el rechazo de algunos de sus instrumentos conceptuales más poderosos, puesto que los sanadores africanos contaban con una amplia experiencia empírica en el terreno de las hierbas medicinales. Janzen y Arkininstall se las arreglaron para vivir una temporada con Nzoamambu, un maestro sanador, al objeto de observar sus prácticas y reunir un herbario detallado de su *materia medica*, para demostrar sus tesis más allá de cualquier duda (49). ¿Cómo podían coexistir estas ideas en conflicto? Janzen sugirió que ello era posible merced a la existencia de una clara jerarquía dentro de la cual la ciencia herbolaria empírica de un *nganga* permanece subordinada a sus poderes místicos.

Nzoamambu hizo un dibujo para ayudarle a comprender. En él se mostraba la relación entre la cabeza, el corazón y el vientre. El sanador explicó que iniciaba su diagnóstico con una hipótesis de causa natural y ascendía en la jerarquía de órganos del cuerpo, hasta culminar en el corazón. Si encontraba que el corazón —el «señor de la persona»— estaba afectado, sabía que debería buscar más allá del cuerpo físico del paciente, en las esferas social y sobrenatural, con el fin de encontrar la raíz de la enfermedad (50). Tanto el

(47) FEIERMAN, S. (1986). Popular Control over the Institutions of Health: A Historical Study. En: LAST; CHAVUNDUKA (eds.), *op. cit.* en nota 13, p. 206.

(48) Esta es la hipótesis de Murray Last. *Cf. Ibidem*, pp. 9-12.

(49) JANZEN (1978), *op. cit.* en nota 45, pp. 164-168, 243-249.

(50) *Ibidem*, pp. 158-159. Similar explicación me suministró Lingomba Mululu en 1977, en Zambia occidental. Harriet Ngubane subraya el carácter central del equilibrio en la norma Zulú de bienestar. *Cf. NGUBANE, H. (1977). Body and Mind in Zulu Medicine, New*

dibujo como la explicación recuerdan las etiologías médicas europeas de carácter popular y no-científico (51).

Esto, afirma el filósofo y antropólogo Ernest Gellner, marca la Gran Línea Divisoria. Todos los investigadores (y profesionales) deben decidir dónde se sitúan ante el problema suscitado: en este determinante principal de la constitución de la cultura, ¿hay o no distinción entre el modo científico y otros modos de pensamiento? (Esta pregunta, obsérvese, no es la misma que si hay diferencia entre las *sociedades* «tradicionales» y «modernas», la cual debe explicarse mediante los conceptos popperianos «abierto» y «cerrado» o mediante el relativismo cognitivo específico-cultural.) La cultura científica, según ha propuesto Gellner, se distingue de todas las demás por el entronizamiento de la verdad como juez final de los datos. Es la espada que mata al relativismo comprensivo, que divide las esferas de la existencia, y que permite la acumulación de inmensas cantidades de conocimiento efectivo al facilitar experimentos replicativos.

Este triunfo de la cognición es prerequisite para la creación de la sociedad industrial. Su corolario es una de las tres características que marcan la línea divisoria: 1) que en una cultura no-científica, la cognición no tiene «inmunidad diplomática», en palabras de Gellner. Esto se ilustró anteriormente al señalar cómo para Nzoamambu las esferas física, social y trascendente del cosmos interaccionan. Asociadas a ella se encuentran las dos restantes características: 2) que una cultura no-científica contará con una definición más amplia e insistente de «normalidad», la cual se define simultáneamente en términos *morales* y *cognitivos* que son específicos de la sociedad particular en cuestión; 3) que los «valores nucleares» (llamados por Gellner «cláusulas atrincheradas») que encapsulan esta noción, se difundirán y harán omnipresentes en la sociedad, y que así ocurrirá cuando las esferas de la vida física, social y espiritual estén débilmente demarcadas, porque entonces las ideas se aplicarán de modo general en todas estas esferas: la descripción de Gellner corresponde a una «escasa división cognitiva del trabajo» (52).

York. Otros investigadores han recogido ampliamente etiologías similares. Cf., por ejemplo, JANZEN, J.; PRINS, G. (eds.) (1981), *op. cit.* en nota 12. Comienza a ser un denominador común ampliamente compartido.

- (51) WEBSTER, C. (ed.) (1979). *Medicine and Mortality in the Sixteenth Century*, Cambridge; MACDONALD, M. (1981). *Mystical Bedlam*, Cambridge; THOMAS, K. V. (1973). *Religion and the Decline of Magic*, Harmondsworth.
- (52) GELLNER, E. (1974). *Legitimation of Belief*, Cambridge, pp. 161-164.

Es claro que he encontrado cada una de estas características empíricamente demostradas y, por lo tanto, aprecio en gran medida la descripción que Gellner hace de ellas (53). ¿Quiere ello decir, en consecuencia, que esta relación se mantiene a través de todas las escalas de tales sociedades? Si la aflicción del individuo debe a veces ser tratada a través de sus familiares, ¿puede la noción de salud como aspecto de esa definición especial de normalidad, extenderse a toda la sociedad? ¿Puede una sociedad estar enferma? ¿Puede un lugar caer enfermo? En caso afirmativo, ¿de qué enfermedades?

Desde el siglo XVII hasta comienzos del siglo XX la economía de una franja del África central, desde la costa atlántica ascendiendo por el río Zaire (Congo) hasta Malebo (Stanley) Pool, y hacia el norte hasta la cuenca del río Kwilu-Niari, estaba dominada por el vasto y complejo tráfico de esclavos, marfil y cobre, que se desplazaba del interior hasta la costa, y un tráfico de vuelta de importaciones europeas. En este área durante el mismo periodo de tiempo existió, primero en alza y luego en decadencia, uno de los más importantes cultos de curación africanos, de que tenemos evidencia. Se trataba de un «tambor de aflicción» llamado *Lemba* (54). *Lemba* se manifestaba en el individuo por medio de síntomas físicos tales como dolor abdominal y dificultad para respirar; pero éstos no lo distinguían particularmente de otros complejos de aflicción. Lo que lo hacía distinto era la identidad de quienes lo padecían. *Lemba* atacaba a la élite: jefes, jueces y, especialmente, quienes atendían las rutas de tráfico de larga distancia que atravesaban la región o quienes participaban en el tráfico. Para expulsar esta enfermedad, los sanadores de *Lemba* usaban objetos rituales, especialmente el tambor *Lemba*, el cual contenía medicinas mágicas y brazaletes que también poseían la fuerza de *Lemba*. Con frecuencia, estos objetos estaban ricamente decorados y solían representar motivos de conchas de cauri y flores de cuatro pétalos. Una reliquia material especialmente notable en este culto lo constituían pe-

-
- (53) Gellner ha escrito en dos ocasiones sobre esta materia, con ligeras variaciones entre ambos estudios. Cf. GELLNER, E. (1973). *The Savage and the Modern Mind*. En: HORTON, R.; FINNEGAN, R. (eds.). *Modes of Thought: Essays on Thinking in Western and Non-Western Societies*, London. Las cuatro características disintivas las presenta en p. 169. En *Legitimation of Belief* aparecen en p. 158. Actualmente ha situado este argumento dentro de una teoría más amplia del cambio histórico. Cf. GELLNER, E. (1988). *Plough, Sword and Book: The Structure of Human History*, London. Este argumento se recoge aquí esquemáticamente en pp. 21-23.
- (54) JANZEN, J. (1982). *Lemba, 1650-1930: A Drum of Affliction in Africa and the New World*, New York.

queñas estatuillas representando figuras masculinas y femeninas, cada cual con la insignia de *Lemba* y los brazos entrelazados de forma peculiar (55). Como dato adicional, a principios de siglo, un extraordinario misionero/etnógrafo sueco llamado Karl Laman, había dirigido la recogida mediante catequistas africanos de lo que se convirtió en un archivo de más de 20.000 páginas de datos culturales relativos a kiKongo, incluidos textos de curación *Lemba*.

Durante más de 10 años, John Janzen escudriñó los museos del mundo en busca de objetos relativos a *Lemba*, tradujo el «Laman» y otras fuentes, y construyó una taxonomía histórica del culto *Lemba*. Consiguió localizar las variantes regionales de *Lemba* en las sociedades acéfalas y segmentarias de la cuenca del río Congo (así como las variantes derivadas del mismo que fueron trasladadas por esclavos al otro lado del Atlántico), y ver que su ideología insistía en la eliminación del conflicto, especialmente entre sexos: el nombre, de hecho, derivaba de *lembikisa*, un verbo que significa «calmar». Los textos *Lemba* revelaban y las estatuillas mostraban muchísimas cosas acerca de las relaciones matrimoniales. Pero Janzen no lograba descubrir cuál era la enfermedad que *Lemba* supuestamente curaba hasta que, casualmente, superpuso un mapa del origen de los textos y objetos *Lemba* con otro de las rutas del tráfico de larga distancia. Ambos concordaban. Cada cosa comenzaba a situarse en su sitio. Los sacerdotes de *Lemba* practicaban a las puertas de los mercados, que eran los nudos económicos de la región. Su papel incluía la elaboración del ritual del mercado. El intercambio simbólico de bienes producidos en el lugar y bienes importados figuraba en las sesiones *Lemba*. Los sacerdotes de *Lemba* mantenían la paz en los mercados del bajo Zaire. Su status dependía de sus cualidades personales de integridad y pureza, no era hereditario. Los símbolos de pureza expresados por el concepto *Lemba* de sociedad virtuosa eran notables en los matrimonios *Lemba*, los cuales a su vez eran parte vital del control político de la rivalidad entre familias poderosas. Estas uniones matrimoniales por toda la región suministraban una forma de control de las rutas de tráfico. Proporcionaba un sistema *de facto* de gobierno a gran escala en una comunidad de sociedades igualitarias a pequeña escala. Pero la riqueza e influencia que adquirieron estas familias de traficantes trajo consigo la envidia y la malevolencia; y estos males pudieron hacer enfermar a los traficantes. Por lo tanto, el culto *Lemba* proporcionaba una forma de apaciguar conflictos de interés entre la activi-

(55) *Ibidem*, láminas 18, 19, 20, pp. 253-257.

dad, naturalmente competitiva y divisiva, del tráfico y el orden social del bajo Zaire: una forma de asegurar que la presencia entre ellos de un sistema de tráfico internacional masivo no destruyera las comunidades locales. *Lemba* protegía la salud de éstas, de la enfermedad del capitalismo (56).

V

Todo esto, me hago cargo, resulta a primera vista una visión incómoda como propuesta; ya que detrás parece estar al acecho la perspectiva de un destronamiento peor que el del médico triunfante en el África enferma: el del conocimiento universal por el particular. Si esto se aceptara, ¿qué queda entonces seguro? De hecho, como indicaba anteriormente, creo que esta dramática conclusión no está justificada. Pero, por más que no pueda aplicarse a nivel general de modo dogmático, es bueno que el análisis resulte incómodo, porque muestra que el conocimiento científico, estrecho e concentrado, de los agentes patógenos es simplemente menos *eficiente* que el conocimiento enraizado en las circunstancias sociales, ecológicas y médicas, tanto históricas como presentes, de África. De forma similar, se ha demostrado que lo mismo ha ocurrido con el conocimiento agrícola (57). Pero incluso siendo así, lo que importa es que la clase de problema que he tratado en la última parte de este artículo *es* amplia, aunque vagamente, percibida como una amenaza generalizada contra esa destreza intelectual de la cual los europeos se sienten más bien orgullosos. Adivino que por esta razón ha resultado difícil hacer progresos: mejor arrojar violentamente contra los africanos la reja de hierro de alguna, o de cualquier, teoría general de la sociedad, que dar la impresión de conceder igual status a cualquier modo no-científico de pensamiento.

Se trata de una confrontación fútil. Es también innecesaria. ¿Por qué diablos debe esperarse que una explicación operativa a gran escala explicara de modo automático lo pequeño también? ¿Por qué razón estas explicaciones que parecen ser aplicables a nivel general deben asumirse universalmente

(56) En una historia del África moderna elegantemente escrita, Harms muestra cuán importante es lo que los nativos perciben como una polución ritual de un lugar, para estimular la reconstrucción exhaustiva de una sociedad bajo otra forma. Cf. HARMS, R. (1987). *Games against Nature: An Eco-cultural History of the Nunu of Equatorial Africa*, Cambridge.

(57) RICHARDS, P. (1985). *Indigenous Agricultural Revolution*, London.

como preeminentes? El reto es el de la elección. He tratado de mostrar que la presente transformación de los estudios sobre la salud y la curación en África contiene tres iniciativas esenciales. Cada una cuenta su propia historia médica, pero a la vez añade algo más que ayuda a esta tarea general.

El examen de los costes sociales de producción añade nuevos detalles inexorables a la hoja de balance de la explotación económica del África colonial. El análisis histórico de la búsqueda de un tratamiento dentro de un entorno médico pluralista abre una vía probablemente más justificable que cualquier otra hacia las áreas nucleares de las sociedades colonizadas, y suministra una valiosa ventana desde la cual observar cómo las comunidades se defienden a sí mismas de los influjos destructivos pero inevitables. El rastreo de la interacción dinámica, inintencionada y desafortunada entre agentes patógenos, política y ecología africana revela que la naturaleza en África no solamente hace las cosas de modo tosco, sino que, en su maravillosa complejidad, simplemente responde al tratamiento. Las respuestas beneficiosas iluminan tanto el alcance del conocimiento ecológico sobre el África precolonial, como su articulación mediante la terapéutica con otras esferas del conocimiento indígena. Las respuestas perjudiciales iluminan el limitado alcance empírico del conocimiento científico de la ecología africana, su campo de búsqueda conceptualmente estrecho y, en contraste con él, su vastísimo campo de aplicación.

De lo ilustrado en este artículo se desprende una lección: o hay humildad intelectual, autorrestricción en el uso de la teoría y flexibilidad disciplinaria, o no habrá progresos valiosos en nuestra comprensión de África. Existen algunos signos de que se está prestando una atención mayor a esta lección. En ello, el estudio de la salud y la curación marca camino. El último decenio ha sido el de la reflexión de castigo en los estudios africanos, cuando hemos aprendido que sabemos menos y con menor fiabilidad acerca del África moderna, de lo que se pensaba durante la «Década de la Independencia». Es importante que esto se entienda amplia y rápidamente, mientras nos preparamos para resistir lo que, de hecho, nos puede reservar el futuro.

Durante la última parte de este milenio, de todos los Enjutos Caballeros, quizá podemos predecir con mayor facilidad la visita del Cuarto Jinete a África, con la pestilencia. Nadie sabe aún de dónde proceden los virus del SIDA (58). Pero ahí están ahora, como una venganza. Durante el último año

(58) PENNY, D. (1988). Origins of the AIDS Virus, *Nature*, 9 de junio, pp. 494-495.

[1988] ha sido posible ascribir a África brutales proporciones de responsabilidad en los mecanismos de transmisión de la infección por VIH (59). También ha empezado a estar perturbadoramente claro que el nivel de infección por VIH *existente* en África, incluso presumiendo contra todo pronóstico que la infección pudiera ulteriormente detener su curso, producirá un gran trastorno social, puesto que la generación de los infectados más jóvenes está desarrollando el SIDA y comienza a morir en proporciones sustanciales (60). Nadie hasta ahora ha pensado realmente a través de qué prisma mirarán las políticas de la desesperanza. Entre nuestras mejores guías están los estudios sobre la respuesta europea a la Peste Negra. El peligro es que, como la pandemia de SIDA se manifiesta lentamente (por lo que matará en un espacio de tiempo mucho más largo que la peste bubónica), el pasado y presente de África volverán a desaparecer tras la imagen del continente enfermo y desvalido.

Así, los africanistas que estudian la medicina y la salud soportan una grave responsabilidad doble. Su trabajo, por su fuerza metodológica, podría ayudar a rescatar el espectro más amplio del pasado africano; pero a su vez este trabajo, al exponer los desastres médicos de África, explicando sus causas y dando importancia a los modelos pasados de defensa indígena del individuo y la sociedad contra la aflicción, quizás ayude también a cambiar esa imagen poderosa y persistente del África enferma, con la que comencé. Es vitamente importante hacerlo mientras quede tiempo, con el fin de fortalecer a los africanos en el presente, cuando tratan de encontrar las vías para abordar la pavorosa labor de controlar la infección por el VIH.

El trabajo de los historiadores podría, eventualmente, ayudar a cambiar el clima intelectual. Hacer esto es, al mismo tiempo, ayudar a los africanos corrientes actualmente bajo riesgo, a que se ayuden a sí mismos.

-
- (59) El 20% por transfusión y agujas no estériles empleadas en terapias tanto formales como a manos de profanos; el 80% por coito heterosexual sin protección, incrementándose de modo substancial (aunque dentro de una gama amplia de probabilidades, por razones aún desconocidas) la posibilidad de infección por la presencia de ulceraciones genitales asociadas a otras enfermedades transmisibles sexualmente --el llamado «incremento por el cofactor E.T.S.».
- (60) ANDERSON, R. M.; MAY, R. M. (1988). Epidemiological Parameters of HIV Transmission, *Nature*, 9 de junio, pp. 514-518; PANOS DOSSIER III (en asociación con la Cruz Roja Noruega) (1988). *AIDS and the Third World*, London (edición nueva y ampliamente revisada: septiembre 1988); situación actualizada a partir de SABATIER, R. (1988). *Living with HIV in Africa* (conferencia pronunciada en la Royal African Society el 17 de agosto de 1988).