

▲ FERNANDO URREA GIRALDO* & FERNANDO PUERTO CHÁVEZ**

Expresiones de religiosidades populares y prácticas de salud en un área urbana de Cali (Colombia)



"Nosotros teníamos problemas con dos vecinos de la cuadra, ellos nos hicieron maleficio para hacernos ir y hacernos pelear. Por maldad y por envidia que nos tenían. Empezamos a tener problemas económicos, nos peleábamos mucho. La mata de sábila que tenía a la entrada de la casa se dañaba y se caía. Un día yo alcancé a ver un bultico en la puerta de mi casa, lo saqué y encontré un paquetico con tres medallas de San Benito y San Alejo amarradas a un cartón. Yo fui donde el Hermano Manuel en el barrio Ulplano Lloreda, le llevé las medallas, él les hizo un conjuro y nos mandó poner a una sábila tres cintas, una blanca, una roja y una verde, que nos rezó. También nos mandó a poner una tijera en una herradura. Nos mandó a hacer un riego con seis limones partidos en cruz, azúcar y específico en un balde de agua. Esto nos sirvió bastante, se arregló la situación, los vecinos enemigos vendieron y se fueron de la cuadra, porque el que hace el mal se le devuelve a él mismo...."

Eucaris Cifuentes, mestiza, 31 años.
procedente de Dagua (Valle).

- * Sociólogo, profesor titular, Departamento de Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Universidad del Valle (Cali, Colombia). Coordinador del proyecto CEUCSA-UNIVALLE sobre prácticas populares de salud en áreas urbanas de Cali y Buenaventura, especialmente de poblaciones negras en la Costa Pacífica, en el período 1990-1996.
- ** Sociólogo de la Universidad del Valle. En el momento de realizar esta investigación era estudiante en proceso de trabajo de grado, Departamento de Ciencias Sociales, Universidad del Valle y coordinador de trabajo de campo proyecto CEUCSA-UNIVALLE y Secretaría de Salud Municipal sobre prácticas populares de salud y atención primaria en el Distrito de Aguablanca de Cali.

► LOS ENTRECRUZAMIENTOS DE LO RELIGIOSO Y LO MÉDICO Y LA POBLACIÓN URBANA ESTUDIADA

Con el presente artículo se pretende dar una mirada a la dimensión de las **religiosidades populares** en las culturas médicas populares en interacción con otros sistemas médicos, especialmente el facultativo, aplicado a un amplio sector urbano de bajos ingresos que vive la población de la tercera ciudad colombiana, Cali¹. Este sector urbano está dentro de la modalidad de "extrema pobreza" que según el criterio operativo corresponde a aquellas personas que presentan dos o más necesidades básicas insatisfechas (NBI)².

Interesa aquí, tratar el juego de las distintas expresiones de las llamadas religiosidades populares en uno de sus campos preferidos, los **sistemas de curación**. Para efectos analíticos, estos sistemas son asumidos como **prácticas populares de salud**, entendidas como "el conjunto vivo de soluciones (competencias y *performances*) que permiten relacionar entre sí y con el actuar cotidiano de las gentes los diferentes sistemas médicos: sistema médico casero, chamánico y/o curandero, boticario o farmaceuta, sistema médico facultativo occidental, y otros sistemas alternativos, con la particularidad de que no exista una práctica pura, sino, por el contrario, una combinación de saberes en forma de técnicas de diagnóstico

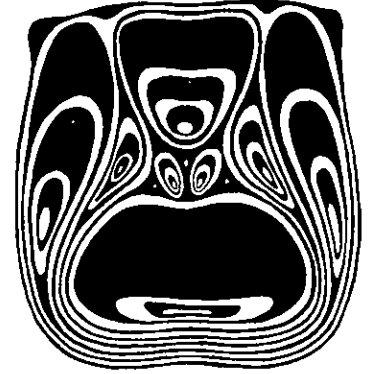
y terapia para controlar o superar una enfermedad" (Urrea, 1988: 237). "Esta combinación no tiene que ser

coherente u ordenada, siguiendo patrones lógicos, formales y rigurosos, como supone el conocimiento científico, el que sirve de base a la medicina facultativa..." (op.cit.: 238).

En este sentido, las prácticas populares de salud son el resultado de la interacción de una sociedad concreta entre las culturas médicas populares (urbanas o rurales, indígenas o mestizas, negras o mulatas) y el sistema médico facultativo occidental.

Las prácticas populares de salud son el resultado de la interacción de una sociedad concreta entre las culturas médicas populares (urbanas o rurales, indígenas o mestizas, negras o mulatas) y el sistema médico facultativo occidental.

mestizas, negras o mulatas) y el sistema médico facultativo occidental. Eventualmente, hay sistemas de otras tradiciones o culturas; estos últimos son denominados en el argot gremial médico "medicinas alternativas". Las culturas mé-



dicas populares, a su vez, toman parte de las tradiciones familiares (en forma de medicina casera) y las redes de curanderos(as), que pueden contarse dentro de las tradiciones étnicas, bajo la modalidad de patrones culturales, en desarrollo o transformación dinámica. Dichos patrones son compartidos por una población determinada, ya sea rural o urbana, y le permiten a esta última una cierta identidad colectiva respecto a la sociedad mayor³.

Lo que precisa de nuestra atención en este enfoque analítico es valorar el papel de la dimensión religiosa popular en la constitución y desarrollo de los sistemas de curación o prácticas populares de salud en un contexto sociocultural y sociodemográfico específico. De igual manera se pretende descubrir cómo esa dimensión entra a desempeñar un papel interesante en la construcción y reconstrucción de los saberes y sistemas terapéuticos, además de apreciar los diferentes entrelazamientos operativos-pragmáticos que de ella se desprenden en beneficio de las gentes, en sus vidas cotidianas y universos simbólicos.

Nos ocuparemos de una extensa zona urbana en transición, un área de barrios populares denominada distrito de Aguablanca, lugar en el que se han confluído cohortes de migrantes de grupos étnicos diferenciados,

- 1 Actualmente, la población de Cali es de aproximadamente 1,8 millones, después de Bogotá con 5,5 y Medellín con 2,5 millones de personas.
- 2 Según clasificación del Departamento Nacional de Estadística (DANE) de Colombia.
- 3 Las tradiciones culturales no deben verse como estáticas o "congeladas en el tiempo"; están en una continua dinámica de interacción frente a otras tradiciones, incorporando elementos y generando nuevos esquemas interpretativos. Sin embargo, a pesar de las variaciones, adecuaciones, "préstamos" e intercambios entre tradiciones se logran reproducir y/o reconstruir una serie de elementos que, en la **memoria colectiva** de una población a través de sus descendientes, configuran un conjunto de representaciones o imaginarios de identidad o sentido de pertenencia en la esfera de la **subjetividad de ellos como actores sociales**.

procedentes de distintas regiones del suroccidente colombiano. Su proceso migratorio se ha dado en varias etapas, con una duración no inferior a 20 años para los primeros familiares que llegaron a la ciudad de Cali, incluso antes de que existiera el área urbana en cuestión. Estos migrantes, por su antigüedad, ya han generado varias cohortes de descendientes nacidos en la ciudad y en el área urbana referenciada. Por supuesto, se trata de población joven, en su mayoría menores de 15 años.

Hacia 1995, la población del distrito de Aguablanca pasaba de los 500.000 habitantes (aproximadamente el 30% de la población de Cali). Agrupada en 45 barrios, y casi 65.000 viviendas. La mayoría de los jefes de hogar procede de fuera de Cali (más del 60%), y de éstos más de la tercera parte son inmigrantes negros provenientes de la Costa Pacífica, departamentos de Nariño, Cauca, Valle y Chocó (Urrea et. al., 1991: 1). Además de la migración negra, hay otros grupos pobladores: mestizos-

indígenas y mestizos-blancos, originarios de la región andina caucana-nariñense; mestizos-blancos y mulatos relacionados con el gran complejo cultural antioqueño, de fuertes vínculos históricos en lo que respecta al cultivo del café en vertiente, de origen valluno (en sus dos cordilleras, la Occidental y la Central). Es importante también la presencia de población negra y mulata del norte del Cauca y del Valle. En menor cantidad se encuentra la población mestiza y "blanca" de otras regiones del país (Urrea et. al., 1991: 2). El resultado es una presencia significativa de grupos negros y mulatos en el conjunto del distrito de Aguablanca, sin descartar el peso de otras etnias y complejos socioculturales.

Los asentamientos poblacionales en el distrito de Aguablanca configuran barrios y áreas de barrios con predominio étnico marcado, particularmente en el caso de los inmigrantes negros de la Costa Pacífica. Los otros

grupos presentan mayor dispersión en su distribución, pero aún así, es posible encontrar sectores barriales con predominio de un determinado tipo de población, según su área de procedencia (nariñenses, caucanos, "paisas" de regiones del Valle, etc.).

Los asentamientos poblacionales en el distrito de Aguablanca configuran barrios y áreas de barrios con predominio étnico marcado, particularmente en el caso de los inmigrantes negros de la Costa Pacífica. Los otros grupos presentan mayor dispersión en su distribución, pero aún así, es posible encontrar sectores barriales con predominio de un determinado tipo de población, según su área de procedencia (nariñenses, caucanos, "paisas" de regiones del Valle, etc.).

grupos presentan mayor dispersión en su distribución, pero aún así, es posible encontrar sectores barriales con predominio de un determinado tipo de población, según su área de procedencia (nariñenses, caucanos, "paisas" de regiones del Valle, etc.).

Esto revela el cariz étnico de la pobreza y la diferenciación social urbana. La presencia hegemónica de la cultura negra en el área, además de otros grupos étnicos y culturales, en su mayoría cohortes migratorias en distintas fases, incluso grupos de migración reciente⁴, ha configurado una población con familias de proles numerosas, con fuerte incidencia de una organización matrifocal⁵ (Urrea et. al., 1991: 20). La jefatura femenina de hogares es una situación frecuente en las nuevas condiciones urbanas; los ingresos de los hogares dependen, en su mayoría, de las mujeres. Situación que tiende a agravarse por la inestable vinculación laboral urbana de los hombres.

► ALGUNOS ELEMENTOS SOBRE LA DINÁMICA DE LAS PRÁCTICAS POPULARES DE SALUD EN EL ÁREA URBANA DE CALI

Como algo particular podríamos citar que de 817 casos de salud-enfermedad en la comuna 14 del distrito de Aguablanca, sólo 145 (el 17,7%) se pueden catalogar como enfermedades o casos morbosos



4 La migración desde las zonas de origen de la Costa Pacífica y demás regiones continúa. Los familiares de los ya asentados siguen la ruta migratoria.

5 Organización que es predominante en las zonas de origen, pero que se reproduce y recrea en las áreas urbanas, al punto de que es posible encontrar troncos familiares y de compadrazgo articulados alrededor de una o más mujeres, constituidos por una pluralidad de hogares.

"socioculturales"⁶. Los casos se presentaron en 72 familias, que recuerdan esos malestares como importantes para sus vidas, bien sea porque los incluyen en las historias clínicas que redactan médicos facultativos, o porque fueron eventos tratados con prácticas médicas tradicionales (culturas médicas populares). Las enfermedades, en su mayoría, fueron consultadas con agentes tradicionales de salud; pero en algunos casos se acudió a personal institucional. Los eventos fueron captados a través de reporteros, entre octubre de 1990 y abril de 1991⁷, con la técnica de anamnesis.

De los 817 eventos, 464 fueron manejados con recursos no institucionales: curanderos, medicina casera, espiritistas, grupos religiosos, adivinos y "pago de promesas". Esto significa una proporción del 56,7%. Entretanto, 294 casos —un 36%— fueron tratados por personal médico, y 59 por boticarios o farmacéutas, es decir el 7,2%. Entre estos malestares se encuentran tanto enfermedades "orgánicas" como "no orgánicas" o "socioculturales". Las primeras se consultan en orden de preferencia con médicos y boticarios, pero también con curanderos; en algunos casos se acude al "pago de promesas" o se buscan representantes de grupos religiosos. Es decir, aunque se consulta a determinado tipo de agente, según el tipo de enfermedad, hay una franja común en cuanto al manejo de unos y otros.

El 76 (52,4 %) de las 817 enfermedades fueron "mal de ojo" y "cuajo"; 23 correspondían a "maleficio" y "buena suerte" (15,8%); 20 a enfermedades de los "nervios" (13,8%); 20 a "susto", "pasma" y "mal viento" (13,8%), y 6 a "celos" (4,2%). De los agentes consultados, 87 fueron a curanderos y "sanadores de ojo", de distintas tradiciones pero con manejo vegetalista en todos los casos (60,0%); 17 prefirieron la medicina casera administrada por los propios familiares (11,7%); 16 buscaron a "espiritistas", casi todos bajo la denominación de "hermanos" (11%); 6 asistieron a "adivinos" (4,2%); 3 fueron con representantes de grupos religiosos (2,1%), y 16 buscaron personal de salud institucional (médicos y boticarios, 11%).

Como puede observarse, el peso de las prácticas populares de salud, y dentro de ellas las culturas médicas populares tienen un carácter relevante en esta comunidad urbana⁸.

► MODALIDADES DE RELIGIOSIDADES POPULARES EN EL ÁREA URBANA DE CALI.

En la Comuna 14, y en general en el distrito de Aguablanca, se puede observar una serie de actividades individuales y/o familiares, grupales o colectivas, de carácter religioso de tipo popular⁹.

Antes de iniciar la descripción de los grupos religiosos y las acciones de personajes individuales con carácter religioso, es preciso advertir la importancia que tiene en la región del suroccidente colombiano, y en particular en Cali y el Valle del Cauca, la práctica del catolicismo popular, en la que existen algunos cristos y vírgenes con larga tradición histórica. En la actualidad, el "Señor de los Milagros de Buga"¹⁰ tiene la hegemonía en las diversas capas sociales de la población caleña, incluyendo a los inmigrantes de la Costa Pacífica y de otras zonas. La mayor parte del "pago de promesas" de la

6 Por enfermedad "sociocultural", manteniendo la clásica formulación de Rubel (1967: 70), nos referimos "al síndrome que los miembros de un grupo en particular alegan sufrir, y por el cual su cultura proporciona etiología, diagnóstico, medidas preventivas y métodos curativos. Aplico el vocablo **popular** a aquella enfermedad que no es de comprensión ni competencia de la medicina occidental ortodoxa...".

Algunas de estas enfermedades "socioculturales" son más universales de lo que puede suponerse. Para citar algunos casos típicos, vale la pena mencionar el "mal de ojo" y el "maleficio" por "envidia". Al respecto, autores como Siebers (1985) han demostrado ampliamente cómo estas enfermedades operan en las diversas culturas y desempeñan un papel social que trasciende su aparente carácter "inútil": "las representaciones mágicas son también los medios por los que los grupos establecen en medio del caos patrones de diferenciación social; dirigen el desenfrenado conflicto mimético contra los individuos, representando las identidades que se encuentran en el núcleo de la crisis como las diferencias que producen la organización social... acaso den la impresión de ser inútiles, encubriendo su eficacia real para mantener la cohesión y la estructura sociales. La creación de una comunidad es la primera medida de grado de eficacia de una representación o una técnica determinadas" (Siebers, 1985: 257-258). En tal sentido, el carácter "sociocultural" de una enfermedad está dado por la mirada del modelo médico facultativo, incapaz de clasificar un determinado síndrome (p. ej. el "mal de ojo" o el "maleficio") en un esquema interpretativo; pero, para efectos analíticos-operativos mantenemos esta designación.

7 Proyecto "Prácticas populares de salud y estrategia de atención primaria en Cali", Centro Universitario de Ciencias Sociales y Salud (CEUCSA) de la Universidad del Valle y Secretaría de Salud Municipal de Cali, Comuna 14, SILOS 5, Distrito de Aguablanca.

8 Como un indicador adicional, se anota que cerca del 40 % de los partos fue atendido por agentes informales (parteras y comadronas), y se llevaron a cabo en la casa de la embarazada (Urrea et. al., 1991: 13).

9 Con **religiosidades populares**, nos referimos al conjunto de manifestaciones concretas de prácticas religiosas apoyadas en algún tipo de creencia en una o más divinidades o esferas "espirituales", con un modelo ritual-devocionario que imprime un sello o conlleva una incidencia en diversos aspectos de la vida cotidiana de las gentes. Pueden estar encuadradas en una institución **eclesial** (en el sentido weberiano del término, o sea, dentro de una jerarquía burocrática y acciones institucionales), o, por el contrario, estar configuradas por expresiones relativamente autónomas, bajo la modalidad de sectas (también en este caso bajo una acepción weberiana), grupos semipermanentes o también **redes** de pertenencia, transmisión de conocimientos-creencias y modelos de acción normativos; aunque apenas conformen expresiones individualizadas en determinados personajes en una comunidad, sin seguidores específicos.

10 Se trata de una escultura en madera de Cristo crucificado en la ciudad de Buga, cerca a Cali, cuya leyenda se remonta al siglo XVIII, cuando una mujer indígena descubre la cruz. Desde el momento de su descubrimiento, la escultura se asocia a acciones "milagrosas", y luego queda bajo el amparo y control de comunidades religiosas. Su nombre viene, precisamente, de la capacidad "milagrosa" que le atribuye la feligrésia.

región, y del distrito de Aguablanca se realiza a este crucifijo; además, el empleo generalizado de amuletos con la imagen del "Milagroso" (collares, cintas para pies, cuello y manos, estampas, esculturas en miniatura del crucifijo, etc.) por parte de distintas personas de todas las edades y de ambos sexos.

En la década del noventa, aparece una nueva competencia del "Milagroso". Para solicitar la obtención de "favores" materiales, "pagar promesas" y ritos devocionarios, las gentes de la clase media de Cali, pero también de los sectores populares del distrito de Aguablanca, se presentan ante la imagen de la "Virgen Milagrosa", importada desde Francia por una comunidad religiosa de mujeres.

Las prácticas religiosas mencionadas, y en menor grado los "santos" y "vírgenes" de las zonas de origen de los inmigrantes del distrito de Aguablanca¹¹, se preocupan por mantener en las gentes una actitud permanente y actual. Esto se manifiesta en las referencias a "pago de promesas" que han hecho o hacen con frecuencia miembros de las familias.

Ahora bien, con relación a los grupos religiosos es necesario citar, en primer lugar, la presencia de la Iglesia Católica a través de sacerdotes "líderes" con apoyo institucional eclesial. Existe un esquema operativo que combina el discurso religioso católico con acciones asistenciales y de prestación de servicios.

A este respecto, se cuenta con un primer ejemplo interesante. Se trata de un sacerdote jesuita alemán,



el padre Alfredo Welker, que en 1995 cumplió 15 años de labores en El Retiro, uno de los barrios del distrito, poblado en su mayoría por negros de la Costa Pacífica.

Welker ha montado un sistema asistencial que cuenta con guardería, escuela primaria, colegio técnico industrial para básica secundaria (mujeres y hombres), centro de salud, comedores infantiles, para jóvenes y ancianos. El sacerdote también promueve microempresas en el área de la carpintería, modistería, producción de jabones y artículos para el consumo de la misma comunidad. Toda la estructura ha sido puesta en marcha con recursos asistenciales donados por católicos alemanes, se cuenta con personal médico facultativo e ingenieros también alemanes, además de una farmacia con surtido de droga alemana. El "padre Alfredo" —como lo llama la gente del barrio— ha sido un elemento determinante en la tarea de conseguir recursos para la reforma y adecuación de los servicios básicos en el barrio (alcantarillado, energía eléctrica y redes de agua potable), con personal técnico extranjero.

Las obras del "padre" se ven representadas en los 500 nuevos puestos de trabajo para la comunidad, desempeñados en su mayoría por mujeres negras¹². En realidad, paralelo a esta "obra social", que cuenta con la bendición eclesial y de las autoridades civiles y militares, opera un sistema de clientela mediante el cual la Iglesia Católica, a través del sacerdote, controla buena parte de la vida cotidiana de las gentes en la comunidad, y garantiza lealtad para la Iglesia en contraprestación al programa asistencial. Lo que se refleja en la participación de las familias en las prácticas religiosas, sobre todo de las que, en algún modo, han sido grandemente beneficiadas por los programas¹³. Pero lo más relevante es que esta lealtad ha significado mantener alejados del barrio a otros grupos religiosos, especialmente de tradición evangélica y fundamentalista; pero también a "gnósticos", "adivinos" y "espiritistas".

El modelo del "padre Alfredo" ha sido imitado por otros grupos de sacerdotes católicos, aunque en menor escala y con algunas variantes, como los "padres redentoristas españoles" de la Comuna 14, quienes en pequeño desarrollan algunas obras asistenciales a través de un colegio para primaria y secundaria (ambos sexos) y una amplia ofensiva de constitución de grupos de pastoral juvenil, alrededor de temas como la adoles-

11 Es el caso de la "Virgen de Las Lajas", devoción vinculada al "pago de promesas" para la población indígena, mestiza, negra, mulata y "blanca" del sur del país, en la frontera con el Ecuador.

12 Por las características asistenciales de las actividades, así algunas de ellas sean productivas, como las microempresas, los empleos son de bajo nivel remunerativo, por debajo del salario mínimo legal, y pueden congregarse a varios miembros de un mismo clan familiar.

13 Posiblemente, no son muchos los matrimonios católicos que el "padre Alfredo" ha conseguido en un medio sociocultural donde la práctica de la unión libre, dentro de un sistema matrifocal tradicional, sigue predominando. Sin embargo, en el grupo de los más allegados al sacerdote, el matrimonio católico es una exigencia. De este modo, aunque en una escala muy reducida, el discurso eclesial católico se hace sentir entre las gentes a través de las vidas familiares de algunos de sus servidores y allegados como "ejemplo" o "testimonio".

cencia y el mensaje cristiano, el problema de la drogadicción, etc. En este caso, como en el anterior, la puesta en marcha del modelo religioso ha sido eficaz para mantener retirados del barrio otros discursos religiosos.

Una segunda presencia, de fuerte actividad en el distrito de Aguablanca, son los grupos evangélicos, los para-cristianos¹⁴ y algunos de tradición protestante más clásica. Vale la pena mencionar a los pentecostales, quienes conforman el mayor contingente en centros litúrgicos y feligresía; los adventistas, testigos de Jehová, asambleas de Dios, la Iglesia Cuadrangular y la Cruzada Estudiantil Cristiana, estos tres últimos de corte fundamentalista, y, finalmente, un grupo presbiteriano.

Es posible que los de mayor dinamismo y expansión, incluso disputando feligreses a los pentecostales y otros grupos evangélicos, son los de línea fundamentalista, particularmente aquel que se conoce con el nombre de Cruzada Estudiantil Cristiana.

Este último grupo orienta su discurso hacia la "perfección en la vida cristiana", mediante una "santidad", entendida como eliminación de toda clase de "vicios", favoreciendo momentos de "encuentros con Dios". Su interpretación de la Biblia tiene fines prácticos para la vida cotidiana de las personas, con un objetivo preponderante: evitar el "desorden moral", culpable de enfermedades y desgracias personales¹⁵. Hay, además, una prédica relacionada con el éxito en la vida como resultado del cumplimiento de las normas de "vida cristiana", con énfasis en las "relaciones humanas interpersonales e intrafamiliares".

Una parte importante del menú de este discurso fundamentalista son las terapias grupales para la solución de los problemas cotidianos. Entre las terapias más difundidas está la "teoterapia" (encuentro con Dios para los drogadictos y pandilleros juveniles) o "encuentro con Dios", especializada en la rehabilitación de jóvenes en situaciones de violencia urbana. Como se verá más adelante, este aspecto tiene una especial relevancia en materia de acciones curativas, con un especial atractivo para padres de familia y población juvenil.

Como propietarios y rectores de una cadena radial nacional, Colmundo Radio, la fuerza de esta agrupación se refleja con carácter masivo de amplia difusión popular en el distrito de Aguablanca y la ciudad de Cali. Se combina allí una dosis de programación secularizada, más convencional y comercial, con fuertes ingredientes de mensajes religiosos.

Otra vertiente significativa en la expresión de religiosidad popular en el distrito de Aguablanca, de

grupos y sobre todo **redes** de pertenencia y tradición, son los "gnósticos" y los "espiritistas". Los primeros tienen dos centros o agrupaciones, el Centro Gnóstico Cristiano Universal de Colombia y la Fundación de la Caridad Universal. Se trata de los seguidores de las doctrinas esotéricas sobre la *gnosis* y sus implicaciones en el manejo del cuerpo como una entidad espiritual o de "energía". El segundo de los centros está orientado hacia la aplicación de las enseñanzas sobre la *gnosis* en el campo de la salud orgánica y no orgánica, a través de terapias corporales de restitución de niveles de energía en los pacientes.

Las características de las doctrinas gnósticas, con fuerte carga esotérica apoyada en lecturas y sesiones de interpretación con los "maestros", hace que cada reunión termine siendo una experiencia religiosa de corte "intelectual", muy diferente a las de otros cultos, que refuerzan casi exclusivamente la vivencia individual en una doctrina de salvación, mediante la percepción emocional de la "palabra divina". Aquí, por el contrario, hay un ejercicio de aprendizaje largo y dispendioso, que requiere de conocimientos "ocultos" y práctica cotidiana continua.

Los "espiritistas", reconocidos entre sí y por su clientela como "hermanos", conforman tal vez el sector que mejor representa el mecanismo de **redes** de transmisión de conocimientos y prácticas rituales. Por lo general, los espiritistas de Cali y el distrito de Aguablanca proceden con variantes de la misma tradición original "kardecista", con fuerte contenido positivista alrededor de sus creencias en el campo de los "espíritus": Es particular en algunos de ellos la filiación con la figura de José Gregorio Hernández, el médico venezolano de comienzos de siglo que al morir se convirtió en una figura popular de curación entre los sectores populares en expansión de Caracas y otras ciudades venezolanas. El culto a José Gregorio en Colombia ya lleva muchos años¹⁶ y constituye la principal

14 Para utilizar la clasificación propuesta por Mastferrer (1991: 50).

15 Otro elemento muy fuerte en este grupo religioso es su marcado anticomunismo.

16 Al igual que en Venezuela, este culto popular ha acompañado el proceso de urbanización en el país, y es hoy uno de los santos más reconocidos y relacionados con las necesidades de salud de diferentes grupos de población en los sectores populares de Venezuela y Colombia. El santo representa la figura del médico convencional (en la línea facultativa), como símbolo positivista del conocimiento médico, por cuanto fue el fundador de la Facultad de Medicina de Caracas; pero al mismo tiempo está entre los "espíritus" poderosos para intervenir sin que medien el conocimiento y los tratamientos "científicos".

referencia popular entre los "hermanos" que requieren la ayuda de un "espíritu médico" para que intervenga directamente en la curación del paciente.

Entre los "hermanos" opera una red de aprendizaje e intercambio, pero no existe un modelo de grupo religioso. Todo "espiritista" combina, con frecuencia, el discurso esotérico alrededor de las entidades espirituales que merodean el mundo cotidiano de las gentes, con altares fuertemente cargados de elementos de la imaginería católica popular. En los altares se encuentra el centro de comunicación y referencia con las entidades espirituales, por cuanto allí hay imágenes que representan a las entidades más demandadas para llevar a cabo los "trabajos": desde José Gregorio hasta la figura de Buda, pasando por el "Señor de los Milagros de Buga", la "Virgen del



Carmen", o una figura de algún jurista político ya fallecido (por ejemplo, la de Jorge Eliécer Gaitán). Allí se encuentran reunidos "poderes" del esoterismo oriental con imágenes amerindias, negras o mulatas, al lado de los santos, vírgenes y cristos católicos predominantes en la región. El rito de los "hermanos" es un "arreglo" entre poderes de diversas procedencias o tradiciones, porque el campo de los "espíritus" está lleno de competencias y juegos de alianza.

► HACIA UNA TIPOLOGÍA DE EXPRESIONES DE RELIGIOSIDADES POPULARES EN LAS PRÁCTICAS DE SALUD URBANAS EN SECTORES POPULARES DE CALI

A partir de lo anterior, podemos identificar hasta cinco modalidades de expresiones de religiosidad popular aplicadas en las prácticas de salud en el distrito de Aguablanca, maneras en que la dimensión religiosa

popular interactúa con los sistemas de cura, vistas desde la perspectiva del polo religioso, como factor integrador del discurso del diagnóstico médico y terapéutico.

Presencia directa de agentes religiosos católicos Institucionales en acciones de salud y bienestar social, pero bajo el modelo científico biomédico. El caso más representativo es el del "Padre Alfredo", en el cual la práctica médica utilizada es completamente facultativa, a través de recursos médicos alemanes. En tal sentido, la Iglesia Católica estaría representando, en términos de las prácticas de salud, el discurso o polo "modernizante", sin ningún cuestionamiento o problema. Ciertamente, el caso descrito se apoya en el modelo hospitalario más clásico: el centro de salud del programa asistencial mencionado. La atención en salud es un programa de bienestar físico, complementario al bienestar espiritual de la feligresía, sin ningún elemento de referencia de los saberes de la comunidad. En este modelo, el discurso modelo es similar al institucional de tipo convencional.

Elementos de religiosidad popular católica en procesos de curación, a través del "pago de promesas" a "Cristos y Vírgenes". Es el fenómeno predominante entre las familias del área, que tiene una figura estelar preferida: el "Señor de los Milagros de Buga". El santo o divinidad protectora actúa como intermediario en la curación. Encomendarse a un "santo" constituye el secreto de esta expresión religiosa en los grupos familiares. Entra en juego el papel de las creencias católicas populares de mayor hegemonía en la región del suroccidente, y del Valle en particular.

Representantes de credos religiosos con un discurso explícito o directo sobre asuntos de salud y enfermedad. Predomina en el discurso religioso la representación fundamentalista de "salvación" con exclusión de los "otros". Se encuentran aquí los grupos evangélicos y para-cristianos. Un fenómeno interesante es el desarrollo de terapias religiosas especializadas, como la "teoterapia", de aparente eficacia empírica, según los relatos de las familias con miembros allí involucrados.

Especialistas médicos con un discurso religioso secularizado y esotérico. El esoterismo predomina; exhibe aspectos rituales y de creencias católicas populares, como altares, que forman un collage de tradiciones y protectores. En este grupo caen los espiritistas y los gnósticos, quienes, a la vez, conforman el segmento más intelectual dentro de los curanderos y otros agentes informales de salud.

Especialistas médicos con un discurso religioso implícito secularizado, pero con fuertes trazos del catolicismo popular. Son curanderos de diversas tradiciones y/o procedencias étnicas (indígenas, mestizos, negros, mulatos). En este grupo predomina un discurso con elementos fragmentados del catolicismo popular, sobre todo a través de la imaginería, pero con una especial vinculación a prácticas vegetalista para las distintas terapias. Aquí pueden encontrarse personajes que mezclen aspectos del grupo anterior como se aprecia en el discurso de muchos curanderos, sobre los "elementales" de las plantas, que pertenece al discurso gnóstico más clásico.

► A MODO DE UN ESQUEMA ANALÍTICO DE INTERPRETACIÓN DEL CRUCE ENTRE RELIGIOSIDAD POPULAR Y MODELOS DE INTERVENCIÓN MÉDICA

Proponemos un sencillo esquema. Se trata de mirar el cruce de estas dos dimensiones y procurar construir una interpretación de los datos descritos. La primera variable la denominaremos **tipo de "agentes religiosos"** y la segunda **"modelo de intervención médica"**. Podemos trabajar los cinco tipos de expresiones religiosas en las prácticas populares de salud con un poco más de complejidad.

MODELO DE INTERVENCIÓN MÉDICA

Tipos de agentes religiosos		Bio médico asistencial	Pago de promesas	Fundamentalista de salvación	Esotérico	Vegetalista
	Familias e individuos		X (Paga por individual)	X Fieles		X (Medicina casera)
	Sacerdotes Pastores	X ("Padre Alfredo")		X (Grupos evangélicos/para-cristianos)		
	Curanderos				X ("Espiritistas"/ Gnósticos")	X (Curandero indígena)

Se puede captar cierto tipo de resultados en los cuales las familias e individuos (miembros de esas familias) pueden jugar como "pagadores de promesas" ante una situación adversa de salud, desempeñarse como "fieles" en un esquema religioso "fundamentalista", en un grupo de "teoterapia", o, sencillamente, practicar la tradición de medicina casera, casi siempre dentro de un modelo de uso de plantas medicinales (vegetalismo con cierto manejo ritual de las mismas).

Los agentes sacerdotes y/o pastores han sido

encontrados en dos modelos de intervención: a) como impulsores de la medicina hospitalaria-facultativa, o b) como líderes de grupos religiosos fundamentalistas y evangélicos con un mensaje de "salvación" para obtener una "sanidad" (la salud como expresión de ausencia de "vicios").

En el caso de los curanderos de distintas procedencias étnicas, el modelo de intervención se concentra en las terapias "esotéricas" y vegetalista. Aquí se trata de un discurso más secularizado, pero que no es ajeno a elementos místicos y sagrados en el caso del esoterismo, y de la imaginería popular católica en los vegetalista.

► CONCLUSIONES PRELIMINARES

En primer lugar, sobresale el papel de la competencia a través de las prácticas médicas entre los diferentes discursos religiosos, especialmente entre la Iglesia Católica y los discursos fundamentalistas y evangélicos, al igual que con otros, como el "espiritista". En esta forma, los modelos de intervención médica se convierten en mecanismos de competencia por la feligresía.

Los fieles, a su vez, desempeñan un papel de clientela controlada, lo que se observa claramente en el caso del "Padre Alfredo". De ahí que opere cierto manejo territorial para impedir la penetración del discurso religioso de la competencia. Se podría afirmar que la competencia por ganar una clientela entre las culturas médicas se cruza con la competencia en los discursos religiosos.

Pero interesa llamar la atención sobre cómo la eficacia curativa de cada modelo de intervención terapéutico está también mediada por el contexto religioso que lo patrocina. Esto se puede observar en el caso de la "teoterapia" y del "pago de promesas" respecto a la acción médica asistencial del "Padre Alfredo", que en sí

misma no tiene un discurso religioso que la soporte. En realidad de lo que se trata es de una combinación de las distintas estrategias de intervención médica como prácticas de salud por parte de la población, sin que signifique exclusión de su uso, dependiendo del tipo de enfermedad que enfrente. Lo que en cierto modo se está generando es una particularidad de los discursos religiosos, tam-

En realidad de lo que se trata es de una combinación de las distintas estrategias de intervención médica como prácticas de salud por parte de la población, sin que signifique exclusión de su uso, dependiendo del tipo de enfermedad que enfrente.

bién referenciados con modelos de intervención médica, ya sean enfermedades "orgánicas" o "no orgánicas".

Lo anterior no quiere decir que el discurso religioso se concentre en las enfermedades "no orgánicas", ya que los "pagos de promesas" se hacen también para superar las enfermedades "orgánicas". Por otro lado, la "sanidad" hace referencia a evitar las enfermedades en todas sus manifestaciones en el discurso fundamentalista de salvación.

Vale la pena comentar que los discursos religiosos en materia de sistemas de curación se mueven entre orientaciones fragmentarias y de tolerancia conductual, como en el caso de los curanderos, y quienes buscan una normatividad conductual que reestablezca el "orden perdido", como los fundamentalistas y evangélicos. Pero en medio de este aparente paradigma de *laissez-faire* versus control de la vida cotidiana está el modelo asistencial llevado a cabo por la Iglesia Católica, bajo la hegemonía del saber médico facultativo.

Una serie de enfermedades "socioculturales", como el "maleficio" producido por "envidia", con que comienza el artículo, aparece como un tipo de patología para ser tratada por ciertos especialistas, los "hermanos" que manejan "espíritus". La competencia no excluye la particularización porque la población requiere de especialistas para permitir que las representaciones sociales que median los conflictos tengan una salida elaborada en el plano simbólico, a la manera propuesta por Siebers (1985). ◀

► BIBLIOGRAFÍA

- Masferrer Kan, Elio. "Nuevos movimientos y tendencias religiosas en América Latina", en *Religiones: cuestiones teórico-metodológicas*; D. Alexander et al., *Religiones Latinoamericanas 1*, México, Enero-Junio de 1991.
- Rubel J., Arthur. "El susto en Hispanoamérica", en *América Indígena*, Vol. XXVII, No. 1, Enero de 1967.
- Siebers, Tobin. *El espejo de Medusa*. México: Fondo de Cultura Económica, 1985.
- Urrea G., Fernando. "Procesos de democratización y prácticas populares de salud: Reflexiones a partir del curanderismo urbano", en *Colombia: democracia y sociedad*. Nora Segura, compiladora. Bogotá: CIDSE-FESCOL, 1988.
- Urrea G., Fernando. Barreras M., Roy. Puerto CH., Fernando. Zapata O., Diego. "Perfil sociodemográfico y de salud en la comuna 14 del Distrito de AguaBlanca Cali, 1990", en *Boletín de estadística*, N. 468, Departamento Nacional de Estadística, DANE, marzo de 1992.

