



AIBR
**Revista de Antropología
Iberoamericana**
www.aibr.org
Volumen 14
Número 2
Mayo - Agosto 2019
Pp. 231 - 252

Madrid: Antropólogos
Iberoamericanos en Red.
ISSN: 1695-9752
E-ISSN: 1578-9705

Diálogo, producción y sincretismo de saberes populares y tradicionales sobre la enfermedad en Guinea Ecuatorial

Alvar Jones Sánchez

Recibido: 17.09.2018
Aceptado: 05.12.2018
DOI: 10.11156/aibr.140204

RESUMEN

En el contexto africano, sigue siendo habitual dar cuenta de los comportamientos de la población aludiendo a la ignorancia y al determinismo cultural. Según esta perspectiva, los individuos y colectivos sociales no movilizarían ningún saber. La capacidad de generar saberes sería el atributo exclusivo del sector técnico-científico. En realidad, los sujetos sociales producen y ejercitan saberes en permanencia para la gestión de la enfermedad. Desde las ciencias sociales, son habitualmente designados como saberes populares. Existen sin embargo numerosos lugares comunes en torno a estos saberes que es preciso superar. Sobre la base de un trabajo etnográfico llevado a cabo en Guinea Ecuatorial, se invita en este artículo a desanclar lo popular de lo étnico y lo natural, así como a superar una perspectiva que los sitúa exclusivamente como un legado del pasado. Involucran saberes de aquí y de allí, de ayer y de hoy. No resultan de un solo idioma cultural, sino de un plurilingüismo sincrético, que es preciso analizar. Involucran tanto elementos procedentes del sector salud, del ámbito mágico-religioso, como de prácticas domésticas prosaicas. Los saberes populares no son el fruto exclusivo de representaciones culturales. También se fraguan en las vivencias cotidianas. Lejos de conformar esquemas de actuación predefinidos, son esencialmente «saberes prácticos», cuyas lógicas se reactualizan permanentemente. Los individuos no son solo productos culturales. Elaboran los saberes en un proceso de experimentación continuada y de interacciones múltiples con el entorno. Resultan de un proceso interpretativo inacabado, alimentado de experiencias propias y ajenas.

PALABRAS CLAVE

Guinea Ecuatorial, enfermedad, saberes populares, sincretismo, tradición y modernidad.

**KNOWLEDGES FROM HERE AND THERE, FROM YESTERDAY AND TODAY.
DIALOGUE, PRODUCTION AND SYNCRETISM OF POPULAR AND TRADITIONAL KNOWLEDGES
ABOUT ILLNESS IN EQUATORIAL GUINEA**

ABSTRACT

In the African context, it is still common to explain population's behaviour by referring to ignorance and cultural determinism. According to this perspective, individuals and social groups would not mobilize any knowledge. The ability to generate knowledge would be the exclusive attribute of the technical-scientific sector. In fact, social subjects constantly produce and use knowledge for the management of the disease. From the social sciences, they are usually designated as popular knowledge. However, there are many common places around these knowledges that need to be overcome. On the basis of an ethnographic work carried out in Equatorial Guinea, this article invites us to unlink popular from ethnic and natural, as well as to overcome a perspective that places it exclusively as a legacy of the past. It involves both knowledges from here and there, from yesterday and today. It does not result from a single cultural language, but from a syncretic plurilingualism, which must be analyzed. It involves elements from the health sector, from the magical-religious sphere, as well as from prosaic domestic practices. Popular knowledge is not exclusively the result of cultural representations. It is also built from everyday experiences. Far from forming predefined action schemes, it is essentially "practical knowledge", whose logics are permanently updated. Individuals are not just cultural products. They elaborate the knowledge in a continuous experimentation process and of multiple interactions with the environment. It results from an unfinished interpretive process, fed by one's own experiences and those of others.

KEY WORDS

Equatorial Guinea, illness, popular knowledge, syncretism, tradition and modernity.

Introducción

En los países del continente africano, el sector salud recurre habitualmente a dos argumentos para dar cuenta de los comportamientos de la población frente a la enfermedad. El primero es la ignorancia. Los sujetos sociales no movilizarían ningún saber. La capacidad de generar saberes sería el atributo exclusivo del sector técnico-científico. Quienes no actúan de acuerdo con sus preceptos (de los cuales el sector salud sería el principal expositor), serían presos de la ignorancia. El segundo argumento alude a la cultura: numerosos comportamientos de la población serían el producto exclusivo de creencias antiguas, generalmente señaladas como «tradicionales». Según estas perspectivas, o bien los individuos se guían sin raciocinio entre alternativas terapéuticas cuyas características no entienden, o bien son como zombis culturales, plenamente condicionados por los marcos explicativos de una cultura determinada. En ningún caso son percibidos como productores y detentores de saberes. Todo ocurre como si las transformaciones históricas, las realidades contextuales y las propias vivencias no activasen ningún proceso de aprendizaje.

Dada la manifestada cotidianidad de los procesos patológicos, existen saberes que los individuos y colectivos sociales ejercitan en permanencia para la gestión de la enfermedad. Abarcan tanto la interpretación de los síntomas, la elaboración y/o administración de tratamientos sin la intervención de terapeutas profesionales (medicamentos industriales, preparados medicinales, procedimientos rituales, etc.), así como la búsqueda, la gestión y la valoración de proveedores de cuidados. Estos ejes constituyen las tres dimensiones sobre las que se construyen los saberes que orientan la gestión de la enfermedad¹.

El análisis de los saberes populares permite entender comportamientos a menudo situados del lado de la irracionalidad por los sanitarios y cooperantes. Desde estos sectores, se tiende a considerar la perspectiva popular de la enfermedad como un obstáculo a la salud pública. La antropología ha mostrado que no son tanto los saberes populares, sino su desconsideración lo que frena sistemáticamente la eficacia de los dispositivos de prevención y asistencia sanitaria (Massé, 1995: 307; Pulido-Fuentes, González, da Silva Vieira y Flores Martos, 2017). Estos saberes

1. El presente artículo se centra en los aspectos vinculados a la interpretación y gestión de la enfermedad. No obstante, los saberes populares también integran acciones preventivas (cultos y rituales de protección, bendiciones, prácticas de higiene, hábitos corporales y alimenticios, tisanas, decocciones, baños, lavativas, amuletos, escarificaciones, tatuajes, etc.), muchas de las cuales trascienden la aprehensión de la salud y la enfermedad tal y como las plantea el sector salud.

son coherentes y operativos para quienes los movilizan. No solo responden a la búsqueda de eficacia terapéutica. También responden a lógicas sociales, culturales o económicas que es preciso desentrañar. Su demostrada capacidad de resistencia a los asaltos de la racionalidad científica deriva precisamente de la pluralidad de lógicas sobre las que se sustentan.

Existen aún numerosos lugares comunes en torno a los saberes populares que participan de una imagen distorsionada de los mismos, así como de quienes los movilizan. En Guinea Ecuatorial, los discursos más frecuentes —emitidos tanto desde diferentes sectores de la población, desde el sector salud, e incluso por algunos estudios etnográficos— los presentan a menudo como un vestigio del pasado. Asimismo, tienden a asociarlos con la pertenencia étnica y el entorno vegetal. En las líneas que siguen, mostraremos que las prácticas orientadas a la gestión de la enfermedad, especialmente en contexto urbano, invitan a desanclar lo popular de lo étnico y lo natural. También invitan a superar una visión que los asocia con un legado de conocimientos heredados de un pasado lejano. Involucran saberes tanto de aquí como de allí, de ayer y de hoy. Movilizan tanto elementos procedentes del sector salud, del ámbito mágico-religioso, como de prácticas domésticas más prosaicas. Los saberes dialogan, interactúan y se fecundan (Bibeau, 1997). Como detallaremos en el contexto guineano, la gestión de la enfermedad ya no resulta de un solo idioma cultural, sino de un plurilingüismo sincrético, reactualizado en permanencia.

Los saberes populares son a menudo percibidos como un sistema de creencias, esto es, como un conjunto de ideas que regiría los comportamientos cotidianos, sin que lo cotidiano pese sobre las ideas. Lejos de conformar esquemas de actuación previamente establecidos, los saberes se actualizan en permanencia. Son movilizados de forma distinta en cada episodio patológico, en función de las características del contexto y de las experiencias previas. No son solo informaciones, ideas desencarnadas; constituyen también un entramado de sensaciones, de actitudes y disposiciones indisociables de las experiencias individuales y colectivas (Csordas, 1994; Fassin, 1992: 210; Kleinman y Kleinman, 1991; Massé, 1997).

Estos saberes, eminentemente prácticos, tampoco son reductibles a la gestión doméstica de la enfermedad. Alimentan las estrategias de respuesta a la enfermedad durante todas las etapas del itinerario terapéutico (Menéndez, 2005: 58). En este sentido, también conciernen los diferentes espacios de terapia, los terapeutas y sus tratamientos. Definen tanto la elección de una alternativa terapéutica, las modalidades de uso de la misma, como su descarte.

Las observaciones aquí recogidas se sustentan en una investigación más amplia sobre las lógicas del consumo terapéutico, llevada a cabo en

la ciudad de Bata (Guinea Ecuatorial) en 2011. Como gran parte de las urbes africanas, Bata se caracteriza por una oferta terapéutica plural, en la que conviven y conversan diversos paradigmas terapéuticos. Junto a los servicios de la red pública de salud, se ha gestado una amplia y heterogénea oferta privada de consultorios y clínicas. Asimismo, se ha desarrollado un extenso mercado del medicamento, tanto formal como informal. Las alternativas habitualmente designadas como «tradicionales» también gozan de una indiscutible vitalidad. Incluyen prácticas y saberes muy heterogéneos y en constante movimiento. Abarcan tanto conocimientos y actuaciones llevados a cabo en el ámbito doméstico, como aquellos movilizados en las denominadas «curanderías»; las iglesias evangélicas, como algunos sectores católicos, también han investido el campo de la terapéutica. Las diferentes alternativas de terapia constituyen un entramado complejo de recursos en el que se juegan las principales actuaciones frente a la enfermedad. A lo largo del trabajo de campo, se procedió a más de un centenar de entrevistas con enfermos, familiares y terapeutas en diferentes espacios de terapia (centros de salud, Hospital General, puntos de venta de medicamentos y curanderías). También se trató de seguir a los enfermos y familiares a lo largo de las diferentes etapas implementadas en la gestión del proceso patológico. Se trataba de aprehender los itinerarios terapéuticos en construcción, centrando el análisis no tan solo en lo que dicen y piensan los sujetos, sino sobre todo en los comportamientos, en las formas prácticas en las que se combinan y alternan las diferentes alternativas existentes en el mercado de la salud².

1. Los saberes populares no constituyen un vestigio del pasado

Las representaciones más habituales en torno a los saberes populares o tradicionales³ los caracterizan como una herencia del pasado, vestigios

2. Los resultados detallados de este trabajo han sido recientemente publicados (Jones Sánchez, 2016b).

3. Saberes populares y tradicionales son a menudo utilizados indistintamente. Ambos términos alimentan ambigüedades semánticas, algunas de las cuales se exploran en este artículo. Si ambos términos se solapan en parte, es porque ambos son generalmente contrapuestos a los saberes científicos. Desde la perspectiva aquí desarrollada, los primeros son movilizados por el profano, mientras que los segundos pueden serlo tanto por el profano como por el experto. Aunque no sea posible establecer una clara delimitación entre los saberes expertos y los saberes populares (asociados a una u otra tradición terapéutica), los primeros tienen una voluntad de unidad interna (aunque como todo saber, sean fruto del sincrétismo), mientras que los segundos son abiertamente sincréticos. Los primeros derivan de un proceso de transmisión y aprendizaje con mayor formalidad, aunque los primeros no estén del todo

remotos de tiempos inmemoriales. Designarían residuos, las ruinas que habrían subsistido al desgaste del tiempo. Sea motivo de lamento o de regocijo, constituirían un producto amenazado por la globalización o la occidentalización. Estarían abocados a la extinción progresiva, bajo el rodillo de la racionalidad científica.

Las aportaciones de la antropología han demostrado que no existen saberes «ancestrales» que hayan resistido incólumes los procesos históricos. Las transformaciones epidemiológicas, culturales, sociales, económicas y políticas afectan ineludiblemente el campo de la terapéutica. Los grupos sociales transforman en permanencia sus saberes y prácticas en consonancia con los cambios inherentes a cada época. No supone por ello la desaparición de lo popular o tradicional. Conlleva más bien su transformación. La perspectiva de un conjunto de saberes fijos, estancados, incapacita al observador para considerar el perpetuo movimiento que los caracteriza. No constituyen un producto elaborado y fijado durante la era precolonial. Resultan de un proceso dinámico, dialógico y sensible a los cambios del entorno. La transformación perpetua de los saberes no constituye una degeneración o desaparición de los mismos, sino su principal caracterización (Menéndez, 1994: 75).

Una de las manifestaciones más evidentes de este dinamismo es la aparición recurrente de nuevas enfermedades «tradicionales» en la nosología popular. El *choga*, por ejemplo, síndrome popular infantil muy extendido en Guinea⁴, es una categoría diagnóstica aparecida en la zona en los años 1970. La creación de nuevas categorías diagnósticas ilustra la reactividad de los saberes populares a las transformaciones del contexto social y epidemiológico. También pone de manifiesto la capacidad de observación de los sujetos sociales y la elaboración de racionamientos inductivos complejos, cualidades generalmente atribuidas a los procedimientos científicos, y de donde se despojan frecuentemente las representaciones y prácticas populares. La extensión del *choga* como diagnóstico popular, por ejemplo, está probablemente asociada al uso frecuente desde las instancias sanitarias de antibióticos para el tratamiento de la diarrea infantil. La administración oral de antibióticos elimina la flora intestinal, favoreciendo la aparición de hongos y una posible candidiasis intestinal. El *choga* corresponde a la conjunción de síntomas derivados (diarreas gra-

exentos de ellos. Asimismo, los saberes populares responden más a un proceso de circulación que de transmisión, en el que los sujetos son tanto productores como receptores de los conocimientos.

4. El *choga* es una enfermedad popular infantil muy extendida en Guinea. Más del 70% de las madres interrogadas en la ciudad de Bata reconocían que alguno de sus hijos lo había padecido (Jones Sánchez, 2016a).

nuosas, irritación y enrojecimiento de la zona anogenital y de la garganta, debilidad).

Los rituales de *Mbiri* y *Ndende* ofertan otra ilustración significativa de la transformación de los saberes. Constituyen en la actualidad los ritos terapéuticos más extendidos en las curanderías⁵ guineanas. La mayor parte de los *binguengan*⁶ del país se reclaman de uno u otro de los dos movimientos. Habitualmente designados como «medicina tradicional», *Mbiri* y *Ndende* no son una herencia de la era precolonial. Han surgido en el marco del encuentro colonial. Integran en consecuencia numerosas referencias simbólicas derivadas de la ocupación, con especial relevancia de elementos cristianos resultantes de la evangelización colonial. Una *ngengan*⁷, consciente de esta evolución, comentaba con agudeza: «*lo antiguo casi termina; nosotros ya vamos con la nueva tradición*» (Jones Sánchez, 2016b: 217). La enunciación de una «nueva tradición», desvinculada de un pasado lejano, invita a una aprensión de los saberes no tanto como refractarios al cambio, sino precisamente caracterizados por la transformación permanente.

2. Los saberes populares no se limitan a la medicina antigua o «natural»

En el continente africano, los saberes populares sobre la salud y la enfermedad son habitualmente asociados al entorno natural y a prácticas heredadas de un pasado remoto. Permanece la ilusión de que los saberes populares movilizados por la gente para tratarse solo conciernen la etnobotánica y los elementos rituales asociados al mundo invisible. Los trabajos de Fons (2004) en Guinea, por ejemplo, se interesan esencialmente por los elementos simbólicos, vegetales y minerales del entorno ecológico movilizados por los *ndowé*⁸ para tratar el mal. El estudio excluye en gran medida del análisis todo lo relativo al uso de la medicina moderna. Elude en definitiva los principales mecanismos de respuesta puestos en marcha por las familias para la gestión de la enfermedad. Los individuos y colec-

5. «Curandería» es el término utilizado en Guinea Ecuatorial para designar los espacios de terapia en los que opera el *ngengan*, el terapeuta especializado en las afecciones ligadas a la brujería. Cuenta generalmente con capacidad para ingresar a los pacientes.

6. El *ngengan* en fang, (o *nganga* en *ndowé*) es el terapeuta especializado en las afecciones ligadas a la brujería, aunque también interviene frente a padecimientos desvinculados de la etiología sobrenatural. *Bingengan* es el plural de *ngengan*.

7. Véase nota anterior.

8. El estudio de Fons se ha llevado a cabo entre los *ndowé* de Guinea Ecuatorial, una etnia minoritaria esencialmente afincada en el litoral de la región continental del país.

tivos sociales solicitan habitualmente estructuras sanitarias públicas o privadas. Cabe sobre todo destacar el uso generalizado de medicamentos industriales en la mayor parte de los hogares. Su adquisición y administración de forma autónoma, es decir, sin la supervisión o prescripción de los profesionales de la salud, ha desplazado en gran medida mecanismos de respuesta endógenos más antiguos, sustentados en el conocimiento del entorno vegetal y mineral⁹. Esta dinámica es especialmente palpable en el ámbito urbano, en el que las madres más jóvenes nacidas en la ciudad conocen apenas dos o tres preparados a base de plantas, mientras que son capaces de enunciar por lo menos cinco o seis medicamentos de patente de uso habitual en su domicilio (Jones Sánchez, 2016b: 261-264). En este sentido, los saberes populares conciernen hoy esencialmente los productos terapéuticos de la medicina moderna. Numerosos fármacos (analgésicos, antipiréticos, antipalúdicos, antibióticos, etc.) son utilizados con suma frecuencia en la mayor parte de los hogares guineanos. Incluso en ocasiones, procedimientos de administración en principio reservados al cuerpo sanitario, como las inyecciones, son realizados en el ámbito doméstico (Jones Sánchez, 2019). Estas prácticas, que a veces concuerdan y a menudo difieren del uso recomendado por las instancias sanitarias, se sustentan habitualmente en la experimentación empírica, a partir de la cual se constituyen gran parte de los saberes populares.

Los materiales utilizados en la farmacopea «tradicional» también informan acerca de la extrema porosidad de las fronteras entre saberes. En el ámbito doméstico, las recetas «tradicionales» ya no solo involucran elementos vegetales y minerales, sino también productos manufacturados, como el petróleo, el perfume, o incluso medicamentos industriales. Algunos fármacos son incluso rebautizados en las lenguas vernáculas; la tetraciclina, por ejemplo, antibiótico de amplio espectro, es llamada *fós ésé okuan* en fang. Significa literalmente «*la llaga no es enfermedad*». Deriva de la práctica extendida según la cual se aplica el contenido de la cápsula en llagas especialmente lentas en cicatrizar. La integración de

9. El uso generalizado de fármacos traduce la búsqueda de terapias inmediatas. No se le presta necesariamente mayor eficacia, pero sí mayor prontitud de acción. Los procesos de elaboración y administración más complejos de los preparados medicinales a base de plantas (como las escarificaciones para la difusión de los principios activos de las sustancias, por ejemplo), los sabores más fuertes o más amargos, también juegan en detrimento de la pervivencia de los saberes. Por otra parte, el declive de los saberes asociados a las plantas no solo deriva de las posibilidades limitadas que oferta el entorno ecológico urbano y en el incremento del uso de fármacos biomédicos sin receta. También se vincula con la erosión y transformación de los canales tradicionales de transmisión. La desconexión con el pueblo, la progresiva desarticulación de los antiguos modelos de estructuración familiar, participan del desgaste de los saberes terapéuticos vinculados al entorno vegetal, animal y mineral.

medicamentos modernos en la nomenclatura popular se acompaña de nuevos usos y significados estructurados fuera del ámbito biomédico. Así, la tetraciclina también es utilizada diluyendo el contenido de la cápsula en Coca-Cola para tratar el estreñimiento o junto a otros ingredientes vegetales para tratar la diarrea infantil (Jones Sánchez, 2016a: 318-320).

Las etnografías sobre saberes populares que excluyen de los mismos los usos de los medicamentos industriales no parten de una división existente. Al seleccionar determinadas prácticas y desechar otras, movilizan una visión predefinida de los saberes populares: son caracterizados por su dimensión étnica, campesina, indígena o natural, y enfrentados a lo científico, lo urbano, lo occidental o lo químico (Canclini, 1987). El aparato conceptual movilizado no describe, sino que construye. Bajo el pretexto de la descripción etnográfica, reproduce fronteras imaginarias que no emergen de las ciencias sociales, sino de la visión dicotómica de los saberes (ciencia *versus* el resto) sobre la que la medicina científica ha construido su identidad y legitimidad (Hernández y Comelles, 1994).

La delimitación de formas puras de lo moderno y lo tradicional, de lo propio y lo ajeno, impide ver las transformaciones, las interacciones e intercambios que se operan entre ambas esferas. El esencialismo no da cuenta de los sincretismos ni de la emergencia de nuevas culturas populares, ligadas por ejemplo a la automedicación. A diferencia de la perspectiva que sitúa la biomedicina al exterior, radicalmente separada y diferente a los saberes movilizados en el ámbito popular y tradicional, se advierte, por una parte, la integración de objetos, palabras, prácticas y representaciones procedentes de la biomedicina en este ámbito; y, por otra, la popularización de los saberes y productos biomédicos, especialmente de su terapéutica.

3. No existen fronteras étnicas o culturales a la circulación y producción de saberes

La cultura ha sido a menudo abordada como un sistema cerrado de significados. Caracterizarían un grupo de personas que comparten la misma historia sobre un mismo territorio. Este esquema ha alimentado la idea de que los individuos construyen explicaciones sobre el mundo en general, y la enfermedad en particular, exclusivamente desde su propia cultura. El rol de la antropología consistiría precisamente en identificar el modelo explicativo de la enfermedad propio a cada entidad cultural (Bibeau, 1997).

Una de las grandes debilidades de este enfoque es el postulado de un discurso unívoco en cada cultura sobre la enfermedad. Todos los

individuos de una sociedad no otorgan el mismo significado a cada enfermedad. Un diagnóstico popular como el *choga*, por ejemplo, admite una pluralidad de explicaciones etiológicas, así como de un sinfín de tratamientos «tradicionales» diferentes, en función del contexto y del interlocutor. Incluso la misma persona puede ofertar explicaciones distintas según las circunstancias o la evolución de la enfermedad. Esta pluralidad de perspectivas sobre la enfermedad ha sido a menudo obviada en las etnografías de la zona. En las mismas, un conjunto de síntomas es habitualmente asociado con una sola interpretación de la enfermedad, y a su vez con un tratamiento específico¹⁰. Este esquema fijo facilita la labor de sistematización del investigador. Resulta sin embargo insuficiente para dar cuenta de la variedad de prácticas y de vivencias asociadas a la enfermedad. Ninguna entidad cultural constituye un grupo homogéneo. La perspectiva del mal varía en función de quien la enuncia, y del lugar que ocupa en el espacio social. También varía en función de las evoluciones sintomatológicas, y de la apreciación de los efectos de las acciones terapéuticas implementadas.

El recurso a un sistema cultural homogéneo para dar cuenta de los comportamientos frente a la enfermedad presenta otra debilidad. Reposa sobre la idea del pueblo solitario, con escasos estímulos externos. En el mundo contemporáneo, constituye una ficción insostenible. El trabajo del antropólogo en la actualidad no consiste en alimentar la ficción de culturas separadas, sino en ver como interactúan y se abrazan (Bibeau, 1997: 18). Los individuos y colectivos ya no construyen su experiencia de la enfermedad en base a un sistema cultural monolítico; ya no solo por las interacciones que mantienen con los servicios sanitarios oficiales o porque consumen medicamentos, sino también porque acuden a curanderos de etnias diferentes, incluso de otras nacionalidades¹¹. Asimismo, los dispositivos terapéuticos «tradicionales» como *Ndendé* o *Mbiri*, surgidos en Gabón a mediados del siglo XX, se han expandido por diversas áreas geográficas del África central, trascendiendo fronteras étnicas y nacionales.

En los sistemas médicos tradicionales antiguos de la zona, las representaciones de la enfermedad permanecían poderosamente arraigadas desde el punto de vista étnico y lingüístico. Los términos utilizados en las lenguas vernáculas informaban sobre aspectos nosológicos y/o etiológicos, evidenciando la inscripción cultural de la enfermedad (Bibeau, 1978: 83;

10. Véanse por ejemplo los trabajos de Mallart-Guimerà (1977a y 1977b) o de Fons (2004).
 11. Entre los terapeutas «tradicionales» que ejercen actualmente en Guinea, se cuentan actualmente numerosos curadores procedentes de otros países de la región, como Camerún, Gabón, Nigeria o Benín.

Mallart-Guimerà, 1977a y 1977b). Hoy, sin embargo, las nuevas enfermedades tradicionales ya no se enmarcan con tanta nitidez en el patrimonio exclusivo de un determinado conjunto sociocultural. En Guinea, los sustantivos para designarlas, como el *choga* por ejemplo, no tienen ningún significado manifiesto en las lenguas vernáculas. Constituyen así categorías nosológicas transétnicas importadas desde los países limítrofes. Se construyen nuevos saberes, que a menudo mantienen el adjetivo «tradicional», pero que no están asociados a un grupo étnico específico. Se sitúan en un espacio identitario mucho más amplio (la región, el continente), habitualmente contrapuesto a Occidente y a la ciencia biomédica.

Los saberes populares ya no circulan en circuitos cerrados, exclusivamente asociados a la pertenencia étnica y al grupo del parentesco. Las técnicas y recetas utilizadas en el ámbito doméstico (el uso de plantas, de fármacos, etc.) también circulan en el ámbito vecinal, laboral, o incluso en las interacciones entre pacientes, familiares y terapeutas en los propios espacios de cuidado. Los contextos urbanos como las migraciones propician nuevas formas de producción y circulación de los saberes, facilitando la producción de sentidos compartidos. La perspectiva de los sistemas de representación culturalmente integrados no permite abordar estos procesos de producción permanente de saberes inéditos, que se alimentan de forma sincrética de las interacciones mantenidas con entornos sociales, culturales y ecológicos variados.

El estudio llevado a cabo en la ciudad de Bata puso de manifiesto que los factores sociales (poder adquisitivo, nivel formativo, género, edad, lugar de residencia, procedencia urbana o rural, tiempo pasado en la ciudad, etc.) resultan a menudo más determinantes que la propia pertenencia étnica. Este último factor no deriva en diferencias notables en cuanto al uso doméstico de medicamentos industriales, por ejemplo, ni a las modalidades de uso de los diferentes recursos terapéuticos, ya sea el hospital, la curandería o la iglesia. Tampoco supone representaciones sustancialmente diferentes sobre estos mismos recursos¹². El abordaje de las estrategias de gestión de la enfermedad desde una perspectiva étnica se expone a la sobreinterpretación cultural, desatendiendo otros factores sociales, económicos, políticos, de suma relevancia para dar cuenta de las prácticas cotidianas.

12. La dimensión étnica desempeña no obstante un papel importante en la elección del curandero. Se evidencia la preferencia, especialmente entre los más mayores, en recurrir a terapeutas tradicionales con los que se comparte la pertenencia étnica. Cabe sin embargo recalcar que muchos terapeutas son elegidos en función de su reputación para tratar patologías específicas, como la epilepsia, por ejemplo, independientemente de la adscripción étnica (Jones Sanchez, 2016b: 24).

4. Los saberes dialogan, interactúan y se fecundan

En un mundo globalizado, no es pertinente abordar los diferentes paradigmas de gestión de la enfermedad como unidades aisladas y contrapuestas. En este contexto, las diferentes matrices asociadas por el pasado a una cultura, una historia y un territorio, no ocupan espacios diferentes: conviven, se tocan, e interactúan. De ello resultan contextos terapéuticos plurales, o pluralismos terapéuticos, caracterizados por intercambios y vaivenes constantes entre diferentes marcos de referencia.

El pluralismo se manifiesta primero en el recorrido que emprenden los enfermos y familiares en la búsqueda de atención. Lejos de las incompatibilidades que sugiere la clasificación de los recursos en categorías binarias, los individuos y colectivos tienden a combinar y/o alternar con suma fluidez recursos terapéuticos surgidos en contextos históricos y culturales distintos. Las estrategias para gestionar la enfermedad pueden así llevar del hospital a la curandería o viceversa, o dar pie a la combinación del tratamiento hospitalario con oraciones o sesiones colectivas de exorcismo en las iglesias evangélicas¹³.

El sincretismo terapéutico no solo se da en la elección sucesiva o simultánea de diferentes recursos. También deriva de las formas en las que los individuos y grupos sociales se reapropian los saberes y las prácticas de los curadores. Cualquier medicina genera prácticas de autoconsumo (Menéndez, 2005: 51). Estos mecanismos de reapropiación aúnan frecuentemente elementos materiales y simbólicos dispares, como la mezcla de medicamentos industriales con elementos vegetales para la elaboración de un preparado medicinal, o la recitación de plegarias o aspersiones de agua bendita para reforzar otros procedimientos terapéuticos, ya sean a base de plantas o de medicamentos modernos.

La diversidad de fuentes sobre la que se sustenta la producción de cuidados también se aprecia en las prácticas de los curadores. Numerosos terapeutas que se reclaman de la tradición integran medicamentos industriales en su arsenal terapéutico. En algunas curanderías, algunos *bingengan* aplican inyecciones, administran analgésicos, antipalúdicos o antieméticos para aliviar dolores, rebajar la fiebre o detener los vómitos.

13. Las lógicas de exclusión ente unos recursos y otros son muy escasas. La terapia implementada por los pastores evangélicos, por ejemplo, exige el abandono de cualquier vínculo con los *bingengan* y sus prácticas, incluido el porte de amuletos. Asimismo, algunos exigen el cese del tratamiento hospitalario, como un acto de entrega al Señor necesario para la cura. No obstante, las incompatibilidades en la sincronía se disipan en la diacronía. Es habitual que los que depositan sus expectativas de sanación en la terapéutica implementada por las iglesias evangélicas hayan acudido al *ngengan* y a los servicios públicos de salud con anterioridad (Jones Sánchez, 2016b: 26).

También recurren a categorías nosológicas fraguadas en la biomedicina, que pueden mantener un significado similar al original (como la anemia, por ejemplo, entendida como la «falta de sangre») o adquirir una nueva acepción (como la fiebre amarilla, por ejemplo, cuyo significado se vincula esencialmente a la ictericia). Numerosos curadores tradicionales dan cuenta de su legitimidad para administrar comprimidos o inyectables biomédicos, aludiendo a las formaciones que recibieron en los años ochenta de la cooperación sanitaria española¹⁴. Estos procesos ilustran nuevamente la complejidad inherente a la producción y circulación de los saberes.

El sector salud tampoco se libra del carácter diverso de las fuentes que alimentan la práctica terapéutica cotidiana. Agentes de salud, auxiliares, incluso enfermeras y médicos avalan con frecuencia teorías populares. Se ha documentado en otro lugar, cómo frente a determinadas diarreas infantiles, enfermeras y auxiliares del hospital de Bata aconsejan a las madres la implementación de un tratamiento casero esencialmente a base de plantas, alegando la ineficacia del tratamiento prescrito por las instancias sanitarias (Jones Sánchez, 2016a). Mientras que algunos facultativos se resisten a utilizar las nominaciones populares de ciertas enfermedades, aludiendo a la supuesta invalidez en términos diagnósticos de los cuadros populares, otros optan por utilizarlas, de cara a mejorar la comunicación con los pacientes¹⁵. Refuerzan, de este modo, no solo la legitimidad de dichas categorías, sino también su propia capacidad para influir en los pacientes. El recurso a un lenguaje común facilita la construcción de puentes con el paciente. Propicia un espacio de confianza que incrementa indudablemente el poder terapéutico del curador (2016a).

La esfera religiosa constituye otro polo de influencia importante. En otro lugar he relatado el caso de un farmacéutico que, junto a los medicamentos expendidos, prescribía la recitación de determinados salmos bíblicos a sus clientes-pacientes (Jones Sánchez, 2016b: 189). Cabe sobre todo señalar que las iglesias evangélicas, así como los sectores carismáticos de la Iglesia Católica, transitan desde décadas en el campo de la terapéutica¹⁶. Para estos movimientos religiosos, la salud constituye una destaca-

14. De acuerdo con los preceptos formulados por la OMS en Alma Alta, se procedía entonces a la formación de agentes de salud comunitarios en los contextos rurales. De cara a facilitar la extensión de los servicios de salud modernos, se privilegiaba la selección de personas que ya gozasen de legitimidad en el campo de la terapéutica, como las parteras y los curanderos.

15. Numerosos profesionales de la salud utilizan por ejemplo términos como *choga* o *chit* al intercambiar con los enfermos y sus familiares diagnósticos populares cuyas equivalencias para los sanitarios suelen ser la candidiasis intestinal y la inflamación del bazo, respectivamente.

16. En el contexto africano, véase por ejemplo Mary (2002) y Tonda (2002).

da herramienta proselitista. Rechazan vigorosamente las prácticas de los *bingengan*, enjuiciados por las fuerzas supuestamente satánicas que movilizan. La terapéutica cristiana reproduce sin embargo los mismos recursos explicativos de la enfermedad en torno a la brujería. Tras una oposición retórica, alimentada por la rivalidad en el mercado de la salud, prevalece un intercambio constitutivo de las prácticas terapéuticas.

Ciertas categorías diagnósticas también dan cuenta de un diálogo permanente entre diferentes marcos nosológicos. La percepción de que el estado de salud del enfermo sometido al tratamiento hospitalario se estanca o empeora puede constituir un elemento sintomatológico que, en conjunción con otros, permite la construcción de diagnósticos ligados a la brujería como el *kong*¹⁷, o a otros síndromes populares como el *choga*.

Si bien los diferentes terapeutas, médicos, *bingengan*, curas o pastores, tienden a reivindicar la especificidad de sus herramientas y campo de acción, alimentan frecuentemente sus prácticas de fuentes diversas. Los discursos y modos de actuación dejan entrever saltos y solapamientos permanentes entre diferentes modelos conceptuales, difuminando las fronteras entre marcos ideológicos y culturales en principio dispares. Más allá de la oposición o de la rivalidad que sugiere una lectura dicotómica, los diferentes marcos de referencia interactúan, se alimentan y se fecundan. A semejanza de aquella valorada enfermera en el hospital, y reconocida *ngengan* en su domicilio (Jones Sánchez, 2016b: 257-259), afloran en el cotidiano complementariedades, reconfiguraciones dialógicas de los saberes y prácticas. El concepto de *pluralismo médico* ha de trascender una oposición binaria, para aprehender todas las manifestaciones y derivados de la medicina moderna, tradicional o religiosa, y todas aquellas expresiones «intermediarias» (Tonda, 2002: 102). Las ortodoxias ofrecen pocos puntos de apoyo para el análisis del pluralismo terapéutico.

17. El *kong* es la etiología más frecuente en el ámbito de la brujería, tanto en Guinea Ecuatorial como en esta parte del continente africano. El principio del *kong* radica en la contratación del brujo para que transforme una o varias personas en esclavos del contratante. Las víctimas enferman, progresando ineludiblemente hacia una muerte ficticia, en la que sus espíritus serán esclavizados por su verdugo en parajes lejanos, en vista de beneficios económicos. El *kong* está sustentado en el imaginario de la trata de esclavos y de la empresa colonial. Véanse, por ejemplo, De Rosny en el litoral camerunés (1981: 89-102), Geschiere, quien recoge diferentes variaciones regionales camerunesas (1995: 173-215), Fons, entre los *ndowé* de Guinea Ecuatorial (2004: 53-55), Augée Angoue en Gabón (2005: 77-82) o Mallart-Guimerà, entre los *evuzok* al sur de Camerún (2012: 144-146). El término es utilizado indistintamente por diferentes grupos étnico-lingüísticos con escasas variaciones (tanto los *ndowé* de Guinea Ecuatorial, como los *douala* de Camerún hablan de *ekong* en vez de *kong*), sin diferencias sustanciales en cuanto a los significados movilizados.

5. La polisemia de la enfermedad

El peregrinaje terapéutico es extremadamente habitual en el contexto africano. En su búsqueda de alivio y de cura, los enfermos, acompañados por sus familiares, alternan y combinan recursos. Estas prácticas no se pueden desvincular de la debilidad de los servicios sanitarios oficiales y del sentimiento de irresolución que se experimenta a menudo en ellos. La percepción de fracaso de un tratamiento y la voluntad de maximizar las posibilidades de cura permiten la integración de alternativas a menudo pensadas como incompatibles a lo largo de un mismo proceso patológico. La automedicación, servicios públicos y privados de salud, *mbo mebiang*¹⁸ y *bin-gengan*, pastores y curas, lejos de excluirse unos a otros, son asociados a lo largo de un mismo itinerario terapéutico, sin que ello suponga ningún dilema conceptual para los agentes sociales (Benoist, 1996; Fassin, 1992; Janzen y Arkinstall, 1978; Menéndez, 2005). Estos sinuosos recorridos dan cuenta de la inestabilidad del sentido de la enfermedad. La lectura de un episodio patológico puede pasar de un registro místico o religioso a otro científico, como a la inversa. Lo que inicialmente puede ser designado como paludismo en el hospital, puede posteriormente ser explicado en términos bruñeriles en una curandería. A la inversa, una lanza mística en el pecho lanzada por los brujos (un *eluma* según la nomenclatura fang), puede finalmente ser diagnosticada como una tuberculosis en las instancias sanitarias. La interpretación del mal se transforma en el tiempo, en función de la evolución sintomatológica y de los éxitos y fracasos terapéuticos cosechados. La perspectiva culturalista de la enfermedad que asocia a un cuadro sintomatológico específico una sola interpretación es siempre reductora, en la medida en la que presenta una imagen fija de una larga secuencia.

La pluralidad de significados que adquiere la enfermedad también se evidencia en la sincronía: varía según el interlocutor. Las perspectivas de los terapeutas, del enfermo, y de las diferentes personas que componen su entorno, pueden o no coincidir. De hecho, la interpretación de la enfermedad constituye a menudo un elemento de debate, que desencadena en ocasiones graves conflictos familiares. Con frecuencia se da por sentada la plena adhesión del enfermo y de sus familiares al universo simbólico movilizado por el terapeuta. Acudir al hospital o al curandero sería la manifestación de un respaldo ideológico a cada una de las alternativas.

18. «El que hace medicinas», en fang. Son aquellos que son reconocidos en su entorno social cercano (parentesco, vecindario), por saber tratar determinadas enfermedades, normalmente desvinculadas de cualquier relación con el mundo invisible, mediante tratamientos con plantas.

En realidad, la búsqueda de cura y alivio no requiere la conformidad con un modelo ideológico-terapéutico. No requiere fidelidad doctrinal. La movilización de un recurso también puede resultar de la experimentación «para ver», así como de la desesperación. El trabajo etnográfico llevado a cabo en Bata puso en evidencia la incomodidad o disconformidad de numerosos enfermos y familiares, respecto a los métodos diagnósticos empleados, y al diagnóstico avanzado por el *ngengan*. Dudaban de la eficacia de los procedimientos adivinatorios, o del diagnóstico en términos de brujería, que implica habitualmente alguna persona del entorno cercano¹⁹. La investigación también demostró que la valoración negativa de una alternativa terapéutica no impedía que pudiese ser recurrida en momentos determinados. El rechazo a la explicación sobrenatural, por ejemplo, no lleva a descartar definitivamente alternativas que si parten de esta premisa. La permanencia del dolor abre la puerta a tolerar paradigmas terapéuticos en principio proscritos²⁰. Prevalece ante todo la voluntad de encontrar una solución a una alteración del cuerpo o de la mente que afecta y transforma el transcurso de la vida cotidiana.

Esta polisemia de la enfermedad ha sido a menudo obviada en numerosas etnografías clásicas del continente africano. En ellas, se postula cierta estabilidad entre un conjunto de signos (síntomas) asociados a un conjunto de significados (interpretación de los síntomas) y a un conjunto de acciones (disposiciones tomadas frente a la enfermedad). De acuerdo con este esquema, cada marco cultural ofrecería un sistema de interpretación y de acción cerrado frente a la enfermedad. La misma situación sintomatológica puede sin embargo dar pie a interpretaciones y comportamientos muy diferentes. Lejos de las perspectivas asociales y ahistóricas, que aseguran la invariabilidad de los significados, la heterogeneidad de las situaciones dificulta en realidad cualquier atisbo de sistematización. La perspectiva histórica permite abarcar las variaciones derivadas de las transformaciones sociales. La perspectiva sociológica permite recoger la diversidad en un mismo contexto según el momento, y el lugar ocupado por cada uno en la sociedad. Los recorridos vivenciales constituyen otra dimensión que permite atender la individualización de los saberes.

19. En los formatos adivinatorios, característicos en los ritos de *Ndendé* y *Mbiri*, el enfermo no desvela su enfermedad. Es el espíritu quien, a través del *ngengan*, enuncia los problemas del paciente y designa el responsable, generalmente una persona del entorno cercano del enfermo.

20. Los consultorios gestionados por la diáspora china, así como los *bingengan* de *Ndendé* y *Mbiri*, constituyen las alternativas peor valoradas por la población urbana. Esta apreciación no impide que sean recurridos en determinados momentos por quienes han manifestado un discurso crítico sobre los mismos.

6. El carácter práctico e «implícito» de los saberes populares

El rechazo discursivo a una alternativa terapéutica (la curandería, por ejemplo), y su posterior utilización, recuerda que las prácticas no son el reflejo fidedigno de los discursos. Los individuos y colectivos sociales no hacen lo que dicen ni dicen lo que hacen. Precisamente por ello, el estudio etnográfico no puede limitarse a la recogida de discursos; son insuficientes para dar cuenta de las prácticas²¹. El análisis debe también interesarse por los comportamientos y las prácticas en los contextos en los que se dan.

La idea de sistema de representaciones presupone que los comportamientos son siempre coherentes con una concepción del mundo. Sugiere una relación de causalidad directa entre las representaciones y las prácticas. Bajo este prisma, los individuos aparecen exclusivamente como productos culturales, agentes pasivos, sin que sus comportamientos frente a la enfermedad se viesan influidos por sus experiencias. Los saberes populares no son una mera suma de conocimientos que conformarían un marco teórico para la acción. Se nutren de las vivencias cotidianas. No están desencarnados en una teoría, sino directamente arraigados en la práctica (Massé, 1997: 61). A tal efecto, se trata esencialmente de «saberes implícitos», cuyas lógicas no están sistemáticamente formalizadas en el discurso (Massé, 1995: 329). Estas consideraciones invitan a abordarlos no tanto como sistema, sino más bien como experiencia (Massé, 1997: 62). Los saberes se constituyen en un proceso de experimentación continuada y de interacciones múltiples con el entorno. Se negocian y se utilizan en el marco de las interacciones cotidianas. Se nutren de los discursos y representaciones que circulan en diferentes ámbitos de la vida social (el hogar, el parentesco, el vecindario, el ámbito laboral, etc.) de los discursos de los terapeutas profesionales (tanto biomédicos como «tradicionales») y de las experiencias vividas. Todo ello conforma un conjunto sincrético y móvil.

Las representaciones sobre el cuerpo y la enfermedad resultan de un proceso interpretativo inacabado que se alimentan en permanencia de experiencias propias y ajenas. Los registros culturales históricos constituyen matrices de significados. Ofrecen herramientas, potencialidades, que

21. Los programas de educación para la salud en el continente se han basado habitualmente en la idea de que las prácticas resultarían de las representaciones, y que el principal problema radicaría en que estas no derivasen de la racionalidad biomédica, sino de la cultura tradicional. Esta perspectiva problematiza la cuestión sanitaria esencialmente en términos de información: sugiere que quienes reciben la información adecuada actúan de forma adecuada. En este esquema, las experiencias y el lugar ocupado por cada uno en el escenario social no desempeñan ningún papel en la recepción del mensaje y en sus posibilidades de actuar en conformidad con el mismo.

son sistemáticamente reactualizados en cada nuevo episodio patológico y a lo largo del mismo. No son marcos rígidos y predefinidos que determinan y reglamentan prácticas y representaciones. Constituyen más bien un conjunto de herramientas a partir de las cuales se construyen significados y estrategias de acción. Ofertan por lo tanto una infinidad de posibilidades.

7. Experimentación y espacialidad de los saberes ligados a los recursos oficiales de salud

Los saberes populares ligados a la gestión de la enfermedad aluden habitualmente a manifestaciones sintomatológicas, a categorías diagnósticas y tratamientos. También conciernen al abanico de recursos terapéuticos disponibles y sus características en términos de acceso, coste, funcionamiento, especialidad, distancia, horarios, características, trato, formación y actitud del personal, disponibilidad y grado de eficacia de los tratamientos, etc. En este ámbito, como en los demás, la experiencia de los sujetos constituye una fuente valiosa de conocimiento. La experimentación de los éxitos y fracasos circula de boca en boca, tanto en el ámbito familiar, vecinal o profesional. La antigüedad en el territorio permite mayor familiarización con las alternativas disponibles y con sus características.

Una perspectiva focalizada en el sistema de creencias desatiende las vivencias a las que se enfrentan los colectivos sociales en las infraestructuras sanitarias, experiencias que alimentan también los saberes populares relativos a la gestión de la enfermedad. En Guinea, como en la mayor parte de los países del continente africano, los servicios sanitarios públicos siguen caracterizados por problemas estructurales que impiden, retrasan, dificultan o alteran la calidad de la atención. Permanecen dificultades de acceso (la mayor parte de los servicios son de pago, impidiendo o retrasando la llegada a los servicios de importantes franjas de la población), problemas de recursos (escasez de medicamentos, de insumos y equipamiento médicos), problemas deontológicos (absentismo crónico del personal sanitario, prácticas de corrupción, descuidos y maltrato al paciente)²². Estas cuestiones afectan ineludiblemente la propia eficacia terapéutica de los servicios sanitarios y menoscaban la confianza que la población deposita sobre los mismos.

22. Existe una literatura abundante sobre la cuestión en el continente. Véanse, por ejemplo, Hours (1985), Fassin (1992), Brunet-Jailly (1993), Jaffré (1999), Jaffré y Olivier de Sardan (2003), Monteillet (2005), Jones Sánchez (2016b).

Una perspectiva «relacional» de las alternativas terapéuticas (Menéndez, 2005: 59) evidencia los vínculos entre los disfuncionamientos recurrentes de los servicios sanitarios y las estrategias de gestión de la enfermedad puestas en marcha por la población. El consumo de medicamentos industriales sin el respaldo sanitario, la espera como estrategia terapéutica (a menudo achacada a la indiferencia, cuando resulta más bien de la ausencia de recursos), la llegada tardía a los servicios sanitarios oficiales, o la competitividad de otras alternativas en el mercado de la salud (clínicas y consultorios privados, curanderías, iglesias evangélicas, etc.) no resultan de la supuesta ignorancia de la población ni son el fruto exclusivo de representaciones ligadas al mundo invisible; son indisolubles de los problemas estructurales que caracterizan los servicios públicos de salud (Jones Sánchez, 2013 y 2016b).

Los disfuncionamientos de las estructuras públicas de salud también dan pie a la emergencia de saberes prácticos que no solo vierten sobre las características de los servicios, sino también sobre diferentes mecanismos informales para agilizar su funcionamiento. El trabajo etnográfico llevado a cabo en el hospital de Bata puso así de manifiesto diferentes estrategias destinadas a paliar las discontinuidades que afectan a los servicios oficiales de salud. La compra directa e informal de medicamentos al personal sanitario es una práctica habitual que permite paliar las rupturas de *stock* del hospital, o disponer de los mismos a precios más asequibles. La búsqueda de un conocido entre el personal sanitario puede permitir eludir costes y tiempos de espera, y propiciar mayor implicación y respeto en la atención. La existencia o la posibilidad de crear cierta «proximidad social» con el personal sanitario es un factor que puede determinar la elección de un recurso sobre otro. Asimismo, constituye un factor de desigualdad en el acceso a los servicios: «*Si no tienes una tía que trabaja allí —aseguraba un entrevistado— un primo, un amigo, difícil para que te atiendan rápido*». De hecho, si bien las experiencias individuales moldean la elección y utilización de los recursos, estas experiencias conllevan una dimensión colectiva ineludible: están invariablemente mediatizadas por la posición de cada uno en la sociedad. El acceso desigual a las diferentes alternativas de atención, la capacidad o no para movilizar recursos económicos o redes de apoyo frente a la adversidad, marcan las experiencias y las estrategias impulsadas por los individuos y los colectivos sociales.

Lejos de los recorridos formales, estipulados por las instancias sanitarias, los sujetos producen recorridos informales en el propio seno de los servicios de salud. Estas prácticas habituales, que no están contempladas en los protocolos sanitarios, responden al esfuerzo por domesticar los espacios sanitarios. Se construyen con frecuencia a partir de las relaciones

de parentesco y de proximidad. Invitan a abordar la dimensión espacial de los saberes populares: a menudo circunscritos al ámbito doméstico, se extienden en realidad por la geografía de la ciudad, por los pasillos del hospital o del centro de salud. En este sentido, los recursos terapéuticos no son ajenos a las personas, no son solo alternativas a las que se acuden. Los individuos y colectivos coproducen las estrategias terapéuticas (Massé, 2001), implementando modalidades de uso específicas y saberes propios.

Conclusión

Abogamos por una perspectiva amplia de los saberes populares. Ni son residuos del pasado, ni productos culturales delimitados étnica y lingüísticamente. Tampoco son reductibles a los conocimientos terapéuticos sustentados en el entorno natural, ni a las representaciones movilizadas en el ámbito doméstico. Evolucionan y se transforman con el paso del tiempo. Se nutren de paradigmas terapéuticos diversos que, según las ortodoxias científicas, religiosas y culturales, se excluyen. En el contexto guineano, han adquirido una dimensión transétnica manifiesta. Movilizan tanto productos naturales como elementos manufacturados. Conforman un diálogo permanente entre lo local y lo global. Trascienden lo doméstico, conjugando estrategias de acceso, de gestión y de evaluación de los diversos recursos terapéuticos al alcance de cada uno. Explorar los saberes populares permite comprobar la extrema porosidad de las fronteras entre lo tradicional y lo moderno, lo antiguo y lo nuevo, lo endógeno y lo exógeno, lo natural y lo químico, lo local y lo global. Los saberes conforman un proceso dinámico que involucra factores sociales, culturales, circunstanciales e individuales. Resultan de la incorporación selectiva, voluntaria e involuntaria de ideas y prácticas, a menudo procedentes de horizontes diversos. Numerosos trabajos nos invitan a recorrer los espacios fronterizos entre saberes, ya no como prácticas marginales o periféricas, sino como los principales espacios desde los que se generan nuevos saberes y se impulsan nuevas prácticas (Barajas, 2000; Benoist, 1996; Laplantine y Nouis, 1997). En este sentido, el análisis ha de dar cuenta de las fuerzas sociales, económicas, culturales y políticas que alimentan y condicionan el intercambio y producción de los saberes.

Referencias

Augée Angoue, C. (2005). Situation de la sorcellerie au Gabon, un exemple. En *Justice et sorcellerie*. E. de Rosny, Ed. Yaoundé: Presses de l'UCAC.

- Barajas, C. (2000). Hibridación constante: manejo de la enfermedad en una comunidad rural colombiana. En *Culturas científicas y saberes locales*. D. Obregón, Ed. Bogotá: Centro de Estudios Sociales, Universidad Nacional de Colombia.
- Benoist, J. (Ed.). (1996). *Soigner au pluriel: essais sur le pluralisme médical*. Paris: Karthala.
- Bibeau, G. (1978). L'organisation Ngbandi des noms de maladies. *Anthropologie et Sociétés*, 2(3): 83-116.
- Bibeau, G. (1997). Cultural psychiatry in a creolizing world: questions for a new research agenda. *Transcultural Psychiatry*, 34(1): 9-41.
- Brunet-Jailly, J. (Ed.) (1993). *Se soigner au Mali : une contribution des sciences sociales : douze expériences de terrain*. Paris: Karthala, ORSTOM.
- Canclini, N.G. (1987). Ni folklórico ni masivo ¿Qué es lo popular? *Revista Diálogos de la Comunicación*, 17: 6-11.
- Csordas, T.J. (Dir.) (1994). *Embodiement and Experience: The Existencial ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- De Rosny, E. (1981). *Les yeux de ma chèvre*. Paris: Plon.
- Fassin, D. (1992). *Pouvoir et maladie en Afrique*. Paris: Presse Universitaire de France.
- Fons, V. (2004). *Entre dos aguas. Etnomedicina, procreación y salud entre los Ndowné de Guinea Ecuatorial*. Barcelona: Ceiba.
- Geschiere, P. (1995). *Sorcellerie et politique en Afrique: la viande des autres*. Paris: Khartala.
- Hernández, A.M. y Comelles, J.M. (1994). La medicina popular. ¿Los límites culturales del modelo médico? *Revista de dialectología y tradiciones populares*, 49(2): 109-136.
- Hours, B. (1985). *L'Etat sorcier, santé publique et société au Cameroun*. Paris: L'Harmattan.
- Jaffré, Y. (1999). « Les services de santé 'pour de vrai'. Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) ». *Bulletin de l'APAD*, 17. En <http://apad.revues.org/475>. Accedido el 12 de septiembre de 2012.
- Jaffré, Y. y Olivier de Sardan, J.P. (Dir.) (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris: Karthala.
- Janzen, J.M. y Arkininstall, W. (1978). *The quest for therapy in lower Zaire*. Univ of California Press.
- Jones Sánchez, A. (2013). Saberes, percepciones y modalidades de uso de los recursos terapéuticos en Bata, Guinea Ecuatorial. En *Perspectivas Antropológicas sobre Guinea Ecuatorial*. J. Aranzadi Martínez y P. Moreno Feliú, Eds. Madrid: UNED.
- Jones Sánchez, A. (2016a). Las voces del *choga*: disonancias y consonancias acerca de una enfermedad popular. *Endoxa, revista científica de la UNED*, 37: 299-235.
- Jones Sánchez, A. (2016b). *Marcos formales, recorridos informales: las lógicas del consumo terapéutico en Guinea Ecuatorial*. París: L'Harmattan, Assofrague.
- Jones Sánchez, A. (2019). *La ineficacia de la eficacia: representaciones sobre la eficacia terapéutica de la biomedicina en Guinea Ecuatorial*. Próxima publicación.
- Kleinman, A. y Kleinman, J. (1991). Suffering and its Professional Transformation: Toward an Ethnography of Experience. *Culture, Medecine and Psychiatry*, 15: 275-301.
- Laplantine, F. y Nouss, A. (1997). *Le métissage*. Paris: Flammarion.
- Mallart-Guimerà, L. (1977a). La classification Evuzock des maladies. *Journal des Africanistes*, 47(1): 9-51.

- Mallart-Guimerà, L. (1977b). La classification Evuzock des maladies. *Journal des Africanistes*, 47(2): 9-47.
- Mallart-Guimerà, L. (2012). *La danza de los espíritus: itinerario y prácticas terapéuticas de un chamán africano: Mba Owona*. Barcelona: Ceiba.
- Mary, A. (2002). Prophètes pasteurs : la politique de la délivrance en Côte d'Ivoire. *Politique africaine*, 87: 69-94.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal: Gaëtan Morin éditeur.
- Massé, R. (1997). Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux. *Anthropologie et Sociétés*, 21(1): 53-72.
- Massé, R. (2001). Métissage des savoirs et itinéraires de soins et de santé mentale dans la Martinique d'aujourd'hui. En *Paradoxes du métissage*. J.L. Bonniol, Dir. Paris: Éditions du CTHS.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7): 71-83.
- Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14: 36-69.
- Monteillet, N. (2005). *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun. Crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*. Paris: Karthala.
- Pulido-Fuentes, M.; González, L.A.; da Silva Vieira, M.D.F. y Flores Martos, J.A. (2017). Health competence from a transcultural perspective. Knowing how to approach transcultural care. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 237: 365-372.
- Tonda, J. (2002). *La guérison divine en Afrique centrale (Congo, Gabon)*. Paris: Karthala.