

Crear, enfermar, cuidar, sanar. Fundamentos para una investigación sobre el pluralismo médico y religioso en el cristianismo madrileño¹

BORJA MARTÍN-ANDINO²

Si las teorías clásicas de la secularización anunciaron el final de las religiones (Cantón, 2009), otras desde la modernidad interpretan su vigencia, y de estas se ha extraído que el hecho religioso se ha transformado (Estruch, 1996). En este contexto, la oposición weberiana entre ciencia y religión no acaba de completarse, como ilustran ciertos contactos entre los ámbitos médico y religioso / espiritual (Blázquez *et alii*, 2014b: 4485). Este artículo trata de poner el foco sobre ese espacio, primero mediante una revisión desde la antropología social española del proceso salud, enfermedad y atención en las comunidades religiosas y espirituales, para a continuación plantear su indagación en el cristianismo mediante tres casos concretos presentes en la ciudad de Madrid: Renovación Carismática Católica; Iglesia de Cristo, Científico e Iglesia Adventista del Séptimo Día. El texto se enmarca en una propuesta de investigación formulada como trabajo final de máster, pero a la que no se podría haber llegado sin un trabajo de campo previo con la Iglesia Adventista del Séptimo Día (2012-2014). Asimismo, supone el punto de partida para una tesis doctoral actualmente en curso.

Despite of classic secularization's theories predicting the end of religions (Cantón, 2009), others recognise the continuity of the latter in modernity. These contemporary theories conclude that the religious fact is rather subjected to transformations (Estruch, 1996). Focusing in this context, Weberian opposition between science and religion isn't completed yet, as some continuity between the realms of the medical and the religious/spiritual illustrate (Blázquez *et alii*, 2014b: 4485). This article looks over that matter; by means of a review of the health, illness, and care process in religious and spiritual communities in the Spanish social anthropology's literature; first, and then, with a research's proposal through three current cases in urban Madrid: Catholic Charismatic Renewal; Church of Christ, Scientist; and Seventh-day Adventist Church. This text follows up a research's proposal wrote as a master's dissertation, as well as it couldn't have been possible without previous fieldwork research with Seventh-day Adventist Church (2012-2014). Additionally, it's the starting point of a PhD thesis still in process.

1 Este trabajo obtuvo el Premio de Antropología Social y Cultural Joaquín Costa 2016, que concede la Fundación Joaquín Costa.

2 Departamento de Antropología Social de la Universidad Complutense de Madrid. borjamartinandino@ucm.es

INTRODUCCIÓN

Tuve una lesión en la zona lumbar. [...] El médico ya no sabía qué mandarme, paracetamol y noltol [...]. Un compañero que estuvo en Fátima, pues... en una misa en la que asistió me dijo que... que iba a tener una sanación [...] No desesperes, insiste, insiste en la oración, ellos rezando por mí, yo diciendo, bueno, Dios mío, hágase en mí según tu palabra, ¿no? Y bueno... ¿mi sorpresa cuál es? [...] Pues ayer por la tarde, en la segunda charla que dio el predicador, me senté, y... no sentía dolor. [...] Entré siendo una persona y al finalizar la adoración fui otra.³

Si el científico cristiano llega a su paciente por medio del Amor divino, la obra sanadora será efectuada en una sola visita, y la enfermedad se desvanecerá en su nada nativa, como el rocío ante el sol de la mañana (Baker, 2011: 365).

Gonzalo afirma que los cursos de cocina son una buena idea, con ellos pueden hablar del ovo-lactovegetarianismo desde su posición: ellos son vegetarianos porque son cristianos. [...] Nicolás sugiere temáticas para los cursos de cocina: de comida que elimina el ansia de fumar, que reduce la diabetes, que previene el cáncer. Gonzalo añade que estaría bien invitar a un médico.⁴

Fármacos y oraciones, médicos y predicadores, dolencia y amor, alimentación e identidad son algunos de los pares de elementos vinculados a la enfermedad y la salud que pueden encontrarse en comunidades religiosas. Esta presencia, contemplada desde una modernidad en la que se da por hecho la divergencia entre ciencia y religión, puede resultar desconcertante (Cornejo y Blázquez, 2013: 12), pero lo cierto es que en los colectivos relacionados con las citas anteriores las concepciones sobre la enfermedad, la salud, el cuidado y el cuerpo fluyen en discursos, representaciones, prácticas, lógicas y procesos; en definitiva, lo hacen en el complejo entramado de su vida social. De este modo, la primera cita, transcripción de una secuencia audiovisual que documenta la Asamblea Nacional de Renovación Carismática Católica española del año 2012, ilustra cómo ante el auditorio un participante relata la superación de una dolencia corporal, presentándose a sí mismo como prueba de certeza de que existe un poder sobrenatural al que, a diferencia de la ciencia humana, nada se le resiste. A esta le sigue un extracto de *Ciencia y salud con la llave de las Escrituras*, obra de Mary Baker (2011), fundadora de la Iglesia de Cristo, Científico, con la que me obsequió una ponente tras su conferencia en la sede de la Iglesia en Madrid en la primavera del 2014. Aquella tarde, junto a unas treinta personas, la escuché hablar de que la realidad única es Dios, que la persona es espíritu y que no hemos de temer a la enfermedad y la muerte. También sobre las virtudes de la ciencia cristiana, un método de sanación espiritual descubierto por Baker. La tercera cita procede de mi diario de campo con la Iglesia Adventista del Séptimo Día y remite a una reunión de un grupo de fieles. Los encuentros tenían por objeto diseñar acciones con las que dar a conocer la Iglesia entre jóvenes madrileños desvinculados de las creencias religiosas. En este pasaje, los asistentes relacionan su alimentación —que legitiman en fundamentos doctrinales— con su adscripción confesional, a la vez que le atribuyen cualidades para conservar y mejorar la salud.

3 En <https://www.youtube.com/watch?v=isS7ul7wh9Q>, última visita: 15/8/2015.

4 *Diario de campo IASD*, “Registro #15”, pp. 12-14.

Y es que si bien la enfermedad es un fenómeno inherente a la condición humana, que de manera universal los seres sociales buscan revertir mediante respuestas variadas, legitimadas culturalmente de acuerdo con representaciones y conductas particulares (Comelles, 1994), algunas de ellas, como recuerda Geertz (2006: 101), pueden estar vinculadas a sistemas de creencias religiosos y espirituales. Ahora bien, ¿qué supone su presencia en las sociedades contemporáneas, en las que el proceso salud, enfermedad y atención⁵ (Menéndez, 1996) se supone competencia exclusiva de la biomedicina (Menéndez, 1984b)? ¿Qué interacciones se dan entre ese sistema médico mayoritario y otros modos de entender la enfermedad y su reversión en el espacio de unos colectivos determinados, caracterizados por estar constituidos mediante identidades religiosas? Y desde la antropología social, ¿cómo acercarnos a estas realidades, cómo atenderlas, cómo comprenderlas? El objetivo de este artículo es el de establecer un punto de partida para indagar en estas cuestiones, para lo que se toma un sistema de creencias, el cristianismo, que, a su vez, ejemplifica la diversidad del campo religioso y del pluralismo médico en España; es por ello por lo que la investigación se plantea con tres comunidades religiosas cristianas de variada confesión radicadas en la ciudad de Madrid y que por sí mismas revelan las distintas dinámicas que se establecen con las instituciones hegemónicas en el ámbito de las creencias y la salud en el Estado. Pero antes de eso, no obstante, es preciso reconocer el abordaje de la coexistencia entre lo sagrado y la atención y el cuidado desde nuestra disciplina, algo a lo que se dedican las siguientes páginas.

SALUD Y ENFERMEDAD EN LOS SISTEMAS RELIGIOSOS Y ESPIRITUALES: ESTADO DE LA CUESTIÓN DESDE LA ANTROPOLOGÍA SOCIAL ESPAÑOLA

En palabras de Perdiguero (2006: 34), el pluralismo médico⁶ no habría sido —con excepción de la automedicación— objeto de interés de las ciencias sociales y de la salud hasta fechas recientes, interesadas principalmente por el comportamiento frente a la enfermedad desde la medicina científica occidental. En España, el pluralismo médico al que contribuyen los sistemas religiosos y espirituales ha sido tratado por nuestra disciplina de manera sumaria, con excepciones como las monografías de Lisón (1990) y Ferrándiz (2004), las tesis de Reviriego (1992) y López-Pavillard (2015), un simposio completo (Blázquez *et alii*, 2014a) y algunas comunicaciones en otros de ellos (Romaní y Comelles, 1993; Cantón *et alii*, 1999; Cornejo *et alii*, 2008), un coloquio internacional (González Alcantud y Rodríguez Becerra, 1996) y varios artículos (Mena, 2003, 2007 y 2008; Cornejo y Blázquez, 2013). A continuación se expone un panorama general de los planteamientos de tales contribuciones, en el que se comprenden tanto aquellas que tratan el tema de manera exclusiva como tangencial, y agrupadas por sistemas de creencias.

5 La expresión ha sido acuñada por Menéndez (1996) para referirse al marco en que se desarrollan los saberes / modelos médicos. De acuerdo con el autor, se trata de un proceso universal, histórico, que refleja la diferencia por clases e inevitable por cuanto la respuesta social a la enfermedad, los padecimientos y los daños a la salud es necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad.

6 Perdiguero (2006: 33) entiende por pluralismo médico, terapéutico o asistencial los diversos modos sociales de comprender la salud y la enfermedad y de diagnosticar y tratar los padecimientos.

Respecto al pentecostalismo, Ramírez Hita (1999) destaca su ascetismo intramundano y la responsabilidad individual que impone sobre el cuidado del cuerpo mediante una ética rigurosa. La enfermedad implica pecado y supone la oportunidad para demostrar la fe, que se confirma en la sanación, algo que no puede darse sin arrepentimiento. La sanación demuestra la intervención divina a favor de quien se entrega a la creencia y refuerza la vinculación del fiel con la comunidad de creyentes, algo con lo que coincide Sanchiz (1996) a propósito del pentecostalismo guatemalteco, del que con mayor extensión se ocupa Cantón en su tesis doctoral (1998), en la que analiza sus transformaciones religiosas y políticas y su influencia en el cambio sociocultural del país. Enfermedad y salud coparían los procesos de conversión, centrales por inaugurar nuevas formas de vida social a propósito de la irrupción de lo sagrado. La superación de la enfermedad por intervención divina, vehiculada según la práctica ritualizada de carismas normados en las iglesias, sería el factor decisivo en la narrativa de la nueva adscripción religiosa (Cantón, 1998). El testimonio público de conversión demostraría la adecuación del fiel a las pautas culturales comunitarias, al integrar en su relato biográfico formas socialmente sancionadas de representar su transformación. En las narrativas de conversión que analiza, Cantón encuentra que enfermedad y salud aparecen reiteradamente con la curación como eje estructural, con un concepto compartido de *enfermedad* a la que se atribuye una carga simbólica y con la curación como detonante de procesos de negociación con la divinidad que desembocan en un compromiso cristiano (Cantón, 1996). Concluye que no sería la creencia la que derivaría en la curación, sino que esta, en el medio pentecostal, conduciría a la creencia, y el relato de sanación facilitaría su integración comunitaria (Cantón, 1996: 458). Vallverdú (1999 y 2007) ha llegado a conclusiones equivalentes con el pentecostalismo mexicano, en el que las prácticas curativas protagonizan procesos de conversión, plagados de “contenidos y significados resocializadores y de transformación de la identidad” con los que el nuevo fiel reconstruye su biografía (Vallverdú, 2007: 136). La enfermedad y la sanación enmarcan las nuevas adhesiones, por lo que cumplen con una función de reproducción social comunitaria. El cuerpo del pentecostal es herramienta para la experiencia religiosa, “templo de Dios”, por lo que se reorienta permanentemente en la programación litúrgica y ritual (Vallverdú, 2007: 146).

Advirtiendo de la distancia institucional, el propio Vallverdú (2007: 136-137) subraya concomitancias entre la concepción corporal pentecostal y de Hare Krishna, en cuyo culto el cuerpo es concebido como una herramienta que ha de facilitar el progreso espiritual, verdadero objetivo del devoto (Nuño, 2014). Ello se proyecta mediante principios de salud y bienestar, que si bien pueden coincidir formalmente con prácticas propias de la ideología del bienestar biomédica, en el caso de las creencias Hare Krishna no son una finalidad *per se*. La nutrición de los devotos se rige por principios que clasifican los alimentos en categorías simbólicas. Siguiendo a Nath (2010), Nuño (2014: 4691) expone que la elección dietética deriva en una mejora o deterioro de la salud tanto corporal como espiritual, y alimentarse repercute en el modo con que los fieles construyen sus identidades, sus prácticas devocionales, sus adscripciones al culto y sus compromisos espirituales. La alimentación no cumple tan solo con obligaciones nutricionales, éticas y morales; se conecta con un bienestar mental: seguir las prescripciones alimentarias, una dieta equilibrada, la práctica de ejercicio físico y disfrutar del silencio evitan la enfermedad y conducen a un bienestar corporal, lo que posibilita un acercamiento a la divinidad (Nuño, 2014).

Continuando con el pentecostalismo, Moreira atribuye el éxito de su expansión en Uruguay a la “sanación divina”, a la que recurren agentes en posición de subalternidad estructural y desigual acceso a los servicios médicos respecto a las clases dirigentes. La actuación del pastor reforzaría el pentecostalismo frente a la biomedicina al interesarse, más allá de los síntomas, por el entorno familiar, laboral y las emociones del creyente (Moreira, 2014: 4666). La interpretación del crecimiento pentecostal desde la anomia en efecto goza de consenso en la literatura internacional (Cornejo, 2001: 154), aunque se antoja incompleta a la luz de otras explicaciones como la existencia de redes de ayuda mutua y la adopción de una nueva identidad individual y social intragrupal que libera del estigma (Vallverdú, 1999), y que en ocasiones pivota sobre diferencias étnicas respecto a la sociedad dominante (Cornejo, 2001: 155; Mena, 2003 y 2009). Otras investigadoras, como Marcos (1999) y Ayala (2008), se han interesado por la Iglesia Evangélica Filadelfia desde el marco de la antropología médica. La primera ha objetivado sus prácticas de atención a drogodependientes y la relación de estas con los procesos de conversión, coincidiendo con Cantón en que la sanación en un contexto religioso puede conllevar la adhesión (Cantón, 1996: 458). La adicción a las drogas es reemplazada por la adicción a “la palabra”, y el estigma del drogodependiente muta en un doble estigma religioso y étnico (Marcos, 1999: 144), aquel que se asocia a la Iglesia (Mena, 2003: 3). Para Ayala (2008) la Iglesia de Filadelfia, mediante el disciplinamiento corporal, genera subjetividades coincidentes con la ideología de la promoción de la salud desde el rechazo del alcohol y las drogas y la potenciación de conductas favorables a un cambio social, coherentes con la integración en la sociedad mayoritaria (Ayala, 2008: 39). Mena ha señalado los dones carismáticos —uno de ellos, el de “sanidad divina”— como medios que empoderan la agencia individual y refuerzan los vínculos comunitarios (Mena, 2003 y 2009), e identificado prácticas institucionalizadas con las que se hace del cuerpo la herramienta con la que definir estrategias para dirigir procesos de ajuste étnico-cultural, tales como el ayuno, la selección de la apariencia y el uso del lenguaje (Mena, 2007 y 2008). Estas las analiza desde el paradigma de la corporalidad (Csordas, 1993; Ferrándiz, 2004), por las que el cuerpo se considera desde su posición como productor de interacciones sociales y soporte de la cultura. Los “itinerarios corporales” (Ferrándiz, 1995: 142) moldean en una nueva identidad de acuerdo con modelos sociales, y que cristaliza en la conversión y su narrativa, en la que se reconstruye la biografía de acuerdo con la intersubjetividad compartida, con el sistema de creencias legitimador (Mena, 2008), como señalaran Cantón (1998) y Vallverdú (2007), con quienes también coincide a propósito del proceso de enfermar y sanar. En la Iglesia de Filadelfia el cuerpo enferma por el pecado, lo que supone una invitación al arrepentimiento. La curación “implica la aceptación de Cristo y la conversión”, por lo que enfermar y sanar “adquieren una dimensión simbólica trascendente” y justifican la doctrina (Mena, 2008).

En el ámbito del catolicismo Christian (1978) aborda los distintos tipos de comunicación entre fieles y seres sobrenaturales, una de cuyas formas consiste en las “oraciones instrumentales” con las que se buscan respuestas de lo divino para problemas diversos, entre ellos, la enfermedad. La súplica instrumental engendra obligaciones como la “acción de gracias” y la “promesa” (Christian, 1978: 134), en las que se corresponde por lo recibido mediante bienes, el sacrificio del orgullo, la renuncia a diversiones, hacer un reconocimiento público o desplazarse con esfuerzo físico a un santuario; prácticas que devienen de una relación contractual en la

que se trasladan al plano simbólico modos sociales intracomunitarios (Christian, 1978: 135), algo con lo que coincide Rodríguez Becerra (1996) a propósito de los exvotos, que inserta en una lógica patrón / cliente. Dichas “transacciones privadas” entre agentes y seres espirituales dejan a un lado a los especialistas rituales, lo que en ocasiones genera conflictos locales por el control de los ritos (De las Heras, 2014). Para Rodríguez Becerra (1996) el panteón católico está presente en prácticas de atención a la salud de la medicina y religión populares por la tradición curativa del cristianismo —la práctica oficial de la extremaunción con fines de sanación, justificada en las curaciones del Jesús bíblico—, que la Iglesia católica habría abandonado dejando la capacidad para curar en manos de la medicina científica, pero a la que la medicina popular y la religión popular darían continuidad manteniendo creencias y prácticas en las que los seres divinos favorecen la salud. En su monografía Lisón (1990) analiza la sanación ritual del “endemoniado” en un santuario gallego, donde da cuenta del itinerario terapéutico por el que los asistibles transitan, con el ritual católico como segunda opción, tras la biomédica, lo que equivale a salir de la lógica científica para sumergirse en la alternativa de la sanación ritual. Lisón comprende que los agentes sociales en el santuario conforman una *communitas* en su sentido turneriano, quienes mediante una pedagogía de la posesión aprenden a comprender su malestar para, si completan con éxito el proceso ritual, sanar. El sufrimiento del asistible se expone como prueba de fe o expiación de pecados, entre un conjunto de buscadores de sanación en el que hay mayoría de mujeres, algo que el antropólogo relaciona con sus condiciones estructurales —roles de género, sistemas de valores, normas locales—. Años más tarde Lisón profundizó en su interpretación del caso mediante la “dialéctica del yo / otro”, que explica la posesión como un sistema de transformación de los conflictos en las relaciones estructurales en problemas psíquicos y viceversa, y la hipótesis de la eficacia ritual: el sistema ritual de sanación aportaría un sentido al asistible sobre la posesión, además de los beneficios de sentirse acompañado y comprendido (Lisón, 1996). Aplicando la antropología médica a la historiografía, Comelles expone que el milagro se construyó ideológicamente en la antigüedad frente a la medicina técnica (Comelles, 1993) durante la pugna entre explicaciones empíricas y religiosas de la realidad (Comelles, 1996). Desde la Edad Media y hasta la modernidad la Iglesia católica habría respondido a la secularización proponiendo modelos de curación basados en la mediación de agentes sobrenaturales, con lo que habría tratado de ejercer su control, con el reemplazo del autocuidado por su cuidado institucional, lo que se habría prolongado hasta la hegemonía del cuidado secular médico, reservando desde entonces la Iglesia su relación con el proceso de salud y enfermedad —al margen de sus actuaciones como instrumento biomédico— a la perspectiva teológica del milagro, que pervive en el catolicismo oficial para refrendar procesos de santificación, pero también en una religiosidad y medicina populares⁷ que escapan al control de la ortodoxia (Comelles, 1993).

7 La noción de *medicina popular* fue acuñada por la medicina científica a finales del siglo XIX con la voluntad de aculturar saberes y prácticas populares sobre la salud y la enfermedad, así como para autolegitimarse en su modelo universal, asocial, ahistórico, biologicista y práctico (Comelles y Martínez Hernández, 1994; Comelles, 1996) y posicionarse, desde una perspectiva evolucionista, como la superación de aquella medicina “mágica”. Medicina popular y científica conviven en los itinerarios asistenciales, lo que cuestiona para Comelles (1993) dicha superación.

Las vinculaciones de medicina popular y catolicismo han sido señaladas a propósito del curanderismo, cuya investigación ha sido motivada, como reconoce Perdiguero (1996), por el desinterés de la medicina científica, que trata así de desvincularse de tales saberes y prácticas. Pero como Lisón (1990) y Comelles (1993), Perdiguero afirma la continuidad entre ambas medicinas del lado de los agentes en sus itinerarios, al igual que hace Briones en su análisis sobre la construcción social del curandero, a quien le reconoce su espacio en la oferta del pluralismo médico, asociado a posiciones subalternas: las trayectorias de los caminos asistenciales dependen de situaciones socioeconómicas y culturales (Briones, 1996). Para Perdiguero, el curanderismo ofrece unas posibilidades de curación que no rompen con el catolicismo, ya que el primero la explica por mediación de agentes divinos, fuente de su “poder” o “gracia” (Briones, 1996; De las Heras, 2014) y para la segunda, como se ha señalado más arriba, es una posibilidad aceptada bajo la forma de “milagro” (Perdiguero, 1996). El curanderismo se sitúa entre la medicina y la religión; es crítico y se aleja de la medicina hegemónica y del catolicismo oficial; busca una salud holística; conjuga remedios empíricos, simbólicos y sobrenaturales (Briones, 1996), pero como expone Riccò (2014), también puede encontrarse vinculado a otros repertorios de creencias. Su informante curandero usa la fitoterapia, las terapias manuales, la “energía” desde una cosmovisión espiritista, la escucha del asistible y la “videncia” con tarot, que Riccò interpreta como una influencia de la new age. Esto evidencia el carácter adaptativo de la medicina popular, cuya adjetivación de *tradicional* desborda el par viejo / nuevo (Riccò, 2014).

La ontología espírita y el movimiento new age generan formas propias de intervenir en el proceso salud, enfermedad y atención. La primera puede incluir, además, prácticas de medicina popular, mientras que la new age suele estar asociada a las medicinas alternativas y complementarias en un espacio difuso en que prácticas y creencias espirituales y de salud se confunden y que Cornejo y Blázquez (2013), siguiendo a Heelas y Woodhead (2008), denominan “ambiente holístico”, por el que transitan agentes críticos con la institucionalización de la biomedicina y las religiones monoteístas, el reduccionismo materialista de la primera y el trascendentismo de las segundas (Cornejo y Blázquez, 2013: 12). Algo característico de la new age, que se sostiene sobre la creencia en una energía universal y que establece un continuo con la materia, es su espiritualidad subjetiva y terapéutica, que difiere de aquella del “dominio congregacional” (Heelas y Woodhead, 2008), y que habría adquirido ese carácter por la influencia de la psicología y el Movimiento del Potencial Humano; una espiritualidad animada por la búsqueda de la autorrealización mediante la transformación o sanación individual, para lo que se adopta una actitud de búsqueda y experimentación como criterio de validación (Cornejo y Blázquez, 2013: 18), y que ha llevado a presentarla, en su contemporaneidad, relacionada con el neoliberalismo (Blázquez *et alii*, 2014b: 4490-4492). El “ambiente holístico” en el Estado español es subalterno, tanto por la new age como por las medicinas alternativas y complementarias. La primera, por fundamentarse en la mera individualidad y rechazar la institucionalización; y las segundas, porque como sucede con la noción de *medicina popular*, son definidas por la medicina científica para agrupar técnicas y terapias de atención y cuidado que esta establece a su margen (Cornejo y Blázquez, 2013), lo que no impide que se las apropie si es preciso, lo que resulta además en una regulación profesional tardía e incompleta y un estatus legal deficiente (Albert, 2014). Dicha subalternidad se expresa en la dependencia de los modelos hegemónicos religioso

y médico, desde las prácticas, por agentes que decepcionados con la biomedicina transitan al ritual o especialistas terapéuticos que buscan legitimarse adoptando protocolos biomédicos, pero también desde la teoría, al recurrir a la dicotomía de los campos salud / experiencia religiosa para describir un campo emergente (Blázquez *et alii*, 2014b: 4487-4488).

A la relación entre espiritismo y medicina popular han aludido Reviriego (1992) y Ferrándiz (2004), la primera en un amplio estudio sobre el espiritismo en una localidad alicantina y el segundo en su monografía sobre el culto venezolano de María Lionza. Según Reviriego, la ontología del espiritismo en Villena soporta un sistema sanitario-asistencial propio, compatible con la medicina científica, con agentes y colectivos que comparten una concepción de la realidad: curanderos o “facultades”, comunidades de practicantes, una asociación legalmente constituida de espiritistas, y asistibles que buscan sanar tras la decepción biomédica, como en los casos mencionados de Lisón (1990) y Perdiguero (1996). Los curanderos espíritas también responsabilizan de su “poder” a seres sobrenaturales, que en este caso no proceden del panteón católico (Perdiguero, 1996; Briones, 1996; De las Heras, 2014), sino que se trata de espíritus. Dicha “gracia”, junto con la destreza en el uso de las prácticas terapéuticas de la medicina popular los legitima socialmente. Por tanto, en este sistema los asistibles pueden recibir asistencia terapéutica en la interacción con el curandero, pero también en los “trabajos” de los “centros” —rituales espirituales conjuntos de curanderos y seguidores de la “vida espiritual”— y la asociación. Los “trabajos” se justifican desde la creencia en la influencia de los espíritus sobre las personas, que puede ser benéfica o, al contrario, producir desórdenes; durante su celebración, los médiums encarnan espíritus con los que se establecen diálogos para pedirles información o favores, se eliminan espíritus de influencia perjudicial para los asistibles y se ayuda a espíritus oscuros en su “camino hacia la luz” (Reviriego, 1992). La “materia” o médium del culto marialioncero también practica remedios empíricos y simbólicos clasificados como “medicina popular”, tanto fuera del trance como durante el mismo, en este caso, es el espíritu quien actúa en el marco ritual de la “velación”, espacio simbólico y sensorial, elaborando diagnósticos o aplicando remedios para la enfermedad (Ferrándiz, 2004: 74). El culto, “agencia religiosa de curación mística” (Ferrándiz, 2004: 21), configura una forma de vida de las clases subalternas en Venezuela. Es un medio que posibilita la subsistencia de las “materias” en redes de economías informales y a su vez una opción terapéutico-asistencial del pluralismo médico estatal ante las desigualdades de acceso a los recursos biomédicos de la población (Ferrándiz, 2004). Son varias las “cortes” de espíritus que ejercen prácticas curativas, entre las que destaca la “médica” por su prestigio. Dominada por espíritus de médicos científicos célebres en el país, no solo “bajan” en trances convencionales, también atienden en “hospitales místicos” en los que se recrea el espacio, la indumentaria, la burocracia, la autoridad y el discurso biomédicos. La biomedicina coloniza el culto, secularizando la tradición religiosa, pero también el culto reencanta el modelo hegemónico de curación (Ferrándiz, 2004: 167). Para Ferrándiz, que emplea la noción de *respuesta asistencial* a la “*misfortune*” de Worsley (1982), el espiritismo venezolano amplía el área de atención de la enfermedad de la medicina científica, que se limita a la dimensión biológica, integrando las dimensiones sociales del sufrimiento (2004: 164). Sánchez-Carretero (2008) apuntala la idea del espiritismo como sistema terapéutico de creencias y prácticas; en su investigación, califica el vudú dominicano como culto médico por resultar las consultas y fies-

tas de agradecimiento las principales actividades de sus centros. En su análisis de las relaciones entre “portadoras de misterios” dominicanas y mujeres españolas en Madrid a las que asisten por medio del trance, Sánchez-Carretero destaca, como hiciera Lisón (1990), cómo el paso de las asistibles de la lógica científico-positivista a la religiosa les permite interpretar el mal que las aqueja, desde donde pueden sanar (Sánchez-Carretero, 2008), lectura que ha seguido Ariza (2014) en su investigación sobre el proceso salud, enfermedad y atención en la Iglesia de Santo Daime, en la que la ayahuasca es el sacramento que genera comunidad. Los fieles del Daime entienden que la enfermedad es espiritual, un desequilibrio energético, y en virtud del continuo espíritu-materia, sanar espiritualmente deviene en la curación de la persona, lo que alcanza toda manifestación corporal (Ariza, 2014), algo que también ha señalado López-Pavillard respecto al chamanismo altoamazónico (2015). La racionalidad del sistema de creencias chamánico se asienta sobre una concepción energética —espiritual— de la realidad, una ontología propia en la que el chamán es un mediador entre los mundos espiritual y humano. La finalidad del chamanismo es la sanación, y esta se concibe como una acción espiritual y permanente que repercute en la dimensión corporal de la persona. Para el chamán, la vida en relación con la ayahuasca es un camino de sanación, o dicho de otro modo, un camino de perfeccionamiento del ser (López-Pavillard, 2015).

HACIA UNA EXPLORACIÓN DEL PROCESO SALUD, ENFERMEDAD Y ATENCIÓN EN EL CRISTIANISMO MADRILEÑO MEDIANTE UN ESTUDIO DE CASO MÚLTIPLE

Vistas las investigaciones hasta la fecha, no parece que el proceso salud, enfermedad y atención⁸ en los cristianismos minoritarios del Estado español⁹ haya sido un objeto de estudio con entidad propia desde la antropología social. La excepción son las aportaciones sobre pentecostalismo, donde las cuestiones relacionadas con la enfermedad y la salud han servido para explicar los procesos de conversión (Cantón, 1996 y 1998; Marcos, 1999; Vallverdú, 2007), así como se las ha comprometido en las dinámicas de construcción identitaria, al proveer del marco ético-normativo desde el cual emprender un programa de reforma corporal con el que revertir el estigma a la vez que se afianzan las características étnicas (Mena, 2007 y 2008). Pero en España no está cubierto, desde nuestra disciplina, el espectro de esos otros cristianismos que, por su condición, pueden ser también obviados a la sombra del porcentaje de identificación con la confesión mayoritaria. Es por ello por lo que se propone investigarlo en una ubicación determinada,

8 En adelante, proceso s / e / a.

9 *Confesiones minoritarias en España. Guía de entidades y vademécum normativo* evidencia la variedad cristiana más allá del catolicismo: comunidades anglicanas, ortodoxas, de testigos de Jehová, adventistas, de mormones, de cristianos independientes y evangélicas, entre las que pueden mencionarse las bautistas, carismáticas, presbiterianas, pentecostales, de asambleas de hermanos e interdenominacionales, por citar algunas de ellas (Mantecón, 2004). Dicha diversidad es un hecho en la ciudad y Comunidad de Madrid (López García *et alii*, 2007). Entre estas comunidades religiosas se ha señalado que adventistas, pentecostales, bautistas, mormones (Bloom, 1993) y cristianos científicos (Peel, 1988) prestan una atención institucionalizada al proceso s / e / a, como también lo hacen carismáticos católicos (Csordas, 1997; Franco, 2010), movimiento minoritario dentro de la Iglesia católica.

la ciudad de Madrid, con Renovación Carismática Católica; Iglesia de Cristo, Científico e Iglesia Adventista del Séptimo Día: comunidades cristianas minoritarias, tanto al margen como en el seno de la Iglesia católica,¹⁰ cuyas realidades sociales pueden contribuir a definir el panorama de los pluralismos religioso y médico, esto es, a esclarecer cómo en la modernidad otras lógicas sobre el cuerpo, la enfermedad y la salud conviven con modos hegemónicos, y cómo en nuestra época se asiste a una transformación cultural también en ese ámbito en nuestra sociedad.

El reavivamiento en el Espíritu: Renovación Carismática Católica

En 1967, profesores católicos de la Duquesne University (Estados Unidos), estimulados por la recuperación del cristianismo primitivo e influidos por lecturas pentecostales se suman al grupo de oración de una de estas Iglesias y reciben algunos de sus carismas. Deciden que sus experiencias no son incompatibles con su fe, por lo que ponen en marcha un grupo de oración con alumnos, a los que imponen las manos y bautizan en el Espíritu. Surge así la que será conocida como Renovación Carismática Católica,¹¹ que se extiende con rapidez (Thigpen, 2003). El Concilio Vaticano II (1962-1965) había propiciado estos acontecimientos al apostar por la renovación institucional por medio del Espíritu Santo y la participación activa del laicado, y al expresar un posicionamiento favorable al ecumenismo. El Concilio también reconoció la importancia de los dones carismáticos y su legitimidad entre los pentecostales, lo que permitía aceptar las formas rituales de estos grupos entre los católicos (Csordas, 1997; Thigpen, 2003).

En la actualidad RCC es un movimiento consolidado a escala global (Berberían, 2002). Organizado en grupos de oración, en ellos el protagonismo recae en los devotos, lo que junto con la importancia de los carismas comparte con el pentecostalismo, y como en este, de la suma de ambas circunstancias se deriva el contacto individual del fiel con lo sagrado. Los carismas de la RCC proceden en su forma de los carismas pentecostales, si bien han generado unas prácticas rituales propias. Uno de ellos es el de sanación y se emplea frente a enfermedades físicas,

10 En la actualidad, los lugares de culto católicos en el Estado español suponen un 78,65% del total, seguido del 12,22% de los evangélicos, 4,54% de los musulmanes, 2,41% de los testigos de Jehová, 0,61% de los ortodoxos, 0,47% de los budistas, 0,40% de los mormones y 0,11% de los judíos. Esta desigualdad se replica en el Madrid urbano (Observatorio del Pluralismo Religioso en España, junio 2015). La Iglesia Adventista del Séptimo Día cuenta con 108 lugares de culto en España (Office of Archives, Statistics, and Research, 2010) y la Iglesia de Cristo, Científico, con siete (Mantecón, 2004). Pese a que la primera forma parte de la Federación de Entidades Religiosas Evangélicas de España (FEREDE), bajo cuyo paraguas suscribió acuerdos de cooperación con el Estado en 1992, se acerca más a la definición de “iglesia cristiana independiente”, al no ajustarse a la doctrina ni la organización de las Iglesias surgidas de la Reforma ni reconocerse en sus denominaciones derivadas (cf. “Independientes”, en http://www.observatorioreligion.es/diccionario-confesiones-religiosas/glosario/independientes_.html, última visita: 15/8/2015), como de hecho es clasificada en otros Estados-nación. Esa categorización de “independiente” es la misma que Mantecón otorga a la Iglesia de Cristo, Científico (2004: 23). Renovación Carismática Católica cuenta en el Estado español con al menos 421 grupos de oración, resultado de la suma de dos colectivos, Renovación Carismática Católica en España (cf. “Grupos de oración” en <http://www.rcc-es.com/grupos-de-oracion.html>, última visita, 15/08/2015) y Renovación Carismática Católica en el Espíritu (cf. “Otros grupos RccceE” en https://dl.dropboxusercontent.com/u/66449790/2011/03/Directorio_RCCeE.pdf, última visita: 15/8/2015), y que suponen una pequeña parte —entendiendo que los grupos de oración hacen uso de los lugares de culto de la Iglesia católica— de los 23 098 lugares de culto católicos en España.

11 En adelante, RCC.

emocionales o para liberar de entidades malignas, lo que coincide con los ámbitos en los que los ministros sanadores suelen especializarse (Csordas, 1997). Según Csordas (1997), en la RCC estadounidense la sanación está presente en a) servicios religiosos públicos en iglesias, que pueden estar precedidos por una misa, en los que el ministro sanador bendice a los congregados y les impone sus manos sobre cabezas y hombros, dirige un sermón sobre la sanación divina, solicita al auditorio testimonios de curación y atiende a los fieles que se dirigen al escenario. Mientras estos rezan, el ministro los unge con aceite y les impone las manos para curar sus dolencias;¹² b) grupos de oración, en los que se dedica un tiempo cada semana a las oraciones de sanación. Algunos grupos cuentan con ministros que, a solas con quien lo solicite, mientras el resto del grupo sigue reunido, hablan, escuchan, imponen sus manos y piden curación; algo que se da del mismo modo en los c) servicios privados cara a cara entre el sanador y el asistible. En su investigación, una tercera parte de los sanadores carismáticos están formados y se emplean profesionalmente en el área de la salud (Csordas, 1997: 27-28), y algunos fieles reconocen recurrir tanto a la sanación carismática como a la biomedicina. Desde un enfoque fenomenológico, a partir de la noción de Merleau-Ponty sobre lo “preobjetivo” y la teoría de la práctica de Bourdieu, Csordas desarrolla su teoría de la “corporalidad” (“*embodiment*”) con la que explica la racionalidad de la sanación carismática poniendo el acento en el cuerpo y el yo. Entendiendo el cuerpo como soporte de la cultura, las creencias de participación del fiel con lo sagrado posibilitan la sanación (Csordas, 1997). Retoma aquí y lleva más allá su teoría de los “modos de atención somáticos” (“*somatic modes of attention*”), elaboraciones culturales de relación sensorial del individuo con el mundo que lo rodea (Csordas, 1993). El fiel aprehende su realidad ya desde la creencia en la que ha sido, y se mantiene, enculturado, desde sus *habitus*. La relación del fiel con su cuerpo está modulada por su contacto con lo sagrado, lo que incluye la enfermedad, el sufrimiento, la influencia malfélica. Es por eso por lo que Csordas (1997) adjetiva el yo carismático como un “yo sagrado”.

La recuperación del elemento perdido de sanación: Iglesia de Cristo, Científico

Según Peel (1988), la Iglesia de Cristo, Científico¹³ también construye discursos, representaciones y prácticas que se enmarcan en el proceso *s / e / a*, y le son tan centrales que podría decirse que componen su cosmología. La Iglesia surge en Boston en 1879 como institucionalización de las enseñanzas que Mary Baker impartía desde hacía más de una década y que ella denominaba “ciencia cristiana”, nombre con el que actualmente se reconoce tanto su sistema de creencias como su disciplina de sanación espiritual. En la lógica de la Iglesia impera una ontología monista. La única realidad es el espíritu y el mundo es un error de consciencia, por lo que cuerpo y percepciones, enfermedad, sufrimiento, dolor y muerte solo son mistificaciones. La intención de la ICC es facilitar que el fiel comprenda la realidad espiritual y abandone el

12 El servicio religioso público estadounidense se asemeja formalmente y en su secuencia ritual con la “misa de sanación” del movimiento carismático en Venezuela, a partir de su descripción por Franco (2010).

13 En adelante, ICC.

pecado, la falsedad mundana. Con la ciencia cristiana el devoto puede sentir que su cuerpo sana de la enfermedad, pero esto no es más que un epifenómeno; el verdadero estado de salud es la entrega absoluta a Dios. De acuerdo con Peel (1988), la ciencia cristiana es en Estados Unidos un sistema de atención alternativo a la biomedicina en el que no se recurre a fármacos ni terapias físicas de ninguna clase y en el que están implicados a) pacientes; b) practicistas, que durante varias sesiones los acompañan, conversan con ellos, leen pasajes de la Biblia y de la obra de la fundadora (Baker, 2011) y les administran la oración de sanación; c) enfermeros, que cuidan de las necesidades prácticas de los pacientes y también rezan, aunque solo para sostener su esfuerzo espiritual, y d) comunidad, que puede visitar a los pacientes y apoyarlos emocionalmente.

Esta ontología que rompe con el cartesianismo podría relacionarse con las interpretaciones que para otros sistemas de creencias como el chamanismo amazónico y el espiritismo han señalado López-Pavillard (2015), Ariza (2014) y Reviriego (1992), en los que la sanación es entendida, de manera unívoca, como prácticas sobre el espíritu, que busca restituirlo a un estado armónico con su esencia radical, y de las que se beneficiará el cuerpo de manera añadida.

Cooperar con el Creador en su tarea de restauración: Iglesia Adventista del Séptimo Día

El origen de la Iglesia Adventista del Séptimo Día¹⁴ se encuentra entre metodistas decepcionados con la profecía milenarista de William Miller (1782-1849) para 1844, que reinterpretan. Asumen que esta se ha cumplido, mas en el “santuario celestial”, y que la segunda venida de Cristo es inminente, por lo que han de prepararse espiritualmente: instituyen la observancia del sábado, abogan por el retorno a un cristianismo primitivo e incorporan parte de las prescripciones alimentarias del judaísmo, así como el compromiso con la abstención del tabaco, el alcohol y las drogas (Bloom, 1993). En 1863, Byington funda la IASD en Battle Creek, Michigan, aunque Ellen G. White (1827-1915) prevalece por sus escritos, que componen la teología original adventista (Editorial Safeliz, 2003). A día de hoy, la Iglesia reconoce que “sanar” es uno de sus tres principios de acción, lo que incluye tanto la “prevención de la salud” como la curación de enfermos. La primera se articula sobre la “reforma prosalud”, conjunto de recomendaciones alimentarias —como la abstinencia de carne—, sanción de sustancias estimulantes —tabaco, alcohol y drogas— y fomento de hábitos —ejercicio físico, reposo, exposición al sol y oración—. En conjunto, es aquello que los fieles denominan “estilo de vida adventista” (Editorial Safeliz, 2003). Nath (2010: 358) ha ubicado en el origen de estos principios la influencia de movimientos de reforma del siglo XIX en Estados Unidos para los que la dieta no solo favorecía la salud, sino que modelaba la moral; e interpreta los vínculos adventistas entre creencias religiosas, alimentación y culto desde la noción de *bioespiritualidad* (Nath, 2010: 357): las elecciones nutricionales de los devotos manifiestan literalmente la fe, lo que desborda el rito y se extiende a la vida cotidiana. Esas elecciones las soportan convicciones religiosas;

14 En adelante, IASD.

cuidar el cuerpo es una manera de complacer a Dios.¹⁵ El “estilo de vida adventista” no es una obligación, sino una tradición con la que los fieles moldean su “identidad” mediante unas prácticas en las que usan su cuerpo, y que justifican por medio de sus creencias religiosas. En este contexto, “mente saludable” y “cuerpo saludable” se han de leer desde una lógica propia, en la que “salud” denota unos sentidos para el culto y la fe cotidianos (Nath, 2010: 364).

Una característica de las minorías religiosas contemporáneas es el manejo de imaginarios en los que tiene sentido creer que se puede alcanzar el alivio de la enfermedad, lo que se instrumentaliza en algunos de ellos en orientaciones terapéuticas, que pueden mantener tenues conexiones —o ninguna— con la medicina científica (Beckford, 1985). En este sentido, de entre ellos, el adventismo es único por su involucración con la biomedicina (Bull, 1990: 257), ya que la administra en sus clínicas, centros hospitalarios y de reposo, en los que la mayor parte de sus profesionales biomédicos son devotos.¹⁶ Bull sigue el enfoque de Stark y Bainbridge (en Bull, 1990: 250) sobre el proceso de secularización, que entienden no como una desaparición de lo religioso, sino como un mecanismo por el que las formas religiosas se mantienen al redistribuir sus funciones en otras nuevas en el espacio social. La Iglesia Adventista habría optado por posicionarse del lado de la biomedicina en el proceso de secularización y medicalización no para desaparecer como institución religiosa, sino para, ligada a la medicina alopática, asegurarse su continuidad (Bull, 1990: 249-256).

CONCLUSIONES PROVISIONALES

Si bien, como se ha apuntado, lo que se propone es una investigación para desarrollar mediante el método etnográfico, de estas primeras aproximaciones pueden obtenerse, en ausencia todavía de datos de primera mano y su análisis, algunas conclusiones provisionales. Los diversos enfoques teóricos desde la antropología social relacionados con estas comunidades suponen un punto de partida epistemológico para profundizar empíricamente en las concepciones sobre salud y enfermedad y prácticas terapéuticas de la muestra. De ellos se extrae su coincidencia sobre la centralidad del cuerpo, instrumento de relación con el mundo y la idea de lo sagrado, como en las teorías csordasianas de la “corporalidad” (1997) y los “modos de atención somáticos” (1993); cuerpo como herramienta mediante las prácticas que lo modelan, como en la

15 I Co, 3, 16-17: “¿No sabéis que sois templo de Dios y que el Espíritu de Dios habita en vosotros? Si alguno destruye el templo de Dios, Dios lo aniquilará. Porque el templo de Dios es santo, y ese templo sois vosotros”. Con esta cita una adventista justificaba “cuidar” su cuerpo mediante elecciones alimentarias, la abstinencia de alcohol y drogas y el rechazo de la promiscuidad. “Entrevista a Rosalía”, *Diario de campo IASD*.

16 La IASD era en 1990 el séptimo sistema médico más extenso de Estados Unidos (Bull, 1990: 252). En el año 2010, el número de profesionales médicos adventistas que había trabajado en la red sanitaria mundial ascendía a 112 578 personas (Office of Archives, Statistics, and Research, 2010: 7). Esta realidad, sin embargo, no afecta al Estado español. El único intento documentado de institución médica se vio frustrado: el Instituto Clínico de Fisioterapia de Madrid, inaugurado en 1952 con fondos adventistas, fue clausurado por orden gubernativa al año siguiente. Contaba con una sección de medicina interna y cirugía general, un laboratorio de análisis, hidroterapia, masaje y radiología. Quince días después reabrió sus puertas, y en 1954 amplió sus especialidades a la obstetricia y ginecología. Ante las pérdidas económicas, poco después cerró de manera definitiva (Editorial Safeliz, 2003: 160-161).

noción de *bioespiritualidad* de Nath (2010); o que puede quedar relegado frente a la concepción de ser como espíritu, aunque se beneficie de las actuaciones sobre este (Reviriego, 1992; Ariza, 2014; López-Pavillard, 2015). El cuerpo también, mediante la discursividad del testimonio de sanación, se usa como prueba tangible de la acción de la divinidad; con el cuerpo se representa la convicción de la adecuación a las pautas comunitarias (Cantón, 1996 y 1998; Marcos, 1999; Vallverdú, 2007), a la vez que se instrumentaliza para reproducir socialmente al colectivo. Mas, por otro lado, como puede observarse, las formas de atención y concepciones sobre sanación y salud difieren en estas comunidades, lo que denota la heterogeneidad del cristianismo español y evidencia su diversidad *de facto*, una de tantas expresiones empíricas que apuntalan su variabilidad confesional y denominacional. Incidir en el conocimiento de las declinaciones respecto al proceso *s / e / a* en estos colectivos supone un aporte más al reconocimiento del pluralismo médico de nuestra sociedad, y para hacerlo, la investigación etnográfica, que atiende a las particularidades mediante el análisis de la cultura, puede ayudar en su consecución. Pero, en primer lugar, cualesquiera que estas variaciones sean, coinciden inevitablemente en algo: en estar relacionadas con la medicina científica, que domina las definiciones de la realidad sobre el proceso *s / e / a*, consolidada en lo que Menéndez (1983, 1984*a* y *b*) denomina el “modelo médico hegemónico”, espacio ideológico de reconocimiento y eficacia en cuyo interior se producen actividades y técnicas específicas que opacan funciones de normatización, y que ignora la racionalidad de las clases subalternas frente a los intereses de las clases dominantes (Menéndez, 1984*b*: 72).¹⁷ Los cristianos científicos reconocen la efectividad de la biomedicina sobre la curación, pero le dispensan sus reservas, pues alejaría de su forma de atención propia —la sanación espiritual—, aunque se cuidan de no criticarla (Peel, 1988: 106). Entre los católicos carismáticos la biomedicina se considera una opción asistencial legítima, que se combina con aquella que el movimiento ofrece (Csordas, 1997); mientras que los adventistas recurren a ella para sanar y la fomentan institucionalmente (Bull y Lockhart, 1989), lo que se solapa con su uso de argumentos científicos sobre los beneficios del “estilo de vida adventista” (Editorial Safeliz, 2003: 219) y la creencia en el poder de la oración sobre la enfermedad.¹⁸ Lo que se observaría aquí es la coincidencia en cada comunidad de distintos “modelos médicos” (Menéndez, 1996) o “sistemas médicos” (Kleinman, 1980).¹⁹ En la ICC, el proceso *s / e / a* parece dominado por

17 Según Menéndez (2005), este modelo considera la salud / enfermedad como mercancía, escinde entre teoría y práctica y fomenta la profesionalización formalizada. Es biologicista, individualista, ahistórico, asocial, acultural y secular; se identifica ideológicamente con la racionalidad científica y la eficacia pragmática; es curativo y no preventivo; excluye el saber del paciente, al que subordina; desigual en términos de clase y condición de posibilidad de la “medicalización”. El modelo médico hegemónico no acepta de entrada otras formas de atención y cuidado. “La estigmatización y la negación de las otras ‘medicinas’ constituye una estrategia en la cual el saber científico reduce el saber tradicional a la ignorancia, a la superstición y como consecuencia al riesgo iatrogénico” (Menéndez, 1984*b*: 81), lo que no obsta que pueda apropiarse de prácticas alternativas en su proceso de expansión (Menéndez, 1984*a*: 85; Albert, 2014; Saizar y Bordes, 2014).

18 En el trabajo de campo en la IASD he recogido varios testimonios en los que miembros de distinta posición en una misma iglesia —pastor, empleada en puesto administrativo, responsable de una asociación y fieles de base— expresan su convicción de la influencia de la oración en la recuperación de pacientes de cáncer, en fase de posoperatorio o aquejados de afecciones generales.

19 De acuerdo con Kleinman (1980), un “sistema médico” es un conjunto de concepciones sobre salud y enfermedad en el que operan agentes con atribuciones específicas y prácticas terapéuticas. A su vez, los diversos sistemas médicos

sus propios saberes, la ciencia cristiana, sin espacio para la biomedicina. La sanación ritual en la RCC parece coexistir con ella, mientras que la IASD apostaría por la medicina alopática como sistema médico. Estas posiciones, pero también las que se mantienen respecto a la Iglesia católica, implican una condición de posibilidad para los fieles de los casos propuestos: la exposición a un etiquetaje social en razón de su diferencia, el “estigma sectario”, forma específica de rechazo de seguidores de confesiones religiosas que en una sociedad no se asumen como propias a pesar de estar reconocidas legalmente,²⁰ lo que procede de la subalternidad de estos grupos frente a posicionamientos hegemónicos (Prat, 2007). Por tanto, este puede ser asignado a una comunidad religiosa no alineada con el eclesiocentrismo, pero también a aquella que construya una lógica sobre la salud y la enfermedad excéntrica a la medicina alopática.²¹ La ICC se vería afectada por su alteridad respecto a ambos modelos hegemónicos, religioso y médico (Peel, 1988), en una suerte de “doble estigma” (López-Pavillard, 2015: 37). La IASD fomenta la biomedicina y es subalterna respecto al catolicismo. El movimiento de la RCC está reconocido por la ortodoxia vaticana, aunque genera desconfianza entre otros católicos no tanto por cuestiones de dogma, sino de forma (Berberrián, 2002), por su carácter híbrido, de influencia pentecostal, lo que incluye sus prácticas terapéuticas, alternativas a las biomédicas.

Una investigación cualitativa posibilita atender el proceso *s / e / a* en estas Iglesias en su dimensión cultural (*illness*), desde la perspectiva de los agentes, dándoles el protagonismo sobre la narración de sus formas de enfermar y sanar, dando la palabra a asistibles y sanadores, en lo que Kleinman (1980) denomina “modelos explicativos” (“*explanatory models*”), lo que posibilita comprender sus propios “sistemas médicos”. Adoptar esta posición epistemológica permite completar la limitada explicación biomédica de la enfermedad (*disease*), que refiere a “anormalidades en la estructura y/o funciones de los órganos y los sistemas de los órganos [...] estados patológicos que son o no culturalmente reconocidos” (Young en Comelles y Martínez Hernández, 1993: 58). Desde la óptica de la cultura, la biomedicina es un sistema médico más, como lo es un sistema médico nativo de una comunidad religiosa, todos ellos comprendidos en el “sistema de atención en salud” (“*health care system*”) (Kleinman, 1980). A esto habría que añadir la aportación de Young (en Martínez Hernández, 2011: 112-113), para quien la antropología no debe detenerse en las

están comprendidos en un “sistema de atención en salud” que se restringe a un colectivo cultural determinado, sistema cultural en el sentido geertziano. Kleinman propone considerar la biomedicina como una etnomedicina más, un “sistema médico” como otros presente en “sistemas de atención en salud”.

20 Tanto la ICC como la IASD están inscritas en el Registro de Entidades Religiosas del Ministerio de Justicia, lo que las dota de personalidad jurídica y reconocimiento legal de sus actividades de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 7/1980 de Libertad Religiosa. La IASD disfruta además de la condición de notorio arraigo (1984) y suscribió acuerdos de cooperación con el Estado (1992). La RCC es un movimiento católico y está sujeta, por tanto, a la situación legal de la Iglesia católica a todos los efectos.

21 Desde una perspectiva de derechos humanos aplicada al marco del ordenamiento jurídico español, el ejercicio del derecho a la libertad religiosa puede implicar desafíos en su encuentro con el derecho a la autonomía del paciente, especialmente en el caso de menores que dependen de sus representantes legales. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica posibilita el rechazo de intervención o tratamiento médico, algo que en ocasiones acontece al ser movilizadas convicciones religiosas. Esto evidencia conflictos entre el derecho a la libertad religiosa, el derecho a la vida, el derecho a la salud y los derechos de la infancia.

concepciones nativas de la enfermedad (*illness*), sino que su obligación es reconocer las fuerzas sociales, económicas, políticas e ideológicas que intervienen, es decir, profundizar hasta la dimensión social (*sickness*) de la enfermedad. Como han señalado investigaciones ya mencionadas (Lisón, 1990 y 1996; Reviriego, 1992; Briones, 1996), la observación detallada de los “itinerarios asistenciales” (Comelles y Martínez Hernández, 1993: 45) permite reconstruir las dimensiones del pluralismo asistencial entre los fieles, revelando el uso de los distintos sistemas médicos, qué circunstancias lo modulan, a qué responden las elecciones y cómo se establecen las trayectorias. Tal vez eso pueda hacer visible una diversidad de necesidades sobre la aflicción y el sufrimiento, no solo biológicas, sino también culturales y sociales (Worsley, 1982) que una medicina solo centrada en la dimensión corporal no puede satisfacer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albert, María (2014), “La falta de regulación institucional de las medicinas integrales. Una primera aproximación desde la ciudad de Valencia”, en Maribel Blázquez, Mónica Cornejo y Juan Antonio Flores (coords.), *El reencuentro de salud y espiritualidad: agencias, saberes y prácticas periféricas*. Actas del XIII Congreso de Antropología de la FAAEE, Tarragona, pp. 4493-4518.
- Ariza, Raquel (2014), “El abrazo de ayahuasca. El proceso de conversión a mujer-medicina”, en Maribel Blázquez, Mónica Cornejo y Juan Antonio Flores (coords.), *El reencuentro de salud y espiritualidad: agencias, saberes y prácticas periféricas*. Actas del XIII Congreso de Antropología de la FAAEE, Tarragona, pp. 4536-4556.
- Ayala, Ariadna (2008), “Culto, sanación y reconfiguración de valores tradicionales: la construcción de subjetividades coherentes con las estrategias de promoción de la salud”, en Mónica Cornejo, Manuela Cantón y Ruy Llera (coords.), *Teorías y prácticas emergentes en antropología de la religión*. Actas del XI Congreso de Antropología de la FAAEE, Ankulegui, pp. 39-54.
- Baker, Mary (2011), *Ciencia y salud con la llave de las Escrituras*, Boston, The Christian Science Board of Directors [1875].
- Beckford, James A. (1985), “The World Images of New Religious and Healing Movements”, en R. Kenneth Jones (ed.), *Sickness and Sectarianism: Exploratory Studies in Medical and Religious Sectarianism*, Aldershot, Hampshire; Brookfield, Vermont, Gower, pp. 72-93.
- Berberián, Samuel (2002), *Dos décadas de Renovación en América Latina. Un análisis histórico de la Renovación carismática en América Latina (1960-1980)*, Ciudad de Guatemala, Ediciones SABER.
- Blázquez, Maribel, Mónica Cornejo y Juan Antonio Flores (coords.) (2014a), *El reencuentro de salud y espiritualidad: agencias, saberes y prácticas periféricas*. Actas del XIII Congreso de Antropología de la FAAEE, Tarragona.
- (2014b), “El incómodo vínculo entre medicina y fe”, en Maribel Blázquez, Mónica Cornejo y Juan Antonio Flores (coords.), *El reencuentro de salud y espiritualidad: agencias, saberes y prácticas periféricas*. Actas del XIII Congreso de Antropología de la FAAEE, Tarragona, pp. 4485-4492.
- Bloom, Harold (1993), *La religión en los Estados Unidos. El nacimiento de la nación poscristiana*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Briones, Rafael (1996), “Convertirse en curandero. Legitimidad e identidad social del curandero”, en José Antonio González Alcantud y Salvador Rodríguez Becerra (eds.), *Creer y curar: la medicina popular*, Granada, Diputación Provincial de Granada, pp. 545-588.

- Bull, Malcolm (1990), "Secularization and Medicalization", *The British Journal of Sociology*, 2, 41, pp. 245-261.
- , y Keith Lockhart (1989), *Seeking a Sanctuary. Seventh-day Adventism and the American Dream*, Nueva York, Harper & Row.
- Cantón, Manuela (1996), "'Curar y creer' en Guatemala. A la conversión religiosa (pentecostal) por la sanación física", en José Antonio González Alcantud y Salvador Rodríguez Becerra (eds.), *Creer y curar: la medicina popular*, Granada, Diputación Provincial de Granada, pp. 457-481.
- (1998), *Bautizados en fuego. Protestantes, discursos de conversión y política en Guatemala (1989-1993)*, La Antigua, Centro de Investigaciones Sociales de Mesoamérica.
- (2009), *La razón hechizada. Teorías antropológicas de la religión*, Barcelona, Ariel.
- , Joan Prat y Jaume Vallverdú (coords.) (1999), *Nuevos movimientos religiosos, iglesias y "sectas"*. Actas del VIII Congreso de Antropología de la FAAEE, Santiago de Compostela.
- Christian, William A. (1978), *Religiosidad popular. Estudio antropológico en un valle español*, Madrid, Tecnos.
- Comelles, Josep María (1993), "Milagros, santos, vírgenes y médicos. La institucionalización del milagro en la Europa cristiana", en Oriol Romani y Josep María Comelles (coords.), *Antropología de la salud y de la medicina*. Actas del VI Congreso de Antropología de la FAAEE/ACA, Tenerife, pp. 165-192.
- (1994), "El papel del sistema de salud en la configuración de la demanda de servicios", en Dirección General de Planificación, Formación e Investigación, *El usuario como determinante de la oferta de servicios sanitarios*, Madrid, Consejería de Salud, Comunidad de Madrid, pp. 29-41.
- (1996), "Fe, carisma y milagros. El poder de curar y la sacralización de la práctica médica contemporánea", en José Antonio González Alcantud y Salvador Rodríguez Becerra (eds.), *Creer y curar: la medicina popular*, Granada, Diputación Provincial de Granada, pp. 301-336.
- , y Ángel Martínez Hernández (1993), *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*, Madrid, Eudema.
- (1994), "La medicina popular. ¿Los límites culturales del modelo médico?", *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 2, XLIX, pp. 109-136.
- Cornejo, Mónica (2001), "El debate actual sobre pentecostalismo", *Política y Sociedad*, 37, pp. 151-160.
- , y Maribel Blázquez (2013), "La convergencia de salud y espiritualidad en la sociedad postsecular. Las terapias alternativas y la constitución del ambiente holístico", *Revista de Antropología Experimental*, 13, pp. 11-30.
- , Manuela Cantón y Ruy Llera (coords.) (2008), *Teorías y prácticas emergentes en antropología de la religión*. Actas del XI Congreso de Antropología de la FAAEE, Ankulegui.
- Csordas, Thomas J. (1993), "Somatic Modes of Attention", *Cultural Anthropology*, 2, 8, pp. 135-156.
- (1997), *The Sacred Self. A Cultural Phenomenology of Charismatic Healing*, Berkeley y Los Ángeles, University of California Press.
- De las Heras, Jaime (2014), "Realidad y circularidad de la intervención espiritual en la sanación. El caso de La Manchuela albacetense", en Maribel Blázquez, Mónica Cornejo y Juan Antonio Flores (coords.), *El reencuentro de salud y espiritualidad: agencias, saberes y prácticas periféricas*. Actas del XIII Congreso de Antropología de la FAAEE, Tarragona, pp. 4557-4576.
- Editorial Safeliz (2003), *Compartiendo la esperanza. Cien años de la Iglesia Adventista en España*, Madrid, Editorial Safeliz.
- Estruch, Joan (1996), "El mito de la secularización", en Rafael Díaz Salazar, Salvador Giner y Fernando Velasco (eds.), *Formas modernas de religión*, Madrid, Alianza Universidad, pp. 267-280.
- Ferrándiz, Francisco (1995), "Itinerarios de un médium: espiritismo y vida cotidiana en la Venezuela contemporánea", *Antropología*, 10, pp. 133-166.

- Ferrándiz, Francisco (2004), *Escenarios del cuerpo. Espiritismo y sociedad en Venezuela*, Bilbao, Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Franco, Francisco (2010), “Cuerpo y ‘misticismo’ en las misas de sanación del Movimiento de Renovación Carismática Católico en Mérida (Venezuela)”, *LiminaR. Estudios sociales y humanísticos*, 2, VIII, pp. 71-88.
- Geertz, Clifford (2006), “La religión como sistema cultural”, en *La interpretación de las culturas*, Barcelona, Gedisa, pp. 87-117.
- González Alcantud, José Antonio, y Salvador Rodríguez Becerra (eds.) (1996), *Creer y curar: la medicina popular*, Granada, Diputación Provincial de Granada.
- Heelas, Paul, y Linda Woodhead (2008), *The Spiritual Revolution. Why Religion is Giving Way to Spirituality*, Oxford, Blackwell.
- Kleinman, Arthur (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Berkeley, University of California Press.
- Lisón, Carmelo (1990), *La España mental, volumen 2: endemoniados en Galicia hoy*, Madrid, Akal.
- (1996), “Mujeres, demonios y exorcismos”, en José Antonio González Alcantud y Salvador Rodríguez Becerra (eds.), *Creer y curar: la medicina popular*, Granada, Diputación Provincial de Granada, pp. 381-392.
- López García, Bernabé, Ángeles Ramírez Fernández, Eva Herrero Galiano, Said Khirlani y Mariana Tello (2007), *Arrraigados. Minorías religiosas en la Comunidad de Madrid*, Barcelona, Icaria Editorial / Fundación Pluralismo y Convivencia.
- López-Pavillard, Santiago (2015), *La vida como proceso de sanación. Prácticas chamánicas del Alto Amazonas en torno a la ayahuasca en España*. Tesis doctoral. Departamento de Antropología Social, Universidad Complutense de Madrid.
- Mantecón, Joaquín (coord.) (2004), *Confesiones minoritarias en España. Guía de entidades y vademécum normativo*, Madrid, Ministerio de Justicia, Dirección General de Asuntos Religiosos.
- Marcos, María Cristina (1999), “Adicción a tu Palabra. Legitimación, deslegitimación y reinterpretación de las prácticas curativas en la Iglesia de Filadelfia”, en Manuela Cantón, Joan Prat y Jaume Vallverdú (coords.), *Nuevos movimientos religiosos, iglesias y “sectas”*. Actas del VIII Congreso de Antropología de la FAAEE, Santiago de Compostela, pp. 135-149.
- Martínez Hernández, Ángel (2011), *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Barcelona, Anthropos.
- Mena, Ignacio R. (2003), “Sobre dones carismáticos. Una aproximación a la glosolalia y la liberación de espíritus en los cultos pentecostales gitanos”, *Gazeta de Antropología*, 19, pp. 1-16.
- (2007), “La fe en el cuerpo. La construcción biocorporal en el pentecostalismo gitano”, *Revista de Antropología Experimental*, 7, pp. 71-91.
- (2008), “El ascetismo pentecostal gitano y la gestión corporal. Una aproximación desde la antropología del cuerpo”, *Athenea Digital*, 13, pp. 1-26.
- (2009), “Dones proféticos y contextos de conversión en el pentecostalismo gitano”, *Revista Cultura y Religión*, 1, 3, pp. 55-70.
- Menéndez, Eduardo (1983), “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales”, en *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- (1984a), “Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos”, *Nueva Antropología*, 6, 23, pp. 71-102.
- (1984b), “El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud”, *Arxiu d’Etnografia de Catalunya*, 3, pp. 85-119.

- Menéndez, Eduardo (1996), “El saber popular como proceso de transformación. Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular”, en José Antonio González Alcantud y Salvador Rodríguez Becerra (eds.), *Creer y curar: la medicina popular*, Granada, Diputación Provincial de Granada, pp. 31-61.
- (2005), “Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos”, *Revista de Antropología Social*, 14, pp. 33-69.
- Moreira, Pedro Ernesto (2014), “La espiritualidad de los excluidos y las sanaciones divinas. El caso pentecostal”, en Maribel Blázquez, Mónica Cornejo y Juan Antonio Flores (coords.), *El reencuentro de salud y espiritualidad: agencias, saberes y prácticas periféricas*. Actas del XIII Congreso de Antropología de la FAAEE, Tarragona, pp. 4661-4682.
- Nath, Jemál (2010), “‘God is a Vegetarian’: The Food, Health, and Bio-Spirituality of Hare Krishna, Buddhist and Seventh-day Adventist Devotees”, *Health Sociology Review*, 3, 19, pp. 356-369.
- Nuño, Néstor (2014), “Salud y espiritualidad en las sociedades post-seculares. El caso particular del culto Hare Krishna”, en Maribel Blázquez, Mónica Cornejo y Juan Antonio Flores (coords.), *El reencuentro de salud y espiritualidad: agencias, saberes y prácticas periféricas*. Actas del XIII Congreso de Antropología de la FAAEE, Tarragona, pp. 4683-4702.
- Observatorio del Pluralismo Religioso en España (2015), *Explotación de datos. Directorio de lugares de culto, junio de 2015*, Fundación Pluralismo y Convivencia. Recurso disponible en http://www.observatorioreligion.es/upload/50/63/Explotacion_Directorio_Junio_2015.pdf, última visita: 20/3/2016.
- Office of Archives, Statistics, and Research (2010), *148th Annual Statistical Report, 2010*. Silver Springs: General Conference of Seventh-Day Adventists. Recurso disponible en <http://docs.adventistarchives.org/docs/ASR/ASR2010.pdf?q=docs/ASR/ASR2010.pdf>, última visita: 16/6/2014.
- Peel, Robert (1988), *Health and Medicine in the Christian Science Tradition*, Nueva York, The Crossroad Publishing Company.
- Perdiguero, Enrique (1996), “El curanderismo en la comarca de l’Alacantí: similitudes entre 1890 y 1990”, en José Antonio González Alcantud y Salvador Rodríguez Becerra (eds.), *Creer y curar: la medicina popular*, Granada, Diputación Provincial de Granada, pp. 63-94.
- (2006), “Una reflexión sobre el pluralismo médico”, en Gerardo Fernández Juárez (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, La Paz, Abya-Yala, pp. 33-49.
- Prat, Joan (2007), *El estigma del extraño. Un ensayo antropológico sobre sectas religiosas*, Barcelona, Ariel [1.ª edición, 1997].
- Ramírez Hita, Susana (1999), “El pentecostalismo y las prácticas de salud en una población rural”, en Manuela Cantón, Joan Prat y Jaume Vallverdú (coords.), *Nuevos movimientos religiosos, iglesias y “sectas”*. Actas del VIII Congreso de Antropología de la FAAEE, Santiago de Compostela, pp. 149-158.
- Reviriego, Concepción (1992), *Medicina popular y espiritismo en el valle del Vinalopó: una aproximación psicosocial*. Tesis doctoral. Departamento de Psicología Social, Universidad Complutense de Madrid.
- Riccò, Isabella (2014), “¿Medicina popular o prácticas new age? Un estudio de caso sobre el curanderismo en la Cataluña de hoy”, en Maribel Blázquez, Mónica Cornejo y Juan Antonio Flores (coords.), *El reencuentro de salud y espiritualidad: agencias, saberes y prácticas periféricas*. Actas del XIII Congreso de Antropología de la FAAEE, Tarragona, pp. 4768-4781.
- Rodríguez Becerra, Salvador (1996), “Enfermedades humanas con tratamiento divino. La curación mágico-religiosa en Andalucía”, en José Antonio González Alcantud y Salvador Rodríguez Becerra (eds.), *Creer y curar: la medicina popular*, Granada, Diputación Provincial de Granada, pp. 529-544.
- Romaní, Oriol, y Josep María Comelles (coords.) (1993), *Antropología de la salud y de la medicina*. Actas del VI Congreso de Antropología de la FAAEE/ACA, Tenerife.
- Saizar, Mercedes, y Mariana Bordes (2014), “¿Hospitales new age o terapias alternativas biomedicalizadas? Alcances y límites de la inserción de las terapias alternativas en hospitales generales de la ciudad

- de Buenos Aires (Argentina)”, en Maribel Blázquez, Mónica Cornejo y Juan Antonio Flores (coords.), *El reencuentro de salud y espiritualidad: agencias, saberes y prácticas periféricas*. Actas del XIII Congreso de Antropología de la FAAEE, Tarragona, pp. 4782-4802.
- Sánchez-Carretero, Cristina (2008), “La creencia en la ‘no-creencia’ de los espíritus y otras cartografías de lógicas religiosas: el caso de los centros de portadoras de misterios dominicanos en Madrid”, en Mónica Cornejo, Manuela Cantón y Ruy Llera (coords.), *Teorías y prácticas emergentes en antropología de la religión*. Actas del XI Congreso de Antropología de la FAAEE, Ankulegui, pp. 253-272.
- Sanchiz, Pilar (1996), “Poder de la palabra y eficacia de los objetos: pentecostalismo y ‘costumbre’ en Guatemala”, en José Antonio González Alcantud y Salvador Rodríguez Becerra (eds.), *Creer y curar: la medicina popular*, Granada, Diputación Provincial de Granada, pp. 181-208.
- Thigpen, T. Paul (2003), “Catholic Charismatic Renewal”, en Stanley M. Burgess y Eduard M. Van der Maas (eds.), *The New International Dictionary of Pentecostal and Charismatic Movements*, Grand Rapids, Zondervan, pp. 460-467.
- Vallverdú, Jaume (1999), “El análisis de los ‘movimientos religiosos carismáticos y extáticos’. Diseño de una investigación en curso”, en Manuela Cantón, Joan Prat y Jaume Vallverdú (coords.), *Nuevos movimientos religiosos, iglesias y “sectas”*. Actas del VIII Congreso de Antropología de la FAAEE, Santiago de Compostela, pp. 167-184.
- (2007), “‘Mi cuerpo es un templo de Dios’. Carisma y emoción en los sistemas religiosos”, *Iztapalapa*, 62-63, pp. 135-154.
- Worsley, Peter (1982), “Non-Western Medical Systems”, *Annual Review of Anthropology*, 11, pp. 315-348.