

UTILIDAD DEL SEGUIMIENTO DE LAS CARRERAS CURATIVAS DE LOS INMIGRANTES PARA LA VISIBILIZACIÓN DE SUS PRÁCTICAS:

Los ecuatorianos en Murcia

Juan Ignacio Rico Becerra

Universidad Católica de Murcia (España)

jirico@pdi.ucam.edu

THE UTILITY OF MONITORING IMMIGRANTS' CURATIVE PROCEDURES TO CLARIFY THEIR PRACTICES: ecuatorians in Murcia

Resumen: El seguimiento de las carreras curativas de los inmigrantes es de gran utilidad para hacer más visible las prácticas empleadas en la resolución de sus padecimientos. Sobre todo aquellas prácticas más alejadas de los circuitos oficiales que configura el sistema de salud. Aquí, los inmigrantes ecuatorianos residentes en Murcia, se presentan como ejemplo.

Abstract: The monitoring of the curative procedures that immigrants follow is extremely useful in order to gain more clarity in understanding the practices employed in curing their ailments. Above in all the practices most dissimilar to those of the official health system. Here the Ecuadorian immigrants residing in Murcia are presented as an example.

Palabras clave: Carrera curativa. Proceso salud/enfermedad/atención. Autoatención. Sanadores populares. Inmigrantes ecuatorianos
Curative procedures. Health/illness/care process. Self care. Popular healers/curers. Ecuadorian immigrants

I. Introducción

Lo que presento en estas líneas es fruto del interés del seguimiento de la inmigración ecuatoriana en la Comunidad Autónoma de Murcia (CARM). De hecho, su novedosa presencia en los primeros años de este siglo, motivó la puesta en marcha de una investigación –*Análisis del perfil poblacional y sociodemográfico del colectivo de inmigrantes ecuatorianos (CIE) en las comarcas murcianas del Alto y Bajo Guadalentín*– financiada por la Consejería de Trabajo y Política Social de la CARM, que constituyó más tarde la antesala de la materia de mi tesis doctoral (Rico, 2007). Aquel trabajo se tradujo en un informe técnico para la Dirección General de Inmigración, Voluntariado y Otros Colectivos, así como de una publicación –*El impacto demográfico de la inmigración ecuatoriana en la Región de Murcia. Análisis del perfil poblacional y sociodemográfico del colectivo de inmigrantes ecuatorianos (CIE) en las comarcas murcianas del Alto y Bajo Guadalentín* (Fernández-Rufete; Rico, 2005a)–. En el momento en el que se realizó esta investigación, si bien existían trabajos relevantes acerca de otros grupos de inmigrantes en nuestra Región –fundamentalmente de los procedentes de África–, no era así para los de este país andino. Entonces, lo novedoso de la llegada de sus nacionales, junto con la vinculación de algunos de los miembros del grupo de investigación por las temáticas de salud, convirtió el espacio sanitario en objeto de estudio prioritario. Es por eso que, en este texto, aborde algunos aspectos relativos a la utilidad del seguimiento de las carreras curativas de los inmigrantes para la visibilización de sus prácticas. Los protagonistas en este caso serán los nacionales de Ecuador residentes en Murcia. Tomo como referencia más directa para tal cometido, el trabajo de campo de mi tesis doctoral y algunas reflexiones posteriores, recogidas en una reciente publicación: *El inmigrante “enfermo”*. *Apuntes y reflexiones desde un trabajo antropológico* (Rico, 2009).

II. Entrando en materia

Con la intención de conocer el grado de resolución de los dispositivos públicos de salud –y en especial la Atención Primaria de Salud (APS)– en los padecimientos del grupo de los ecuatorianos residentes en Murcia, decidí realizar un rastreo de sus carreras curativas en nuestro medio. Claro que, entendiendo que una tarea como ésta opacaría en buena parte no pocos de los aspectos emergentes, previo a este hacer, realicé un trabajo de campo en Ecuador¹. La necesidad de reconocer la vinculación origen/destino en una investigación como ésta, me llevó a apoyarme en una urdimbre conceptual que diera cabida a tal complejidad. Porque, entender el fenómeno migratorio como proceso, es más, como un “proceso social total” –siguiendo la reputada máxima maussiana–, tiene aquí una importancia capital. Así no perderemos de vista en ningún momento que, el migrante es emigrante –desde la perspectiva de origen–, inmigrante –desde la de destino– e incluso, en caso de regresar a su país, retornado. Como advierte Julieta Piastro “[...] un inmigrante es antes un emigrante. No sólo son “los que llegan” puesto que en su experiencia son primero “los que se van”. En este sentido, las sociedades de recepción deben ser cada vez más conscientes de esta complejidad, resumida a la perfección en la conocida cita de Max Frisch “[...] Queríamos mano de obra y llegan personas”. Entonces, al tratar estas líneas sobre personas –los inmigrantes– que se incorporan a espacios culturales diferentes a los de origen, cabe preguntarse la dimensión que la cultura adquiere en su caso. Sin duda, si hay un elemento diferenciador característico

¹ Este se llevó a cabo durante los meses de mayo, junio y julio de 2005 en las ciudades de Loja y Quito. La investigación referida arriba (Fernández-Rufete y Rico, 2005a) puso de manifiesto que las provincias de procedencia más representativas del grupo de ecuatorianos encuestados eran: Loja (27,1% del total), El Oro (18,8%), Pichincha (13,4%).

entre el foráneo y el autóctono, ése es la cultura. No en balde para las Ciencias Sociales –y particularmente para la Antropología Social y Cultural–, asume un rol protagonista. Desde que Edward B. Tylor en su obra de 1871 *Primitive culture* definiera la cultura como: “[...] ese todo complejo que incluye conocimientos, creencias, artes, morales, leyes, costumbres y cualquier otra capacidad o hábito adquirido por el hombre en tanto que miembro de una sociedad determinada”, el concepto adquiere carácter científico. A partir de aquí, el término cultura ha experimentado modificaciones. Actualmente, su conceptualización, parece huir del encorsetamiento de antaño. Si bien, aún mirada ésta como más abierta y dinámica, seguimos utilizándola para buscar referentes que expliquen, describan o al menos sugieran, tendencias comportamentales en los sujetos.

Al respecto, interesará fundamentalmente en estas líneas lo que tiene que ver con la influencia de sus bagajes en relación con un universal, como es el *continuum* salud/enfermedad. Por ello es de sumo interés revisar lo que Eduardo Menéndez (1994: 71) denomina como proceso de salud/enfermedad/atención y que “[...] constituye un universal que opera estructuralmente –por supuesto que de forma diferenciada– en toda la sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran [...] debe subrayarse que la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos, inevitables que afectan a la vida cotidiana de los conjuntos sociales. Son parte de un proceso social dentro del cual se construye colectivamente la subjetividad: el sujeto desde su nacimiento [...] se constituye e instituye, por lo menos en parte, a partir de un proceso de s/e/a”. Y es que dicho proceso nos facilita la comprensión de cómo se gesta en los sujetos, los saberes que ayudan a afrontar, convivir y/o aliviar la enfermedad y a mantener la salud. Es por eso que socializados en la forma de enfocar el *continuum* salud/enfermedad, nuestra orientación sea distinta cuando hemos de lidiar con tales acontecimientos. Como es obvio, la cultura de referencia de la persona va a ser un elemento crucial en todo ello. Mónica Sacchi, Margarita Hausberger y Adriana Pereyra (2007: 271), a propósito de la relación sujeto/sociedad-cultura inserta en el proceso, apostillan que éste “[...] sólo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida”. Así, el proceso s/e/a se inserta de lleno en el marco cultural. Es más, se convierte en una dimensión básica de la cultura, porque éste “[...] ha sido y sigue siendo una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de las simbolizaciones y representaciones en todas las sociedades, incluidas las sociedades actuales de mayor desarrollo socioeconómico”². Considerar la enfermedad como un universal cultural de primer orden, explica la riqueza con la que se construye este espacio en toda sociedad, y por añadidura, que se convierta en un vínculo entre sus componentes. Siendo así, apostillar que la atención a lo cultural, implica a lo social. La Antropología de la Medicina propone *tri-dimensionar* la enfermedad, permitiéndonos visualizar más nítidamente esta realidad. Partiendo de la crítica al sesgo de la mirada excesivamente biologicista de la medicina Occidental (dimensión *disease*), le presta atención a otras dos extensiones de la enfermedad: la dimensión *illness* o cultural y la *sickness* o social. Desde esta tripla entenderemos mejor que, lo subjetivo del enfermar (*illness*) está necesariamente vivenciado en lo colectivo, en lo social (*sickness*). Por otro lado –y por obvio no debe quedar en el tintero–, *illness* y *sickness* se inscriben en un determinado decurso histórico, epocal. Todo ello será, en definitiva, lo que concrete la vivencia del *continuum* salud/enfermedad de los sujetos. Es entonces de suma importancia concebir el proceso s/e/a en la dinámica de las relaciones sociales. Lo que implica considerarlo como un saber, una estrategia en el mantenimiento de la salud y la lucha contra la enfermedad: abierto, flexible y en constante construcción, lo que por otro lado, no vela el influjo de lo cultural.

2 Menéndez, E. L.; op. cit., 1994, p. 71.

Con todo, se trata de realizar un esfuerzo aproximativo al proceso s/e/a de los inmigrantes que conviven entre “nosotros”, es decir, en nuestro tiempo y lugar. Una manera apropiada para ello –como se señaló atrás– es recurrir a la carrera del enfermo o del paciente. Que siguiendo a Menéndez (2003: 187), se trata de la identificación y descripción de las formas de atención a través de lo que hacen y usan los sujetos y grupos sociales para atender sus padecimientos, ya que los curadores –biomédicos, tradicionales o alternativos– son sólo parte de esta carrera³. Siguiendo con el argumento propuesto, es igualmente útil el apunte de Josep María Comelles (1997) cuando recuerda que “[...] la noción de proceso asistencial remitía a un hecho universal: el que en todas las sociedades es posible distinguir prácticas de gestión de las crisis, y al hecho constatable según el cual su observación empírica pone de manifiesto su extrema variabilidad cultural y su condición de particularismo cultural”. Siendo así, un seguimiento detenido sobre los itinerarios terapéuticos de los sujetos, nos llevaría, necesariamente, a explorar la noción: Modelo de Autoatención (MA), en tanto que nos ayuda a explicar determinados aspectos de las estrategias para la salud que todos utilizamos antes de acudir a los distintos sistemas médicos “disponibles” de ayuda, así como –y esta última parte es la que ahora interesa– a quién/dónde acudir si es que se decide hacerlo. También teorizado por Menéndez (1990: 176), el referido Modelo “[...] supone la realización de una serie de actividades orientadas directa e indirectamente a asegurar la reproducción biológica y social a partir de la unidad doméstico/familiar. Dichas actividades, en lo que respecta a los procesos de salud/enfermedad integra alimentación, limpieza e higiene, curación y prevención de enfermedades. La autoatención (a la enfermedad) y a la salud, refiere en términos teóricos a la actividad de un grupo primario y no una persona”. Además (*Ibíd.*, 1984: 8-9) “[...] es estructural a toda sociedad suponiendo el primer nivel real de atención de la misma, este modelo está en la base de todos los anteriores y su estructuralidad se basa en las funciones no sólo curativas, sino sobre todo socioeconómicas que cumple para todos los grupos en que opera”. El Modelo, asimismo, “[...] constituye una de las actividades básicas del proceso s/e/a, siendo la actividad nuclear y sintetizadora desarrollada por los grupos sociales respecto de dicho proceso. La autoatención constituye una actividad constante aunque intermitente desarrollada a partir de los propios sujetos y grupos en forma autónoma o teniendo como referencia secundaria o decisiva a las otras formas de atención [...] nos referimos en este trabajo a las representaciones y las prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar, o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención, de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento de forma autónoma o relativamente autónoma”⁴.

En definitiva, el MA recoge todas las actividades llevadas a cabo por los miembros de un microgrupo, en particular del grupo doméstico, y desarrolladas y utilizadas al interior del mismo o dentro de su red social de referencia cotidiana, para asegurar la producción y

3 Sobre esta idea han trabajado otros autores. Así se acuñan términos diferentes para la misma. Es el caso de Goffman: moral career; Chirzman: help-seeking process; Twaddle: sickness process; Mallart: itinerario terapéutico; Comelles: itinerarios o procesos asistenciales; o más recientemente, Esteban: itinerarios corporales.

4 Menéndez, E. L.; op. cit., 2003, p. 198.

reproducción biosocial de dicho microgrupo. Entiendo entonces que, sondear la autoatención de los sujetos es sumamente esclarecedor para conocer el proceso *s/e/a* que les sirve de sostén, a la vez que orienta cuál va a ser el decurso de la carrera curativa del enfermo. Pensemos que el objeto del estudio que nos ocupa es el inmigrante económico, es decir, aquél que por su origen puede estar más alejado de la concepción de salud y enfermedad manejada en nuestro medio. En este cometido será fundamental asomarse a cuáles son los referentes médico-asistenciales de los ecuatorianos en origen, para contrastarlos con los que encuentran en destino. Ante todo y como siempre, subrayar lo arriesgado de homogeneizar las concepciones y prácticas del colectivo, y hacerlo extensivo a sus partes. El olvido de esta premisa, muy común cuando se estudia la salud de los inmigrantes, nos entrega de lleno a un peligroso reduccionismo cultural. Tomadas las precauciones, como resultado de los diversos datos obtenidos en el trabajo de campo en Ecuador, me atreví a sugerir cinco pilares básicos, sobre los que se sostienen los principales referentes que básicamente pueden guiar los procesos *s/e/a* de la ciudadanía ecuatoriana⁵: la concepción biomédica de la salud y la enfermedad, de la mano –claro– de la medicina occidental; la herencia de la medicina colonial española; su medicina popular, es decir, la medicina popular de Ecuador; la ancestral medicina indígena; y el papel que están teniendo, más recientemente, las medicinas alternativas y complementarias. La complejidad –desde la perspectiva de la sociedad receptora– que todo esto puede generar en el proceso *s/e/a* de los sujetos, se podría, *sui generis*, proyectar en sus carreras curativas. De hecho, y tal y como pude comprobar en el trabajo de campo realizado a nacionales de Ecuador en distintos municipios de la Región de Murcia, es común que dependiendo del síntoma que se trate, los entrevistados combinen el remedio casero, con la automedicación, con la consulta en farmacia, y en algunos casos –como primera elección– recurran al médico. Así, encontramos: el empleo de los remedios caseros para el dolor de cabeza, la fiebre, el dolor de estómago, el vómito y/o la diarrea; que muchos/as se automedican; que no pocos, reconocen acudir a la farmacia y resolver sus dolencias con el consejo farmacéutico; y también, como señalaba arriba, están los que van al médico como primera elección.

Los recursos relatados por estos ecuatorianos reafirman que en sus procesos de *s/e/a* se incluyen diversos sistemas médicos para la confrontación de las dolencias. Medicina popular y biomedicina, fundamentalmente, se vertebran en este cometido. Hablar de biomedicina en este caso, no implica a referirse a ésta como hegemónica en el proceso curativo, o al menos como lo entendemos en Occidente. Tal como nos cuentan, la consulta al facultativo no es muchas veces prioritaria en sus carreras curativas, y sí el consejo al farmacéutico o la automedicación, alopática o no. La medicina popular –como pude constatar de los datos recogidos en Ecuador– es otra de las alternativas utilizadas con frecuencia en su país, ya sea a través de un practicante –curandero, yerbero, etc.– o desde la propia unidad familiar –ritos curativos, preparados caseros, etc.–. Algunas de estas fórmulas –a saber, todo lo que tiene que ver con el proceso salud/enfermedad/atención contenido en la autoatención, por ejemplo, la citada automedicación– se convierten en estrategia esencial. Es aquí donde la unidad doméstico/familiar lleva el peso fundamental para cumplir con su primer objetivo, la reproducción de ese grupo. Al ser los inmigrantes entrevistados individuos que han hecho

⁵ Esta cuestión se aborda en extenso en: Rico (2007 y 2009).

uso en diversas ocasiones de la sanidad pública y llevan algún tiempo entre nosotros, es comprensible encontrar discursos donde se coteja lo que se ha hecho aquí frente a lo que se hubiera hecho en origen para acometer el problema de salud. Resaltar que lo alternativo, a diferencia de la alopatía, no es gratuito y esto no es fútil en el inmigrante económico acostumbrado a pagar la asistencia procurada por la medicina convencional. La asunción de lo novedoso del destino, nos pone en la pista de la constante permeabilidad y mutabilidad del proceso s/e/a. Lo que no puede llevarnos a menospreciar los bagajes que igualmente conforman los referentes de sus prácticas.

III. Adonde queríamos llegar

Visto lo anterior, no podemos dejar sin sondear lo que no se cuenta y también pertenece a su hacer resolutivo. Debo reconocer que algunos de estos aspectos afloraron gracias a las pistas obtenidas del trabajo de campo en origen; a los contactos con sanadores autóctonos en destino; o a preguntas muy focalizadas –al respecto– a ecuatorianos, allí y aquí. Si bien, lo sustantivo de la apostilla, merece detenerse en ello. Porque, verbigracia, al sondear el uso que hace el inmigrante de la medicina tradicional en España, se intuye cierta opacidad del informante. Es posible que en su silencio aquí –a diferencia de lo obtenido en Ecuador–, intervenga la evitación a ser tildados de subdesarrollados. Convengo en este momento muy apropiadas las siguientes palabras de Ingrid Kuschick (1995: 142) destinadas a cartografiar el uso de la medicina popular en España –por los españoles– a finales de la década de los 80 del pasado siglo XX: “[...] La “difusión” de la “fe” en las prácticas de medicina popular entre la población no se puede apenas estimar, ya que se trata de un tema muy sensible –miedo a ser tenido por supersticioso o atrasado–”. Estas líneas se articulan perfectamente con lo que me refirió en Ecuador una matrona titulada de Quito, al abordar este mismo tema: “[...] *que lo van a contar, les ha de dar miedo, pues imagínate: éstos son unos primitivos, éstos son unas brujas. –Cómo van a contar eso ellos, si hasta aquí cuando les dicen a cualquiera de mis compañeros: voy a hacerme una limpia–, les van a ver de reojo. O sea, aquí mismo que es la propia tierra, le ven mal. No se diga en otros lados*”. Así, en relación directa con lo anterior y poniendo en valor las palabras de Kuschick, sería probable que el grupo de ecuatorianos entrevistados negara –o minimizara– el uso de alternativas populares, cuando sí las utilizan en sus itinerarios curativos en España. Todo esto me llevó a reorganizar los datos de mi investigación, distinguiendo entre la información recogida en Ecuador y la de Murcia. Sin la primera, buena parte de los datos obtenidos aquí, hubieran tenido una lectura bien distinta.

Llegado a este punto faltaba contrastar con la empiria el anterior argumentario. Cierto es que no lo había planificado inicialmente. Aún así el decurso investigativo, me obligó a hacer una pequeña incursión al respecto. Fue de la mano de una sanadora popular autóctona –en concreto, del municipio murciano de Lorca–, como obtuve los datos suficientes para considerar más atentamente lo planteado. La curandera en cuestión me apuntó multitud de información relevante, entre otra, lo relativo al tipo de población a la que atendía: “[...] *vienen por igual ecuatorianos y moros. A veces se me juntan aquí un montón. Vienen pa los dolores, pa las rodillas. También se lo llevan –se refiere a los remedios– si tienen alguien de su familia malos [...] la mayoría son, pues muchos. De cada diez, muchos, muchos. Más*

ecuatorianos que aquí, españoles. Unos días vienen todos ecuatorianos, otros también vienen moros". Entonces y aunque este fenómeno debiera investigarse en extenso, a lo visto, los sanadores populares autóctonos pueden estar sirviendo a muchos migrantes económicos a dar cierta continuidad a las carreras curativas que exhibían en sus países de origen. Si bien, como intuirá el lector, la oferta de un sanador popular del otro lado del Atlántico, no siempre se vertebrará ajustadamente a la demanda del recién llegado. Así, éstos, además de buscar ayuda para el alivio de distintas molestias, le piden hacer algunas prácticas comunes en sus pagos: "[...] *limpias, ah, eso me han dicho, y les digo, no, no, no, no se me ocurre de hacer eso, porque eso pa mí son negatividades*". Aunque, a pesar de la aparente negativa al abordaje de la solicitud, es resaltable la adaptación de las concepciones y prácticas de la sanadora autóctona, para acometer las peticiones de su nueva y "cuantiosa" clientela: "[...] *yo cuando viene alguna persona que tiene, que le han hecho o es que tiene algo, entonces cojo, lo tumbo en la camilla y le toco el estómago. Entonces al tocarle el estómago esos nervios que tiene cumulaos ahí, que si ves están cumulaos ahí, que está el nervio, entonces lo cojo y le paso la manica. Le echo la cremica ésa, pa darle el masaje [...] entonces debajo de la parte del esófago le paso pa abajo. Entonces se le nota como una bola que baja pa abajo. Entonces puede ser que él haya tenido muchos nervios porque se acumula ahí, y no puede ingerir la comida. Que tenga artritis, cosas que toman en la comida que le dé pesadez, y también así lo negativo que va también hasta adentro [...] entonces eso tiene que venir tres días, y entonces yo ya le rezo las oraciones que yo tengo, ¿entiendes? Pero nada de negatividades*". Reconoce la sanadora que al paciente "le han hecho" o que "tiene algo". Para subsanarlo aplica masajes con las manos a la vez que se apoya en los rezos, aunque parece negar que haya un influjo negativo externo en la causa del mal. En otra parte del discurso resalta la misma contradicción: "[...] *si es un negativo que le han hecho o es un mal de ojo intencionadamente. Porque hay personas que tienen mucha fuerza, unas tienen más que otras, pero todo el mundo podemos hacer lo mismo, todo el mundo. Lo tenemos en el corazón, una parte buena y otra mala*"; pero según me comenta, las explicaciones que da a sus clientes ecuatorianos al respecto: "[...] *no tienes por qué pensar que me ha hecho fulano esto. ¿No puede ser que tú mismo te estés metiendo el negativo de la otra persona hacia ti, por tú decirle que ha sido ella?*", les deja satisfechos: "[...] *y con eso se quedan bien, ¿es que no razonan?, y dicen pues sí, sí que es verdad*", lo que quizás se pueda explicar con lo que muchos autores han defendido –Lisón (1971), García García (1985), Lévi-Strauss (1995), Kuschick (1995), etc.– respecto al papel que estos especialistas juegan en la dimensión simbólica de la enfermedad. Una cualidad que favorece que su hacer sea intercambiable, como también aquí se da. En realidad, al leer detenidamente la narración completa de la sanadora popular lorquina, nos damos cuenta de que si bien no coincide la etiología de la negatividad –para el ecuatoriano es alguien ajeno al sufriente, el que lleva a cabo el mal; mientras que para la sanadora la "negatividad" es generada por el propio doliente–, en los dos casos se afirma su existencia. Esta enunciación se va a convertir en el nexo de unión que permite acercar las diferencias señaladas, facilitando el intercambio del practicante.

A propósito del rol de esta/os sanadora/es, de la misma manera y reconociendo no haberlo explorado suficientemente, no es raro que en espacios donde determinadas comunidades de migrantes sean numerosas, existan terapeutas propios. A lo mejor sólo es cuestión de

tiempo, ya que lo que sí he podido documentar son casos en los que sanadores populares ecuatorianos se instalan por un tiempo en ciudades de EEUU, donde la colonia de nacionales es cuantiosa y está afincada más solidamente. Baste como ejemplo lo que me relató –durante mi estancia en Ecuador– un terapeuta ecuatoriano quiteño que sana haciendo imposición de manos: “[...] *yo voy mucho a Nueva York, es la tercera ciudad del Ecuador, y ayudo a la colonia ecuatoriana [...] yo voy cada temporada a Estados Unidos y atiendo allá a un grupo de gente desde lo psicológico hasta lo humano y lo físico. Yo tengo allí en Nueva York una cajita que dice: deje aquí su donación amorosa*”.

Así pues, lo que ilumina esta nueva realidad es una forma de pluralismo asistencial que, si bien siempre ha existido en las sociedades desarrolladas, se aviva con la venida a nuestro país de inmigración económica. Entonces, el seguimiento de las carreras curativas del gran número de migrantes económicos a España nos muestran cómo, las siguientes palabras de Kuschick (*Ibíd*: XVIII) parecen cobrar rabiosa actualidad: “[...] *las concepciones y las prácticas de la medicina popular, en relación con el sistema sanitario nacional, no quedan completamente relegadas, como podría pensarse en principio. En la asistencia institucionalizada rural y en la urbana, la oferta de la medicina popular cubre lagunas regionales y sociales del sistema sanitario (Seijo Alonso, 1974: 33) o bien forman un sistema sanitario alternativo que se puede utilizar paralelamente a la asistencia sanitaria estatal. Sin embargo, su función va más allá de limitarse a rellenar lagunas y se atribuye competencias en determinadas enfermedades mágicas*”. De ahí que no desencajen en absoluto con lo que sostienen Pertíñez y Clusa respecto a los inmigrantes en España: “[...] *Con frecuencia, los pacientes irán a consultar a ambos sistemas médicos –medicina tradicional y medicina moderna– y asimilarán las información recibida según se ajuste a sus creencias tradicionales, buscando terapias apropiadas de acuerdo con sus conceptos de causalidad*”, y con el novedoso papel que los especialistas populares españoles parecen estar desempeñando.

III. Reflexiones finales

El seguimiento de las carreras curativas puede ser un buen aliado para la visibilización de las prácticas que los inmigrantes despliegan para resolver sus padecimientos. Su utilidad es manifiesta, sobre todo, en aquellas prácticas más alejadas de los circuitos oficiales que configura el sistema de salud. Eso sí, en este ejercicio debe estar presente la influencia que el origen dispensa en el destino. Para ello es de sumo interés no perder de vista el modelo de autoatención, y por ende, los procesos s/e/a de referencia. El caso que aquí se revela del rastreo de las carreras curativas de los inmigrantes ecuatorianos en Murcia, a saber, su actividad asistencial plural –al alimón del papel que los sanadores populares autóctonos puedan estar desempeñando en la atención al continuum salud/enfermedad de éstos–, puede ser buena prueba de ello. Ante esta última cuestión es arriesgado concluir al respecto, cuando apenas se dispone de algunos indicios. Lo que sí parece interesante es seguir esta pista. A lo visto, el pluralismo asistencial de los nuevos residentes, activa otras fórmulas –distintas a las convencionales– de atención a la enfermedad–. Con todo, lo cambiante del fenómeno migratorio –y que en el caso de España se le suma lo novedoso, ya que se trata básicamente de primeras generaciones– invita a su continua monitorización.

Bibliografía

- COMELLES, José María
1997 “De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual”, *III Jornadas Aragonesas de Educación para la Salud*, Teruel.
- FERNÁNDEZ-RUFETE GÓMEZ, José; RICO BECERRA, Juan Ignacio
2005 *El impacto demográfico de la inmigración ecuatoriana en la Región de Murcia. Análisis del perfil poblacional y sociodemográfico del colectivo de inmigrantes ecuatorianos (CIE) en las comarcas murcianas del Alto y Bajo Guadalentín*, Murcia, Quaderna.
- GARCÍA GARCÍA, José Luis
1985 “Enfermedad y cultura”, *Jano*, n° 643, pp. 13-24.
- KUSCHICK, Ingrid
1995 *Medicina popular en España*, Madrid, Siglo Veintiuno de España Editores.
- LÉVI-STRAUSS, Claude
1995 *Antropología estructural*, Barcelona, Paidós.
- LISÓN TOLOSANA, Carmelo
1971 *Antropología cultural de Galicia*, Madrid, Siglo Veintiuno.
- MENÉNDEZ, Eduardo
1984 *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión en salud)*, México, CIESAS.
1990 “Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones”, *Cuadernos de Casa Chata*, n° 129, México, CIESAS.
1994 “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?”, *Alteridades*, vol 4, n° 7.
2003 “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, *Ciencia & Saúde Colectiva*, vol 8, n° 1.
- PERTÍÑEZ, Judit; CLUSA, Thaïs
2008 *HUMANITAS Humanidades Médicas*, n° 34, diciembre.
- PIASTRO, Julieta
2008 “Consideraciones epistemológicas y teóricas para una nueva comprensión de las identidades”, en Santamaría, E (Eds.), *Retos epistemológicos de las migraciones transnacionales*, Barcelona Anthropos.
- RICO BECERRA, Juan Ignacio
2007 *La atención primaria de salud y su impronta en el proceso de salud/enfermedad/atención de los inmigrantes ecuatorianos residentes en el municipio murciano de Lorca*, Tesis de doctorado, Murcia, Universidad Católica de Murcia.
2009 *El inmigrante “enfermo”. Apuntes y reflexiones desde un trabajo antropológico*, Murcia, Isabor.
- SACCHI, Monica; HAUSBERGER, Margarita; PEREYRA, Adriana
2007 “Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta”, *Salud Colectiva*, Buenos Aires, vol 3, n° 3.