

BIOMEDICINA *VERSUS* MEDICINAS TRADICIONALES UNA APROXIMACIÓN NO CULTURALISTA AL PLURALISMO MÉDICO EN EL HIMALAYA (NEPAL)

Lionel Obadia
Université Lyon 2

Durante las últimas décadas, la salud se ha convertido en un tema relevante para la antropología social y cultural. Las investigaciones antropológicas sobre la salud y la medicina han cobrado tal dimensión científica y autonomía que representan actualmente un campo especializado, la antropología médica, con sus propias teorías y modelos conceptuales, el cual atiende, principalmente, a los fenómenos de la enfermedad y el padecimiento, sus tipologías etiológicas y las relaciones entre las dimensiones simbólicas y orgánicas de los tratamientos médicos en clave transcultural. No obstante, antropólogos clásicos, como Rivers en 1924, ya dieron cuenta de forma directa o indirecta de estos temas, así como de la definición biológica humana y las concepciones sobre la salud y la enfermedad, pues las formas de cura o tratamiento estaban ya presentes en las culturas que los antropólogos solían estudiar, las llamadas sociedades “tradicionales”.

Otras disciplinas como la sociología han aportado investigaciones en este campo, aunque focalizando su atención en la organización de las instituciones sanitarias, la accesibilidad a este tipo de servicios, las desigualdades sociales en salud y un largo etcétera en las denominadas sociedades “modernas”. La antropología contemporánea no puede ignorar estas aproximaciones sociológicas, especialmente el reconocimiento de las condiciones económicas y sociales en las que se ubican las culturas “genuinas” y “auténticas” que incluyen los diferentes “sistemas terapéuticos”. Tampoco puede dejar de lado la creciente autoridad moral de las normas internacionales de cooperación para el desarrollo por las que esas “otras” sociedades (estudiadas tradicionalmente por los antropólogos) se han convertido en los denominados “países en vías de desarrollo”. La antropología médica, además, puede beneficiarse de los enfoques de la economía política de la salud para examinar, bajo nuevas perspectivas, las relaciones entre la medicina occidental y las medicinas no-occidentales (Baer 2001 y 2002), o entre la medicina occidental y las medicinas asiáticas (Micozzi 2001 y 2002). Estas reflexiones han

surgido en el contexto del pluralismo médico de las sociedades occidentales. Este artículo es un intento de extender este debate al contexto de una sociedad asiática: el Nepal.

En el “Tercer Mundo”, los temas de salud están unidos a la ideología del desarrollo y en Nepal esta relación es de gran intensidad. El rápido impulso económico e industrial de este país en los últimos cincuenta años ha ido de la mano de la penetración del sistema médico occidental (Subedi 2001). Como algunos investigadores han apuntado, la mayor parte de los estudios sobre los sistemas médicos en Nepal han estado dedicados a las medicinas “tradicionales”. Sin embargo, el rápido avance de la medicina occidental en este contexto ha llevado a algunos autores a hipotetizar que existe una occidentalización gradual del sistema de atención nepalí de consecuencias aún no suficientemente valoradas (Acharya 1994). Otros investigadores, en cambio, han subrayado la persistencia de las terapias tradicionales (Miller 1997) – que no sólo no desaparecen frente a la occidentalización, sino que incluso se regeneran (Ortner 1998) – y de resistencias culturales hacia las nuevas formas de medicina, especialmente la biomedicina (Kristvik 1999).

Evidentemente, la situación no es tan simple. Nepal ha sido siempre un país plural en sus diferentes dimensiones étnica, religiosa y terapéutica (Pigg 1995). Mediante la descripción de las formas y dinámicas de la relaciones entre los diferentes sistemas médicos en un valle del Himalaya: el Distrito de Solukhumbu del Norte de Nepal, mi intención aquí es llamar la atención sobre los límites de una explicación culturalmente sobredimensionada sobre las relaciones entre las medicinas nepalíes y occidental y reconsiderar la idea de la occidentalización del campo sanitario en este contexto. Adicionalmente, también voy a discutir sobre la posibilidad de cooperación y rivalidad entre las llamadas medicinas “tradicionales” y “modernas”.

Pluralismo médico y medicina occidental en el Distrito de Solukhumbu

Una geografía de salud y desarrollo

El Índice de Desarrollo Humano (*Human Development Index*) (IDH) es una herramienta conceptual propuesta por el Programa de Desarrollo de Naciones Unidas (PDNU) (1990)¹ que ubica a Nepal en las posiciones más desfavorecidas. A pesar de las críticas que ha generado desde su aparición, este índice sirve para elaborar un *ranking* de 173 países en el cual Nepal se encontraba en los años 1993 y 1994 entre las posiciones 22 y 25, respectivamente, de los más desfavorecidos (Thapa 1995). Desde la década de 1950 en adelante, el Gobierno

1 El IDH es un instrumento teórico concebido por el PDNU para la evaluación comparativa del desarrollo de las sociedades humanas. Se basa en la correlación de tres indicadores: longevidad, conocimiento y condiciones de vida (Producto Doméstico per capita ajustado al coste local de la vida), los cuales se combinan con indicadores empíricos mensurables de desarrollo (esperanza de vida, alfabetización, media de años de escolarización, ingresos, etc.).

Nepalí ha planificado políticas de desarrollo sanitario y ha puesto en marcha una serie de programas de promoción y uso de los servicios sanitarios, como la planificación familiar, la educación sanitaria y la extensión de la atención a todo el territorio. No obstante, y a pesar de estas iniciativas de la administración para potenciar un sistema nacional de salud, la calidad y cantidad de los servicios revela notables diferencias de una región a otra del país.

La extensión geográfica de los servicios sanitarios se corresponde en la actualidad -y como es de esperar- con el desarrollo de las diferentes áreas de Nepal que se dividen administrativamente -y siguiendo una lógica vertical- en 5 Regiones de Desarrollo desde el Este al Oeste, las cuales se subdividen, a su vez, en 75 distritos. Adicionalmente, el país se estructura en 3 áreas geográficas que organizan horizontalmente el territorio: El Terai (área sur), las colinas (área central) y las montañas (área norte). El área central es con diferencia la que muestra un mayor desarrollo, pues las condiciones climáticas, la demografía, la industria y su economía asociada, así como la presencia de medios de comunicación, localidades urbanas y administraciones han generado mejores condiciones de vida en cuanto a ingresos, higiene y educación. Contrariamente, las zonas que muestran un menor desarrollo son las áreas sur y norte.

El rol de las ONG internacionales en el desarrollo sanitario en Nepal

Una diversidad de Organizaciones No Gubernamentales nacionales e internacionales se encuentran hoy en día trabajando en Nepal en programas sanitarios, especialmente en las áreas consideradas menos desarrolladas. Su objetivo es resolver las deficiencias de los servicios gubernamentales y costear la mejora de las políticas sanitarias. Existen varios centenares de ONGs nacionales sobre el terreno, muchas de las cuales tienen un objetivo "cultural", como la preservación de las culturas locales por medio de la financiación de actividades educativas, religiosas o tradicionales (especialmente en el campo artístico). Por otro lado, casi un centenar de ONGs internacionales están hoy en día involucradas en la mejora de los programas de salud a largo plazo, junto a otras orientadas a la asistencia sanitaria más individualizada, localizada y a corto plazo de la población rural de Nepal.

Principales características del Distrito de Solukhumbu

El distrito de Solukhumbu en el que desarrollé mi trabajo de campo entre 1999 y 2003 está localizado en la zona más septentrional y oriental de las Regiones de Desarrollo: Sagarmatha. Únicamente el 8% de la población vive en las montañas y estos datos demográficos muestran un progresivo decrecimiento (Ertur 1994). En el año 2000, la población de distrito de Solukhumbu era de 115.517 habitantes, aproximadamente el 0.5% de la población total de Nepal².

2 Véase el *Statistical Pocket Book of Nepal*, Kathmandu : His Majesty's Government National Planning Commission Secretariat / Central Bureau of Statistics, Julio de 2000.

Más del 85% de los nepaleses son hindúes, aunque el budismo predomina en el Distrito de Solukhumbu debido a la presencia histórica de los sherpas provenientes del Tíbet que han exportado a este territorio sus propias costumbres desde hace cuatrocientos años (Axelsen 1977, Limberg 1982). Según la escala del PDNU, el nivel de desarrollo de este distrito es bajo, pues en 1991 fue ubicado en la posición número 43 con respecto a los 75 distritos existentes con un IDH de 0.325³. Esta situación se encuentra asociada a la distante localización del Distrito de Solukhumbu, el cual se halla en la periferia de los centros urbanos y no puede beneficiarse de los servicios de otros distritos, con su consiguiente repercusión en la salud de sus habitantes. Debido a ello, el Gobierno Nepali intentó promover un programa de desarrollo de las pequeñas ciudades para su integración en la economía del país, que hoy en día todavía está restringida a las áreas urbanas (Bajracharya 1995). Las ONGs internacionales constituyen actualmente la única fuente de servicios sanitarios de este territorio.

Patologías y estilos de vida.

Existe una estrecha relación entre, por un lado, los estilos de vida y el nivel económico de cada región y, por otro, el estado de salud de sus poblaciones. Actualmente, la esperanza de vida es de 55 años para los hombres y de 53.5 para las mujeres.

Tabla 1: enfermedades más frecuentes en el Distrito de Solukhumbu

Enfermedades Respiratorias (incluyendo tuberculosis)
Enfermedades Digestivas (incluyendo diarrea, gastritis y úlceras)
Hipertension
Enfermedades que cursan con fiebre
Enfermedades obstétricas
Infecciones oftalmológicas
Enfermedades dermatológicas (infecciones de la piel)
Enfermedades dentarias
Heridas y problemas traumatológicos
Enfermedades reumáticas

(Fuente; Informes de 1995 a 2001 de la ONGI Tasbe-Deleks/Himalayan Health)

Las principales enfermedades están asociadas a los estilos de vida: el consumo de alimentos (hipertensión, gastritis), hábitos en el hogar (enfermedades respiratorias),

3 De acuerdo con el PDNU, un IDH inferior a 0.5 constituye un "nivel bajo de desarrollo humano". El nivel medio se encuentra entre 0.5 y 0.8, y el alto por encima de 0.8. Únicamente el área de Katmandu muestra un "nivel alto de desarrollo" con un IDH = 1. En 1991, los niveles más bajos de desarrollo fueron los del Distrito Mugu (IDH = 0.012). Cf. Shyam Thapa, The Human Development Index, *op. cit.*

higiene y actividades rurales, especialmente agrícolas (heridas, problemas traumatológicos y reumatismo) que ocupan a más del 80% de la población de Nepal. Las enfermedades obstétricas, por su parte, constituyen una de las causas de mortalidad más importantes, pues un estudio nacional de 1996 revela que el 96% de las mujeres dan a luz en sus casas en condiciones muy deficientes de higiene: el 27% de las mujeres entre 15 y 19 años mueren por problemas en el embarazo o en el parto. La tasa de mortalidad infantil es también muy alta (64 por 1000 en 2001), aunque ha mostrado un cierto decrecimiento (172 por 1000 en 1971, 117 en 1981, 97 en 1991). En 1996, por ejemplo, moría un niño de cada ocho menores de 5 años y dos de cada tres antes de cumplir el año de edad. La pregunta en este punto es ¿cómo los nepalíes afrontan este tipo de adversidades?

Las formas de la medicina "tradicional"

Desde una perspectiva etnográfica, los sistemas terapéuticos locales o importados se encuentran insertos en la estructura social, en las prácticas y en los sistemas de significados. El subcontinente indio ofrece una gran variedad de terapeutas (Kakar 1982, Assayag & Tarabout 1999). Quizá por ello en Solukhumbu existen al menos cinco categorías de sanadores: los *vaidyas* (pronunciado "boyda"), los lamas, los chamanes o *Dhamis*, los médicos tibetanos (*Amchi*) y finalmente los médicos occidentales.

Automedicación y formas terapéuticas populares

No todos los tratamientos existentes en este contexto se encuentran englobados en las categorías terapéuticas que hemos apuntado. Lo que podemos llamar formas terapéuticas populares son corrientes, ya que los habitantes de estos valles del Himalaya tienen conocimientos básicos sobre el poder curativo de determinadas plantas y otros elementos naturales que utilizan en forma de automedicación. Gran parte de las infecciones menores no suelen requerir la atención de un terapeuta y se espera que la restauración de la salud ocurra por sí misma con un poco de reposo que, por otro lado, es poco frecuentado por el déficit de mano de obra para las tareas agrícolas. Además es un dato bien conocido en la antropología cultural que existen diferencias de tolerancia al dolor en los diferentes grupos sociales y, en estas áreas rurales, el dolor es considerado como una consecuencia inevitable de una vida cotidiana caracterizada por las duras condiciones de existencia y las actividades agropecuarias. Es por ello que la mayor parte de la población local suele ignorar la posibilidad de un tratamiento médico y existe un considerable lapso de tiempo entre la detección de una infección y la decisión de consultar a un terapeuta. Normalmente esta decisión es tomada cuando se produce el agravamiento de la enfermedad y/o la intensificación de los síntomas, razón por la cual

el uso de los servicios sanitarios sólo ocurre ante estados precarios de salud y cuando las posibilidades de curación son bastante escasas. Por ejemplo, los casos terminales de la tuberculosis son frecuentes en muchos hospitales del país, especialmente en las áreas con menor nivel de desarrollo (Kristvik 1999).

Sanadores tradicionales

Las tres primeras categorías de sanadores o terapeutas que hemos apuntado más arriba pueden considerarse como tradicionales, aunque más adelante criticaremos esta etiqueta conceptual. Los *Vaidyas* constituyen el primer tipo de sanadores tradicionales y son considerados como médicos ayurvedas por el Gobierno de Nepal⁴ y por diferentes investigadores (Kakar 1982: 3). En el Distrito de Solukhumbu esta definición no es aplicable a los sanadores conocidos como “*Vaidya*” (pero sí para los *Vaidyas* de otras áreas), ya que su práctica no está relacionada con el ayurveda, un sistema médico milenario hindú basado en una compleja taxonomía de sabores, elementos, cualidades éticas y físicas y humores (los tres humores o *tri-dosa*). Los *Vaidyas* de Solukhumbu son sólo sanadores tradicionales que curan problemas muy especializados asociados con el embarazo, la fiebre o la tos, que son algunas de las enfermedades típicas de las tierras altas de Nepal. En los pueblos de Solukhumbu, los *Vaidyas* están especializados en la adivinación (nep: *jokhana*), una práctica que permite variaciones idiosincrásicas, pues algunos practican la lectura simbólica del arroz (nep: *aseita*) y otros usan varios objetos (como el *Mala*, un collar litúrgico budista) con el objeto de identificar las causas de la enfermedad o de la aflicción. Los objetos, símbolos y prácticas utilizados en este tipo de terapia se encuentran organizados en un conjunto complejo de operaciones mágicas que varían de un contexto a otro⁵.

En realidad, los *Vaidyas* proveen de elementos para los rituales de protección (con ingredientes vegetales y minerales) o amuletos (con órganos de animales como el tigre, el oso o el musa, una categoría local de roedor) que sus pacientes usan como collares o brazaletes (*buthi*). El uso de amuletos (nep: *Jantra*) es muy popular en Nepal, no sólo por su función curativa o de protección contra la enfermedad y las fuerzas sobrenaturales, sino también para propiciar objetivos como el éxito o una larga vida. Los poderes de los elementos para evitar las causas de la enfermedad puede catalogarse como “mágicos” ya que incumben a fuerzas sobrenaturales, sin embargo existe otra razón para entender

4 Véase *The Statistical Pocket Book of Nepal*.

5 Gellner y Shrestha describen, por ejemplo, una técnica mantra basada en la respiración en el Valle de Katmandu que no está presente entre los *Vaidyas* del Distrito de Solukhumbu. David N. Gellner, Uttam Sagar Shrestha (1993), “Portrait of a Tantric Healer: A preliminary Report on Research into Ritual Curing in the Kathmandu Valley”, in Gérard Toffin (Ed), *Nepal, Past and Present*, Paris: CNRS Editions, pp. 135-147.

como “mágica” la acción y el estatus de los *vaidyas*: la adivinación supone también la identificación de los casos de brujería que causan (aunque no siempre) la enfermedad, incluso si el brujo (nep: *boksi*) nunca es identificado.

Los Dhamis: Jbankris o chamanes

Los *Dhamis* conforman otra categoría de terapeutas tradicionales locales que son conocidos en Nepal como *jbankris* e identificados por los antropólogos como chamanes (Hitchcock & Jones 1976), en la medida en que “median entre los espíritus y los humanos” (Miller 1997: 1). Estos sanadores dedican gran parte de sus actividades a la realización de ritos entre los cuales el más destacado es la posesión por espíritus. A pesar de que sus prácticas se encuentran muy diversificadas a lo largo del territorio⁶, todos los *jbankris* están especializados en la posesión por un espíritu mediante el trance o el éxtasis.

La práctica de los *Dhamis* es una forma específica de posesión por un espíritu que Rex L. Jones define como “oráculos por posesión” (Hitchcock & Jones 1976: 6). Concretamente, los *Dhamis* del Noreste de Nepal pueden entenderse como una clase específica, pues ellos difieren de otras categorías de chamanes nepalíes que realizan sus viajes espirituales (ellos o ellas son los únicos que pueden realizar este tipo de contacto) al “mundo invisible”, ya se encuentre éste en el supramundo o en el inframundo⁷. La especificidad de los *Dhamis* radica en la ejecución de un trance basado en temblores y espasmos (Nep: *kamnu*, Sherpa: *mu*) por el cual la divinidad es incorporada y manifiesta su presencia mediante cambios en los gestos y el discurso del poseído⁸. Una de las características específicas de los *Dhamis* de Solukhumbu es la habilidad para encarnar divinidades de varias tradiciones. Por ejemplo, las *Dhaminis* (o mujeres-*Dhamis*) de esta zona utilizan idiomas diferentes según la deidad: cuando se trata de una divinidad hindú hablan en nepalí y cuando es un dios budista hablan en sherpa. La práctica de la posesión puede realizarse tanto en un contexto individual como colectivo.

La práctica individual de los *Dhamis* o *Dhaminis* puede ser entendida como una “consulta”, pues en estos casos la posesión es controlada (Hitchcock & Jones 1976: 9) y su objetivo es el diagnóstico de una enfermedad atribuida a la influencia de agentes sobrenaturales como espíritus malignos o fantasmas (Gaborieau 1976: 233). Las

6 Larry Peeters ha realizado un inventario de las técnicas chamánicas en Nepal que incluye el trance, la danza, el uso de tambores e incluso el consumo de sustancias psicoactivas (1998: 12).

7 Para una ilustración del viaje al “inframundo” de los chamanes nepalíes véase el trabajo de Diana Riboli (2000). En las regiones norteñas, la localización de “otros mundos” puede ser horizontal o vertical.

8 La primera descripción antropológica de los *Dhamis* de Nepal es la de Marc Gaborieau en su “Preliminary report on the god Masta”, en R. Jones, J. Hitchcock (eds), *Spirit Possession*, op. cit., pp. 217-237.

Dhamini no sólo realizan un diagnóstico, sino que también efectúan actos curativos, como aplicar técnicas de respiración: ellas expelen el aire en el rostro y el cuerpo de sus pacientes para sanarlos. También llevan a cabo una variedad de rituales que incluyen ceremonias de luna llena para rezar a las deidades (*pujari*, o rituales de ofrenda) mientras tocan el tambor durante toda la noche. En estos casos, los *Dhamis* usan un tambor de doble cara (nep: *dhyangro*) como un medio para la comunicación con los espíritus, según ha sido confirmado por numerosas observaciones en Nepal y en otras partes de Asia Central como Mongolia⁹.

Las *Dhaminis* de Solukhumbu únicamente utilizan su tambor para rituales colectivos, no para consultas individuales, y llevan para estas ocasiones un vestido ceremonial. Tuve ocasión de observar la acción de una *Dhamini* en las ceremonias de luna llena dedicadas a las deidades y los espíritus con el objetivo de obtener su aprobación para las nuevas cubiertas de su tambor. Durante este ritual, ella realizó una danza de posesión denominada *guru-puja* que requiere de una preparación muy compleja: un altar (*than*) con ofrendas (flores, frutas y vegetales), objetos rituales (copas con arroz, agua e incienso) y objetos litúrgicos (el tambor, el collar chamánico de simientes rojas o *rudraksa*, brazaletes, etc). El propósito de este ceremonia no es tanto curativo como devocional, sin embargo también puede resultar terapéutico en la medida que los espíritus manifiesten su presencia a través del trance de la *Dhamini* y se sacrifiquen varias gallinas. Estas situaciones son consideradas propicias para la curación de enfermedades graves como los casos de hipertensión severa.

Lamas sherpas

Las órdenes monásticas populosas y los amplios templos han caracterizado la historia del budismo en el Norte de Asia y en el área tibetana. Por el contrario, las órdenes y monasterios del budismo sherpa son de menor tamaño. Además de órdenes organizadas en monasterios, en esta última acepción del budismo se incluyen “lamas” aislados que no están obligados al sacerdocio ni a la vida monástica y tienen existencia semejante a los lugareños de las aldeas. Algunos de ellos han recibido una formación en astrología y adivinación (*tsyi*, en lengua sherpa) y por tanto constituyen una figura de atención a la salud. En la adivinación, el lama sherpa utiliza un libro tradicional que sirve como una fuente de explicaciones codificadas para la vida cotidiana, las actitudes

9 Los *dhyangro* pueden tener una o dos caras, pueden ser redondos u ovalados. Véanse Michael Oppitz, “Le tambour rē et son pouvoir, *Cahiers de musiques traditionnelles*, 3 (1990), pp. 79-95; Andrés Höfer, “Notes on the Nepalese drum *dhyangro* as used by the Tamang Shaman (Jhakri/bombo)”, en: Samten Karmay, Philippe Sagant (eds), *Les habitants du toit du monde*, Nanterre: Société d’ethnologie, 1997, pp. 689-700.

y personalidad y los eventos vitales. En este contexto, la salud no es racionalizada en términos de un equilibrio biológico ni psicológico, ya que las causas son interpretadas en términos de fortuna o destino. La adivinación astrológica localiza el significado de la enfermedad en una estructura cosmológica. Tanto la salud como el padecimiento son acontecimientos inferidos de la estructura simbólica por medio de la cual la causalidad es entendida como la conjunción de ciclos humanos y astrales. Cada día de la semana puede ser origen de la desgracia o de eventos afortunados. En esta medida, el recurso de la adivinación no debe ser considerado como una terapia sino como una explicación de la enfermedad que refiere a un determinismo superior al orden humano.

Medicina occidental

La medicina occidental como sistema biomédico desarrollado en los países occidentales fue introducida a finales del siglo XIX en Nepal, pero no llegó a afincarse en Solukhumbu hasta mediados de la década de 1950, justo después de la apertura del país a la influencia exterior tras el fallido reino de un siglo de la familia Rana. El famoso escalador Sir Edmund Hillary fundó el primer hospital en el distrito después de su ascensión al Everest en 1952. Hillary lideró en este territorio una serie de acciones para la preservación de la cultura sherpa y la mejora de la salud. Desde entonces se han desarrollado iniciativas “culturales” o “sanitarias” por parte de occidentales, aunque se observa un incremento gradual a lo largo de los años de la población local (formación de médicos locales o profesionales de la salud) en este tipo de actividades. Últimamente, las autoridades gubernamentales han establecido puestos de salud (pequeñas unidades de salud) en la misma área.

La organización *Tasbi Deleks (TD)*, una ONG francesa que fue fundada en 1994 inició sus actividades en el Distrito de Solukhumbu en 1995 junto con una ONG nepalí: *The Himalayan Health (HH)*. Desde ese momento, se han fundado 4 hospitales o dispensarios y se han implementado iniciativas “culturales” en la misma área. En los últimos años, la dos ONGs (TD-HH) han realineado sus expectativas en términos de focalizar su atención en los temas sanitarios en perjuicio de los culturales. El principal problema de los servicios sanitarios ha sido la continuidad de la atención por la dependencia de los fondos occidentales, la formación de los profesionales sanitarios y los problemas logísticos. Otro problema no menos importante proviene de la cooperación entre instituciones sanitarias gubernamentales y no-gubernamentales, así como de la rivalidad entre ONGs internacionales. Sorprendentemente, la cooperación entre el estado y las ONGs internacionales ha dado mejores resultados que la colaboración entre las diferentes ONGs.

La estructura racional de los servicios de salud ha facilitado el tratamiento de los pacientes, ya que está fundamentada en la planificación de los servicios: los puestos de

salud de áreas remotas que pueden proveer únicamente un diagnóstico y tratamiento básico y rudimentario, los dispensarios y los grandes hospitales que proveen equipos para el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico. En los primeros años, las consultas a la medicina occidental aumentaron de forma relevante y después decrecieron. Durante los 7 años de acción de TD-HH sobre el terreno, algunas de las enfermedades locales como la tuberculosis y los problemas obstétricos han disminuido de forma significativa.

Medicina tibetana

Si bien la medicina tibetana es anterior en términos históricos a la medicina occidental, sólo ha tenido una presencia en esta parte de los Himalayas recientemente. Las comunidades tibetanas se han afincado en Nepal únicamente desde la década de 1960, coincidiendo con la invasión china y la consiguiente anexión del Tibet. Más de cien mil tibetanos refugiados se han establecido en el Norte de India, especialmente Dharamsala donde vive su líder político y religioso (el Dalai-lama) y el gobierno tibetano en el exilio. El Distrito de Solukhumbu es también una zona en la que se han afincado los tibetanos y donde llegan cada año nuevos refugiados. Los tibetanos han mantenido en el exilio sus tradiciones culturales y religiosas, pero no han desarrollado su sistema médico hasta la mitad de la década de 1990 cuando se fundó el primer dispensario tibetano en Solukhumbu como contrapartida al establecimiento de servicios médicos occidentales en esta área.

La legitimidad de la medicina tibetana radica en su fundación mítica (la existencia de un divino Buda de la medicina llamado *Men-la*) y en su referencia al voluminoso *corpus* textual del budismo tibetano (los *Tantras*). Esta medicina se basa en sistema teórico muy complejo y específicamente en la teoría de los tres humores (Tib: aire, *lung*, bilis, *Kris-pa*, flema, *Bad-kan*), los cinco elementos (madera, fuego, agua, tierra y hierro) y en una serie de contextos dietéticos, sociales e higiénicos que influyen sobre la salud. El cuerpo es considerado una combinación de los diferentes elementos que se transforma perpetuamente por estaciones o edades y que debe generar un equilibrio homeostático. Consecuentemente, las enfermedades se originan por un desequilibrio entre los elementos mencionados¹⁰. El diagnóstico es un proceso de identificación de síntomas y de su origen en una serie de causas descritas en la tradición escrita como “el árbol de la medicina”. Las relaciones entre los humores, los elementos, los órganos y sus funciones, los contextos y las enfermedades son dibujados como una serie de ramificaciones.

10 Una excelente introducción al sistema de la medicina tibetana puede encontrarse en el libro de Yeshi Donden, *Health through balance. An introduction to Tibetan Medicine*, New York : Snow Lion, 1986. En este artículo utilizo la edición India: Delhi, Motilal Banarsidass, 1997.

Existen diferentes maneras de alcanzar un diagnóstico en la medicina tibetana, pero la más usual es el análisis del pulso (colocando tres dedos en las dos muñecas) para detectar los trastornos de órganos y humores. La medicina tibetana es conocida por desarrollar formas complejas y variadas de tratamiento como el consumo de píldoras herbales y homeopáticas (Tib: *dril-bu*) que son producidas y distribuidas casi de una forma industrial. También persisten otras terapias más tradicionales, como la fumigación de las zonas corporales afectadas, o importadas, como la acupuntura.

A pesar de la delimitación de terapias y actividades que acabamos de mostrar, los límites culturales y médicos no suelen ser tan evidentes. Los actores locales de este contexto terapéutico no son realmente “terapeutas” en términos occidentales¹¹. Algunos antropólogos que han investigado las prácticas tradicionales han subrayado el riesgo de una interpretación de éstas prácticas sesgada por las concepciones biomédicas¹². No obstante, ya sean actores profanos o religiosos, los sherpas y tibetanos han sido reclutados por la medicina occidental y, al menos aparentemente, no parecen encontrar dificultades para desarrollar actividades híbridas conformadas por creencias religiosas locales y practicas medicales occidentales.

La oposición entre las terapias

Las diferencias entre medicinas “tradicionales” y “modernas” se ha caracterizado por una serie de oposiciones teóricas. La primera de ellas es la dicotomía entre instituciones “culturales”-“sociales”. Los *Dhamis* pueden ser sacerdotes de un culto muy organizado (como lo describe Gaborieau¹³) o actores individuales como en el Distrito de Solukhumbu. Los sanadores tradicionales como los *Vaidyas* también son agentes individualizados, como los lamas sherpas de las aldeas que viven al margen de las órdenes monásticas. Sus prácticas se inscriben en instituciones culturales pero no forman parte de instituciones sociológicas, en el sentido de una racionalidad organizacional, como sí es el caso de las medicinas tibetana y occidental. Existe, en esta medida, una división entre las terapias institucionalizadas y no institucionalizadas.

Otra oposición más evidente es la distinción entre terapias holísticas y no-holísticas que ya existe en la tradición escrita de las medicinas asiáticas y que ha sido apuntada

11 Según Casper Miller no son “ni sacerdotes ni médicos” (1997: 1).

12 Ver especialmente Roberte Hamayon (1995), citado por Gilles Tarabout en su prólogo a Jackie Assayag y Gilles Tarabout (1999: 12).

13 La expresión “oráculos por posesión” fue formulada por Marc Gaboriau (1976). La descripción de Gaboriau de los *dhams* refiere a la devoción ascética al dios Masta.

por investigadores occidentales. Se supone que la medicina tibetana, que es una heredera del sistema ayurvédico, es un claro exponente de medicina holística, ya que su objetivo (y a diferencia de la medicina occidental) es “curar la causa, no sólo los síntomas” a partir de una compleja combinación de elementos orgánicos y simbólicos y, adicionalmente, implica una concepción terapéutica global que incluye al paciente, su trayectoria de vida y su contexto social y simbólico, entre otros aspectos. No obstante, las consultas clínicas de la medicina tibetana son muy similares a las de la medicina occidental por lo que resulta difícil corroborar este aspecto holístico en la primera.

Una tercera y conocida oposición es la distinción entre enfermedades “espirituales” y “orgánicas”, tal como ha afirmado Sudhir Kakar, un investigador indio que apunta que las tradiciones terapéuticas asiáticas pueden considerarse “tratamientos psicológicos” mientras que los chamanes están especializados en “enfermedades del espíritu” (Kakar 1982: 89). La aseveración de Kakar sobre la dimensión exclusivamente psicossomática de las tradiciones curativas asiáticas es el ejemplo perfecto de una interpretación unilateral y sesgada en términos psicológicos. En primer lugar, porque los sanadores tradicionales también tratan síntomas orgánicos (la psicología tiene escaso efecto en enfermedades como los procesos diarréicos) y, en segunda instancia, porque la focalización en los aspectos psicológicos de los tratamientos no es congruente con las expectativas de los pacientes, especialmente en áreas rurales donde estos aspectos no adquieren sentido, pues los usuarios simplemente desean sentirse mejor. De hecho, estas aproximaciones pueden considerarse como reduccionistas, pues la cura es aquí explicada exclusivamente en referencia a los sistemas terapéuticos que son de interés para los antropólogos. Además, el objetivo de los etnógrafos debe ser comprender y dar cuenta de las diferencias entre las concepciones normativas de la salud, la enfermedad y sus etiologías en un sistema médico y las prácticas empíricas o reales que finalmente se producen.

En su estudio sobre el chamanismo en el Himalaya, Robert Desjarlais realiza una distinción basada en la “localización” de la enfermedad. La medicina occidental, según este autor, curaría las “enfermedades internas” que se originan de una disfunción o desequilibrio orgánico localizado en el cuerpo, mientras que el chamanismo trataría las “enfermedades externas” que se producen por causas y agentes consuetudinarios como deidades, espíritus y otras instancias simbólicas que existen en el territorio exógeno del cuerpo (1994: 164). Pero, ¿son estas diferencias realmente objetivas y significativas para los pacientes? Mi punto de vista es que todos los sistemas terapéuticos apuntados tratan los mismos síntomas, aunque los expliquen en términos diferentes y en niveles o dimensiones diversos (orgánico, simbólico, etc.). Las diferencias etnográficas aparecen esbozadas en la Tabla 2.

Table 2: Topografía teórica de las terapias en Solukhumbu

Terapias no-institucionalizadas	
Formas populares de terapia	Sanadores tradicionales
<p><u>Características:</u></p> <p>No personalizadas</p> <p>Autocuidado</p> <p>“Remedios”</p> <p>Interpretación no racionalizada de la patogénesis</p>	<p><u>Características:</u></p> <p>Personalizadas</p> <p>Interacción con un terapeuta</p> <p>Cura: rituales, amuletos, acciones mágicas</p> <p>Agente patogénico: sobrenatural (exter-nos)</p>
Terapias institucionalizadas	
Medicina tibetana	Medicina occidental
<p><u>Características:</u></p> <p>Explicaciones estandarizadas y religiosas de la enfermedad.</p> <p>Cura: medicación</p> <p>Agente patogénico: natural y sobrenatural (externo e interno)</p>	<p><u>Features:</u></p> <p>Explicaciones estandarizadas y no religio-sas de la enfermedad.</p> <p>Cura: medication</p> <p>Agente patogénico: natural (interno)</p>
<p><u>Características comunes:</u></p> <p>Interacción con un terapeuta, proceso de consulta clínica similar, alto grado de organiza-ción social, racionalización del conocimiento médico, industria de medicamentos.</p>	

Rivalidad y cooperación entre terapeutas

¿Cuáles son las relaciones entre los diferentes terapeutas y sistemas de salud que podemos encontrar en el Distrito de Solukhumbu? Siguiendo el punto de vista de Alexander MacDonald’s sobre el chamanismo nepalí (1962), Casper Miller argumenta que los *Jhankris* y *Dhamis* son tan solo “especialistas mágico-religiosos” y “ocasionalmente sanadores” (1997: 1). Gellner y Shershta han mostrado también que las actividades de los *Vaidyas* no están restringidas a las acciones en salud (1993). Incluso Miller niega que este tipo de prácticas tradicionales tengan alguna clase de especialización funcional en el campo médico. La afirmación de Miller es muy paradójica, puesto que este autor identifica los *Jhankris* y los *Dhamis* como “sanadores por la fé” (el subtítulo de su libro de 1997) y espera que éstos sean “formados en los métodos modernos de diagnóstico y tratamiento” (1997: 1); esto es que puedan ser

“médicos potenciales”. Adicionalmente, la clase de diagnósticos y terapéuticas diferenciales de estos sanadores los ubican entre los terapeutas especializados, aunque esta especialización no suponga una cohabitación pacífica. En realidad, y aunque las técnicas difieren (adivinación, posesión por un espíritu, astrología, etc.), todos estos terapeutas proveen significado para la salud y la enfermedad en un nivel simbólico (con intervención de fuerzas naturales o sobrenaturales, espíritus o deidades) y en ocasiones ofrecen formas similares de diagnóstico a pesar de pertenecer a diferentes categorías¹⁴. Estos tipos de “medicina” cohabitan y compiten entre sí. Los religiosos sherpas aislados (lamas), los *Dhamis* y los *Vaidyas* son en el fondo rivales en la misma esfera de enfermedades y tratamientos y de forma abierta disputan sobre sus poderes terapéuticos respectivos. En este sentido, existe una rivalidad entre categorías de sanadores, así como entre sanadores dentro de la misma categoría (Miller 1997: 12). La rivalidad entre chamanes está regulada por algunos tipos de rituales, por ejemplo las batallas mágicas, que se desenvuelven en las celebraciones (Miller 1997: 41). No obstante, esta rivalidad es observable en la vida cotidiana mediante los desafíos de los sanadores para ganar legitimidad, reconocimiento social y lograr, así, el reclutamiento de pacientes.

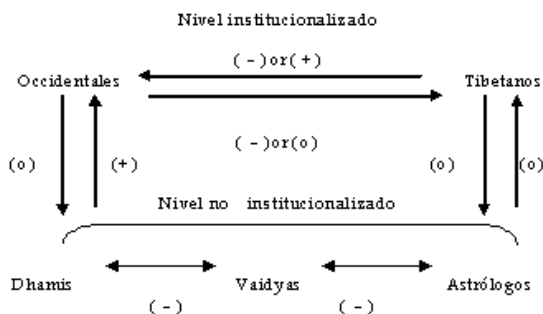
Por otro lado, la medicina tibetana rivaliza con la medicina occidental tanto en los diagnósticos como en los tratamientos. Los médicos tibetanos insisten en defender una terapia holística que tome en cuenta las causas y no sólo los síntomas que la medicina occidental supuestamente trata en exclusividad. Además, culpabilizan a la biomedicina por provocar efectos secundarios aunque no puedan demostrar que el empeoramiento de la enfermedad o la aparición de nuevos síntomas es la consecuencia de los tratamientos occidentales. Los médicos occidentales muestran, por su parte, una relación ambigua con sus rivales tibetanos y las formas tradicionales de sanación. La mayoría de ellos defienden los tratamientos “racionales” y construyen discursos irónicos sobre las terapias tradicionales, las cuales observan como “supersticiones”. De forma curiosa, estos profesionales se encuentran fuertemente apegados a sus tradiciones y sólo bromean de estas cuestiones ante la presencia de occidentales.

Un último aspecto que quiero destacar tiene que ver con la cooperación entre la medicina occidental, los servicios gubernamentales y los no gubernamentales. Ocasionalmente la cooperación entre médicos tibetanos y occidentales es visible, pero sólo en una única dirección: los primeros (Tib: *Amchi*) reconocen los límites de su sistema médico y derivan a sus pacientes a los dispositivos médicos occidentales ante casos severos (tuberculosis, diarrea, infecciones oculares y de la piel, etc.) que no pueden curar. Los médicos tibetanos expresan, sin embargo,

14 Como ha demostrado Brigitte Steinmann en el caso de los lama tibetanos y los chamanes nepalés que “parecen encontrarse en polos opuestos de la experiencia religiosa” (p.419), pero que “hallan una misma causa para la locura, hasta el punto que ambos reifican las intenciones de perjuicio de la misma forma” (p.434). Brigitte Steinmann, « Shamans and Lamas exorcise madness », en Samten Karmay, Philippe Sagant (eds), *Les habitants du toit du monde, op. cit.*, pp. 419-440.

indiferencia por las otras terapias asiáticas, aunque sea por razones ajenas a la salud y la curación. De hecho, la medicina tibetana se encuentra restringida a un área de acción muy limitada y no mantiene contactos relevantes con otro tipo de terapias que no sean las occidentales. En realidad, podemos dibujar las líneas de tensión entre los diferentes tratamientos y terapeutas, pues todos ellos conforman una estructura compleja de relaciones que constituye la principal característica del pluralismo médico nepalí y que, en última instancia, resulta de tanta importancia como los propios tratamientos utilizados. La rivalidad entre los sistemas de salud no se manifiesta mediante un comportamiento beligerante que podría considerarse amenazante para la vida comunitaria, sino que estas tensiones se encubren en los discursos de los terapeutas sobre la competencia y la eficiencia y revelan un complejo sistema de relaciones caracterizado por tres actitudes: antagonismo, indiferencia y simpatía.

Las relaciones antagonónicas (no hostiles pero sí desafiantes) se encuentran en las medicinas que presentan rasgos semejantes: entre las medicinas del grupo de institucionalizadas y entre las medicinas del grupo de no institucionalizadas. Las relaciones de indiferencia se manifiestan por parte de las institucionalizadas hacia las no institucionalizadas. Finalmente, la simpatía se expresa desde las terapias tradicionales hacia la medicina occidental y, en cierta medida, entre ésta y la medicina tibetana. La valencia de las relaciones está representada aquí con los signos (-): antagonismo, (o): neutralidad, indiferencia, (+): simpatía. Estas valencias están relacionadas también con la posibilidad de una práctica conjunta entre sistemas terapéuticos. Únicamente la presencia del signo (+), aunque ambivalente en el caso la relación occidental-tibetana, implica una cooperación posible. Como podemos ver en el siguiente diagrama, aunque la medicina occidental aparece como “exógena”, constituye el punto focal de la estructura de relaciones, en la medida en que es la única que interactúa, al menos parcialmente, en una direccionalidad positiva con las otras terapias; y ello a pesar de la “frialidad” que los terapeutas occidentales mantienen con las terapias locales.



Elección y preferencias de los pacientes

Hasta ahora hemos descrito únicamente las instituciones sociales y culturales que proveen los servicios de salud. Sin embargo, este estudio sería incompleto sin el análisis del lado de los pacientes, pues ellos tienen, obviamente, la capacidad de elegir entre las diferentes prácticas médicas. Ante la pregunta de si existen preferencias culturalmente determinadas en la elección de la terapia, podríamos inferir que la distribución social de sanadores y terapeutas en los valles de Solukhumbu permite virtualmente que cada comunidad religiosa o grupo étnico escoja una terapia o terapeuta específico a su grupo. No obstante, y salvo escasas excepciones, no se produce una preferencia “étnica”, aunque se puedan observar algunas elecciones y preferencias. Las adscripciones religiosas y los hábitos locales pueden influir en los sistemas de elección terapéutica. Por ejemplo, la mayoría de los Rai, un grupo étnico que habita en Solukhumbu se han convertido al cristianismo y, por razones religiosas, evitan a los sanadores tradicionales. El carisma es otro rasgo importante y una de las razones por las cuales los lugareños consultan a los *Dhamis*. Las relaciones de los pacientes con respecto a los diferentes sistemas médicos se basan tanto en una cronología como en una jerarquía de preferencias. En primer lugar encontramos la automedicación y las expectativas por una sanación espontánea. En segunda instancia es la selección de un terapeuta que puede escogerse por razones culturales o por rutina si una consulta anterior finalizó con éxito. En caso de fracaso (que puede ocurrir con cualquiera de las terapias locales), el paciente puede buscar un nuevo terapeuta y así sucesivamente hasta sentirse mejor. La elección depende de la eficiencia de la cura por lo cual se produce frecuentemente una combinación de terapias. Un ejemplo puede ser ilustrativo en este punto. Una mujer padecía una diarrea severa y fue conducida a un hospital occidental tras algunos días sufriendo en su casa. En cuanto se sintió un poco mejor, fue llevada a un chamán debido a que la medicina occidental no era lo suficientemente rápida para curarla. En general, parece que la fe y las creencias en los poderes o fuerzas sobrenaturales tienen un impacto limitado en la elección del terapeuta o en el proceso de búsqueda de salud del paciente. Por el contrario, la elección y las preferencias se basan principalmente en una especie de racionalidad instrumental que evalúa la eficiencia de los diferentes tratamientos de acuerdo con su capacidad para mitigar el dolor y los síntomas.

Conclusion: la tradición y la modernidad a reconsideración

La relación entre medicinas “tradicionales” y “modernas” y la adscripción de la medicina occidental como “extranjera” o “foránea” son cuestiones que deben someterse a consi-

deración. Las medicinas locales etiquetadas como “tradicionales” se encuentran insertas en conjuntos de hábitos culturales y constituyen instituciones muy relevantes para los habitantes de las aldeas de Nepal. Los investigadores que han estudiado las terapias locales han focalizado su atención, principalmente, en los significados culturales de la enfermedad y de la salud. De acuerdo con esta aproximación, las terapias tradicionales parecen las más apropiadas para afrontar la enfermedad y la curación de los nepalíes porque son congruentes con las concepciones locales del “cuerpo, el espíritu y la sociedad”. Adicionalmente, algunos autores como Angela Dietrich han enfatizado las condiciones de “preindustrial” o “tradicional” de Nepal y la “simbiosis” entre lo natural y lo sobrenatural que estas tradiciones culturales se supone que iluminan y preservan. Desde una estructura teórica evolucionista y obsoleta, esta autora justifica la persistencia de prácticas de sanación arcaicas de tipo mágico-religioso por la necesidad de mantener un equilibrio entre las fuerzas naturales y sobrenaturales. Sin embargo, si esta dimensión cultural fuese tan importante, cómo podríamos explicar la rápida expansión de la medicina occidental en Nepal. Es cierto que las autoridades gubernamentales apoyan la medicina occidental y que ésta se ha establecido en la mayor parte de Nepal. No obstante, ésta no es la única razón de su crecimiento y expansión entre la población ni de la persistencia paralela -o incluso revitalización- de las prácticas tradicionales. Hace aproximadamente veinticinco años que Rex L. Jones dio una respuesta en términos sociológicos a estas cuestiones.

Jones argumenta que si bien las terapéuticas tradicionales en Nepal asumen una función simbólica de estabilización de las relaciones entre el mundo natural y el sobrenatural, por otro lado implican funciones sociológicas. El autor apunta que la especialización mágico-religiosa “se produce de forma más frecuente entre las categorías sociales de los excluidos del estatus social y de los medios tradicionales para prosperar en la sociedad nepalí”. En consecuencia, las terapias tradicionales no se encuentran insertas en un mundo premoderno o irracional ni se hallan amenazadas por el progreso de la medicina occidental u otras instituciones, sino que están asociadas a la estructura social de Nepal y ofrecen “el logro de un estatus que, de otra manera, sería inaccesible para la mayoría de la población, especialmente para las mujeres”. Esta es la razón por la cual la oposición entre tradición y modernidad entendida como sistema de organización de las medicinas nepalíes y occidentales, respectivamente, no resulta relevante. Ahora bien, esta teoría da cuenta de la persistencia de las medicinas tradicionales pero no de la expansión de la medicina occidental.

En la medida que la medicina occidental es un sistema foráneo, podría inferirse una actitud de “rechazo” por parte de una población local comprometida con sus propias tradiciones terapéuticas y culturales. Las actitudes de la población, que utilizan varios sistemas médicos al mismo tiempo, podrían entenderse también en términos de la combinación entre el ámbito del cuerpo (medicina materialista u occidental) y el ámbito del alma o el

espíritu (medicinas locales). Sin embargo, estas interpretaciones no son completamente satisfactorias cuando se comparan con los hechos, incluso si pensamos que la medicina occidental conlleva escasos elementos simbólicos y de esta forma no rivaliza con las medicinas tradicionales en el ámbito de las interpretaciones simbólicas de la salud y de la enfermedad. Y es que en realidad, los pacientes evalúan las diferentes terapias en términos de su eficiencia en la curación y no a partir de una significación que sea culturalmente aceptable. Estadística y empíricamente existen pocas elecciones médicas que estén determinadas por una disposición “tradicional”. En el nivel institucional, la radicación de la medicina occidental se ve facilitada por la existencia de un *pluralismo médico* en Nepal. En mi opinión, las características simbólicas y sociológicas de las diferentes medicinas o terapias aparecen frecuentemente asociadas a su *diferencialidad funcional* en un sistema complejo donde todas ellas se encuentran insertas e interconectadas, ya se trate de medicinas locales o foráneas, institucionalizadas o no institucionalizadas o aporten diagnósticos y tratamientos naturales o sobrenaturales. En última instancia, esta aproximación funcionalista puede ayudarnos a entender etnológicamente los éxitos y fracasos de la medicina occidental de una forma no limitada por explicaciones culturalistas unilaterales o por oposiciones inadecuadas entre lo “tradicional-mágico” (el mundo de los nepalíes) y lo “moderno-racional” (el ámbito de los médicos occidentales).

Traducido del francés por Angel Martínez Hernández

Bibliografía

- ACHARYA, B. K. (1994) “Nature Cure and Indigenous Healing Practices in Nepal: A Medical Anthropological Perspective”, in Allen M. (ed), *Anthropology of Nepal. Peoples, Problems and Processes*, Kathmandu: Mandala Books, pp. 234-244.
- ASSAYAG, J., TARABOUT G. (eds) (1999) *La possession en Asie du Sud. Parole, corps, territoire*, Paris: Editions de l'EHESS (Collection Purusartha).
- AXELSEN H. G. (1977) “The Sherpas in the Solu District. A Preliminary Report on Ethnographical Field Research in the Solu District of North-Eastern Nepal”, *Det Kongelige Danske Videnskabernes Selskab Historisk-Filosofiske Meddelelser*, 47/7, pp. 1-70.
- BAER, H. A. (2001). *Biomedicine and Alternative Healing Systems in America: Issues of Class, Race, Ethnicity, and Gender*, Madison: University of Wisconsin Press.
- BAER, H. A. (2002). The Growing Interest of Biomedicine in Complementary and Alternative Medicine: A Critical Perspective. *Medical Anthropology Quarterly*, 16(4), 403-405.

- BAJRACHARYA, B. N. (1995) "Promoting Small Towns for Rural Development: A View from Nepal", *Asia-Pacific Population Journal*, 10(2), pp. 27-50.
- DESJARLAIS, R. (1994) *Body and Emotion. The Aesthetics of Illness and Healing in the Nepal Himalayas*, Delhi: Motilal Banarsidass Publishers.
- DIETRICH, A (1998) *Tantric Healing in the Kathmandu Valley*, Delhi: Book Faith India.
- DONDEN, Y. (1997) *Health through balance. An introduction to Tibetan Medicine*, Delhi: Motilal Banarsidass.
- ERTUR, O. (1994) "The Need for a National Urbanization Policy in Nepal, *Asia-Pacific Population Journal*", 9(3), pp. 19-36.
- GABORIAU, M. (1976) "Preliminary report on the god Masta", in Hitchcock, J. T., Jones, R. (eds) *Spirit possession in the Nepal Himalayas*, New Delhi: Vikas Publishing House Ltd, pp. 217-237.
- GELLNER, D. N. SHRESTHA, U. S. (1993) "Portrait of a Tantric Healer: A preliminary Report on Research into Ritual Curing in the Kathmandu Valley", in Toffin G. (Ed), *Nepal, Past and Present*, Paris: CNRS Editions, pp. 135-147.
- HITCHCOCK, J. T., JONES, R. (eds) (1976) *Spirit possession in the Nepal Himalayas*, New Delhi: Vikas Publishing House Ltd.
- HÖFER, A (1997) "Notes on the Nepalese drum dhyangro as used by the Tamang Shaman (Jhakri/bombo)", in Karmay, S., Sagant P. (eds), *Les habitants du toit du monde*, Nanterre : Société d'ethnologie, pp. 689-700.
- HOURS, B. (2002) "D'un patrimoine (culturel) à l'autre (génétique). Les mutations du sujet et des objets de l'anthropologie médicale", *Journal des anthropologues*, 88-89, pp. 21-28.
- KAKAR, S. (1982) *Shamans, Mystics and Doctors. A psychological inquiry into India and its healing traditions*, New Delhi: Oxford University Press
- KRISTVIK, E. (1999) *Drums and Syringes. Patients and Healers in Combat Against TB Bacilli and Hungry Ghosts in the Hills of Nepal*, Katmandu: EMR.
- KRISTVIK, E. (1999) *Drums and Syringes. Patients and Healers in Combat Against TB Bacilli and Hungry Ghosts in the Hills of Nepal*, Katmandu: EMR.
- LIMBERG W. (1982) *Untersuchungen über Besiedlung landbesitz, und feldbau in Solu-Khumbu*, Innsbruck: Universitätsverlag Wagner.
- MICOZZI, M. (2001) *Fundamentals of Complementary and Alternative Medicine*, 2nd edition, New York: Churchill Livingstone.
- MICOZZI, M. (2002). Culture, Anthropology, and the Return of "Complementary Medicine". *Medical Anthropology Quarterly*, 16(4), 398-403.
- MILLER, C. J. (1997) *Faith-Healers in the Himalayas*, Delhi: Book Faith India.

- OPPITZ, M. (1990) "Le tambour re et son pouvoir", *Cahiers de musiques traditionnelles*, 3, pp. 79-95.
- ORTNER, S. (1998) "The case of the disappearing shaman or No Individualism, No Relationalism" in Skinner D. *et al. Selves in Time and Place. Identities, experiences and history*, Lanham, Boulder, Rowman & Littlefield Inc. pp. 239-267.
- PEETERS, L. (1998) *Tamang Shamans. An Ethnopsychiatric Study of Ecstasy and Healing in Nepal*, New Delhi: Nirala Publications.
- PIGG, S. L. (1995) "The Social Symbolism of Healing in Nepal", *Ethnology*, 34 (1), pp. 17-36
- RIBOLI, D. (2000) *Tunsuriban. Shamanism in the Chepang of Southern and Central Nepal*. Katmandu: Mandala Book Point.
- STEINMANN, B. (1997) "Shamans and Lamas exorcise madness", in Karmay, S., Sagant P. (eds), *Les habitants du toit du monde*, Nanterre : Société d'ethnologie, pp. 419-440.
- SUBEDI M. S. (2001), *Medical Anthropology in Nepal*, Kathmandu: Udaya Books.
- THAPA, S. (1995) "The Human Development Index: A Portrait of the 75 Districts in Nepal", *Asia-Pacific Population Journal*, 10(2), pp. 3-14.

Resumen

Basado sobre un trabajo etnográfico en el Norte rural y la región montañosa del Nepal, este artículo cuestiona la supuesta "occidentalización" del paisaje terapéutico asiático. La expansión de la medicina Occidental en Nepal, así como en otros países asiáticos, está conectada con un proceso más amplio de "modernización", infundido por las organizaciones no gubernamentales transnacionales y por la formación de políticas nacionales basadas en las normas globales del "desarrollo". En oposición a las visiones pesimistas sobre el impacto "destrutivo" de la medicina Occidental en las medicinas locales y tradicionales, los datos etnográficos ilustran todo lo contrario: la persistencia y el refuerzo de las medicinas locales - un fenómeno comúnmente observado en países del "Tercer mundo". En contra de las explicaciones culturalistas, el autor plantea un estudio basado en un análisis sistémico y crítico hacia la dicotomía conceptual "moderno" versus "tradicional".

Abstract

Based upon an ethnographic fieldwork in the Northern rural and mountain region of Nepal, this paper questions the issue of a supposed "westernization" of the Asian

therapeutic landscape. The expansion of Western medicine in Nepal, as well as in other countries of Asia, is indeed connected with a wider “modernization” process, infused by transnational non-governmental organizations, and the alignment of national politics on global standards of “development”. Contrasting with pessimistic views on a professed “destructive” impact of Western medicine upon local and traditional ones, the ethnographic data illustrates quite the reverse: the persistence and even the reinforcement of local medicines – a commonly observed phenomenon in “third-world” countries. Arguing against the leading culturalist explanations, the author suggests an analysis based upon a systemic analysis and eventually criticizes the “modern” versus “tradition” conceptual dichotomy.