



CIEA7 #40:

PLURALISMO MEDICO: PERSPECTIVAS UTILITARIAS EN LA INTERACCIÓN
ENTRE MEDICINAS EN ÁFRICA.

Albert Farré[©]

fantura2@hotmail.com

Los caminos hacia la salud en el sur de Mozambique: cristianismos, hospitales, antepasados, espíritus y adivinos

Esta comunicación se enmarca en un proyecto titulado “Gender and Therapeutic Pluralism. Women access to the private health sector in Africa”, y pretende ser una presentación preliminar de los resultados obtenidos en la investigación bibliográfica y, en parte, también en la primera fase del trabajo de campo. La comunicación se divide en tres partes. En primer lugar hay una breve síntesis de la evolución de la red sanitaria de Mozambique, desde la época colonial hasta la actualidad, haciendo referencia a los debates académicos vinculados a la posibilidad o imposibilidad de colaboración de las llamadas medicinas tradicionales en la red de salud pública.

En segundo lugar introduciremos datos etnográficos de la población vatshwa residente en la provincia de Inhambane, en el sur de Mozambique, con el fin de hacer explícita, en este caso concreto, la complejidad social y epistemológica que conlleva la llamada medicina tradicional. Basándonos en la bibliografía existente y en nuestro trabajo de campo, expondremos algunos conceptos y prácticas mediante los que los vatshwa disfrutaban y sufren la salud y la enfermedad, respectivamente.

Por último, concluiremos con la exposición de algunas diferencias que, en el caso de los vatshwa y del sur de Mozambique en general, hacen prácticamente imposible una colaboración sistemática de los llamados médicos tradicionales en la red de salud pública, e indicaremos una posible línea de la investigación sobre salud y relaciones sociales en el sur de Mozambique.

Cristianismo, Medicina tradicional, Estado.

[©] Centro de Estudios Africanos/ISCTE-IUL.

HACIA UNA DESCOLONIZACIÓN DE LOS SABERES: ESTADO, MEDICINA TRADICIONAL Y BIOMEDICINA

El sistema de salud durante el colonialismo

Los servicios sanitarios del estado colonial tuvieron las limitaciones propias del contexto colonial¹. Una visión general de la evolución de la red sanitaria colonial en Mozambique se encuentra en el trabajo de Lucas L. Gulube (2003), él mismo trabajador en el sistema de salud mozambiqueño². En síntesis, las características principales son:

Una red concentrada principalmente en las ciudades, y que estaba organizaba a partir del dualismo entre población indígena y población portuguesa. Incluso cuando el sistema de *indigenato* fue definitivamente anulado por ley, en 1961, el sistema de dualismo social que marginaba a la mayoría de la población continuó funcionando *de facto* hasta el día de la independencia.

Sólo a partir de la década de los sesenta el estado colonial concretizó un esfuerzo inversor importante destinado a ampliar la red sanitaria en todo el territorio de la zona sur (que corresponde a las tres provincias actuales de Maputo, Gaza e Inhambane). A pesar de este esfuerzo, los servicios eran deficitarios incluso para cubrir las necesidades de la población portuguesa, como lo atestigua el testimonio de Cristina Malhão Pereira (2007), residente en la ciudad de Inhamitane entre 1971 y 1974, como esposa del Capitán del Puerto de Inhambane, máxima autoridad militar de la provincia.

En las zonas rurales las misiones y las iniciativas privadas a título personal suplían la inexistencia o precariedad extrema de la red sanitaria pública. En el caso de Inhambane, hay que destacar la labor del hospital y escuela de enfermería de la Iglesia Metodista Unida en Chicuque (Helgesson, 2002; Cruz e Silva, 2004; Loforte, 2007).

El proyecto colonial portugués contó con la estrecha colaboración de la Iglesia Católica, definida mediante el Concordato de 1940 y el Acuerdo Misionero de 1941. La identificación entre identidad portuguesa y catolicismo conllevó que las iglesias protestantes, con una presencia importante en el sur de Mozambique, fueron vistas siempre con desconfianza por el régimen, pues representaban una alternativa que era vista como "desnacionalizadora"³. De hecho, las iglesias protestantes tuvieron un papel importante tanto en la politización de un sector de la población, como en la consolidación de un nacionalismo

¹ La dimensión ideológica de la política sanitaria colonial en el imperio portugués ha sido objeto de una tesis doctoral por parte de Martin Shapiro (1983). Para una perspectiva interna sobre la red sanitaria colonial en Mozambique ver el artículo de Tertuliano Soares (1965).

² Por su parte, Cristiana Bastos (2002; 2004) ha trabajado los vínculos de la escuela médica de Goa con Mozambique.

³ La propia Cristina M. Pereira, que tuvo un parto en Inhambane, explica en sus memorias africanas (2007) cómo llegó a amenazar con ir al hospital de la Iglesia Metodista en Chicuque -con el escándalo político que, según enfatiza la autora, hubiera representado que la esposa de un alto cargo colonial decidiera prescindir de la red de salud del estado para ir a un servicio "sospechoso de disidencia"- para asegurarse que tendría la atención adecuada por parte de un médico.

mozambiqueño, y fueron sistemáticamente represaliadas por ello (Cruz e Silva, 2001; 2004; Helgesson, 2002).

A pesar de la discrepancia política que dividía a las iglesias cristianas en procolonialismo portugués (católica) y anticolonialismo portugués (protestantes), ambas tenían una actitud parecida en relación a la religión africana: una actitud intolerante hacia aquellos aspectos que consideraban como producto de la superstición y de la ignorancia de la población (ritos de paso, invocación a los ancestros, mediaciones espirituales...).

Ante la incapacidad de la red de salud del estado -y de las misiones y los particulares que se mostraban activos en este ámbito- para atender las necesidades de la mayoría de la población, ésta continuó usando masivamente los servicios de salud tradicionales, cuyo marco de referencia era la religión tradicional (Cardoso, 1958; Peixe, 1962; Polanah, 1987). Los conocimientos propios a estos saberes se vieron a la vez combatidos y subalternizados desde las instancias oficiales, así como desde ambas trincheras del cristianismo. Por ello, las iglesias y las misiones contribuyeron como el que más a la colonización de los saberes, cuyos efectos todavía perduran (Ngoenha 1994; Macamo, 2004). Sin embargo, por paradójico que pueda parecer, el cristianismo fue y sigue siendo un mensaje y una vía de trascendencia bien recibido por muchos africanos, y, tras ser debidamente resemantizado (Sarró, 2008), se ha consolidado como un estímulo de revitalización de las mismas culturas africanas (Rosny, 1992; Homwana, 2002), mal que les pese a las iglesias que se vanaglorian de haber llevado el cristianismo a África.

El sistema de salud tras la independencia

Mediante las independencias africanas los movimientos políticos anticoloniales tomaron posesión del estado, y pasaron a controlar el dominio de lo público que éste representa. Desde el primer día de la independencia, uno de los principales retos de los nuevos gobiernos independientes fue que áreas clave de los servicios públicos, como la salud y la educación, cuyos servicios habían estado hasta ese momento restringidos a un estricta minoría de la población -formada por la población de origen europeo y por el reducido número de africanos que había conseguido el reconocimiento de la ciudadanía-, pasaran a estar orientados a la mayoría de población marginada durante el colonialismo. El caso de Mozambique es paradigmático, pues su primer presidente, Samora Machel, era enfermero de profesión y, entre sus numerosos escritos políticos se encuentra uno titulado "No trabalho sanitário materializaremos o princípio de que a revolução liberta o povo" (Machel, 1975).

La euforia postindependencia se basaba en la certeza compartida de que, una vez controlado el estado por parte de miembros de la antigua mayoría marginada, todos los males que sufría la población africana se iban a empezar a resolver. En otras palabras: se preveía que, a medida que las mejoras se hicieran evidentes para el grueso de la población,

tanto la legitimidad del nuevo gobierno como la cohesión de la población a su alrededor se irían fortaleciendo mutuamente. Sin embargo, en la inmensa mayoría de los países esta premisa inicial se demostró falsa y, por una combinación de diferentes motivos, el círculo virtuoso de legitimidad y cohesión social que tenía que desencadenarse nunca tuvo lugar. En Mozambique, por ejemplo, la independencia inauguró una nueva forma de exclusión contra todos aquellos actores susceptibles de representar el antiguo orden colonial. La obras de Morier-Genoud (1996) y Helgesson (2002) explican cómo la política de nacionalización decretada por el partido Frelimo durante los primeros años de ímpetu revolucionario comportó la expropiación de forma abrupta de los servicios de salud y educación de las iglesias -incluso las que habían participado en la lucha por la independencia-, con el resultado de la pérdida de eficacia en los servicios prestados por la mayoría de estas unidades. La medicina tradicional también fue censurada con fuerza, aunque continuó existiendo en la sombra.

Tan sólo algunas décadas después de las independencias se hizo evidente que, si bien el control del estado era imprescindible para iniciar cualquier proyecto político propio, en sí mismo no garantizaba una mejora que afectara a la mayoría de la población (Ngoenha, 1994). Así, el estado, que había sido encumbrado al papel de demiurgo social por la retórica de la liberación, fue emplazado por las circunstancias a terminar su monólogo, y a empezar a mirar a su alrededor para encontrar posibles socios con los que aliarse para conseguir los objetivos que justificaban su existencia (Farré; Lourenço; Tomàs; 2009).

La revalorización de lo tradicional

En el campo estrictamente sanitario, la respuesta concertada para afrontar el *cul-de-sac* al que el estado había conducido a la sociedad tuvo su concretización en 1978, en el encuentro de la OMS celebrado en Alma-Ata. Allí se definió una estrategia para los países en desarrollo basada en los servicios de atención primaria (Dozon, 1987; Sindiga, 1995). El eje de la estrategia se basaba en conseguir que la población se convirtiera en un actor participativo en materia de salud, aprovechando para ello todos los recursos disponibles de forma sinérgica. En otras palabras: en hacer de la necesidad virtud, convirtiendo los vacíos existentes en la posibilidad de inaugurar un desarrollo verdaderamente endógeno. En este contexto se planteó la necesidad de revalorizar la llamada medicina tradicional, planteándose incluso la conveniencia de integrar a algunos de sus practicantes (parteras y herbolarios principalmente) en el sistema público de salud.

En el contexto africano, el debate y las iniciativas sobre esta temática han sido múltiples, aunque -más allá de algunos ejemplos individuales y, por tanto, poco generalizables- por lo común las palabras y las leyes se han movido mucho más por el entusiasmo generado por el mero sonido de las palabras (*wishful thinking*), que por el realismo y, en general, mucho más como táctica para conseguir apoyos políticos y

financieros que con una voluntad real de eficacia (Dozon, 1987; Green, 1988; 1994; Granjo, 2009).

En la última década, el *Ministério de Plano e Finanças* y el *Ministério de Saúde* de Mozambique han publicado informes generales sobre el sistema primario de salud (2003), sobre el gasto público en salud en Mozambique (2004), y sobre la descentralización, la planificación y el sistema presupuestario (2004), que permiten analizar la evolución del sistema de salud tras los acuerdos de paz (1992) y el establecimiento de una democracia parlamentaria multipartidista. James Pfeiffer (2003), Paula Meneses (2004a; 2004b; 2006), Victor Agadjanian (2007) y Paulo Granjo (2009) han abordado diferentes aspectos sobre las difíciles relaciones entre la red de salud pública y la llamada medicina tradicional o espiritualista. En general, el protagonismo de la medicina tradicional se acepta más como un indicador de la adaptación a profundas transformaciones sociales marcadas por crecientes desigualdades, crímenes y desarraigo, que como el éxito de un sistema de conocimientos específico (Homwana, 2002; Pfeiffer, Gimbel-Sherr; Augusto, 2007), aunque en su día Mary Douglas ya puso en evidencia el riesgo que tienen este tipo de interpretaciones de dejarse arrastrar hasta un funcionalismo simplista (Douglas, 1970).

El debate entre la ciencia y el pensamiento tradicional africano.

En 1987 Jean Pierre Dozon escribió un artículo titulado "Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire" en el que mostraba su escepticismo ante la posibilidad de una colaboración que sólo se sustentaba, por una parte, en la ambigüedad y encanto evocador de lo "tradicional", y, por la otra, en la superficialidad de determinados análisis sociales. La actualidad de sus reflexiones finales merece que las citemos aquí:

Il est donc assez légitime de parler de processus d'autovalorisation des médecines traditionnelles (et néo-traditionnelles), à condition de désigner par cette expression davantage un processus sociologique qu'un phénomène strictement médical. C'est pourquoi, autant il nous paraît compréhensible que des États (compte tenu de leurs orientations politiques e idéologiques) valorisent leurs medecins tradicionedlles dans la mesure où elles représentent des dynamismes et des pôles de pouvoir utilisables par eux, autant l'idée d'une association, voire d'une synthèse avec la bio-médecine nous semble globalement peu soutenable. Médecines traditionnelles et bio-médecine n'évoluent pas sur les mêmes registres. Tandis que les premières soumettent l'efficacité thérapeutique à un résultat plus large, d'ordre symbolique et social, tendant dans les contextes africaines contemporaines à emprunter et à amalgamer des éléments issus de la bio-médecine ou des religions importées, la seconde obéit à un model d'objectivation scientifique où les symptômes, les étiologies, les traitements s'organisent en un univers autonome, séparé,

n'évoluant que sur la base de ses propres avancées et découvertes. (Dozon, 1987: 20).

Este párrafo sintetiza aspectos de sociología del conocimiento relativos a las diferentes formas de abordar la salud y la enfermedad, y pone de manifiesto, de manera especialmente clara y sintética, las diferencias epistemológicas entre las medicinas tradicionales (en plural) y la biomedicina. Ahora bien, aunque muy posiblemente Dozon, en el momento de escribirlo, estuviera reaccionando a lo que Peter Fry (2000) llamó la apoteosis de lo tradicional -que llegó a su punto culminante en los años noventa, favorecida por el vacío ideológico que siguió a la caída del muro de Berlín-, de hecho su artículo retomaba un debate bastante antiguo: la postulación de la racionalidad del pensamiento que subyace a la adivinación africana.

La cuestión sobre la racionalidad del sistema de pensamiento africano fue inaugurado por Evans Pritchard en su obra *Brujería, magia y oráculos entre los azande* (1937), y proseguido desde entonces por diferentes autores, tanto procedentes del interior de la disciplina antropológica (Douglas, 1970) como de otras disciplinas (Horton, 1967; Winch, 1987).

Bastante antes de que Dozon sintetizara la distancia existente -y los rumbos dispares- entre la ciencia y las medicinas tradicionales africanas, Robin Horton había puesto de manifiesto los rasgos comunes entre el pensamiento científico y el pensamiento tradicional africano:

Quiero señalar que en el África tradicional las relaciones entre el sentido común y la teoría son esencialmente las mismas que en Europa. Es decir, que el sentido común es el instrumento más útil y económico para afrontar una amplia gama de circunstancias de la vida cotidiana. No obstante, existen ciertas circunstancias que sólo podemos afrontar desde el punto de vista de una visión causal más amplia que la que proporciona el sentido común. Y en estas circunstancias es en las que se produce el salto al pensamiento teórico. Los kalabari del delta del Níger distinguen muchos tipos diferentes de enfermedades, y disponen de una colección de hierbas específicas con que tratarlas. Unas veces serán los miembros ordinarios de la familia, que reconozcan la enfermedad y conozcan los específicos, quienes traten al enfermo. Otras veces, realizarán el tratamiento de acuerdo con las instrucciones de un doctor indígena. Cuando la enfermedad y el tratamiento se mantienen dentro de esos límites, la atmósfera es básicamente la del sentido común. Muchas veces, hacen poca o ninguna referencia a las entidades espirituales.

Sin embargo, a veces la enfermedad no responde al tratamiento, y resulta evidente que el específico de hierbas no proporciona la respuesta completa. El

doctor indígena puede emitir un nuevo diagnóstico y probar otro específico. Pero si éste no da resultado, surgirá la sospecha de que «en esta enfermedad hay algo más». En otras palabras, la perspectiva proporcionada por el sentido común es demasiado limitada. Entonces lo más probable es que se recurra a un adivino (puede ser el doctor indígena que inició el tratamiento). Utilizando ideas relativas a diferentes entidades espirituales relacionará la enfermedad con una gama más amplia de circunstancias: a menudo con trastornos en la vida social general del enfermo⁴. (...)

Generalmente, lo que estamos describiendo en este caso se considera como un salto del sentido común al pensamiento místico. Pero, como hemos visto, es también, y de forma más significativa, un salto del sentido común a la teoría. Y en África, igual que en Europa, el salto se produce en el momento en que la limitada visión causal del sentido común resulta inútil para tratar la situación en cuestión. (Horton, 1991: 79-80)

Contra poniendo los planteamientos de Robin Horton y de Jean Pierre Dozon tenemos la posibilidad de sintetizar un debate complejo. Si, por una parte, Horton nos ofrece un contrapunto de similitudes a las diferencias reseñadas por Dozon entre ciencia y medicinas tradicionales, éste último, por la otra, nos ayuda a poner en cuestión la forma como Horton establece las diferencias. Veamos.

Tras la cita que hemos reproducido, Horton pasa a describir el pensamiento tradicional africano como un sistema cerrado, a la vez que argumenta que el pensamiento científico sería un sistema abierto (1991: 88-93). La diferencia principal entre ambos estribaría en el hecho que el primero no es consciente de las alternativas existentes a sí mismo, y eso le impide reconocerse como sistema. El sistema de pensamiento tradicional no podría tomar distancia sobre sí mismo y, en consecuencia, se "naturalizaría". Por el contrario, según Horton, la ciencia sí es capaz de tomar distancia y hacer abstracción de sí misma en tanto que método o sistema de pensamiento, lo que permite a sus usuarios un análisis crítico de sus premisas y, por tanto, instaura la capacidad de elección, guiada por la duda y la crítica, entre diferentes alternativas de pensar.

⁴ "Durante mucho tiempo, el éxito de la teoría de los gérmenes ha impedido a los especialistas de la medicina occidental moderna advertir la conexión causal que existe entre el desorden social y la enfermedad. De hecho, parece como si una conjunción de la teoría de los gérmenes, del descubrimiento de potentes antibióticos, y de técnicas de inmunización, con condiciones que actúan contra la acumulación de la resistencia natural a muchas infecciones mortales, durante mucho tiempo hubiera impedido a los científicos ver la importancia de dicha conexión. Y a la inversa, quizás, una conjunción de la ausencia de la teoría de los gérmenes, de antibióticos potentes y de técnicas de inmunización, con condiciones que favorecen la acumulación de una gran resistencia natural a las infecciones mortales, habría servido para poner en relieve esa misma relación causal en la mente del médico tradicional. Si se nos pidiera que escogiéramos entre la teoría de los gérmenes, ignorante de la concepción psicossomática, y la teoría psicossomática tradicional, desconocedora de las ideas sobre la infección, casi con toda seguridad escogeríamos la teoría de los gérmenes. Pues, es evidente que, desde el punto de vista de los resultados cuantitativos, esta última es la más esencial para el bienestar humano. Pero conviene recordar que no todas las ventajas están en un bando." (Horton, 1991: 91)

Este planteamiento entre sistemas abiertos y cerrados puede ser rebatido o matizado por el razonamiento final de la cita anterior de Dozon: la medicina tradicional es un sistema mucho más abierto a incorporar elementos externos a sí mismo (sin importarle su procedencia religiosa o profana; académica o popular⁵), mientras que la biomedicina se caracteriza por restringir su campo de acción y reflexión a sus propias normas y descubrimientos internos, convirtiéndose en una disciplina que funciona de forma autónoma y, en cierta medida, solipsista (Toulmin, 2001) en relación a la sociedad a la que debe el sentido de su acción. Planteado a este nivel resultaría que el sistema eminentemente cerrado sería la ciencia, mientras que el pensamiento tradicional sería, por definición, abierto e integrador.

Por otro lado, también queremos subrayar que estamos de acuerdo con Horton en que toda esta actividad y, hasta cierto punto, promiscuidad de ideas y prácticas procedentes de contextos diversos, se da en un sistema de pensamiento unificado que, por su característica englobante y totalizante -por eso algunos autores le llaman sistema holista de pensamiento (Iniasta, 1992)-, es imposible que el sujeto pueda prescindir de él⁶.

Una vez planteado el dilema teórico sobre la posibilidad de racionalidades diversas que se encaran a la complejidad de los hechos con métodos diferentes -obteniendo, obviamente, respuestas y resultados diferentes-, pasemos ahora a introducir datos etnográficos procedentes de la población vatshwa.

El concepto (o la realidad) de *Ntumbuluku*.

En el caso de los vatshwa este espacio único, totalizante y abierto, verdadero marco en el que cabe la realidad al completo, se llama *ntumbuluku*, palabra que los vatshwa traducen por "naturaleza" o, según el contexto, por "tradición". La acepción de *ntumbuluku* como "tradición" se usa para referirse a las obligaciones de los seres humanos con la naturaleza (básicamente, el respeto de los ritos y tabúes establecidos), lo que nos recuerda el postulado de Horton según el cual el pensamiento africano se naturaliza al no poder aceptar una alternativa a sí mismo. En este sentido, es interesante subrayar que los misioneros cristianos metodistas⁷, ante el hecho de que *ntumbuluku* significase un mundo unificado que incluye la naturaleza, la sociedad y los seres inmateriales, decidieran traducirlo por "creación"⁸.

⁵ Rosny (1992) ofrece muchos ejemplos entre los médicos tradicionales en la región de Douala, en el sur del Camerún.

⁶ Para una explicación sobre cómo la modernidad estableció la autoconsciencia del sujeto como ente pensante - que se resume en el clásico aforismo de Descartes: "Pienso, luego existo"- recomendamos la obra de Stephen Toulmin (2001). Para profundizar en la evolución del sujeto durante el Renacimiento, recomendamos la obra de Adelino Cardoso (2002).

⁷ Por la ligazón entre el catolicismo y el asimilacionismo colonial portugués, en Mozambique, la iglesia católica empezó a interesarse por aprender las lenguas africanas mucho después que los misioneros protestantes.

⁸ Sobre la escisión entre la naturaleza y la sociedad en el pensamiento moderno, y el proceso paralelo de desacralización del mundo, recomendamos consultar las obras de Toulmin (2001) y de Lovejoy (1983).

En lo que se refiere a la disciplina antropológica, el trabajo de Alcinda M. Honwana (2002) Víctor Igreja (2004) y Paulo Granjo (2006) ponen de manifiesto que, tras la preceptiva consulta a un adivino, los rituales de purificación y la invocación de diferentes espíritus son medios con los que la población intenta tanto explicarse el sentido de lo vivido como sobrellevar las dificultades causadas por la guerra. Así, dentro de *ntumbuluku* se encuentran también los elementos que transforman el mundo. En términos de Victor Turner (1992), *ntumbuluku* correspondería a la *societas*, y los espíritus (*mimoya*) componderían el ámbito de la *communitas*, desde cuya red de significaciones simbólicas se puede rehacer una estructura social destruída por la guerra.

Dos ejemplos nos ilustrarán cómo los espíritus -con la ambigüedad y diversidad de realidades que se acogen bajo este nombre, y de la que nos ocuparemos más adelante- se han instalado en el centro de la modernidad mozambiqueña. El primero pertenece al ámbito rural (Honwana, 2002: 15) y el segundo, recogido durante mi trabajo de campo, al medio urbano. Ambos muestran cómo *ntumbuluku* continúa siendo operativo a pesar de las transformaciones sociales ocasionadas por el colonialismo, el postcolonialismo y la modernidad en general.

Primer ejemplo

En 1996, el periódico independiente mozambiqueño *Mediafax* se hacía eco de que, en el corto plazo de dos meses, habían muerto en circunstancias extrañas seis soldados del ejército mozambiqueño destinados en Govuro (provincia de Inhambane). Diez años atrás, en plena guerra, estos soldados habían matado al jefe tradicional de Vuca, llamado Nguluve, por sospechar que apoyaba a la Renamo⁹. También en 1996, además de las muertes de los soldados, el comandante del batallón que ordenó el asesinato de Nguluve comenzó a sufrir graves perturbaciones mentales. Ante estos hechos, los soldados supervivientes, conscientes de poder estar siendo víctimas de la venganza del jefe asesinado diez años atrás, fueron a consultar a varios adivinos locales (*nyanga*). Efectivamente, les confirmaron que el espíritu de Nguluve exigía la vida de un niño maconde -es decir, de la misma etnia que los soldados-, que tendría que morir con la misma arma con la que lo habían matado a él. Los soldados y sus familias pidieron disculpas al espíritu, y le rogaron que aceptara como reparación tres cabras, una botella de aguardiente y una joven maconde virgen para encargarse de mantener limpia la cabaña que iban a construir para él.

El espíritu de Nguluve no aceptó, y en la negociación que se siguió fueron llamados a intervenir miembros del gobierno distrital de Govuro, miembros de la AMETRAMO (Asociación de Médicos Tradicionales de Mozambique) y miembros de la Asociación de los Antiguos Combatientes. Tres instancias absolutamente oficiales se movilizaron para evitar

⁹ Resistencia Nacional de Mozambique (Renamo), grupo guerrillero que, con ayuda externa, se levantó contra el proyecto político del Frelimo, y mantuvo una guerra civil durante más de una década (1978-1992).

que no continuaran habiendo muertes (pues todos entendían como razonable que si el espíritu vengativo no era satisfecho continuaría provocando más muertes). Así pues, el Gobierno del Frelimo no sólo acabó aceptando a la Renamo como interlocutora política (que culminó con los acuerdos de Paz firmados en Roma en 1992), sino que, aparentemente, para acabar con la espiral de venganzas que proceden de la guerra, también acepta la inerlocución de espíritus con agravios pendientes.

Segundo ejemplo

El segundo ejemplo es más reciente y, en este caso, la guerra y sus crímenes no aparecen como telón de fondo. En el año 2006, una nueva escuela secundaria fue inaugurada en el barrio de Muelé de la ciudad de Inhambane, capital de la provincia del mismo nombre. Fue un orgullo para todos tener una escuela nueva, grande y con todas las modernidades, en un barrio de la periferia de Inhambane. Una escuela que venía a colmar las necesidades de aumentar la oferta de enseñanza secundaria en la ciudad, y que representaba el gran esfuerzo del gobierno mozambiqueño por universalizar la educación pública. Sin embargo, tan sólo un año después de empezar su actividad se constató que algunos alumnos de la escuela morían de improviso. A medida que se acumulaban las víctimas, comenzaron a circular en voz alta las quejas de que aquellas muertes eran debidas a que la construcción de la escuela había supuesto, además de la expulsión de algunos habitantes, la destrucción de un gran cementerio, en el que, como agravante, se encontraba la tumba de un médico tradicional especialmente recordado en la zona por su poder.

La dirección de la escuela no aceptó las recomendaciones de las familias de los alumnos de hacer una ceremonia de desagravio, pues, según se dijo, la escuela no podía someterse a los caprichos de los rumores. Sin embargo, en el año 2008, el asunto se agravó: tres profesores de la escuela, personas jóvenes que gozaban de un estado de salud aparentemente normal, también murieron. Ante estas muertes, los profesores supervivientes se declararon en huelga para forzar a la dirección de la escuela a que aceptara que las causas de las muertes eran debidas a las demandas de los espíritus maltratados por la construcción de la escuela. Finalmente, la dirección de la escuela llamó a una delegación de la AMETRAMO y, siguiendo sus instrucciones, compró un buey para el sacrificio, y pagó también los demás costes de las ceremonias que se consideraron oportunas. Tras celebrar estos ritos, los profesores y alumnos de la escuela retomaron la normalidad de la vida escolar. Las pizarras se volvieron a llenar de fórmulas de física, química y matemáticas, entre otras, como si nada hubiera pasado.

También este caso tuvo repercusión en la prensa¹⁰, donde hubo críticas de que la dirección de una escuela secundaria, en tanto que representante del progreso y de la modernidad, aceptara someterse (en una capital de provincia!!¹¹) a los principios de quienes tenían que estar bajo su influencia intelectual. Según esta opinión, se tendría que haber hecho un esfuerzo para buscar las pruebas que explicaran las muertes de los profesores -se apuntaba que, por ejemplo, el SIDA es frecuente entre personas de media edad y funcionarios del estado-, en vez de someterse al pánico ocasionado por los rumores.

Ntumbuluku (naturaleza, tradición) se recrea en cada presente

Así pues, tras haber visto cómo las escuelas secundarias, los gobiernos con pasado revolucionario y los efectos de una guerra librada, en parte, contra el obscurantismo son acomodados en *ntumbuluku*, difícilmente podemos concluir que éste sea un espacio o un sistema de pensamiento cerrado. Por el contrario, hemos de concluir que las llamadas medicinas tradicionales africanas no tienen nada que ver con reliquias del pasado, que sobrevivirían gracias a la credulidad y a la falta de alternativas de una población depauperada y desinformada. La acusación que reciben las medicinas tradicionales de ser obscurantistas es deudora de cómo los ilustrados europeos veían la esclerosis que suponía el sometimiento a los dogmas anquilosados de la ortodoxia eclesiástica. La multiplicidad de significados y prácticas que se engloba bajo la etiqueta de "medicinas tradicionales" son una respuesta -imperfecta y muchas veces improvisada, pero ágil y efervescente- a los problemas actuales y concretos que la población africana debe afrontar cada día (Rosny, 1992; Homwana, 2002; Pfeiffer; Gimbel-Sherr; Augusto, 2007), y sobre los que ni los gobiernos, ni los técnicos especialistas que trabajan en la administración del estado, están en disposición de ofrecer respuestas satisfactorias.

Por eso, para referirnos a la medicina africana que no es biomédica -aunque pueda integrar elementos procedentes de ella-, tal vez sea mucho más pertinente llamarla, tal como propone Eric de Rosny (1992), "medicina popular" en vez de "tradicional". En efecto, es una medicina popular tanto en la acepción de que es la medicina más accesible y más usada para la mayoría de la población africana; y también porque, al contrario del recluimiento de la ciencia biomédica en sus estructuras internas y autónomas (Dozon, 1987), responde mucho más a las inquietudes diarias de la mayoría de la población, y participa mucho más de la agilidad de las poblaciones africanas para adaptarse a las circunstancias cambiantes.

¹⁰ Ver por ejemplo el artículo de Luis Covane en el semanario Savana del 16 de Abril de 2010. Agradecemos también el testimonio de Laurenciana A. Cumbe, estudiante de la escuela secundaria de Muelé.

¹¹ En el año 2010 pasó un caso semejante en una escuela de secundaria de Quisse Mavote, en la periferia de Maputo. Aunque afortunadamente en este caso no hubo que lamentar ninguna muerte: se trataba de chicas de una misma clase que, estando en la escuela, sufrían todas a la vez ataques epilépticos. Entre Mayo y Julio de 2010, el sociólogo moambiqueño Carlos Serra escribió una serie de artículos breves en el semanario SAVANA refiriéndose a las diferentes racionalidades en juego en estos casos.

Ahora bien, ¿qué orden impera dentro de *ntumbuluku*? ¿Se puede llegar a saber qué está pasando en cada momento? ¿Cómo superar la angustia de la incertidumbre? Tanto Peixe (1962) como Helgesson (1971) y Homwana (2003) han clasificado los diferentes tipos de espíritus que actúan y, en el caso de los dos último autores, han descrito el contexto histórico en el que aparecen. Si retomamos los dos ejemplos anteriores, podemos decir que el primero entra en la categoría de espíritus *mipfhukwa* (de venganza), mientras que el segundo no se ajusta bien a ninguna categoría establecida, y es bastante más complicado de clasificar. Pero, para entender bien la lógica que rige en *ntumbuluku* conviene, antes de entrar en las tipologías de espíritus, introducir otro concepto central, que complementa al concepto de *ntumbuluku*. Es el concepto de *wutomi*.

LOS FLUJOS DE VIDA Y LA INCERTIDUMBRE DEL MAL: *WUTOMI*

El significado más amplio de *wutomi* es el de "vida", pero no se restringe a la vida concebida en términos simplemente biológicos. *Wutomi* hace referencia a una vida satisfactoriamente vivida en sociedad. Alf Helgesson (1971) describió cuatro elementos que componen el concepto vatshwa de *wutomi*:

Wutomi, then, has (at least) the following integral factors:

- a) Healthy life for self, family, kin group and neighbours.
- b) Procreation, and fertility of fields and domestic animals.
 - a. Appropriate status increase and right relationships.
 - Appropriate increase of property. (Helgesson, 1971, 104)

La salud (a) es tan sólo un elemento que va íntimamente unido al normal desarrollo de la naturaleza (b) y al progresivo crecimiento social de la persona, tanto en status como en medios (c y d). A medida que se van cubriendo fases vitales, pasando de la juventud a la fase adulta, y de ahí a la vejez, para continuar después de muerto su vida social como antepasado (*nguluve*). Ni los niños ni los adultos sin descendencia pueden aspirar, tras la muerte, a devenir *nguluve*, pues su ciclo vital habría quedado incompleto. Por consiguiente, la vida es entendida en un modelo organicista (Karlström, 2004) en el que, en condiciones normales, el ser humano debe ir superando las fases normales de la naturaleza (nacimiento, crecimiento, reproducción y muerte). En este orden de cosas, cabría definir *wutomi* como el tipo de fuerza o energía¹² que permite el crecimiento y la reproducción normal de los seres en *ntumbuluku*.

¹² Estos términos ya fueron usados por Tempels (1949) para explicar lo que él llamó los fundamentos de la filosofía bantú, y son recuperados por Helgesson para explicar el concepto de *wutomi* entre los vatshwa.

Cuando se padecen problemas de salud, ocurren accidentes, hay sequía u ocurre cualquier otra circunstancia que altera el curso previsible de las cosas, se entiende que el flujo normal de *wutomi* ha sido distorsionado (por alguien), y entonces hay que hacer lo posible para que el flujo normal de *wutomi* se restablezca. En el caso de los vatshwa, el elemento físico que más se asocia con el concepto de *wutomi* es la sangre. Por eso la sangre esta sujeta a numerosos tabús (la sangre menstrual principalmente, pero también la sangre de una herida).

El concepto de *wutomi* nos ofrece luz sobre la conexión que realizan las vatshwa entre la sangre y la descendencia. Toda persona pertenece a un *lixaca* -un linaje patrilineal, un apellido-, que es el conjunto de personas de ambos sexos de las que se dice que tienen la misma sangre y, en consecuencia, comparten lo que podríamos llamar los mismos accesos al flujo normal de *wutomi*.

Es decir, la salud y el bienestar de cada uno de los miembros de un *lixaca* -su acceso normal a *wutomi*- está vinculado al del resto de miembro de su *lixaca*. Por eso, cuando la esposa está enferma de cierta gravedad -es decir, cuando ni las pastillas del hospital, ni las hierbas conocidas surten efecto o, en palabras de Horton, cuando se hacen evidentes los límites del sentido común-, el marido responsable acostumbra a llevarla a casa de sus padres o hermanos mayores, pues la causa de la distorsión en el flujo de *wutomi* de cualquier persona se encuentra siempre en su *lixaca* de origen.

Tomando el *lixaca* como unidad de origen, los vatshwa practican una exogamia estricta. También aquí el concepto de *wutomi* nos da la pista también de toda la profundidad simbólica y normativa de la práctica del *lobolo*, o ceremonia de matrimonio tradicional (Granjo, 2005). El *lobolo* es mucho más que una mera costumbre de reconocimiento del respeto debido a los parientes de la novia: Dado que la mujer pertenece siempre al *lixaca* de su padre, el *lobolo* es la ceremonia que determina a qué *lixaca* pertenecerán los futuros hijos de aquella mujer -si se ha hecho el *lobolo* a la del marido, sinó a la de la mujer- y, por tanto, a qué *lixaca* estará vinculado la salud y el bienestar de los hijos de una mujer.

Para evitar conflictos y peligros, lo deseable y recomendable es que toda pareja que quiera tener hijos solucione primero el *lobolo*, clarificando así claramente qué sangre van a tener los futuros hijos ¹³. Sin embargo, como en cualquier sociedad, el cumplimiento de las normas nunca se han podido garantizar al cien por cien, y menos todavía en periodos de guerras. Esta indefinición es reconocida como fuente de problemas que provocan una distorsión del flujo normal de *wutomi* y, por consiguiente, potenciales problemas de salud para el bebé y para los miembros de los dos *tixaca*¹⁴ involucrados. Dado que la fertilidad y la procreación son elementos fundamentales del crecimiento normal de cualquier persona y de

¹³ Durante el trabajo de campo una informante nos dijo que se puede donar sangre a los hijos de un hermano, pero no a los de una hermana.

¹⁴ Plural de *lixaca*.

cualquier *lixaca*, el *lobolo* puede ser considerado un componente de salud pública fundamental para la sociedad.

En conclusión, cualquier problema que impida o dificulte de forma grave la vida normal de cualquier persona (desde un fracaso económico a un accidente, pasando por una enfermedad o dolor que se prolonga en el tiempo), es debido a una distorsión del flujo normal de *wutomi*. La gran pregunta es: ¿quién está, consciente o inconscientemente, detrás de ese problema? ¿Quién es el responsable -por descuido, por errores o crímenes impunes o por simple resentimiento y mala fe- de las interferencias en el flujo normal de *wutomi* de un *lixaca* determinado?

LOS ADIVINOS (NYANGA) Y LOS DIFERENTES TIPOS DE ESPÍRITUS

Ante cualquier problema que no se consiga resolver con las pastillas o hierbas conocidas, el comportamiento habitual es ir a consultar a un adivino la posible fuente del problema: quién y por qué ha podido distorsionar el flujo de *wutomi* en el *lixaca* al que pertenece la(s) persona(s) con problemas. Los adivinos lanzan un conjunto de osículos y conchas (*tinholo*) y leen tanto la posición en que han quedado cada pieza (boca arriba o boca abajo, y orientados al norte, al sur, al este o al oeste...) como entre ellas. Tras hacer varias preguntas a los interesados, y lanzar varias veces los *tinholo*, los adivinos interpretan quién puede ser el responsable de los males que se sufren. Existen diferentes opciones:

Los antepasados (tinguluve): Cuando en la familia no se ha realizado alguna ceremonia preceptiva en relación a los difuntos, o algún miembro ha roto algún tabú (relacionados con la purificación debida tras un nacimiento, por ejemplo, o con el adulterio¹⁵). Estos espíritus sólo afectan a los miembros de su propio *lixaca*, por eso los espíritus que atacan a los usuarios de la escuela de Inhambane no pueden ser *nguluve*.

Los espíritus de venganza (mipfhukwa): Cuando alguien que guarda rencor decide acudir a un especialista (normalmente de etnia ndau) para que, tras él morir, su espíritu se "levante" para vengarse de la persona odiada, o de sus descendiente. Se dice que tras realizar este tratamiento, el tiempo de vida que le queda a la persona que busca venganza suele ser poco, por lo que, generalmente, las que deciden llevarlo a cabo son personas ya ancianas (una vez ya ha completado su ciclo vital y, a pesa de ello, aún les queda el rencor por lo que les hicieron). El líder tradicional asesinado por el ejército, en el primer ejemplo que expusimos, habría hecho este tratamiento para asegurarse de poder responder a las agresiones de los soldados que acabarían matándolo. Cuando alguien se ve afectado por este tipo de espíritu es importante identificar su identidad cuanto antes, e ir a encontrar a los

¹⁵ Se considera adulterio sólo cuando un hombre tiene relaciones sexuales con una mujer por la que otro hombre ya ha pagado *lobolo*. Las relaciones extramatrimoniales con chicas solteras no se consideran adulterio.

miembros vivos del *lixaka* al que pertenece -es decir, al *lixaca* donde es un *nguluve*- para que ayuden a confirmar tanto la causa de su enfado como sus demandas y, en la medida de lo posible, para que ayuden a apaciguarlo.

Generalmente los espíritus *mipfhukwa* están viculados a crímenes impunes -lo que los ha hecho proliferar mucho debido a las continuas invasiones y guerras habidas desde las invasiones nguni de mediados de inicios del siglo XIX hasta finales del siglo XX-, y normalmente piden que se les construya una choza para vivir, y que el *lixaca* responsable de la ofensa entregue una niña virgen para limpiar y mantener el fuego encendido en ella. Cuando esta niña sea adulta, sólo se podrá casar cuando así lo permita el espíritu, a cambio de nuevas compensaciones.

Espíritus extranjeros (mandiki): Son espíritus de personas que, por la razón que sea (aunque la guerra es la más común), han muerto lejos de su familia sin recibir el tratamiento funerario adecuado. Vagan por los caminos hasta encontrar a alguien a quien poseer. No acostumbran a matar a nadie, pero cambian la vida de la persona a la que poseen, obligándola a compartir su cuerpo con él/ella. Este tipo de espíritus están en el origen de la existencia de un tipo de médico tradicional diferente del adivino (*nyanga*): los *nyamussoro*. La persona poseída pasa un tiempo enferma, hasta que consigue encontrar un adivino, o a otro *nyamusoro*, que es capaz de enseñarle a comunicarse con el espíritu que lo/la posee. Es decir, la persona poseída deberá recomenzar una nueva vida como *nyamusoro*, aprendiendo antes a interactuar con el/la espíritu que lo/la ha poseído. Este periodo de formación como *nyamusoro* implica un proceso largo de enfermedad y curación (Polanah, 1987; Homwana, 2002).

Por otro lado, los espíritus *mandiki* acostumbran a querer juntarse entre ellos, y poseen a personas que ya están poseídas por algún otro espíritu, por lo que se considera normal que los *nyamuroso* tengan dos o tres espíritus en su interior. Hay incluso *nyamusoro* que se especializan en el exorcismo de otros: les arrancan el espíritu que los ha poseído y se lo llevan con ellos. Los *nyamusoro* que aceptan encargos de hechicería (*feitizaría*), envían a estos espíritus capturados para cometer las atrocidades que les piden sus clientes. Cuando un *nyamusoro* muere, sus espíritus suelen migrar a algún miembro de su *lixaka* (generalmente pasan de abuelos a nietos, saltándose una generación). Hay bastante acuerdo en que tanto los espíritus *mandiki* como los *nyamusoro* son de reciente aparición en el sur de Mozambique: tienen procedencia ndau, y empezaron como consecuencia de las guerras provocadas por las conquistas del imperio de Gaza, y los desplazamientos de población esclava del centro de Mozambique hacia el sur. La confrontación y el resentimiento entre el centro y el sur de Mozambique se ha recrudecido con los agravios de la guerra entre Frelimo (principalmente xangana) y Renamo (principalmente ndau).

Brujería (wuloyi): La brujería, a diferencia de la hechizería, no es realizada por mediación de ningún espíritu, sino que es producto de personas, especialmente mujeres ancianas (Serra, 2009), que tienen la capacidad de aprovecharse del esfuerzo realizado por otros para su propio beneficio (Helgesson, 1971). En general, es sospechosa de practicar la brujería cualquier persona a la que le vayan muy bien las cosas: sea porque consigue ganar mucho dinero con su negocio, o porque obtiene, en comparación sus vecinos, cosechas muy buenas en sus campos (Fialho, 1998). En tales ocasiones se considera que este éxito tiene un trasfondo sospechoso, y que esa persona está robando *wutomi* de terceros (generalmente vecinos) para acumular muchas cosas para él o ella. En contrapartida, la envidia de terceros -de aquellos que se consideran damnificados por el éxito de un vecino-, es también una gran fuente de acusaciones brujería: cuando alguien a quien le van bien las cosas enferma, o su mujer tiene un aborto, o se le quema la casa, o tiene un accidente de tráfico, también acostumbra a pensar que es víctima de la brujería de algún vecino.

En conclusión, el nacimiento de muchos hijos y el tener los recursos adecuados para sustentar a la familia -sin una acumulación excesiva y ostentosa, pues eso atrae la espiral de la brujería- se considera la prueba de tener unas relaciones satisfactorias con los antepasados, que garantizan la progresión "natural" (*ntumbuluku*) de una persona. Cualquier impedimento que impida esta progresión "natural" (enfermedades, desempleo, mala producción de los campos, muerte de los animales, etcétera) se achaca a una distorsión al flujo de *wutomi* dentro del propio *lixaca*.

Sea como fuere, las causas del mal siempre requieren prestar atención a relaciones personales o privadas: bien entre los miembros vivos y muertos de un *lixaca*, bien con extranjeros muertos de forma accidental en la región, o bien por las posibles rencillas y envidias en las relaciones entre vecinos.

ENFERMEDADES PRIVADAS Y SALUD PÚBLICA

La principal dificultad en la posible colaboración entre la red de salud pública y la medicina tradicional estriba en que ambas se encuentran en extremos opuestos tanto en lo que se refiere a la etilología de las enfermedades, como al nivel o unidad de análisis al que hay que aplicar la solución o tratamiento que requiere la enfermedad en cuestión.

La salud pública trabaja o bien con riesgos de epidemias o infecciones conocidas, o bien con disfunciones de los órganos verificables mediante análisis, u otros métodos de identificar físicamente el problema. La medicina tradicional, por el contrario, no necesita identificar físicamente el problema, pues el propio hecho de que haya impedimentos a que se cumplan las expectativas normales de la vida de una persona, ya es prueba suficiente de una disfunción.

Otra diferencia fundamental es el nivel o unidad de análisis seleccionado ante una enfermedad. La biomedicina se centra en el cuerpo del individuo afectado, es decir, toda persona enferma acoge en su cuerpo la causa del problema. Por el contrario, la medicina tradicional tiene como unidad de análisis el *lixaca*, y la causa de los problemas está en algo tan incorpóreo como las relaciones que se establecen entre sus miembros (ya sean vivos o muertos). Cualquier persona enferma -sobretudo si es un bebé o un niño- puede estarlo por las acciones de un tercero que pertenezca al mismo *lixaca* (principalmente sus padres). El adivino analiza las relaciones dentro del *lixaca* (sin olvidar los asuntos que dejaron pendientes los difuntos) y los potenciales problemas resultantes de ellas. Si no encuentra nada reseñable en ese nivel, pasa entonces a considerar la posibilidad de que sean espíritus extranjeros desconocidos, los causantes del problema de salud. Sin lugar a dudas, la movilidad social debido a la emigración¹⁶ y los conflictos bélicos vividos durante las dos últimas centurias, han dado a los espíritus extranjeros (*mandiki*) un protagonismo especial, con el consiguiente aumento de *nyamusoro*, y de la incertidumbre, la angustia y los problemas de desarraigo que estas personas múltiples representan, -y también el aumento de la posibilidad de fraude-.

En este sentido, la experiencia de la salud y la enfermedad en el sur de Mozambique tiene una importante dimensión personal o privada que queda muy lejos del radio de acción posible tanto de la salud pública en tanto que disciplina de prevención y control, como del alcance de la red de salud pública fornecida por el estado para garantizar el bienestar de la población. El estudio de las transformaciones sociales que implican cambios de roles, así como la aparición de diferentes formas de entender las responsabilidades familiares, tienen mucho más en común con las medicinas tradicionales africanas que la medicina biomédica propiamente dicha.

BIBLIOGRAFÍA

- Agadjanian, Victor, 2005, "Gender, religious involvement, and HIV/AIDS prevention in Mozambique", *Social Science & Medicine* 61, 1529-1539.
- Bastos, Cristiana, 2002, "Um centro subalterno? A escola médica de Goa e o Império", en: Cristiana Bastos; Miguel Vale de Almeida; Bela Feldman Bianco, (coord.), *Trânsitos coloniais: diálogos críticos luso-brasileiros*, Lisboa: ICS, 133-150.
- Bastos, Cristiana, 2004, "O méduco e o inhamessoro: o relatório do goês Arthur Ignacio da Gama em Sofala, 1879" en: Clara Carvalho e João de Pina Cabral, *A persistência da História. Passado e contemporaneidade em África*, Lisboa: ICS, 91-118
- Cardoso, Adelino, 2002, *Fulgurações do Eu. Inívduo e Singularidade no pensamento do Renascimento*, Colibrí: Lisboa.
- Cardoso, Julio Justo Alfaro, 1958, "Monografia etnográfica sobre os tsuas", *Boletim da Sociedade de Estudos de Moçambique*, nº 108, Lisboa, 153-207.

¹⁶ He tratado la importancia de la emigración en la reproducción del medio social vatshwa en otros lugares (Farré, 2008; 2010)

- Cruz e Silva, Teresa, 2001, *Igrejas protestantes e consciência política no sul de Moçambique: O caso da Missão Suíça (1930-1974)*, Promédia: Maputo.
- Cruz e Silva, Teresa, 2004, "Identidade religiosa e construção da democracia em Moçambique: o caso da Igreja Metodista Unida de Moçambique", *Travessias* nº4-5, 223-235.
- Dozon, Jean Pierre, 1987, "Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire", *Politique Africaine*, 28, 9-20.
- Douglas, Mary, 1991 [1970], "Brujería, el estado actual de la cuestión", en M. Gluckman; M. Douglas; R. Horton, *Ciencia y Brujería*, Barcelona: Anagrama, 31-72.
- Evans-Pritchard, E. E., (1976 [1937]), *Brujería, magia y oráculos entre los Azande*, Barcelona: Anagrama.
- Farré, Albert, 2008, "Vínculos de sangue e estruturas de papel: ritos e território na história de Quême (Inhambane)", *Análise Social*, vol. XLIII (2ª), pp. 393-418.
- Farré, Albert; Lourenço, Victor A; Tomàs, Jordi, 2009, "Introducción: Diversidad de poderes en África y resolución de conflictos" en: Albert Farré y Jordi Tomàs (coord.), *Procesos de reconciliación posbélica en el África Subsahariana*, Revista CIDOB d'Afers Internacionals nº 87, Octubre 2009, pp. 7-16
- Farré, Albert, 2010, "Formas de investimento das poupanças no local de origem por emigrantes do sul de Moçambique. O caso do distrito de Massinga", en: Luis de Brito; Carlos Nuno Castel Branco; Sérgio Chichava; António Francisco (orgs.), *Protecção social. Abordagens, desafios e experiências para Moçambique*, Maputo: Instituto de Estudos Sociais e Económicos (IESE).
- Fialho, José, 1998 [1989], *Antropología económica dos Thonga do sul de Moçambique*, Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique, Estudos 12.
- Fialho, José, 2003, "Eficácia Simbólica nos Sistemas Tradicionais de Saúde", *Cadernos de Estudos Africanos*, nº4, 121-134.
- Fry, Peter, 2000, "Cultures of difference. The aftermath of Portuguese and British colonial policies in southern Africa.", *Social Anthropology*, vol. 8, n. 2.
- Granjo, Paulo, 2005, *Lobolo em Maputo. Um velho idioma para novas vivências conjugais*, Porto: Campo das Letras.
- Granjo, Paulo, 2006, *Cleansing Rituals and Veteran's Reintegration in Mozambique*, Working Papers WP206, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 18 páginas.
- Granjo, Paulo, 2009, "Saúde e doença em Moçambique", *Saúde Soc. São Paulo*, v.18 (4), 567-581.
- Green, Edward, C., 1988, "Can collaborative programs between biomedical and African indigenous health practitioners succeed?" *Social science and medicine*, 27, 11, 1125-1130.
- Green, Edward; Jurg, Annemarie; Djedje, Armando, 1994, "The Snake in the Stomach: Child Diarrhea in Central Mozambique", *Medical Anthropology Quarterly* 8 (1), 4-24.
- Gulube, Lucas L., 2003, *Organização de Rede Sanitária Colonial no Sul do Save (1960-1974)*, Maputo: Promédia.
- Gune, Emídio, 2008, "Momentos liminares: dinâmica e significados no uso do preservativo", *Análise Social* 187, Vol. XLIII (2), 297-318.
- Helgesson, Alf, 1971, "The Tshwa Response to Christianity. A Study of the religious and cultural impact of Protestant Christianity on the Tshwa of Southern Mozambique", Tese de Mestrado não publicada (Cota C551j do Arquivo Histórico de Moçambique).
- Helgesson, Alf, 2002, *Church, State and People in Southern Mozambique*, Uppsala: Studia Missionalia Uppsaliensia.
- Homwana, Alcinda M., 2002, *Espíritos vivos, tradições modernas. Possessão de espíritos e reintegração social pós-guerra no sul de Moçambique*, Maputo: Promédia.
- Horton, Robin, 1991 [1967], "El pensamiento tradicional africano y la ciencia occidental", in M. Gluckman; M. Douglas; R. Horton, *Ciencia y Brujería*, Barcelona: Anagrama, 73-117.
- Igreja, Victor, 2004, "Cultural Disruption and the Care of Infants in Post-war Mozambique", en: Jo Boyden & Joanna de Berry (eds.), *Children and Youth on the Front Line. Ethnography, Armed Conflict and Displacement*, New York-Oxford: Berghahn Books, 23-44.
- Iniesta, Ferran, 1992, *El planeta negro. Aproximación histórica a las culturas africanas*, Madrid: Los libros de la Catarata.
- Junod, Henri, 1974, *Usos e costumes dos bantu (2 Vol.)*, Lourenço Marques: Imprensa Nacional.
- Karlström, Michael, 2004, "Modernity and Its Aspirants. Moral Community and Developmental Eutopianism in Buganda", in *Current Anthropology* 45/5, 595-611.
- Langa, Adriano, 1992, *Questões Cristãs à Religião Tradicional Africana*. Moçambique, Braga: Editorial Franciscana.
- Lerma, Francisco, 2005, *El pueblo tshwa de Mozambique. El ciclo vital y los valores culturales*, Múrcia: Laborum.
- Loforte, Luís, 2007, *Rádio Moçambique. Memórias de um doce calvário*, Maputo: CIEDIMA.

- Lovejoy, Arthur, 1983 [1933], *La gran cadena del ser. Historia de una idea*, Barcelona: Icaria.
- Macamo, Elísio, 2004, "A procura do ponto de Arquímedes: o descontentamento e a sua modernidade", in SANTOS, B., S. & SILVA, T., C. (orgs.), 2004, *Moçambique e a reinvenção da emancipação social*, Maputo, Centro de Formação Jurídica e Judiciária, pp. 267-276.
- Machel, Samora, M., 1975, "No trabalho materializaremos o princípio de que a revolução liberta o povo", *A nossa luta*, Maputo: Imprensa Nacional de Moçambique, 47-63.
- Matola, André, 2010, *Moçambique. SIDA e Hábitos Tradicionais*, Maputo: Edição do Autor.
- Meneses, M^a Paula, 2004, "«Quando não há problemas estamos de boa saúde, sem azar nem nada»: para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas", in Boaventura Sousa Santos e Teresa Cruz e Silva (orgs.), *Moçambique e a Reinvenção da Emancipação Social*, Maputo: Centro de Formação Jurídica e Judiciária, 77-110.
- Meneses, M^a Paula, 2004, "Maciane F. Zimba e Carolina J. Temele: os percursos e as experiências de vida de dois médicos tradicionais moçambicanos", in Boaventura Sousa Santos e Teresa Cruz e Silva (orgs.), *Moçambique e a Reinvenção da Emancipação Social*, Maputo: Centro de Formação Jurídica e Judiciária, 11-144.
- Meneses, Paula, 2006, "Toward interlegality? Traditional Healers and the Law", in Boaventura Sousa Santos; João Carlos Trindade & Paula Meneses, *Law and Justice in a Multicultural Society. The Case of Mozambique*, Dakar: Codesria.
- Ministério do Plano e Finanças- Ministério de Saúde, 2003, *O Nível Primário do Sector da Saúde em Moçambique*, Cascais: Principia.
- Ministério do Plano e Finanças- Ministério de Saúde, 2004, *A Despesa Pública com a Saúde em Moçambique*, Cascais: Principia.
- Morier-Genoud, Eric, 1996, "Of God and Caesar: the relation between christian churches and the state in post-colonial Mozambique 1974-1981", *Le Fait Missionnaire* 3, 72 páginas
- Ngoenha, Severino, 1994, *Filosofia Africana. Das independências às liberdades*, Maputo, Edições Paulistas-Africa.
- Peixe, Júlio dos Santos, 1962, "Ligeiros apontamentos sobre a curandice espírita entre o povo batswa", *Boletim da sociedade de Estudos de Moçambique*, Lourenço Marques, nº130, 1962, 5-31.
- Pereira, Cristina Malhão, 2007, *Venturas e aventuras em África. Bissau, Guiné 1969-70 e Inhambane, Moçambique, 1971-1975*, Porto: Civilização Editora.
- Pfeiffer, James, 2003, "International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration", *Social Science & Medicine* 56, 725-738.
- Pfeiffer, James; Gimbel-Sherr, Kenneth; Augusto, Orvalho Joaquim, 2007, "The Holy Spirit in the Household: Pentecostalism, Gender and Neoliberalism in Mozambique", *American Anthropologist* 109 (4), 688-700.
- Polanah, Luis, 1987, *O Nhamussoro, e as outras funções mágico religiosas*, Coimbra: Centro de Estudos Africanos-Instituto de Antropologia-Universidade de Coimbra.
- Polanah, Luis, 1988, "A terminologia de parentesco entre os va-tsua da costa sueste de Moçambique", em: *Moçambique. Cultura e história de um país (Actas da V semana de cultura africana)*, Coimbra: Centro de Estudos Africanos-Instituto de Antropologia-Universidade de Coimbra.
- Sarró, Ramon, 2008, "Como los pueblos sin religión aprenden que ya tenían religión: notas desde la costa occidental africana", *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*.
- Serra, Carlos (dir.), 2009, *Linchamentos em Moçambique II. (Okhwiri que apela a purificação)*, Maputo: Imprensa Universitária.
- Shapiro, Martin F., 1983, *Medicine in the service of colonialism: medical care in portuguese Africa (1885-1974)*, Los Angeles, University of California.
- Siquisse, Alípio Elisa Paulino, 2006, "Estudo de elementos socio-culturais e económicos dos vatshwa em Inhambane (Um subsídio Etno-Histórico para o Ensino Básico)", Tese de Mestrado em Educação na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em Convênio com a Universidade Pedagógica de Moçambique. Inédita.
- Soares, Tertuliano, 1965, "Resultados da política da saúde em Moçambique", en: *Moçambique: Curso de Extensão Universitária (ano lectivo 1964-1965)*, Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Política Ultramarina-Companhia Editora Nacional, 601-633.
- Rosny, Eric (de), 1992, *L'Afrique des guérisons*, Paris: Karthala.
- Sindiga, Isaac; Nyaigoti-Chacha, Chacha; Kanunah, Mary Peter; (eds.), 1995, *Tradicional Medicine in Africa*, Nairobi: East African Educational Publishers Ltd.
- Tempels, Placide, 1949, *La philosophie bantou*, Traduit du neerlandais par A. Rubens, Présence Africaine: Paris.
- Toulmin, Stephen, 2001 [1990], *Cosmópolis. El trasfondo de la modernidad*. Barcelona: Península.

- Turner, Victor, 1992, "Pasajes, márgenes y pobreza. Símbolos religiosos de *communitas*", en: Paul Bohannan and Mark Glazer (eds.), *Antropología. Lecturas*, Madrid: McGraw Hill, pp. 517-544.
- Winch, Peter, 1994 [1987], *Comprender una sociedad primitiva*, Pensamiento Contemporáneo 33, Barcelona: Paidós-ICE de la Universidad Autónoma de Barcelona.