



Cierres de la incertidumbre en las Islas Canarias: autoridad, prueba y límite entre consulta clínica y santiguación

Tomás Javier Prieto González¹  
Universidad Nacional de Educación a Distancia

Resumen

Este artículo propone una lectura comparativa del pluralismo terapéutico en las islas Canarias a partir de dos escenas de cuidado que coexisten en la vida cotidiana: la consulta clínica biomédica y la santiguación. El análisis desplaza la dicotomía ciencia/creencia y observa, en cambio, cómo cada encuentro produce “cierres” practicables de la incertidumbre cuando el padecimiento exige respuesta. Se emplea un diseño cualitativo de corte etnográfico y comparativo, basado en entrevistas semiestructuradas a especialistas e investigadores vinculados al campo de los saberes populares (2019) y entrevistas en profundidad a santiguadoras y profesionales de biomedicina en distintas islas (2024-2025). Sobre esta base se propone una tríada analítica – autoridad, prueba y límite – para describir cómo se traducen los relatos, se fabrica plausibilidad y se administran responsabilidades. Los resultados muestran que ambos regímenes operan como tecnologías relacionales que vuelven habitable lo incierto, pero divergen en la trazabilidad de la prueba y en el régimen de legitimidad: en biomedicina la legitimidad se presupone, mientras que en la santiguación se sostiene localmente y se torna frágil en lo público.

Palabras clave

Incertidumbre. Pluralismo terapéutico. Consulta clínica. Santiguación.

1. Doctorando en diversidad, subjetividad y socialización, estudios en Antropología, línea de Memoria, Patrimonio y Derechos Culturales. Máster Universitario en Investigación Antropológica y sus Aplicaciones. Máster en Exclusión Social, Integración y Ciudadanía. Graduado en Sociología.

Fechamentos da incerteza nas Ilhas Canárias:
autoridade, prova e limite entre consulta
clínica e santiguación

Closures of Uncertainty in the Canary Islands:
authority, evidence, and limit between clinical
consultation and santiguación

Resumo: Este artigo propõe uma leitura comparativa do pluralismo terapêutico nas Ilhas Canárias a partir de duas cenas cotidianas de cuidado: a consulta clínica biomédica e a santiguación. Em vez de reiterar a dicotomia ciência/crença, analisa como cada cena produz “fechamentos” praticáveis da incerteza quando o sofrimento exige resposta. O estudo adota um desenho qualitativo, etnográfico e comparativo, combinando entrevistas semiestruturadas com especialistas e pesquisadores vinculados ao campo dos saberes populares (2019) e entrevistas em profundidade com santiguadoras e profissionais de biomedicina em diferentes ilhas (2024-2025). Com base nisso, desenvolve uma tríade analítica – autoridade, prova e limite – para descrever como narrativas são traduzidas, como a plausibilidade é construída e como responsabilidades são distribuídas. Os resultados indicam que ambos os regimes operam como tecnologias relacionais que tornam a incerteza habitável, mas divergem na rastreabilidade da prova e nos regimes de legitimidade: na biomedicina, a legitimidade tende a ser pressuposta; na santiguación, ela é sustentada localmente e se mostra frágil no espaço público.

Palavras-chave: Incertidão. Pluralismo terapêutico. Consulta clínica. Santiguación.

Abstract: This article offers a comparative reading of therapeutic pluralism in the Canary Islands through two everyday scenes of care: biomedical clinical consultation and “santiguación”. Rather than reproducing the science/belief divide, it examines how each scene produces practical “closures” of uncertainty when suffering demands an answer. The study draws on a qualitative, ethnographic and comparative design, combining semi-structured interviews with specialists and researchers linked to the field of popular knowledge (2019) and in-depth interviews with “santiguadoras” and biomedical professionals across different islands (2024-2025). On this basis, it develops an analytic triad – authority, evidence, and limit – to describe how narratives are translated, plausibility is produced, and responsibilities are distributed. Findings show that both regimes operate as relational technologies that make uncertainty livable, yet they diverge in the traceability of evidence and in their regimes of legitimacy: biomedicine largely presupposes legitimacy as a starting condition, whereas “santiguación” sustains it locally and remains publicly fragile.

Keywords: Uncertainty. Therapeutic pluralism. Clinical consultation. Santiguación.

Introducción

Hay dos puertas que se abren y se cierran en el mismo lugar. Una es de consulta: luz blanca, pantalla, una pregunta que disciplina el relato (“¿desde cuándo?”), un cuerpo que aprende a expresarse en signos, cifras, probabilidades. La otra suele ser doméstica: una silla, una mano, una oración que no se declama – se trabaja – , un gesto mínimo que no pretende conquistar la evidencia y, sin embargo, reorganiza la aflicción. Entre ambas puertas no se despliega una guerra de mundos, sino una práctica cotidiana de tránsito: personas que no “eligen” sistemas, sino que recorren itinerarios; sujetos que no se declaran coherentes, sino que buscan alivio allí donde el mal se transforma tratable (Kleinman, 1980; Menéndez, 2016; Pérez Amores, 2021).

Nombrar ese tránsito como pluralismo terapêutico es correcto, pero tiende a aplanar lo que importa. Esto no es una suma de ofertas ni una vitrina de exotismos: es un campo de decisiones tomadas muchas veces bajo presión – dolor, incertidumbre, ur-

gencia – donde cada recurso activado compite y coopera en un mismo territorio moral (Perdiguero Gil, 2004; Perdiguero Gil; Comelles, 2020). Y en ese terreno, la biomedicina no aparece como una máquina uniforme, sino como un régimen heterogéneo atravesado por tensiones internas – humanización, escucha, burocracia, tiempo insuficiente, responsabilidad profesional – que la antropología médica ha descrito, precisamente, como parte de las condiciones históricas del modelo médico hegemónico (Menéndez, 2016). Del otro lado, la santiguación – práctica que consiste, de forma sintética, en trazar cruces sobre el cuerpo mientras se recitan oraciones o fórmulas rituales transmitidas habitualmente por vía oral – no se comporta como resto arqueológico: actúa como saber vivo, modulable, con reglas de transmisión, reputación y discreción que la sostienen en la vida social y en la experiencia del padecimiento (Comelles i Esteban; Erkoreka Barrena; Perdiguero Gil, 2000; Herrera Justicia; Amezcua, 2025).

En términos analíticos, el artículo se propone describir cómo distintas escenas de cuidado producen cierres practicables de la incertidumbre cuando el padecimiento exige respuesta inmediata. Lejos de evaluar la verdad de las explicaciones causales, el foco se sitúa en las operaciones sociales y morales que permiten tornar habitable lo incierto: quién puede cerrar, con qué se vuelve plausible una decisión y hasta dónde llega la responsabilidad de la intervención. A esta operación la denominamos cierres de la incertidumbre, entendidos no como clausura epistemológica, sino como tecnologías relacionales de orden provisional.

Por eso este artículo no parte de la dicotomía manida – ciencia frente a creencia – , sino de un binomio: biomedicina-santiguación. No para equipararlas, sino para impedir que la comparación comience en el tribunal de la verdad y termine convertida en moraleja. La antropología médica ya nos enseñó, hace décadas, que los sistemas de atención son también estructuras culturales y que compararlos exige atender a sus lógicas internas de sentido, eficacia y legitimidad (Kleinman, 1978, 1980). Esa herencia comparativa, sin embargo, se estropea cuando se hace un duelo entre explicaciones. Aquí, el gesto es otro: comparar sin enfrentar. No como cortesía, sino como disciplina descriptiva (Comelles i Esteban; Erkoreka Barrena; Perdiguero Gil, 2000).

El título es, en sí mismo, una declaración de intenciones: *Cierres de la incertidumbre en las Islas Canarias: autoridad, prueba y límite entre consulta clínica y santiguación*. Hablar de cierres no significa clausurar el problema, sino localizar la operación práctica que convierte vivible lo incierto. En la experiencia del enfermar, lo insoportable no es solo el dolor: es la pregunta abierta que se instala y no deja dormir (“¿qué tengo?”, “¿por qué a mí?”, “¿hasta cuándo?”). Cerrar, aquí, es producir una forma provisional de orden: un diagnóstico, un consejo, una pauta, una advertencia, una promesa de seguimiento; también una contención, un santiguado, un gesto, un “no te preocupes” que no

es consuelo vacío, sino tecnología relacional. Si, como ha mostrado la fenomenología cultural del cuerpo, el padecimiento se encarna antes de volverse concepto, entonces el cuidado se juega en escena – en palabra, gesto, proximidad, temporalidad – antes de fijarse en doctrina (Foucault, 1977; Csordas, 1994; Gervas Camacho, 2001; Good, 2003).

La hipótesis central es deliberadamente incómoda y, por eso, productiva: consulta clínica y santiguación se parecen más de lo que la dicotomía permite admitir – no porque sean lo mismo – , sino porque ambas operan como tecnologías relacionales capaces de convertir el desorden del sufrimiento en una secuencia tratable. En ambos casos hay traducción narrativa, producción de confianza, intervención verbal, gestualidad reglada, promesa de continuidad. Pero la diferencia decisiva no está en lo verdadero y lo falso, sino en una dimensión más áspera y menos teologizada: cómo se producen cierres legítimos y cómo esos cierres distribuyen autoridad, fabrican pruebas y administran límites. Dicho sin rodeos: lo que separa con más fuerza a ambas situaciones no es la presencia o ausencia de sentido. La diferencia decisiva reside en cómo se reparte la carga de responder por los efectos del cuidado – trazabilidad, riesgo, daño posible, culpa, reputación – bajo condiciones institucionales y comunitarias distintas (Bienes Brito; Kohl, 2016; Menéndez, 2016).

Autoridad: ¿quién puede nombrar lo que pasa, tocar el cuerpo, indicar qué hacer, decidir el umbral de lo urgente, recomendar una derivación? Prueba: no solo en el sentido estrecho del laboratorio, sino como aquello que, en una escena concreta, vuelve plausible una decisión y la hace aceptable – una exploración, una analítica, una imagen, pero también un tacto, una palabra, una confirmación situada, una continuidad comunitaria – . Y límite: hasta dónde llega cada intervención, qué se declara fuera, qué se deriva, qué se niega a prometer. En esa tríada (autoridad–prueba–límite) se juega el corazón del pluralismo terapéutico como práctica y oficio, no como debate (Foucault, 1977; Comelles i Esteban; Erkoreka Barrena; Perdiguero Gil, 2000).

Este trabajo se inscribe en una trayectoria de investigación que ya ha abordado la sanación popular canaria desde distintos ángulos – religiosidad, performatividad, materialidades, gesto – (Prieto González, 2023, 2025a, 2025b, 2025c, 2026). La diferencia, aquí, es deliberada: el centro de gravedad se desplaza. En lugar de ampliar inventarios o reiterar tipologías, la apuesta consiste en hacer comparecer la consulta clínica como dispositivo analizable y, desde ahí, construir una comparación estricta de tecnologías del cuidado. Ese desplazamiento no rompe con el archivo previo, lo obliga a decir algo nuevo.

De ahí también la decisión metodológica que atraviesa las secciones centrales, pues el argumento no avanza solo con bibliografía, sino que se contrasta en una polifonía de voces cuidadosamente administrada. El texto incorpora fuentes primarias recogidas en dos momentos y con dos escalas: un primer bloque de entrevistas semiestruc-

turadas a expertos vinculados al estudio de los saberes populares (2019) y un segundo bloque de entrevistas en profundidad a santiguadoras y profesionales de biomedicina en distintas islas (2024-2025). No se trata de ilustrar lo ya transitado, se trata de sostener, con voces multisituadas, cómo se fabrican cierres en condiciones reales, y cómo el territorio insular canario modula lo que puede decirse, lo que puede hacerse y lo que puede admitirse (Bienes Brito; Kohl, 2016).

En esa comparación, el cuidado se entiende como trabajo moral y socialmente distribuido, atravesado por economías de reconocimiento, reciprocidad y deuda simbólica, tanto cuando se presenta como vocación profesional como cuando se presenta como “don” (Mauss, 2009; Comas-d’Argemir, 2017). Y se entiende también como práctica situada en relaciones de poder – no por conspiración, sino por condiciones de posibilidad – donde la institución establece tiempos, cuerpos y relatos (Foucault, 1977). Todo esto no es un marco teórico para decorar, sino el mínimo instrumental para no caer ni en la caricatura tecnocrática de la clínica biomédica ni en la romantización de la sanación popular.

El lector encontrará, a partir de aquí, una estructura deliberadamente controlada. La sección 1 presenta la metodología, el corpus y las decisiones éticas que hacen posible esta comparación. La sección 2 fija el dispositivo comparativo y define, en términos operativos, qué entendemos por cierres de la incertidumbre. Las secciones 3–5 recorren la tríada – autoridad, prueba y límite – mostrando cómo cada escena fabrica cierres defendibles y qué costes morales e institucionales se juegan en ese proceso. La sección 6 desplaza el foco hacia la legitimidad: el régimen de visibilidad bajo el cual esos cierres pueden sostenerse – o reabrirse – en el espacio social, especialmente en un territorio fragmentado donde el cuidado se negocia también en reputación, rumor, discreción, carisma y situación pública.

Con ese pacto no prometemos resolver la incertidumbre – sería una temeridad –, pero sí afirmamos algo más exigente: describir con precisión cómo se la fabrica, se la sostiene y se la distribuye cuando alguien pide ayuda y alguien responde; y hacerlo sin convertir el binomio en dicotomía, sin expulsar la clínica de la antropología ni convertir la santiguación en reliquia (Gérvás Camacho, 2001). La siguiente nota sitúa el corpus y las decisiones éticas que hace posible esta comparación.

1 Metodología: Diseño y perspectiva etnográfica

Este artículo se apoya en un enfoque cualitativo de corte etnográfico y comparativo. La selección de informantes respondió a un criterio de variación por roles y contextos territoriales (islas capitalinas y no capitalinas), buscando recoger cómo se produ-

cen y se negocian, en condiciones reales, los cierres de la incertidumbre en la consulta clínica y en la santiguación. Por decisión expresa de los informantes biomédicos, se preserva el anonimato nominal mediante categorías (p. ej., Profesional 01), manteniendo, con su autorización, los datos contextuales y profesionales necesarios para el análisis. Se exceptúa de este criterio Cruz Suárez (2024), un único informante biomédico que autorizó expresamente la mención de su identidad, incorporado como caso singular por el valor reflexivo de su testimonio.

Las entrevistas de las santiguadoras proceden del archivo de investigación (2024) y fueron cedidas para su uso académico con autorización expresa. Ninguna de ellas manifestó la necesidad de preservar el anonimato; de común acuerdo, se optó por consignar sus nombres propios junto con la isla de procedencia como forma de reconocer la autoría situada de sus saberes. En este corpus, la totalidad de las practicantes entrevistadas son mujeres, un rasgo que no se considera incidental, sino expresivo de la inscripción histórica de la santiguación en tramas femeninas de cuidado, transmisión y legitimación comunitaria. Esta elección se inscribe en una posición ética que concibe la etnografía no como un acto de apropiación, sino como un proceso de reconocimiento y producción compartida de conocimiento. La identificación nominal responde a acuerdos éticos explícitos establecidos durante el trabajo de campo y busca evitar la anonimización sistemática de saberes históricamente subalternizados, reconociendo a las santiguadoras como sujetos epistémicos activos y no como meras informantes despersonalizadas.

En este artículo se emplea el término “santiguadora” como denominación analítica para referirse a quienes practican la santiguación, con el fin de preservar la especificidad de esta práctica y evitar su equiparación automática con categorías más amplias o no siempre equivalentes, como “curandera” o “rezadora”.

En términos de contexto, el corpus reúne, por un lado, a profesionales biomédicos insertos en marcos institucionales y especialidades diferenciadas y, por otro, a santiguadoras vinculadas a tramas locales de proximidad en distintas islas del archipiélago. Esta distinción no se introduce para oponer rígidamente dos mundos sociales, sino para situar comparativamente las condiciones relacionales desde las que se organiza, legitima y practica el cuidado.

El diseño incorpora, asimismo, entrevistas semiestructuradas a especialistas académicos vinculados al estudio de los saberes populares, realizadas en 2019, correspondientes a una primera fase exploratoria de la investigación. Estas voces operan como un material de contraste y orientación analítica, útil para situar el problema, afinar categorías y contextualizar comparativamente los cierres de la incertidumbre desde trayectorias de conocimiento y experiencias diferenciadas.

El artículo se inscribe en una línea de investigación sobre sanación popular en Canarias y, en esta ocasión, desplaza el foco hacia la consulta clínica como dispositivo etnográfico y hacia una comparación estricta de tecnologías del cuidado. La Tabla 1 sintetiza el corpus de entrevistas, la lógica de codificación y los criterios de anonimización.

Tabla 1 – Personas entrevistadas (santiguadoras, médicos/as y expertos/as)

Informante	Edad	Isla	Municipio	Profesión/oficio/especialidad	Rol	Fecha
Profesional 01	55	Tenerife	Tacoronte	Medicina Familiar y Comunitaria (Atención Primaria)	Médica	11/2025
Profesional 02	47	Tenerife	La Matanza de Acentejo	Pediatría	Médica	11/2025
Profesional 03	53	La Palma	Santa Cruz de La Palma	Medicina Interna	Médica	11/2025
Profesional 04	50	Lanzarote	Arrecife	Medicina de Urgencias y Emergencias	Médico	11/2025
Profesional 05	49	Gran Canaria	Las Palmas de Gran Canaria	Cardiología	Médica	11/2025
Profesional 06	52	Gran Canaria	Telde	Ginecología y Obstetricia	Médica	11/2025
Profesional 07	61	Gran Canaria	Aucas	Traumatología y Cirugía Ortopédica	Médico	11/2025
Profesional 08	55	Tenerife	Santa Cruz de Tenerife	Neurología	Médico	11/2025
Profesional 09	51	Gran Canaria	Las Palmas de Gran Canaria	Psicóloga clínica – Salud mental	Médica	11/2025
Profesional 10	52	Tenerife	La Orotava	Dermatología	Médica	11/2025
Jorge Cruz Suárez	-	Gran Canaria	Gáldar	Medicina Naturista, Nutrición, Fitoterapia y Educación para La Salud	Médico	2024
Elsa López Rodríguez	-	La Palma	-	Escritora y antropóloga	Experta	04/2019
Domingo García Barbuzano	-	Tenerife	-	Periodista e investigador	Experto	04/2019
Grecy Pérez Amores	-	Tenerife	-	Antropóloga	Experta	05/2019
Zebensui López Trujillo	-	Tenerife	-	Historiador	Experto	05/2019
Macarena Nieves Cáceres	-	Gran Canaria	-	Escritora	Experta	06/2019
César Ubierna Expósito	-	Gran Canaria	-	Exdirector Casa Museo Antonio Padrón – Centro de Arte Indigenista	Experto	06/2019
Josué Hernández Suárez	-	Tenerife	-	Investigador en Estudios Literarios	Experto	06/2019
María Ferraz Dobarro	-	Tenerife	-	Trabajadora social y periodista	Experta	06/2019
Airam Alonso Suárez	-	Tenerife	-	Antropólogo	Experto	07/2019
Dani Curbelo	-	Tenerife	-	Investigadora	Experta	07/2019
Jaime Gil González	-	Fuerteventura	-	Ingeniero agrícola	Experto	07/2019

Informante	Edad	Isla	Municipio	Profesión/oficio/especialidad	Rol	Fecha
Fayna Brenes Quevedo	-	Fuerteventura	-	Etnobotánica	Experto	07/2019
Guadalupe, M. C.	-	La Graciosa	-	Santiguadora	-	2024
Lima Nieves, M. del P.	-	Fuerteventura	Tetir	Santiguadora	-	2024
Mesa Herrera, C.	-	La Gomera	-	Santiguadora	-	2024
Minerva Hernández	-	La Palma	-	Santiguadora	-	2024
Morales González, R.	-	El Hierro	El Pinar	Santiguadora	-	2024
Navarro Oliva, L.	-	Gran Canaria	La Aldea	Santiguadora	-	2024
Ráez Perdomo, T.	-	Lanzarote	-	Santiguadora	-	2024
Rodríguez Martín, C.	-	Fuerteventura	Lajares	Santiguadora	-	2024
Rodríguez Pérez, L.	-	Fuerteventura	-	Santiguadora	-	2024
Santana, M. D.	-	Tenerife	San Juan de la Rambla	Santiguadora	-	2024

2 Dispositivo comparativo

Retomamos aquí el gesto anunciado en la introducción: comparar sin enfrenar. Esto supone suspender el tribunal de la verdad como punto de partida para describir qué hace cada situación de cuidado cuando el malestar irrumpe y exige respuesta. En Canarias, además, esa suspensión es metodológicamente necesaria: el pluralismo asistencial no funciona como polémica doctrinal, sino como una práctica cotidiana de ensamblajes (Ballester Añón; López Terrada; Martínez Vidal, 2002; Kleinman, 1980; Menéndez, 2016).

La unidad analítica que adoptamos es precisamente esa: la escena terapéutica como lugar donde se traduce una biografía de padecimiento a un lenguaje autorizado, donde se negocian tiempos, se asigna responsabilidad y se administra la ansiedad que supera al diagnóstico. Hacer de la consulta un objeto etnográfico exige mirarla sin el prejuicio de la neutralidad. La consulta no implica únicamente aplicación de saber; es también cultura profesional, retórica, silencio, ritual de autoridad, sistematización, así como formas de recubrir el límite con ética o humanización cuando lo irresoluble asoma (Foucault, 1977; Good, 2003). Mirarla así no la deslegitima, la hace describible, la descifra.

Esta decisión metodológica tiene genealogías europeas hoy poco transitadas, pero especialmente fértiles para el problema. El linaje que va de la medicina popular recogida por Pitirè y Zanetti a su posterior relectura crítica permite recuperar una evidencia incómoda: que las clasificaciones no existen en la naturaleza, sino que se

construyen; y que el problema no se limita a clasificar, sino entender qué hace una clasificación en manos de quien cuida (Pitrè, 1896; Zanetti, 1892; Cirese, 1978; Castillo de Lucas, 1958). Desde otro ángulo, la reflexión contemporánea sobre la antropología médica del sur de Europa insistió en algo que aquí importa: la proximidad al terreno, la historia larga y el conocimiento local no son anécdotas, sino condiciones para entender cómo se producen compatibilidades prácticas sin necesidad de coherencias doctrinales (Comelles, 2000, 2002).

Con esa base, el operador comparativo que proponemos – y que condensa el título del artículo – son los cierres de la incertidumbre. Hablamos de ellos, no como clausura epistemológica, sino como dispositivo social y moral: el conjunto de actos que torna viable lo incierto. La incertidumbre no es un fallo del cuidado; es su condición ordinaria. No hay consulta sin esa duda diagnóstica o pronóstica; no hay santiguación sin un indeterminado que exige protección, contención y reordenación del sentido. En ambos casos, esta operación se concreta en la producción de diagnósticos, consejos, advertencias y promesas de continuidad. Lo relevante no es qué explicación triunfa, sino qué cierre se produce, cómo se legitima, qué promete, qué prohíbe y – punto decisivo – quién responde por sus efectos (Fox, 1957; Gérvás Camacho, 2001).

Para hacer observable ese operador, retomamos la tríada autoridad–prueba–límite, ya anunciada: tres dimensiones que permiten seguir, paso a paso, quién puede cerrar, con qué se vuelve plausible una decisión y hasta dónde llega cada intervención. En particular, usamos prueba en sentido amplio – no solo analítica o imagen – para incluir aquellos elementos que, en un encuentro concreto, hacen aceptable una decisión (Lupton, 2012).

Este dispositivo exige mirar la microfísica del cuidado: tiempo, palabra, gesto y objeto. El tiempo, más que duración; es una forma de hospitalidad o expulsión. La palabra no informa: produce marcos, abre y cierra futuros. El gesto no acompaña: interviene. El objeto no decora: materializa autoridad y estabiliza decisiones. En un espacio insular, donde la proximidad y la circulación de nombres operan como infraestructura social del cuidado, estas microfísicas no son detalles, son condiciones de eficacia y de legitimidad (Comas-d'Argemir, 2017).

Aquí entra una precaución metodológica: cuando dividimos en columnas de una hoja de cálculo lo empírico y lo simbólico, corremos el riesgo de fabricar una frontera que el terreno no reconoce. Las clasificaciones elaboradas en el marco de esta investigación – sin necesidad de desplegarlas aquí – muestran que muchas prácticas se resisten a una separación limpia; lo híbrido no es excepción, es norma del archivo. Ese dato sirve para una advertencia: la dicotomía no describe; clasifica. Y clasificar, en clínica o en santiguación, es ya una forma de autoridad semiótica.

Con estas reglas, esta investigación evita dos tentaciones simétricas: romantizar la sanación popular como reserva pura de sentido y caricaturizar la clínica como máquina de deshumanización. No se trata de celebrar compatibilidades abstractas, sino de describir con rigor cómo se fabrican cierres defendibles en dos escenas diferentes cuando alguien pide ayuda y alguien responde. A partir de aquí, el recorrido será estrictamente consecuente con el título: primero autoridad, después prueba y, finalmente, límite; y, como desplazamiento final, la legitimidad, entendida como régimen de visibilidad bajo el cual esos cierres se sostienen – o se reabren – en el espacio social.

3 Autoridad: quién puede cerrar la incertidumbre

La incertidumbre se manifiesta aquí como un campo de fuerzas, más que como una carencia. Y ahí, antes incluso de que aparezca una prueba, ya se activa una pregunta tácita – casi siempre impaciente – que ordena la situación de cuidado: “¿quién está autorizado a decir qué es lo que me pasa?” La autoridad no llega después del diagnóstico o del santiguado; los antecede y los condiciona. Es la condición de posibilidad del cierre: habilita una voz, delimita un repertorio de gestos y produce un umbral de credibilidad.

En la consulta clínica, esa autoridad se presenta como institución. No necesita justificarse en cada encuentro porque viene incorporada a la arquitectura del sistema: la cita, la sala de espera, la bata blanca, la historia clínica, el fonendoscopio, el lenguaje técnico, la receta, el dispositivo que convierte la experiencia en caso. La biomedicina no solo interviene sobre cuerpos; ordena modos legítimos de clasificar, y con ello reconfigura la subjetividad del padecer (Good, 2003; Lupton, 2012). Este punto no se explica para culturizar la medicina como si fuera un ritual, sino para describir algo muy concreto: que la autoridad clínica no es solo epistémica (saber), sino también práctica (poder decidir), y por ello sostiene cierres defendibles ante terceros.

Esa autoridad, sin embargo, no vive en abstracto. Se ejerce en condiciones materiales, y una de las más decisivas es el tiempo: la duración real de la consulta y su economía moral. Cuando el encuentro se estrecha, la autoridad tiende a volverse mecánica; cuando el tiempo se abre, la autoridad puede volverse vínculo. En esa tensión, el cierre de la incertidumbre se torna ambivalente. Puede producir calma o desposesión, puede ordenar o expulsar la palabra del consultante (Rodríguez Torres; Jarillo Soto; Casas Patiño, 2018). El tiempo no solo mide; modela el tipo de autoridad que se ejerce.

En el corpus biomédico, esta dimensión aparece formulada en clave de proximidad territorial y construcción cotidiana de la confianza:

La dimensión emocional es central. En un pueblo o municipio pequeño, donde nos vemos en la calle y nos conocemos, la confianza se construye con empatía y con coherencia. Un buen plan terapéutico, si no contempla miedos, duelos o cargas familiares, se queda a medias (Profesional 01, 2025).

Con esta formulación se fija un matiz relevante: la autoridad clínica no opera únicamente por estatuto institucional; también se densifica – o se erosiona – en formas relacionales de continuidad, reconocimiento y cuidado en territorios insulares donde el encuentro excede la consulta.

En las etnografías realizadas a expertos/as, esta economía temporal aparece nombrada sin rodeos. Cuando la consulta se reduce a un umbral funcional, o cuando el tiempo se reexpande, la autoridad se desplaza del acto inmediato hacia un proceso de acompañamiento. Como señala Dani Curbelo, investigadora: “son procesos de sanación lentos” (Curbelo, 2019). Con esta cita se pretende situar un hecho estructural: la autoridad clínica cambia de textura cuando cambia el tiempo, y con ello cambia el tipo de cierre que se ofrece.

La autoridad clínica, además, se apoya en un componente que rara vez se reconoce de forma explícita: la palabra como intervención. No consiste solo en prescribir o diagnosticar; también consiste en producir un marco de inteligibilidad que calma, orienta y hace soportable el padecer. La santiguación no carece de esa dimensión verbal; la despliega bajo otra forma. Allí la palabra no opera como pedagogía diagnóstica, sino como rezo, ensalmo o fórmula eficaz, inseparable del gesto, del ritmo y de la relación. En ambos casos, decir interviene; lo que cambia es el régimen bajo el cual esa palabra adquiere autoridad, produce prueba y organiza límites.

El corpus biomédico refuerza esta idea con una formulación particularmente incisiva en torno a la autoridad de la palabra clínica:

En neurología la palabra es una herramienta terapéutica: explicar un diagnóstico, un pronóstico o una prueba puede aliviar muchísimo. Decir puede curar porque reduce la incertidumbre y permite que el paciente tome decisiones informadas. También hay que saber callar y dar tiempo (Profesional 08, 2025).

Esta cita muestra que el cierre también depende de una pedagogía situada de la dolencia: explicar, sostener, regular la angustia y reconocer el tiempo como parte del cuidado.

En la santiguación, la autoridad se fabrica con otro material. No se funda en un título ni en un expediente, sino en reconocimiento social sostenido: reputación, discreción, memoria local, circulación de nombres, eficacia narrada. Aquí la credibilidad no se obtiene por acreditación institucional, sino por una forma de prueba comunitaria que se

escribe en recomendaciones, silencios y trayectorias. En lenguaje clásico, podría hablarse de autoridad carismática en sentido sociológico (Weber, 1978), aunque con una precisión importante: no se trata solo de personalidad, sino de una economía moral del cuidado.

Desde el propio registro clínico, esta autoridad ritual no se nombra necesariamente como residuo irracional, sino como lenguaje cultural situado. En una isla no capitalina, un internista lo expresa con claridad: “En La Palma persiste con fuerza, sobre todo en entornos rurales: rezados, hierbas, santiguado. No lo miro con burla; lo miro como un lenguaje cultural. El riesgo es cuando se sustituye la asistencia o se invisibilizan síntomas graves” (Profesional 03, 2025). Esta voz hace visible una frontera doble: por un lado, el reconocimiento de un régimen de sentido; por otro, la demarcación del riesgo, que no es un juicio moral sino un criterio de límite.

Ese campo de autoridad no es uniforme: tiene jerarquías internas y distinciones finas que el propio territorio reconoce. En el registro experto se advierte con claridad, como señaló Elsa López Rodríguez, especialista entrevistada en la fase exploratoria de 2019: “hay una gran escala de valores... No es lo mismo una hierbatera, que una sanadora, que una curandera” (López Rodríguez, 2019). Esta distinción nos interesa porque introduce un principio de orden: la autoridad popular no se concede por defecto; se distribuye y se negocia con categorías locales que separan competencias, técnicas y reputaciones.

Esa economía moral se apoya en una lógica bien conocida por la antropología: el don. La gratuidad – cuando opera como norma – no es romanticismo; es una tecnología de legitimidad. El don obliga: a cuidar, a responder, a no mercantilizar lo recibido. Y esa obligación produce una confianza que no es solo epistémica (“creo que funciona”), sino moral (“sé quién es”, “sé cómo vive”, “sé que no hace negocio”) (Mauss, 2009; Comas-d’Argemir, 2017). En este régimen, prometer demasiado no implica únicamente un error clínico: es una infracción moral que erosiona reputación y desordena la red que sostiene la práctica.

El límite – y esto es decisivo – forma parte constitutiva de esa autoridad. Una santiguadora abre un criterio de compatibilidad cotidiana con la clínica: “si no, se va al médico y le mandan antibióticos” (Morales González, 2024). Se muestra que la autoridad comunitaria no se sostiene solo por eficacia; se sostiene por prudencia y por una ética de no ocupar el lugar del otro cuando el caso lo exige.

La autoridad ritual también se apoya, en ocasiones, en dispositivos de aprendizaje y en repertorios memorizados que no son improvisación, sino disciplina. La transmisión aparece como capital moral: “todo eso lo tengo yo en la memoria” (Lima Nieves, 2024). La frase condensa un modo de legitimación: memoria, repetición y continuidad, como garantías frente al azar.

Ahora bien, autoridad no equivale automáticamente a legitimidad. Puede haber legitimidad institucional sin legitimidad afectiva (consulta reconocida, pero vivida como fría o apresurada) y puede haber legitimidad comunitaria sin legitimidad pública (prácticas discretas, toleradas, pero no plenamente admitidas). Esta distinción es crucial para entender por qué ciertos sujetos transitan entre recursos. No solo buscan curación; buscan un tipo de reconocimiento capaz de hacer habitable el padecer (Perdiguero Gil, 2004). El pluralismo terapéutico no se explica, así, por incoherencia cognitiva; se explica por racionalidad práctica ante déficits situacionales de escucha, acceso, tiempo, seguridad o alivio.

En ese intersticio se produce, a veces, una escena especialmente reveladora: cuando el régimen clínico intenta – sin necesariamente ridiculizar – traducir la autoridad ritual a una lógica de medición. Una santiguadora recuerda el gesto del médico: “te voy a traer un aparato, para ver los poderes que tú tienes” (Ráez Perdomo, 2024). Esta frase se usa como índice de frontera: el reconocimiento existe, pero la traducción no se completa. La autoridad queda, por decirlo así, situada en un afuera de la instrumentación.

Y esa frontera se formula también como partición de jurisdicciones. En su versión más explícita: “el médico cura las enfermedades, pero el mal no” (Guadalupe, 2024). Lo relevante de esta frase es su función: delimita dónde opera cada economía de cierre, y por qué la gente no elige un sistema como si fuera una ideología, sino que circula según la naturaleza del malestar y la forma de legitimidad que necesita.

En el fondo, lo que nos interesa no es oponer dos soberanías, sino describir dos economías de cierre: una apoyada en institucionalidad, tecnología y trazabilidad; otra sostenida por don, reputación y trama comunitaria. Ambas pueden quebrarse, están expuestas al fallo y requieren mantenimiento. Y justamente por eso la autoridad no se entiende como propiedad de un agente, sino como un ejercicio situado en escena.

Si aquí hemos delimitado quién puede cerrar, el siguiente paso es más incisivo: con qué se cierra. Qué cuenta como prueba en la consulta y qué cuenta como signo en la santiguación; cómo se fabrican evidencias; cómo se hacen creíbles; y dónde se dibuja el umbral entre alivio, promesa y daño.

4 Prueba: con qué se cierra (y quién queda convencido)

Una vez concedida la autoridad – una vez aceptado el derecho a intervenir, aunque sea por un instante – la incertidumbre pide su segunda condición de cierre: una prueba. Pero prueba es una palabra tramposa si la reducimos al imaginario del laboratorio. En la vida real del padecimiento, la prueba es más que un dato: es un artefacto de credibilidad. Es aquello que, en una situación concreta, vuelve plausible

una interpretación, hace aceptable una decisión y permite sostener un cierre sin que se derrumbe a la primera objeción.

En la consulta clínica, la prueba se presenta como objetividad: exploración, analítica, imagen, escalas, guías. En atención primaria, la consolidación de la medicina basada en la evidencia reforzó ese desplazamiento hacia lo trazable y protocolizable, con efectos directos sobre qué cuenta como prueba defendible y cómo se gestiona la incertidumbre en la práctica clínica (Gómez de la Cámara, 1999).

El régimen biomédico ha construido un modo extraordinariamente potente de estabilizar signos y producir decisiones trazables. Pero incluso ahí – en el corazón de la racionalidad clínica – la prueba no funciona sola: necesita relato, traducción, una pedagogía mínima de lo que se está viendo y lo que significa (Good, 2003; Lupton, 2012). La prueba clínica no solo detecta; también persuade, distribuyendo responsabilidad: un resultado no es únicamente un hallazgo; es un documento que permite justificar una pauta, ordenar una derivación y situar el riesgo en un marco administrable.

En este punto, el corpus experto aporta una observación que hace visible un problema estructural: la prueba técnica gana peso cuando la relación se estrecha, y la autoridad se transforma mecánica. Por eso la prueba clínica posee una dimensión moral e institucional. Forma parte de lo que hace que una decisión pueda defenderse ante terceros. No es casual que el sistema sanitario contemporáneo esté atravesado por protocolos, trazabilidad y tiempos de consulta que estrechan la palabra y refuerzan el peso de lo objetivable. Cuando el encuentro se reduce, prospera lo que puede resolverse de manera apresurada; y lo rápido tiende a ser lo mensurable (Rodríguez Torres; Jarillo Soto; Casas Patiño, 2018). En ese paisaje, la prueba técnica se vuelve el idioma dominante del cierre, mientras que la incertidumbre que no cabe en ese idioma tiende a desplazarse: hacia la espera, hacia el “vuelva si...”, hacia la ansiedad o hacia otros circuitos de cuidado.

Aun así, incluso en el corazón del régimen clínico, la prueba necesita una mediación narrativa para funcionar como cierre. El investigador Domingo García Barbuzano recoge un testimonio médico que lo expresa con claridad empírica: “con decirte que ya estás bien... el paciente ya se ve con la predisposición de que de verdad está mejor” (García Barbuzano, 2019). Esta frase no sustituye a la analítica ni a la imagen; recuerda que la evidencia, para convencer, debe ser traducida y situada en una relación. La prueba persuade, también, por la forma en que se enuncia.

El corpus biomédico lo formula con una claridad especialmente útil para esta sección:

La palabra es clave porque reduce pánico y evita malentendidos. En urgencias no puedes dar clases, pero sí puedes ser claro y no paternalista. Decir puede curar en el sentido de bajar la ansiedad, aumentar la colaboración y mejorar la seguridad al alta (Profesional 04, 2025).

Este testimonio permite subrayar que el cierre descansa en tener pruebas operativas, es decir, que un resultado, una pauta o una recomendación sean comprensibles, asumibles y seguras en el minuto real de la consulta.

En la santiguación, la prueba no adopta por lo general la forma de laboratorio, pero eso no significa que no exista. Existe, solo que opera con otra gramática. La prueba suele ser situada: signos narrativos, reconocimiento de un mal que encaja en economías locales de causalidad, confirmaciones que circulan por reputación, lecturas del cuerpo mediante tacto, escucha y palabra, y una temporalidad donde el cierre puede construirse como proceso más que como acto instantáneo. En este registro, la prueba no demuestra en sentido fuerte, hace habitable la experiencia. Produce alivio como posibilidad, y ese consuelo – como experiencia – funciona como evidencia vivida, aunque no sea traducible al lenguaje clínico sin pérdida (Laplantine, 1992).

En el corpus etnográfico de santiguadoras, esa prueba situada puede tomar formas sorprendentemente observables. Se describe un dispositivo doméstico de verificación: “se pone una toalla y un vaso lleno de agua... y si tienes sol en la cabeza el agua te salta dentro del vaso, unas burbujas” (Rodríguez Martín, 2024). Y otra santiguadora, en un registro cercano, añade la materialidad del signo y su fuerza comparativa: “Empieza el agua, si tienes sol, a hervir... a sacar borbollitas... y si no se te quita con eso... con un paracetamol no se te quita tampoco” (Rodríguez Pérez, 2024). Ambos fragmentos muestran que la prueba no es sinónimo de aparato: es condición de credibilidad; y puede fabricarse con agua, calor y mirada, cuando el régimen de autoridad que lo sostiene lo vuelve inteligible.

Hay otra prueba – más fina, más decisiva – que consiste en nombrar bien. No porque el nombre “cree” la enfermedad, sino porque organiza el repertorio de intervención. Una santiguadora lo formula en una demarcación diagnóstica que dialoga, sin pedir permiso, con la nosología biomédica: “dicen los médicos que es un herpes, pero no es. Porque... lo he santiguado de herpes y no se cura. Lo santiguo de fuego salvaje y sí se cura” (Hernández, 2024). Lo que aparece aquí no es una negación simple de la clínica, sino una teoría práctica de la eficacia: el nombre correcto no es el más prestigioso; es el que permite que el procedimiento “agarre”.

Ambas escenas, además, fabrican pruebas con materialidades específicas. En la clínica, el objeto fuerte es el documento: receta, informe, historia, volante. En la santiguación, el objeto puede ser humilde y aun así cargado de eficacia: agua, estampa, papel

con una oración, una vela, una prenda, incluso el teléfono por el que se confirma un consejo o se recomienda un cuidado doméstico. La medicina popular europea clásica ya sabía que el objeto no acompaña, actúa, y que su eficacia es inseparable del régimen de autoridad que lo autoriza y de la narración que lo vuelve inteligible (Pitrè, 1896; Zanetti, 1892). La lección no es arqueológica, es metodológica. Nos recuerda que prueba no es sinónimo de “aparato”, sino de condición de credibilidad.

En el corpus biomédico, la dimensión material de la prueba reaparece como gestión concreta del riesgo: “Lo que sí hago es revisar suplementos y hierbas, porque en cardiología eso importa mucho” (Profesional 05, 2025). Este fragmento permite fijar un punto: la prueba clínica no se limita a producir resultados; también exige inventariar exposiciones, compatibilidades, interacciones y hábitos. En esa economía, el documento (y lo que la receta deja fuera) no es un detalle administrativo: es parte del cierre.

En el registro experto, esa dimensión material se formula con una distinción especialmente útil para nuestra lectura: hay materialidades que actúan por eficacia farmacológica y materialidades que actúan por función litúrgica dentro del proceso. Como señala Jaime Gil, ingeniero agrícola: “Se podría diferenciar... como dos tipos de hierbas: unas son las que curan... y después hay otras hierbas como más rituales, que... entran dentro de la liturgia del proceso” (Gil González, 2019). Y la precisión complementaria es decisiva. Como añade Fayna Brenes, etnobotánica: “Hay que cortar algo verde, la simbología” (Brenes Quevedo, 2019). Estas aserciones nos permiten sostener que la prueba no siempre se juega en el compuesto activo, sino también en la coherencia del gesto.

Si aceptamos esto, la diferencia no es que una situación de cuidado tenga pruebas y la otra no. La diferencia es otra: qué cuenta como prueba, ante quién, y con qué costes. La verificación biomédica tiende a ser acumulativa y externalizable: se archiva, se compara, se audita. La prueba en santiguación tiende a ser relacional y contextual: se sostiene en continuidad comunitaria, coherencia moral del don y experiencia encarnada del proceso. De ahí que el pluralismo terapéutico no sea una suma de saberes, sino circulación entre regímenes de prueba que no siempre son traducibles, pero sí compatibles en la práctica (Comelles, 1996; Riccò, 2018, 2019).

En este punto conviene atender a una forma contemporánea de credibilidad que no es exactamente científica ni estrictamente ritual, pero opera como prueba anticipada: lo natural, lo tradicional, lo artesanal. El antropólogo Airam Alonso lo nombra como “formas de verosimilitud tópicas” (Alonso Suárez, 2019). Es decir, lugares comunes que otorgan plausibilidad a un remedio antes incluso de probarlo. Con ello se observa que la evidencia también se fabrica en el discurso, y que esa fabricación produce efectos sobre los itinerarios terapéuticos.

Por último, existe una prueba de larga duración: el argumento de la permanencia. El especialista en arte indigenista César Ubierna lo enuncia con una mezcla de respeto y prudencia: “si en tantos siglos ha estado funcionando, por algo será” (Ubierna Expósito, 2019). Esta evidencia no convence por laboratorio; sino por archivo oral, acumulación de casos y persistencia de una técnica en condiciones históricas de precariedad.

De hecho, hablar de medicina o sanación popular ha sido, históricamente, una forma de administrar fronteras – antes como superstición, después como campo médico-social – y esas lindes cambian el estatuto de la prueba. Cuando un signo deja de ser signo y pasa a ser síntoma, no cambia solo el nombre: cambia el régimen de legitimidad, el tipo de intervención y el tipo de cierre aceptable (Comelles, 1996). La prueba es, así, una tecnología de cierre que organiza lo que cuenta como problema y lo que queda fuera.

Si aquí hemos visto con qué se cierra (pruebas técnicas, pruebas situadas, objetos, palabras), el siguiente apartado entra en la parte más áspera del binomio: el límite. El límite no es un detalle; es el lugar donde se verifica la prueba. Dónde se detiene cada escena, qué deriva, qué promete, y qué ocurre cuando el cierre ya no puede sostenerse sin riesgo.

5 Límite: no dañar, no abandonar, no prometer lo imposible

Hay un momento – a veces discreto, a veces dramático – en el que la incertidumbre deja de pedir explicación y empieza a pedir frontera. No la verdad, sino el borde: hasta dónde llega una escena de cuidado, hasta dónde conviene tocar, hasta dónde es legítimo prometer. El límite es menos espectacular que la autoridad o la prueba, pero más decisivo. Sin límite no hay sostenibilidad, y sin sostenibilidad el cuidado se convierte en riesgo (Gérvás Camacho, 2001).

En la consulta clínica, el límite aparece revestido de institucionalidad. Como hemos verificado, hay protocolos, guías, responsabilidad profesional, trazabilidad; hay una gramática de lo que puede afirmarse y de lo que debe derivarse. Esa gramática protege al paciente y, al mismo tiempo, protege al sistema de su propia exposición. Aquí asoma una paradoja: cuanto más hegemónico es un régimen de verdad, más difícil le resulta confesar su límite sin sentir que se debilita. La dificultad para reconocer aquello que no se comprende del todo no es solo únicamente psicológica; es estructural. La institución sanitaria contemporánea se ha configurado como máquina de producir decisiones defendibles; por eso, cuando no puede cerrar, tiende a desplazar: a otra especialidad, a otra prueba, a otra espera. Ese desplazamiento puede ser prudente (cuando salva), pero también puede ser vivido como abandono (cuando no contiene).

El corpus biomédico, precisamente, permite escuchar el límite clínico como práctica explícita – no como teoría – y anclarlo en la ética de continuidad:

Con honestidad explico límites, planteo hipótesis razonables y un plan de seguimiento claro. A veces la respuesta es tiempo, reevaluación y coordinación con otros niveles asistenciales. Y si el problema es incurable, la respuesta es paliar, priorizar calidad de vida y no abandonar (Profesional 01, 2025).

Esta voz condensa el núcleo de esta sección: el límite no aparece como renuncia, sino como forma madura del cuidado (seguimiento, reevaluación, coordinación) y como decisión ética de no abandono.

Esa posibilidad de desplazar hacia otro régimen aparece en una escena que vale por su sobriedad: “había un médico... que ante determinados casos... enviaba a los niños a una santiguadora a que le rezaran porque él identificaba... que tenía más que ver con el mal de ojo, con el susto” como señala Josué Hernández investigador en Estudios Literarios (Hernández Suárez, 2019). El fragmento es importante porque desplaza el límite desde la teoría hacia la práctica: el límite clínico no siempre se expresa como negación; a veces se expresa como derivación discreta hacia un recurso próximo cuando se identifica que el cierre necesita otro tipo de contención.

El campo biomédico formula una frontera análoga, pero con un criterio de seguridad que nombra tres peligros recurrentes (abandono, promesa, lesión) y que, a la vez, introduce una regla de trato explícita: no ridiculizar.

Pueden convivir si el paciente mantiene un criterio de seguridad y si nosotros no ridiculizamos. El límite está en abandonar tratamientos, en promesas milagrosas y en prácticas que puedan lesionar. El diálogo es posible si hay respeto mutuo y honestidad (Profesional 04, 2025).

Esta cita aterriza el límite en una ética operativa: sostener diálogo sin condescendencia, pero sin abdicar del principio rector de esta sección – no producir daño por omisión, por exceso de promesa o por sustitución indebida –.

En la santiguación, el límite se produce de otro modo: no como norma escrita, sino como umbral comunitario. En vez de protocolo, reputación; en vez de auditoría, boca a boca; en vez de expediente, memoria social. Es un límite que no se enuncia como responsabilidad profesional, pero se practica como regla solvente: no apropiarse de lo grave, no competir con lo que se reconoce como necesidad clínica, no sostener la escena a costa de poner en riesgo el cuerpo del otro. En muchas trayectorias, derivar (“vete al médico”) no funciona como fracaso, sino como gesto ético y como forma de gobernanza del riesgo.

Ese gesto aparece de forma directa en una santiguadora de Lanzarote, cuando sitúa el borde de su intervención en el terreno de la gravedad: “yo he encontrado tumores... yo lo único que les digo es: vete al médico” (Ráez Perdomo, 2024). Y aparece también, en la isla de El Hierro, como demarcación epistémica que protege de la promesa imposible: “no lo sé explicar porque no soy adivina ni médico” (Morales González, 2024). Ambos testimonios condensan el núcleo del argumento: el límite no es una falta de cuidado; es su forma ética.

Lo importante – y aquí está el nervio antropológico – es que ambos límites, aunque se funden en regímenes distintos, cumplen una función comparable: ordenan la coexistencia. No porque todo valga, sino porque la vida real del pluralismo terapéutico opera por secuencias y umbrales: autoatención, consulta, retorno a cuidados próximos, derivación institucional, recurso doméstico, búsqueda de contención. Esta lectura del pluralismo como práctica situada (no como debate) permite entender por qué ciertas decisiones no se viven como contradicción, sino como articulación pragmática ante déficits concretos de tiempo, acceso, seguridad o alivio (Perdiguero Gil, 2004; Menéndez, 2016).

En el ámbito de la santiguación, esa articulación pragmática se enuncia sin retórica, muestra que el límite no fractura el binomio; lo hace viable. El cierre no es una victoria de un régimen sobre otro, sino un gobierno de la incertidumbre que integra recursos en función de la necesidad.

Desde ahí, el límite deja de ser frontera moral abstracta y se vuelve un conjunto de decisiones pequeñas – micro, pero decisivas – que muestran cuándo el cuidador cuida y cuándo empieza a exponerse al daño. Derivar o no derivar, cobrar o no cobrar, sostener o cerrar, prometer o advertir. En el terreno clínico, esas decisiones se inscriben en la tensión entre anamnesis, pronóstico, prueba y poder organizador del cuidado; en el terreno popular, en una economía moral donde prometer de más no se limita a un error: es una forma de quebrar el don y erosionar la credibilidad (Mauß, 2009; Comas-d’Argemir, 2017).

El perímetro biomédico aporta una formulación especialmente precisa sobre el borde de la promesa – allí donde la clínica no puede (todavía) cerrar sin mentir –:

Cuando no hay respuesta clara – infertilidad, dolor crónico, pérdidas repetidas – trabajo con expectativas realistas, multidisciplinar (psicología, endocrino, dolor) y mucha honestidad. A veces la ciencia no tiene una solución rápida; entonces el cuidado es sostener y no prometer lo que no existe (Profesional 06, 2025).

Esta llamada señala el límite en su forma más exigente: no solo el límite del conocimiento, sino el límite de la promesa; y porque recuerda que una parte del cierre clínico, en ciertos umbrales, consiste en sostener sin fabricar certezas.

Hay un punto donde el límite se torna especialmente delicado: cuando el cuidado se mercantiliza. No porque lo económico sea impuro, más bien porque cambia el régimen moral de la escena: reordena confianza, acceso, expectativas y vulnerabilidad. La historiografía y la antropología de la sanación popular recuerdan que los conflictos entre medicina académica y prácticas populares no se explican solo por la etiqueta de superstición, sino por disputas de monopolio, autoridad y control del daño. En escenarios contemporáneos, la transición hacia formatos de bienestar empaquetado reabre esa tensión: el límite ya no solo protege del daño fisiológico; también protege del abuso del miedo, de la promesa desmedida y de la captura económica del sufrimiento (Comelles, 1996; Riccò, 2018).

Esa frontera reaparece en clave de cambio cultural: Como señala el historiador Zebensui López: “es lo único que va a mantenerlo vivo. Si no se adapta, desaparece” (López Trujillo, 2019). Este testimonio señala que la adaptación puede ser condición de supervivencia, pero también terreno de riesgo: cuando la práctica se desplaza hacia formatos de mercado, el límite debe reescribirse para evitar que el cierre se convierta en explotación de la vulnerabilidad.

Por eso, si aquí hablamos de cierres y límite, el argumento se afila: el límite es la condición ética del cierre. No es la renuncia para cuidar; es la forma madura del cuidado. Y, al mismo tiempo, es el lugar donde se ve la densidad política del pluralismo: no basta con constatar que coexisten prácticas; hay que describir cómo se hacen compatibles sin producir daño, y qué ocurre cuando esa compatibilidad se rompe por abandono, retraso diagnóstico, captura económica, estigmatización o falsas expectativas. El límite es, en suma, el lugar donde el cierre se pone a prueba.

Si el límite gobierna lo que puede prometerse y lo que debe evitarse, el análisis se desplaza ahora hacia la escena pública del binomio: la legitimidad. No solo quién puede cerrar (autoridad) o con qué se cierra (prueba), sino bajo qué visibilidad: discreción, tabú, recomendación, reconocimiento. Y cómo esa legitimidad se fragiliza o se refuerza en un ecosistema donde la mercantilización reescribe las reglas del cuidado.

6 Legitimidad: visibilidad, reconocimiento y fragilidad del cierre

Hay un último desplazamiento en el recorrido del cierre de la incertidumbre que no se juega ni en la escena íntima del encuentro ni en la eficacia inmediata de la prueba, sino en su proyección social: la legitimidad. No basta con clausurar; ese cierre debe poder sostenerse en un ecosistema de miradas, silencios, permisos y censuras. La legitimidad no equivale a legalidad ni a prestigio académico; es el régimen de visibilidad bajo el cual una práctica puede existir sin exponerse al descrédito, la sanción o la caricatura.

En la biomedicina, la legitimidad se presenta como un hecho dado. La consulta no necesita justificarse porque está amparada por un dispositivo histórico, institucional y jurídico que la vuelve prácticamente incuestionable en el espacio público. Sin embargo, esa legitimidad no es homogénea ni absoluta: se gradúa según contextos, territorios y expectativas. En entornos insulares no capitalinos, varios profesionales biomédicos describen cómo la autoridad formal convive con una expectativa de proximidad que no siempre puede satisfacerse. La legitimidad clínica, en estos casos, no se agota en el título: necesita traducirse en presencia, continuidad y reconocimiento interpersonal.

Un médico de la isla de Gran Canaria lo expresa con una cautela que no es teórica, más bien práctica: “el problema no aparece cuando el paciente combina recursos, sino cuando esa combinación se vuelve invisible para el sistema” (Cruz Suárez, 2024). La legitimidad biomédica, sostiene, se resiente no por la coexistencia con otros cuidados, sino por la imposibilidad institucional de nombrarla sin sospecha. Introduce una tensión central de este punto: la legitimidad no se pierde por compartir territorio, sino por no saber cómo habitarlo públicamente.

En el ámbito de la santiguación, la legitimidad adopta una forma inversa: es fuerte en lo local y frágil en lo público. Se sostiene en la recomendación, en la discreción y en una economía del silencio que protege tanto a quien cura como a quien acude. Varias santiguadoras subrayan que el reconocimiento excesivo es un riesgo: exponerse demasiado puede romper el equilibrio entre eficacia, don y sospecha. La práctica es legítima en tanto no reclama escena pública; su fuerza reside, paradójicamente, en no necesitarla (Pérez Amores, 2025).

Esa legitimidad discreta no es pasiva. Está activamente gestionada. Una santiaguadora de la isla de La Palma señala que “esto no se anda contando, porque después vienen los problemas” (Hernández, 2024). No se trata de ocultamiento vergonzante, sino de una estrategia de protección frente a la medicalización, la mercantilización o la ridiculización. La legitimidad comunitaria funciona aquí como un capital frágil que se preserva mediante límites de visibilidad.

El corpus experto refuerza esta lectura al señalar que la frontera no se traza solo entre saberes, sino entre escenas. María Ferraz, trabajadora social y periodista, advierte que el conflicto no surge cuando las prácticas coexisten, sino cuando una intenta traducir a la otra en sus propios términos de validación pública. En ese momento, la legitimidad se transforma en competencia simbólica y el cierre se hace inestable (Ferraz Dobarro, 2019).

En este punto, la biomedicina aparece atravesada por una tensión interna. Por un lado, reclama transparencia, trazabilidad y evidencia pública; por otro, muchos profesionales reconocen que ciertos malestares no encuentran cierre eficaz sin apoyos que el

sistema no puede nombrar sin incomodidad. Un profesional sanitario de la isla de Lanzarote describe cómo determinadas derivaciones informales funcionan como válvulas de contención precisamente porque no pasan por circuitos oficiales (Profesional 04, 2025). La legitimidad, aquí, opera por omisión más que por reconocimiento explícito.

Este régimen de visibilidad selectiva tiene consecuencias. Cuando la legitimidad no puede articularse públicamente, se desplaza al terreno de lo privado, del rumor o de la recomendación en voz baja. Eso no elimina la práctica, pero la convierte vulnerable: sin posibilidad de defensa pública, cualquier error se magnifica y cualquier éxito se vuelve anecdótico. La legitimidad, entonces, deja de ser un recurso y se convierte en un riesgo (Pérez Amores, 2024).

El pluralismo terapéutico, visto desde esta clave, no implica únicamente una coexistencia de recursos, sino una negociación constante de escenas de aparición. Qué puede decirse en consulta, qué puede decirse en casa, qué puede decirse en la plaza y qué debe permanecer en el margen. La antropología no está llamada a resolver esa negociación, sino a describir sus reglas implícitas y sus efectos sobre el cuidado (Kleinman, 1980).

Por eso, el cierre de la incertidumbre no culmina en la prueba ni en el límite, sino en la legitimidad que permite que ese cierre no sea desmentido por el entorno. Cuando ésta falla, el cierre se reabre: reaparece la duda, la búsqueda, la circulación. Lejos de ser un déficit cognitivo, esta reapertura es un índice de inteligencia práctica en contextos donde ningún régimen puede reclamar soberanía completa.

En Canarias, contexto archipelágico y relacional, esta negociación adquiere una densidad particular. La insularidad no produce homogeneidad, sino escalas diferenciadas de visibilidad y reconocimiento. Comprender cómo se legitiman – o se silencian – los cierres entre clínica y santiguación permite, finalmente, leer el binomio no como conflicto irresoluble, sino como una ecología moral del cuidado donde la fragilidad es constitutiva.

Consideraciones finales

Leído desde los cierres de la incertidumbre, el pluralismo terapéutico no aparece como una suma de recursos disponibles, sino como un campo de decisiones donde el sufrimiento exige respuestas inmediatas y manejables. Al comparar biomedicina y santiguación, el análisis ha mostrado que ambos regímenes producen cierres de la incertidumbre mediante operaciones análogas – autoridad, prueba y límite – aunque las realicen con tecnologías morales distintas. Desde este marco, el pluralismo terapéutico puede entenderse como una ecología moral de cierres, en la que distintos regímenes de cuidado gobiernan la incertidumbre distribuyendo autoridad, prueba y límite, más allá del eje verdad/error.

En la biomedicina, la autoridad se legitima institucionalmente y la prueba tiende a estabilizar el padecimiento en indicadores, diagnósticos y guías; el límite emerge como frontera entre lo demostrable y lo asumible como responsabilidad profesional. En la santiguación, la autoridad se juega en la reputación y la discreción; la prueba se confirma en la eficacia vivida y en su circulación social controlada; el límite se negocia como umbral de exposición: aquello que puede decirse sin convertir la legitimidad en riesgo.

La legitimidad, por tanto, no es un suplemento al final del proceso, sino un dispositivo decisivo: define el modo en que una práctica puede existir públicamente, sostenerse localmente y protegerse en lo íntimo. En este sentido, la comparación revela una asimetría central: mientras la biomedicina presupone su legitimidad como condición de partida, la santiguación la produce y la cuida como un bien frágil, dependiente del contexto, del vínculo y del silencio.

Desde esta perspectiva, los cierres de la incertidumbre no eliminan el malestar ni clausuran el proceso terapéutico, sino redistribuyen responsabilidades, expectativas y riesgos. “Cerrar” implica decidir quién puede decir, quién puede probar y hasta dónde puede hacerse visible una práctica sin erosionar su eficacia social. La incertidumbre, así entendida, no es un fallo del sistema, sino una condición ordinaria del cuidado que distintos regímenes administran de formas divergentes.

Finalmente, situar este análisis en el contexto insular canario permite observar con mayor nitidez la densidad relacional del cuidado y los equilibrios morales que lo sostienen. Lejos de oponer mundos inconmensurables, el artículo propone pensar biomedicina y santiguación como configuraciones prácticas que coexisten, se ajustan y, en ocasiones, se necesitan para volverse vivible la experiencia del padecimiento en condiciones concretas de vida. En última instancia, cerrar la incertidumbre no es dominarla ni expulsarla del cuidado, más bien aprender a habitarla con otros, reconociendo que toda verdad terapéutica – como todo alivio posible – se sostiene menos en la imposición que en el vínculo.

Referencias bibliográficas

BALLESTER AÑÓN, R.; LÓPEZ TERRADA, M. L.; MARTÍNEZ VIDAL, À. La realidad de la práctica médica: el pluralismo asistencial en la monarquía hispánica (ss. XVI-XVIII). **Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam**, v. 22, p. 21-28, 2002.

BIENES BRITO, N.; KOHL, M. Santiguando en Canarias. **Batey: Revista Cubana de Antropología Sociocultural**, v. 8, n. 8, p. 66-79, 2016.

CASTILLO DE LUCAS, A. **Folkmedicina**: medicina popular, folklore médico y otros temas relacionados. Madrid: Dossat, 1958.

CIRESE, A. M. Zanetti e la medicina popolare: questioni di ieri e di oggi. *In*: ZANETTI, Z (Org.). **La medicina delle nostre donne: studio folk-lorico**. Foligno: Ediclio, 1978. p. 13-35.

COMAS-D'ARGEMIR, D. El don y la reciprocidad tienen género: las bases morales de los cuidados. **Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia**, v. 22, n. 2, p. 19-39, 2017.

COMELLES, J. M. Da superstizione a medicina popolare: transizione di un concetto da religioso a medico. **AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica**, n. 1-2, p. 57-87, 1996.

COMELLES, J. M. The role of local knowledge in medical practice: a trans-historical perspective. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 24, n. 1, p. 41-75, 2000.

COMELLES, J. M. Writing at the margin of the margin: medical anthropology in Southern Europe. **Anthropology & Medicine**, v. 9, n. 1, p. 7-23, 2002.

COMELLES I ESTEBAN, J. M.; ERKOREKA BARRENA, A.; PERDIGUERO GIL, E. Cuarenta años de antropología de la medicina en España (1960-2000). *In*: PERDIGUERO GIL, E.; COMELLES I ESTEBAN, J. M (Org.). **Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina**. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2000. p. 353-446.

COMELLES I ESTEBAN, J. M. Cultura y salud: de la negación al regreso de la cultura en medicina. **Trabajo Social y Salud**, n. 46, p. 9-29, 2003.

CSORDAS, T. J. **Embodiment and experience: the existential ground of culture and self**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

FOUCAULT, M. **Discipline and punish: the birth of the prison**. Tradução de A. Sheridan. New York: Pantheon Books, 1977. Trabalho original publicado em 1975.

FOX, R. C. Training for uncertainty. *In*: MERTON, R. K.; READER, G. G.; KENDALL, P. L (Org.). **The student-physician: introductory studies in the sociology of medical education**. Cambridge: Harvard University Press, 1957. p. 207-242.

GÉRVAS CAMACHO, J. Incertidumbre en la evolución (im)previsible de la atención primaria en Europa. **Salud 2000: Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública**, n. 85, p. 5-8, 2001.

GÓMEZ DE LA CÁMARA, A. Medicina basada en la evidencia: implicaciones en atención primaria. **Centro de Salud**, v. 7, n. 3, p. 150-153, 1999.

GOOD, B. J. **Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica**. Barcelona: Bellaterra, 2003.

HERRERA JUSTICIA, S.; AMEZCUA, M. Los estudios sobre el saber popular en salud en España. **Cultura de los Cuidados**, v. 29, n. 70, p. 169-182, 2025.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science & Medicine**, v. 12, p. 85-93, 1978.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980.

LAPLANTINE, F. **Anthropologie de la maladie**. Paris: Payot, 1992.

LUPTON, D. **Medicine as culture**: illness, disease and the body in Western societies. London: SAGE, 2012.

MAUSS, M. **Ensayo sobre el don**: forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas. Tradução de J. Bucci. Buenos Aires: Katz Editores, 2009. Trabalho original publicado em 1925.

MENÉNDEZ, E. L. Modelo médico hegemónico: una revisión crítica. **Salud Colectiva**, v. 12, n. 2, p. 123-146, 2016.

PERDIGUERO GIL, E. El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar. **Gaceta Sanitaria**, v. 18, supl. 1, p. 140-145, 2004.

PERDIGUERO GIL, E.; COMELLES, J. M. El estudio del pluralismo médico en España: una aproximación histórica. In: CUADRADA, C (Org.). **Pluralismo médico y curas alternativas**. Tarragona: Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili, 2020. p. 7-50.

PÉREZ AMORES, G. Brujas, curanderas y santeras: alianzas migratorias y debates identitarios en las tradiciones de sanación en Canarias. **El Pajar: Cuaderno de Etnografía Canaria**, n. 35, p. 60-67, 2021.

PÉREZ AMORES, G. Mirada a la práctica religiosa en contextos virtuales durante el COVID-19. **'Ilu. Revista de Ciencias de las Religiones**, n. 29, 2024.

PÉREZ AMORES, G. Habitando entre ancestros, espíritus y dioses: sacrificio y sanación en las comunidades afrodiaspóricas y religiosas de Canarias. **Ambivalências**, v. 13, n. 26, p. 103-133, 2025.

PITRÈ, G. **Medicina popolare siciliana**. Palermo: Carlo Clausen, 1896.

PRIETO GONZÁLEZ, T.J. La religión popular como estructurante significativo de la sanación: Una aproximación a la práctica de las santiguadoras y curanderos en Canarias. **Antropología Experimental**, n. 23, p. 165-183, 2023.

PRIETO GONZÁLEZ, T.J. Las enfermedades culturales y la sanación popular en las Islas Canarias: Una experiencia vivida, sentida y compartida entre santiguadora y doliente (y los objetos). **Antropología Experimental**, n. 25, p. 121-140, 2025a.

PRIETO GONZÁLEZ, T.J. Los procesos empíricos, simbólicos y mágicos en la sanación popular de Canarias: Un enfoque antropológico médico, cultural y simbólico. **Ensamblajes. Revista de Antropología Predoctoral**, v. 2, n. 1, p. 68-90, 2025b.

PRIETO GONZÁLEZ, T.J. Entre lo visible y lo oculto: performatividad sanadora y agencia simbólica en la medicina popular canaria. **Revista Andaluza de Antropología**, n. 29, p. 1-25, 2025c.

PRIETO GONZÁLEZ, T.J. Entre el don y el diagnóstico: Espiritualidad encarnada y agencia femenina en Canarias. **Antropología Experimental**, n. 26, p. 109-127, 2026.

RICCÒ, I. Medicina popular, medicinas alternativas y New Age: hacia un “nuevo mundo mágico”. **Arxiu d’Etnografia de Catalunya**, n. 18, p. 73-94, 2018.

RICCÒ, I. Historia de la medicina popular: del modelo clásico al glo-local. **Disparidades. Revista de Antropología**, v. 74, n. 2, e011, 2019.

RODRÍGUEZ TORRES, A.; JARILLO SOTO, E. C.; CASAS PATIÑO, D. La consulta médica en atención primaria: escenarios, actores y prácticas. **Medwave**, v. 18, n. 5, 2018.

WEBER, M. **Economy and society: an outline of interpretive sociology**. Edited by G. Roth; Berkeley: University of California Press, 1978. Trabalho original publicado em 1922.

ZANETTI, Z. **La medicina delle nostre donne: studio folk-lorico**. Città di Castello: S. Lapi Tipografo Editore, 1892.