

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES SEDE ECUADOR  
AREA DE ANTROPOLOGIA  
PROGRAMA DE POSTGRADO EN ANTROPOLOGIA 1991-1993

Tesis presentada a la Sede Ecuador de la Facultad  
Latinoamericana de Ciencias Sociales

por

VERONIQUE GOBLET MALVE

**Parteras, entre brujas y doctores: juegos de poder ambiguos entre agentes de los sistemas de salud formal e informal en la sierra ecuatoriana.**

Como uno de los requisitos para la obtención del grado de  
**Maestro en Antropología**

PROFESOR ASESOR: XAVIER IZKO

Julio, 1993

---

INTRODUCCION	I
PRIMERA PARTE: <i>Los escenarios: incidentes reveladores de juegos de poder entre parteras y agentes del sistema de salud formal</i>	VIII
<b>TALLER DE CAPACITACION A PARTERAS</b>	8
<b>MI LLEGADA A LA CASA DE ROSAURA</b>	16
<b>"BANO DEL CINCO"</b>	23
<b>VISITA DE ROSAURA A MARGARITA</b>	29
SEGUNDA PARTE: <i>Poder y campo identitario</i>	XXXIV
<i>PODER</i>	
<b>ESPECIFICIDAD DEL PODER</b>	35
<b>PRIMERAS HERRAMIENTAS ANALITICAS</b>	36
<b>VIOLENCIA SIMBOLICA Y/O RESISTENCIA</b>	39
<b>ESTRATEGIA Y/O TACTICA</b>	42
<b>APROPRIACION: EL QUE Y EL COMO</b>	44
<b>LEGITIMACION-DESLEGITIMACION: EL CIRCUITO NORMA-DIFERENCIA</b>	46

*CAMPO IDENTIDARIO*

<b>CATEGORIZACION: LOS GRUPOS Y SUS TERMINOS ETNICOS</b>	<b>51</b>
<b>FACTORES: MULTIPLICIDAD Y PRIORIDADES</b>	<b>54</b>
<b>REPRESENTACIONES: DISCURSOS HEGEMONICOS, CONTRA- HEGEMONICOS</b>	<b>59</b>

CONCLUSION	LXIV
------------	------

BIBLIOGRAFIA	LXVIII
--------------	--------

## ***PODER Y CAMPO IDENTIDARIO***

**INTENTARE ARTICULAR** a continuación los datos de campo con teorías claves sobre poder e identidad. La estrategia general que adoptaré para realizar esta articulación será partir del material etnográfico y tratar de ver de qué manera el dato activa una o otra teoría relevante sobre el tema.

## **PODER**

**PROPONGO** abordar este tema a partir de una mirada global de los escenarios contados arriba, con el fin de reflexionar sobre la especificidad del poder y disponer así de las herramientas analíticas más pertinentes, inspirada en las propuestas de Adams (1975), Bailey (1969), Bourdieu (1992) y Foucault (1988), lo que permitirá disponer de una base conceptual, antes de empezar a cuestionar los diferentes escenarios.

## *Especificidad del poder*

EN EVENTOS OFICIALES, como el taller de capacitación a parteras, y eventos cotidianos, como los de mi llegada a la comunidad, el baño del cinco y la visita de Rosaura a Margarita, salta a la vista que existe una desigualdad grande entre el grupo de los doctores y el de las parteras, por el hecho primordial de que, al contrario de los "doctores", las parteras no pueden ejercer legalmente su profesión. Sin embargo, esta desigualdad no significa que las parteras sufran el poder por parte de los doctores que lo detentan, porque vemos que actúan y responden mediante una serie de variadas estrategias. Existe por lo tanto una competición entre los agentes de los dos sistemas de salud por controlar las fuentes del poder en situaciones sociales determinadas. Y esta competición se instaura tanto dentro de cada sistema de salud como entre los dos sistemas, visto que se dan juegos de poder no sólo entre doctores y parteras, sino también entre las parteras mismas y entre los doctores mismos. Por otra parte, cuando los doctores impiden a las parteras atender los casos que ellos piensan que no son capaces de resolver y les enseñan a remitirse al hospital, lo que buscan de verdad es un control de las parteras a través del control de sus acciones. Finalmente, si bien durante el taller las parteras juegan el papel de gente de poco poder, mediante gestos, actitudes, discursos..., en la vida cotidiana sucede lo contrario: son muy respetadas, consideradas, buscadas por los comuneros y pacientes, y en el caso de Rosaura, por parte de otras parteras, y actúan en cuanto tal.

El poder no es entonces ninguna esencia, como a veces se ha pretendido, sino que tiene un carácter relacional, recíproco. Al mismo tiempo, es omnipresente, asimétrico, "intercurso" <sup>1</sup>, y "capilar" <sup>2</sup>. Más que una acción directa sobre los otros, es no sólo una

acción sobre la acción presente o futura de los otros (Adams, 1975), sino también una habilidad para estructurar el posible campo de acción de los otros, y lograr así que las relaciones le sean favorables ("poder estructural"; cf. Foucault, 1988:14; Wolf, 1990).

## *Primeras herramientas analíticas*

**MIRAMOS AHORA** por un lado, lo que homogeneiza, y por otro lado, lo que diferencia a los agentes de los dos sistemas de salud.

Tienen en común esencialmente un conocimiento del cuerpo humano, de la salud y enfermedad, y técnicas de curación y prevención de la enfermedad. Tratan de mantener o aumentar clientela, ganancias y privilegios en momentos de alta competencia. Por otra parte, hacen esfuerzos continuos por responder a las nuevas demandas de los pacientes y por legitimar de su saber y sus prácticas. constituyen además un conjunto relacional de varios niveles (médicos, enfermeros, auxiliares, parteras), con muchos actores que poseen poderes desiguales unos con respecto a los otros. Pueden formarse, disolverse y reformarse según varios criterios, tanto profesionales como identitarios, sin necesidad de tener una actividad plenamente estructurada y compartida por todos.

Pero ambos sistemas poseen también diferencias muy marcadas, relativas sobre todo al carácter jurídico de sus prácticas (legales para los doctores, ilegales, bajo pena de cárcel y/o multas, para las parteras) <sup>3</sup> ; al tipo de saber y de prácticas (por ejemplo, una concepción biológica y un aprendizaje "científico" para los doctores, pero una concepción holística y un aprendizaje empírico para las parteras); al tipo de poder (delegado por un superior, el ministro,

en el caso de los doctores, otorgado por los comuneros, lo alza del rango de igual al de superior en el caso de las parteras); al nivel de coordinación de las actividades profesionales (autoridad altamente centralizada -el ministerio- con fuente de poder independiente del poder colectivo de los miembros en el caso de los doctores, coordinación mínima, enteramente dependiente del poder independiente de los miembros individuales en el caso de las parteras). Finalmente, existen fuertes diferencias en el tipo de cultura e identidad colectiva (moderna y blanca para los doctores, tradicional y indígena para las parteras).

Estas características generales sobre las relaciones de poder entre los doctores y las parteras nos permiten, en primer lugar, clasificar los dos sistemas de salud a partir de una serie de parámetros. Ambos constituyen una sola unidad operativa (Adams, 1975:120-122,133), entendida como un conjunto de actores que emprenden una acción colectiva de alta adaptabilidad (el proceso salud-enfermedad), a propósito de la cual pueden existir, sin embargo, posiciones contradictorias. Esta unidad operativa puede ser formal, informal o fragmentada en (sub)unidades, según el nivel de coordinación de las actividades <sup>4</sup>. La formal tenderá a caracterizar sobre todo al grupo de doctores, la informal al grupo de parteras, y la fragmentada a cada grupo étnico <sup>5</sup>. Existe, además, un poder delegado (doctores) y otro, otorgado (parteras), según el origen del mismo <sup>6</sup>, y una estructura de dominio complejo con subdominios unitarios y múltiples <sup>7</sup>, de acuerdo al número de actores, su jerarquización, la persona que toma las decisiones y los canales de acceso al poder. Por otra parte, podemos agrupar ambos sistemas en dos campos sociales (Bourdieu, 1992:72), en la medida en que el grupo de los doctores y el de las parteras tienen un capital simbólico diferente (tipo de saber y prácticas), y luchan de manera diferente por la apropiación de este capital (interacción más vertical para los doctores,

más horizontal para las parteras).

Nos permiten, en segundo lugar, clasificar los diversos escenarios en términos de arena política (Bailey, 1969), por darse en un espacio y tiempo determinados y por tener equipos que aceptan el esfuerzo de las reglas de construir un soporte para ellos mismos y de socavar a sus oponentes por la subversión. Estas reglas pueden ser de tipo normativo (legalidad de las prácticas de los doctores, ilegalidad de las de las parteras) o de tipo pragmático (racionalidad de los saberes y prácticas de los doctores, magia, brujería y supersticiones de los de las parteras; interacciones concretas entre los actores, más allá de las racionalidades vigentes).

Finalmente, podemos identificar el sistema de diferenciaciones (jurídico, de conocimiento, cultural-étnico), el tipo de objetivos (acumular ganancias, mantener privilegios), las modalidades instrumentales (mecanismos de control y sistemas de vigilancia, según reglas explícitas, con dispositivos materiales), las formas de institucionalización (sistema complejo dotado de múltiples aparatos, como el Ministerio de Salud, las sucesivas delegaciones regionales, provinciales) y los grados de racionalización (relativamente bajos en el caso de las parteras, porque la ley, si bien les da miedo y recelo, no impide sus prácticas por el bajo refinamiento tecnológico y la ambigüedad en el ejercicio del poder) (Foucault, 1988:17-18).



## *Violencia simbólica y/o resistencia*

**DURANTE LA MAYOR PARTE DEL TALLER** de Azogues, lo que llama más que todo la atención es la diferencia de comportamiento entre el grupo de actores de cada sistema de salud. El grupo de los doctores, a pesar de presentarse bajo una forma bastante dialéctica y poco impositiva, en última instancia sólo legitiman su propio saber y sus propias prácticas. Nos da cuenta de la voluntad de diálogo el nombre dado a la primera parte del taller - "elaboración de estrategias comunes entre parteras y el ministerio de salud pública"- y el énfasis del discurso de apertura; y nos da cuenta de la realidad el nombre dado a la segunda parte del taller -"de capacitación a parteras"- y el librito de "Resultados del seminario-taller", entregado a las parteras, en el cual básicamente se aconseja referirse siempre a los médicos.

El grupo de las parteras se caracteriza por una actitud sumamente sumisa, recelosa y autodesvalorizante, si pensamos que entran detrás de los doctores, se sientan en la parte trasera del aula y se presentan como ignorantes que quieren aprender de los médicos. En suma, parecen deslegitimarse a ellas mismas para legitimar sólo a los doctores.

A primera vista, lo que revela la actitud de estos actores de los dos sistemas de salud es una "violencia simbólica" (Bourdieu, 1980:36,217-219,230; 1988:90-91). De hecho, lo que parece darse es, por parte de los dominantes, los doctores, la imposición "larvada", "eufemizada", "silenciosa" de una arbitrariedad cultural bajo las apariencias de la cientificidad y razón; y por parte de los dominados, las parteras, una aplicación de los criterios dominantes de evaluación de sus propias prácticas y un reconocimiento de la legitimidad del capital simbólico (saber, prácticas o técnicas y parafernalias) de los dominantes, lo que les hace

cómplices del sistema dominante en base al engaño: reconocen esta legitimidad sin conocer su carácter de impuesto por estar inscrito en el "habitus", o sistema de disposiciones durables, estructuradas y estructurantes, a través de un proceso de inculcación a menudo gradual, implícito e imperceptible.

Esta primera impresión de existencia de "violencia simbólica" entre el grupo de los doctores y el de las parteras durante el taller, se refuerza si miramos, en los escenarios de la vida cotidiana, el testimonio del médico Manuel (escenario 2) acerca de la partera Rosaura -una ignorante, irracional, empírica, que no entiende nada y no es capaz de nada-, y el de la partera Margarita (escenario 4) acerca de los doctores -han de saber mejor porque son doctores y nosotras somos sólo indiecitas-, dos testimonios que expresan formas semejantes de percepción de su grupo y del otro.

Pero, si tomamos en cuenta la actitud más segura y orgullosa de las parteras en el momento del taller, en el cual los doctores les dieron la posibilidad de exponer sus conocimientos, y el discurso y las prácticas de la partera Rosaura en su cotidianidad, que demuestran una conciencia aguda de la superioridad de su saber en relación al saber de los médicos -"yo enseñé en el taller, los médicos no saben, no valen"-, podemos preguntarnos si la actitud auto-desvalorizante de las parteras durante una gran parte del taller no revela más bien una estrategia para evitar la confrontación directa y permitir, mediante la apropiación de algunos elementos del capital simbólico de los dominantes y la creación de espacios nuevos de acción, inaccesibles al sistema formal de salud.

Esta hipótesis que activa una estrategia de lucha o resistencia, o sea una movilización de los dominados en función de una resistencia que se formaría allí mismo donde se ejercen

las relaciones de poder, para ganar poder, pero también limitar, escapar y resistir del poder (Bailey, 1969; cf. Adams, 1975:69; de Certeau, 1990:xi,xxxix; Foucault, 1988:14-16; Wrong, 1980:13), me parece también bastante plausible. De hecho, pienso que en las relaciones de poder no existe sólo sometimiento, entrega, consenso, cooperación, reconocimiento de los dominados, sino a la vez resistencia, conflicto, rebeldía y estrategias de lucha permanentes (Adams, 1975:115; de Lauretis, 1987:26; Foucault, 1979:135-137; 1988:14-16). Y eso quiere decir que las personas de poco poder no son necesariamente seres pasivos, sumisos, impotentes y conformes con su condición (Kleymeyer, 1973:253), sino agentes activos, capaces de determinar de manera reflexiva sus acciones (Giddens, 1976; Kleymeyer, 1973:253-283), manejar las apariencias (Albo, 1989; de Certeau, 1990; de Lauretis, 1987; Harvey, 1987:286; Landi, 1982:57; Poole, 1982), resistir y defenderse a través de la adaptación, la transformación y el cambio (Canclini, 1986:29; Degregori, 1990-91; Galo, 1982:232; Guerrero, 1991).

No obstante, si ratifico la hipótesis de estrategia de resistencia, no es para disminuir la importancia de la otra hipótesis de violencia simbólica, porque pienso que en todo estudio de las relaciones de poder, y particularmente aquí en una situación de mayor complejidad por ser intercultural, hay que jugar con estas dos matrices, siendo cada una apropiada a uno u otro momento, según la circunstancia (oficial o cotidiana, formal o informal) y/o el interlocutor (doctor o partera, blanco o indígena).

## *Estrategias y tácticas*

AL COMIENZO de la primera parte y durante la segunda parte del taller, las parteras adoptaron actitudes de humildad auto-desvalorizadora (ignorancia), pero también de prevención de cualquier contacto físico (ponerse atrás y aparte) y social (mirada en blanco y "estrategia del si/no"; Kleymeyer, 1973:263) o "estrategia del doble juego" (Bourdieu, 1988:70-71); es decir, la aceptación pública y aparente de sugerencias, órdenes, exigencias que parecen obligarles a actuar de determinada forma, pero que encubre en realidad una actuación de acuerdo a su propia voluntad. Estas actitudes, típicas de los campesinos quechuas (Kleymeyer, 1973:253-273), son bastante ambiguas, porque asumen la apariencia de pasividad, pero de hecho son "maneras de hacer" (de Certeau, 1990), determinadas por una evaluación previa de los aspectos específicos de la situación: temen las relaciones en territorio ajeno y con un número importante de profesionales competidores que podrían tener un control demasiado grande sobre sus propios cuerpos (con el encarcelamiento, por ejemplo), dinero (mediante multas), prácticas y saber; pero como es imposible evitar este encuentro, este "retiro físico" (las auxiliares de salud les llevaron en camionetas casi a la fuerza), deciden adoptar otra estrategia de "acción neutralizante", la de "autoexclusión" (Kleymeyer, 1973: 258-260). La elección de la estrategia apropiada ha podido hacerse en un instante (al momento de llevarles al taller) o ser el fruto de una larga reflexión (desde la invitación al taller, unas dos semanas antes; cf. ib.:262). Sea lo que sea, creo que esta elección no es el producto de un cálculo totalmente inconsciente, como lo sostendrían los estructuralistas, o sólo consciente, sino los dos a la vez (de Lauretis, 1990:26), y fruto del "sentido práctico" como sentido del juego, o "habitus"

(sentido social incorporado, vuelto naturaleza), de un juego social particularmente definido que se adquiere desde la infancia al participar en una actividad social (Bourdieu, 1988:70-71).

Lo que permite a las parteras esta estrategia es mantenerse con un cambio mínimo dentro de un ambiente cambiante (Bailey, 1969; cf. Lewellen, 1983:104), evitar el ataque frontal, reducir la dependencia, bloquear las relaciones de poder (Kleymeyer, 1973:261), y resistir al poder en el lugar mismo en donde se da (Foucault, 1988:108).

Para Foucault, la palabra "estrategia" designa la elección de los medios que estructuran el campo de acción del otro tanto para conseguir un fin, como para tener ventaja sobre el otro u obtener la victoria (ib.:19). Como las maneras de hacer de las parteras corresponden a estos tres sentidos, podríamos hablar de "estrategia". No obstante, si miramos el lugar en donde se desenvuelven las parteras, el taller de la jefatura de salud, es decir un espacio o lugar en donde las parteras no pueden tener la posibilidad de darse un proyecto global y son expuestas a una exterioridad de blancos y amenazas por parte de los doctores, sería más adecuado designar las maneras de hacer de las parteras como "táctica", y no tanto "estrategia". De hecho, si la táctica juega sobre un terreno impuesto por la sociedad dominante, la estrategia postula un lugar de poder y querer propios que sólo tienen los dominantes (de Certeau, 1990:59-61; Poole, 1987:284), en este caso los doctores. En cuanto a la iniciativa por parte de los doctores de organizar un taller o "rito de participación democrática" (Kertzer, 1988:50) con las parteras en la jefatura de salud, sería una "estrategia", porque se trató de unificar una particular imagen de la medicina con emociones fuertes, se dio la palabra a las parteras dentro de un espacio dominante, se favoreció la identificación, y se construyó o reforzó la solidaridad del grupo de las parteras con el grupo de los doctores (ib.:40,72).

Existen otras tácticas (de las parteras) y otras estrategias (de los doctores) individuales, difusas, opuestas a la confrontación directa, que se revelan en el taller y en la vida cotidiana; pero como tienen que ver principalmente con la apropiación de elementos del capital simbólico del otro grupo y con la legitimación-deslegitimación del saber y de las prácticas, vamos a detallarles abajo.

## *Apropiación: el qué y el cómo*

**EN UN ESCENARIO** de la vida cotidiana, el del baño del cinco, nos podemos dar cuenta que Rosaura se ha apropiado de algunos elementos del capital simbólico dominante: el maletín, el diploma, la foto de grupo de las parteras y doctores del taller y unas tabletas alopáticas, y que utiliza este conjunto de elementos para valorizarse, tanto frente a las otras parteras que no tienen estas parafernalias, como frente a las pacientes que la consideran así como "doctor".

En la entrevista con la "doctorita" Blanca Toledo (enfermera provincial; cf. escenario 1), podemos ver que los doctores, a pesar de adoptar frente a las parteras una actitud bastante condescendiente, superior o despreciativa, ya sea en el taller (enseñan, dan órdenes, levantan los ojos al cielo, se impacientan, suspiran, sonríen irónicamente...), o en la vida cotidiana (les tratan de empíricas, ignorantes y estúpidas por ser campesinas, indígenas, cholos), también se apropian de elementos "residuales" de este capital simbólico que desvalorizan <sup>8</sup>. Son las recetas naturales en base a plantas, que adjuntan a sus recetas alopáticas para complacer a la nueva demanda de la clientela y no correr el riesgo de perder a sus pacientes.

Eso revela, en primer lugar, que se dan apropiaciones tanto por parte de los dominados

como de los dominantes. En segundo término, que estas apropiaciones, a la vez materiales y simbólicas (Bourdieu, 1979:252), son acumulativas, selectivas (Menendez, 1990:330; Williams, 1977) o "filtradas" (Landi, 1982:58), y funcionales. De hecho se incluye dentro de la estructura ideológica organizativa básica elementos externos (parafernalias, técnicas, no contenido; cf. Sallnow, 1987:50), pero que constituyen símbolos de alto prestigio, del saber y de las prácticas del grupo competitivo, por no entrar en conflicto directo con el propio saber y las propias prácticas, y porque lo que interesa, no es el saber en sí, sino el prestigio que este otro saber posee. En tercer lugar, que aseguran un beneficio de "distinción" y de "legitimación" (Bourdieu, 1979:252) frente a la clientela y frente a los otros agentes de salud formales e informales.

Ahora bien, observemos más de cerca lo que hace la partera Rosaura con los elementos apropiados del capital simbólico dominante: ha clasificado las pastillas alopáticas dentro de su sistema frío-caliente y les receta para acompañar las aguitas. Lleva a cualquier parte algunos objetos que recibió en el maletín del UNNFA (servicio de salud materno-infantil de la ONU), pero en un bolso propio. Enseña a cada rato, en la casa, o durante sus visitas profesionales (en cualquier "compuesta", parto, baño, encaderada), la foto y el diploma que guarda en su maletín para presentarse ya como "doctora", que tiene un título y ha enseñado en un taller a muchas otras parteras y doctores de hasta Quito y Guayaquil, y como la compañera de curso de una doctora (me designa a mí) de la jefatura de salud que vino a aprender con ella.

En la mente de los doctores, estas parafernalias eran sólo una de las estrategias de recuperación o incorporación de las parteras dentro del sistema de salud formal, pero en el último escalón ("anzuelo"). Rosaura juega con estos símbolos ambiguos de poder cuya posesión

le da legitimidad y un sentido de auto-importancia (Kertzer, 1988:46,72): las utiliza por conveniencia, porque le ayudan a mejorar, a reforzar su propio saber y sus propias prácticas, y así atraer más clientela, pero modificando el significado y los valores. Este conjunto de practicas pueden permitir, además, la formación de una "tradicción emergente" <sup>9</sup>. Estas "maneras de hacer", al servicio de las propias reglas, costumbres y convicciones, son tan invisibles, subrepticias, astutas y sutiles (no se dan cuenta los doctores), que permiten un funcionamiento de los símbolos impuestos "sobre otro registro", una "subversión desde adentro", una "metaforización" y reapropiación del orden y espacio dominante (de Certeau, 1990:xi,54), sin que aparezca ninguna incongruencia, a pesar de la mezcla de símbolos conflictivos (Kertzer, 1988:51).

## ***Legitimación-deslegitimación:***

### ***el circuito norma-diferencia***

**EL TALLER DE AZOGUES** fue un medio poderoso de legitimación porque dio la oportunidad tanto al grupo de los doctores como al de las parteras de valorarse frente al otro grupo mediante la enseñanza de su saber. El doctor Manuel nos dice:"qué ha de saber una mujer indígena como ella (Rosaura)... no entiende nada..., no es gente racional, científica...; si (la Clotilde) no obedece a la sugerencia del taller de no hacer inyecciones, le retiro su diploma" (escenario dos). Rosaura por su parte afirma:"los doctores han estudiado, pero no valen, no saben, dicen que es fiebre tifodida y es infección del aire, del frío..; yo soy doctora de parto,



de todo mismo...recibí mi saber de dios" (escenarios dos y tres).

Parece que cada grupo piensa que su saber es el único correcto, aceptable, verdadero, apropiado, calificado y competente, y eso por razones bien específicas: para los doctores, porque su propio saber es ciencia, conocimiento verdadero y racional que favorecen prácticas racionales, legales y "normales", en el sentido de responder a la norma, al contrario del saber de las parteras que no es científico, ni racional, ni legal y por lo tanto puede ser amenazado de uso de la fuerza. Para las parteras, porque su propio saber respeta la tradición, la costumbre, la cosmología, tiene un origen divino (por lo menos en el caso de Rosaura) y permite curar todas las enfermedades, al contrario del saber de los doctores que, si bien es el fruto de estudios, no permite curar porque no entienden la causa verdadera de las enfermedades.

La manera de cada grupo de legitimarse nos indica, en primer lugar, que la legitimidad es la creencia en la corrección de cualquier cosa (Adams, 1975:92). Por otra parte, no existe un consenso social de la legitimidad. El poder no es necesariamente legítimo y establecido desde una suerte de consenso entre dominantes y dominados (Weber, 1959; Durkheim, 1964; Parsons, 1949), sino que existen conflictos, debidos a las divergencias de intereses (atraer la clientela del otro), pero que no se dan de manera frontal, abierta, porque los dominados creen que es una realidad inevitable y la única posible (Kertzer, 1988:39; Williams, 1977:118). Además, las estrategias de legitimación son bastante exclusivas y operan por vaciamiento del argumento adversario y por ampliación del propio (Landi, 1982:23), o en otras palabras, no sólo invocando sus propios valores, sino descreditando al otro (de la Peña, 1986:42): cada grupo se legitima a uno mismo, deslegitimando al otro grupo. Por otra parte, cada grupo crea sus propias instancias de legitimación (Bourdieu, 1979:256): los doctores se legitiman desde

el poder por medio de lo racional-legal (Weber, 1959:99-185), naturalizando negativamente al saber y a las practicas de las parteras en tanto que "aberración" profesional (en el sentido de lo anormal, de lo que no es la norma; cf. Arditi, 1988 :57); y las parteras, frente a estos juicios de valor por parte de los doctores, naturalizando positivamente su saber y sus prácticas a partir de un discurso del sentido común (tratan de anclarles en un pasado remoto, "desde siempre", y una dimensión sacra y sacralizante, con Dios; cf. ib.:37; Lewellen, 1983:67; Weber, 1959: 99-185). Finalmente, si todo saber está producido por efecto y bajo dominio del poder (de Certeau, 1990:60; Foucault, 1979), existe ahora una "insurrección de los saberes sometidos"(Foucault, 1979:128): las parteras llegan a negar el acuerdo de legitimidad y la mistificación del saber dominante, como una cierta economía del discurso de verdad.

Si retomamos del escenario dos las reflexiones de Manuel acerca de Rosaura ("es una indígena...no es gente blanca... no es gente buena por sus raíces...no tiene aseo... hace cosas que no es facultada de hacer") y las de Rosaura acerca de los doctores ("se mueren de gusto por operar"), vemos que, además de las cuestiones de saber, los doctores se autovalorizan, desvalorizando a las parteras a nivel de sus maneras de atender y de identidad, y las parteras se legitiman deslegitimando a los doctores a nivel de sus maneras de atender.

En los discursos de Rosaura sobre ella misma y las otras parteras en los diferentes escenarios de la vida cotidiana, nos damos cuenta de que existen también, dentro del propio grupo de las parteras, estrategias de autolegitimación exclusiva, mediante la desvalorización del otro en diferentes campos: Rosaura se valoriza a ella misma por su saber (enseñar en el taller, ser como cualquier doctor, saber curar todas las enfermedades) y su asimilación a la categoría blanca (escenario dos), por su clientela numerosa y diversificada (el grande y el chico, el pobre

y el rico, el indio y el blanco, el del campo y el de la ciudad), por su manera de atender (respecto de las costumbres, atender a la madre y al bebé después del parto), por su buen carácter (paciente, valiente, trata bien a todos y siempre esta disponible) (escenario tres y cuatro), y gracias a mí (doctora blanca con buen genio, que viene de Europa, estudia en la universidad y que escogí para aprender con ella;cf.escenario dos, tres, cuatro). Pero desvaloriza a Rosaura de Guapán (escenario dos) por ser una "entreverada" y faltar de ética (supuesto aborto); a Clotilde León y a Dolores de Zhindilig (escenario dos y tres) a partir de su saber (no saber nada, ni componer, ni bañar, ni preparar remedios), su manera de atender (groseras, halan la placenta, despedazan la columna, rompen el útero, siguen poniendo inyecciones), su carácter o comportamiento (perezosas, golosas), su ansia de dinero (honorarios muy elevados) y la brujería; y finalmente a Margarita (escenario cuatro) por ser una indígena y por lo tanto no saber nada.

En cuanto al discurso de Margarita (escenario cuatro), se diferencia del de Rosaura y de los doctores, en la medida que, frente a Rosaura y a mí, se desvaloriza a ella misma, mientras valoriza a las otras parteras a nivel de identidad (blancas); pero, frente a su paciente, se autovaloriza con la presencia de Rosaura y la mía, partera y doctora blancas, compañeras del taller de la jefatura de Azogues.

Estos discursos nos hacen captar que la estrategia-táctica más común de legitimación exclusiva es mediante la autovalorización y la desvalorización del otro, pero que también ocurre que un agente se desvalorize, valorizando al otro. Existe, además, legitimación-deslegitimación tanto entre los dos grupos de agentes de los sistemas de salud, como dentro del mismo grupo, y las estrategias-tácticas de legitimación-deslegitimación se pueden situar

tanto dentro del campo profesional (saber, manera de atender, clientela, honorario), como afuera (Fassin y Fassin, 1988:353), con la utilización de personas como yo, el recurso a la identidad, la moral, el carácter o comportamiento, lo mágico (brujas), lo económico, todos elementos periféricos utilizados para aumentar su propio poder y disminuir el del otro (Foucault, 1988), y transferir el conflicto a otras redes (especialmente con la brujería; cf. Gluckman, 1978). Por otra parte, para legitimarse-deslegitimarse, se recurre más a lo profesional y a la identidad. Finalmente, estas estrategias-tácticas son bastante ambiguas por activarse de manera diferente según la circunstancia y/o el interlocutor: en circunstancias formales, se utilizan más estrategias de tipo profesional, pero en circunstancias cotidianas, más estrategias a nivel de identidad; frente a proveedores y/o pacientes que se asimilan a la misma categoría identitaria, más estrategias de tipo profesional, pero frente a proveedores que se asimilan a categorías identitarias diferentes, más estrategias de identidad.

En la medida que la identidad es aquí uno de los instrumentos más poderosos (hasta el saber, lo veremos, es considerado como factor clave de identidad) para negociar el camino al poder o legitimar sus prerrogativas (Crandon, 1986:463; de Vos, 1979:8; Gow, 1991), abordaré este tema en el párrafo siguiente.

# CAMPO IDENTIDARIO

## *Categorización: los grupos y sus términos étnicos*

**EL DOCTOR MANUEL** en el escenario dos, al igual que los otros doctores si nos referimos a las entrevistas con estos actores del taller, hablan de dos grupos identitarios: el blanco, al que ellos pertenecen, y el indígena o "cholo", en el cual se ubican todas las parteras y todos los campesinos. Rosaura por su parte, en los escenarios dos, tres y cuatro, reconoce la existencia de tres categorías: la blanca, en la cual se ubica a ella misma, a su marido, a las parteras Clotilde y Dolorés, a los doctores a su paciente Blanca y a casi toda la gente de Zhindilig; la indígena, en la cual pone a Margarita y a su yerno, y la entreverada, a la cual liga la partera Rosaura de Guapán; pero considera que sólo las dos primeras son de mayor importancia, en la medida que reagrupan a casi toda la población, al contrario de la tercera que, por la mezcla casi inexistente entre blancos y indígenas, reagrupa a muy poca gente. Además habla de la categoría "chola" que asimila una vez a la entreverada (escenario dos), y otra vez a la indígena (escenario cuatro). Finalmente, si bien se ubica a nivel social dentro de la categoría blanca (escenario dos y cuatro), a nivel profesional, parece identificarse con la categoría indígena, visto que afirma que la base de sus curaciones es un manual hecho por un indígena. En cuanto a Margarita (escenario cuatro), también habla de tres categorías identitarias jerarquizadas: arriba, la blanca o "chola", en la cual ubica a los doctores, a las parteras Rosaura de Zhindilig, Rosaura de Guapán y Clotilde, en la mitad, la "runa", en la cual pone la auxiliar de salud de

Guapán, y abajo, la indígena, a la cual considera que pertenece ella misma, su esposo, sus pacientes que viven en el cerro, y la gente del Cañar en dirección a Biblían, que considera que son más indios que ella.

Si bien la división de los grupos sociales es dual para los doctores y tripartita para las parteras, no obstante todos reconocen la existencia de dos categorías principales bien marcadas y jerarquizadas: la blanca, que representaría al sector dominante, y la indígena, que representaría al sector dominado (Whitten, 1985:41-42), dividido a su turno según el grado de indianidad de sus actores (de Vos, 1978:377). En cuanto a la categoría "entreverada" o "runa", no reconocida por los doctores, las parteras Rosaura y Margarita la ubican en la parte intermedia de la escala social y consideran que es una mezcla de las dos categorías puras, la blanca y la indígena <sup>10</sup>. Estas categorizaciones nos revelan, en primer lugar, que los sectores dominantes tienden a estereotipar lo puro, mientras los dominados recurren a categorías más matizadas. En segundo lugar, que el concepto de mestizaje incluye lo relativamente "no mezclado" o puro (Stutzman, 1981:77). Y en tercer lugar, que la identidad tiene un carácter relacional (Gow, 1991; Jacob, 1986:25) y discriminatorio (Stark, 1981:394, 399; Van den Berghe, 1973), consecuencia de relaciones de fuerza entre los grupos sociales, que busca diferencias tanto afuera como adentro de cada grupo (de Lauretis, 1987).

El hecho de que Rosaura se considere como perteneciente a la categoría blanca, pero no dude en reclamarse de la tradición indígena a nivel profesional, nos revela la posibilidad, y hasta la inevitabilidad, de que los actores convivan con la ambigüedad, con normas contradictorias (Pujadas, 1992:26; Taussig, 1992; de Lauretis, 1987), pero también la posesión de una conciencia étnica múltiple que se negocia situacionalmente (Crespi, 1975; Gow, 1991),

y la posibilidad de situarse, dentro de las posibilidades ofrecidas por la sociedad, simultáneamente en más de una posición (Crandon, 1986:463; Juliano, 1990:6), o de elegir y cambiar de manera fluida su pertenencia atravesando límites étnicos que redefinen relacional, situacionalmente (Barth, 1976).

El hecho de que Rosaura se sitúe dentro de la categoría blanca, pero que sea situada por los doctores dentro de la categoría indígena, hace entender la diferencia que existe entre la auto y la hetero-identificación (da Cunha, 1987:118; Masson, 1983:109; Schroeder, 1984:35; Stark, 1981:395), lo que implica que la identidad personal de los actores no coincide siempre con su identidad social (Izko, 1993:33).

Finalmente, si miramos el término étnico "cholo" y su utilización por los diferentes actores, vemos que tiene un carácter totalmente subjetivo y relacional (depende del estatuto personal del que habla; cf. Stark, 1981:394; Van den Berghe, 1973:8,16), y posee una clara ambigüedad por la falta de acuerdo a nivel de su significado (ib.:5), al igual que otros términos étnicos como "runa" (Fock, 1981:409,413,418; Stutzman, 1981:81). Aquí sirve para designar a distintos grupos identitarios (ib.:11), y es utilizado tanto por parte de los que se consideran indígenas para diferenciarse de los blancos y "entreverados", como por parte de los que se consideran blancos para tipificar a los indígenas. Así, en nuestro caso, este término no se utiliza para referir con fin despreciativa a un grupo intermediario de indígenas "deculturados" en proceso de "blanqueamiento", como generalmente se pretende (Fock, 1981:405,411; Ibarra, 1992; Lewellen, 1983:108; Quijano, 1980; Stutzman, 1981:49-50; Van den Berghe, 1973:7; Whitten, 1985:42-43).

## *Factores: multiplicidad y prioridades*

EN LOS ESCENARIOS uno y dos, los doctores tratan a las parteras de indígenas por venir del campo, ser campesinas, ponerse polleras, vivir junto con los animales, tener un comportamiento receloso y humilde, y por ser ignorantes, en el sentido de no tener conocimientos científicos. Esto vale para todas las parteras sin excepción, y por lo tanto también para la partera Clotilde que es un caso límite, visto que, si bien tiene un origen campesino, no posee diploma y se comporta de manera recelosa, vive en la ciudad, se viste con ropa occidental y posee ciertos conocimientos científicos por haber aprendido con doctores del hospital de Azogues. En cuanto a las parteras Rosaura y Margarita en los escenarios dos, tres y cuatro, no coinciden sobre todos los factores de diferenciación entre blancos, entreverados y indígenas: las dos suscriben la importancia primordial del apellido de la persona, alto, mediano -"más o menos"- según Margarita o bajo; del lugar de residencia en las partes altas o bajas del campo, y del saber, relacionado con la inteligencia para Rosaura, y con el alfabetismo o analfabetismo para Margarita. Pero sólo Rosaura rechaza explícitamente el factor racial -el color de la piel-, y considera la relación del apellido con la calidad de la sangre -buena si es española, mala si no lo es-, y la manera de practicar la religión católica; la comida: los blancos comen mejor, los indígenas sólo comen un poco de "machica" (la cebada); el carácter: el blanco se lleva bien con el chico y el grande (escenario cuatro), el entreverado es vivísimo, presumido, creído (escenario dos), el indígena no es sociable, "geniable" (buen genio), tiene vergüenza, pero trata bien al cristiano blanco (escenario cuatro); el tipo de trabajo: el blanco entra en cualquier trabajo, el indígena sólo trabaja en el monte, picoteando y



deshierbando por tener una fuerza brutal pero tener menos inteligencia; el habla: el blanco habla perfectamente, el indígena no pronuncia bien; la ropa: los hombres indígenas se ponen fajas y las mujeres indígenas se hacen cola y tienen sombrero de paño, en vez de trenzas y sombrero de paja como las "buenas cristianas"; y la casa: las de los indígenas son mejores, más pintadas y con más instrumentos eléctricos. Sólo Margarita apunta la importancia de la alfabetización (escenario cuatro).

Entonces, tenemos factores múltiples de categorización de la identidad, que difieren en parte según el tipo de interlocutores (Stutzman, 1981:78-79): el lugar de residencia, la educación, el carácter, el tipo de trabajo y la ropa tanto para los doctores como las parteras, además el apellido, la sangre, la religión, la casa y el habla para las parteras <sup>11</sup>.

Lo interesante de estos criterios es que demuestran como pueden ser utilizados o activados de manera diferencial los factores generalmente avanzados en la literatura para definir y clasificar a los grupos étnicos (raza y religión, cultura y lengua, y clase; Van den Berghe, 1973:6). Aquí no parece tener mucha importancia el factor racial, en la medida en que Elías, a pesar de ser morenito, es considerado blanco por su mujer Rosaura y la gente de Zhindilig, y que Rosaura, a pesar de ser blanca de piel y con ojos claros, es identificada como indígena por los doctores.

Además, si bien los factores religiosos, culturales, lingüísticos y de clase, tienen un cierto peso, es necesario darse cuenta que pueden tener un significado diferente según el tipo de interlocutor -dominantes-dominados- y no son siempre diferencias tajantes como se las presenta a menudo en la literatura (por ejemplo, de Vos, 1978:368-369; Jackson, 1989:369). Así, para las parteras, la religión no tiene que ver con la dicotomía catolicismo/protestantismo

(Crandon, 1986:20; da Cunha, 1987:116), sino con la buena o mala manera de practicar el catolicismo, es decir en última instancia el grado de "civilización" (Stutzman, 1981:82); la ropa, no con lo occidental versus lo tradicional (Lewellen, 1983:108; Quijano, 1980:64; Schroeder, 1983:35; Stark, 1981:395), sino con diferencias en el traje tradicional: peinado, sombrero, cinturón; la comida, no con su grado de delicadeza o civilización, sino con el uso de uno u otro grano en la comida diaria -la "machica"- y el hecho de brindar a la partera después del parto o del baño un cuy en vez de caldo de gallina; la casa, no con el material o las técnicas de construcción (de Vos, 1978:100), es decir, casas modernas con cemento o ladrillo versus casas tradicionales en tierra, sino con el tipo de acabado -pintura- y de lujo -posesión de aparatos eléctricos- en la habitación de bareque; el habla, no con el castellano y un idioma indígena (Bourricaud, 1975:354; Lewellen, 1983:108; Quijano, 1980:64; Schroeder, 1984:35; Stark, 1981:395), sino con la buena o mala manera de pronunciar el castellano; y el trabajo, no con el de campesinos y el de obreros o capitalistas (Bourricaud, 1975:354; Ibarra, 1992:30; Mac All, 1990; Quijano, 1980:64; Schroeder, 1984:84), sino con diferentes especializaciones laborales dentro del trabajo de campo mismo.

Finalmente, si estos factores religiosos, culturales, lingüísticos y de clase son tomados en cuenta para clasificar a los grupos, no son primordiales en nuestro caso, ni para los doctores, como lo demuestra el caso de la Clotilde, ni para las parteras, si miramos la recurrencia de los criterios de Rosaura y Margarita para clasificar a los doctores, la auxiliar de salud de Guapán y las otras parteras. De hecho, los factores identitarios no tienen igual peso; existen prioridades, y estas prioridades son en parte diferentes y tienen un significado también distinto según el grupo al cual pertenece el que habla (de Vos, 1978:17; Schroeder, 1984:35). Así, los

factores más importantes serían aquí ante todo, para las parteras, el apellido -o la ascendencia (de Vos, 1978:370)-, que revela si uno posee o no sangre española; pero para los doctores y las parteras a la vez, cuenta ante todo el saber (Gow, 1991:229-251), que significa aprendizaje formal y posesión de un diploma científico para los primeros, y alfabetismo, don de Dios y conocimiento de la cosmovisión indígena (causas de las enfermedades) y de los remedios en base a plantas (baños, aguitas) para las segundas. Viene después el lugar de residencia, relacionado con la dicotomía campo-ciudad para los doctores y con la de arriba-abajo dentro del campo mismo para las parteras; en tercer lugar, el comportamiento, que tiene que ver con el contraste entre seguridad y condescendencia, versus humildad y recelo para los doctores, y con el buen o mal carácter para las parteras <sup>12</sup>.

Esta cuestión de carácter puede hacer pensar que existe a veces, por lo menos por parte de las parteras, una transposición de categorías individuales o personales a categorías étnicas: el buen carácter para los blancos, y el mal carácter para los "entreverados" e indígenas. Ilustraría este proceso el discurso de Rosaura sobre dos parteras, la "entreverada", Rosaura de Guapán -"no se lleva con nadie, es creída, presumida como todos los entreverados" (escenario dos)-, y la indígena, Margarita Minchala -"es una linda persona, trata bien al cristiano blanco, como todos los indiecitos" (escenario cuatro)-, y también su discurso sobre el doctor Manuel y sobre mí -linda gente, buen genio, conversones, alajas... (escenario dos, tres). Pero no es siempre el caso. Las categorías individuales poseen a menudo bases distintas de las de la identidad colectiva (Tap, 1980), como lo refleja el discurso de Rosaura sobre dos parteras blancas, Clotilde León y Dolores Siguenza, que considera groseras, perezosas (escenario cuatro), y además, para la Clotilde, tipificada como "creída", visto que "se hace la especial"

(escenario dos).

Pero volvamos de nuevo al caso de la partera Clotilde, rechazada tanto por los doctores como por las parteras, porque, para los primeros, si bien incorporó algún elemento considerado típico del saber de los blancos a través de su aprendizaje en el hospital de Azogues, no tiene diploma; y para las segundas, si bien incorporó algún elemento considerado típico del saber de los indígenas, o sea algunas recetas en base a plantas, no conoce la cosmovisión indígena. Este caso ilustra el riesgo que corre una persona al incorporar factores identitarios de varios grupos sin especializarse.

La multiplicidad de los factores identitarios que, como hemos visto, pueden ser creados, recreados, activados de manera diferente por cada actor o grupo de actores según la circunstancia y/o el interlocutor, nos demuestra claramente que la identidad no es algo que se adquiere y se posee de una vez por todas, sino algo activo que se busca, genera, negocia, construye situacionalmente y de manera permanente en los discursos y las prácticas cotidianas (Amselle, 1992:10; Barbachano, 1986:600; Crandon, 1986:463; Gow, 1991; Jackson, 1989:39; Masson, 1983:103,109), a partir de la confrontación social (Juliano, 1990:4), en un ritmo sin fin de conflictos y acomodaciones entre y dentro de los grupos (de Vos, 1978:6). La identidad vincula lo personal (motivaciones) con lo social (fines), y permite conexiones y separaciones, cambios y continuidad (Friedman, 1992).

## *Representaciones - identificaciones de las parteras y de los doctores: discursos hegemónicos y contra-hegemónicos*

CUANDO EL DOCTOR MANUEL, resumiendo el pensamiento de la mayoría de los doctores, dice de las parteras que son todas "indígenas, campesinas, autóctonas brutas que se visten con polleras y viven junto a los animales, no tienen aseo, ni conocimiento de enfermería, no son racionales ni científicas como los blancos, no saben ni entienden nada, pero son necesarias porque ayudan a la gente pobre del campo que comparte con ellas una cultura tradicional" (escenario dos), aparecen claramente varios discursos hegemónicos.

El primero, y el más preponderante a mi juicio, es el discurso científico-no científico, que va de par con los discursos moderno-tradicional, progreso-atraso, civilizado-primitivo, avanzado-atrasado, culto-inculto y desarrollado-subdesarrollado. Todos estos discursos que quieren diferenciar, distanciar y crear la alteridad (Sider, 1987:11-13) y buscan al otro sólo en sus propios términos (Fienup-Riordan, 1987:137), demuestran la sobrevivencia de la teoría evolucionista de la humanidad sobre la inferioridad, la naturalización y el atraso o la marginalización de toda la gente que no es blanca, occidental o occidentalizada, de toda la gente que está en la periferia salvaje del mundo civilizado (Corbey, 1988:75; Poole, 1988; Stutzman, 1981:79; Taussig, 1986:93-126; Whitten, 1985: 39-42). Además, esta imagen estereotipada de las parteras como perteneciendo a lo tradicional, lo indígena, lo autóctono, ilustra el "paradigma del salvataje" (Clifford, 1988:121) que trata de rescatar la autenticidad del cambio histórico-destructivo con una mirada de las culturas primitivas como estáticas, fuera

del tiempo y moviéndose en un pasado inalterado.

Otro discurso también muy explícito es el de campo-ciudad: los doctores - todos viven en la ciudad - sólo localizan a las parteras en el campo y reducen su papel al campo, a pesar de que esto no represente la realidad, en la medida en que hay parteras que viven en la ciudad (por ejemplo Clotilde) y/o tienen una clientela tanto en el campo como en la ciudad (por ejemplo Rosaura de Zhindilig).

Finalmente, otros dos discursos aparecen en las palabras del doctor Manuel: el discurso de clase, visto que los doctores consideran que las parteras vienen de una clase socio-económica baja y tienen una clientela de la misma clase, y el discurso étnico, porque ven a las parteras como indígenas que sólo pueden atender a campesinas indígenas, visto que comparten la misma cultura compuesta de magia, brujería y supersticiones (esta idea está implícita en la palabra "no racional").

Cuando Margarita dice "los doctores saben más que yo porque han estudiado...No sabemos si somos muy indiecitos....Sí, somos indiecitos mismos, porque tenemos un apellido bajo, porque no sabemos leer y vivimos más arriba" (escenario cuatro), se desvaloriza a ella misma de manera doble en los propios términos de los doctores: como partera, empírica e inferior a los doctores científicos, y como indígena ignorante, del cerro, que vale menos que los blancos alfabetos de la ciudad (o por lo menos del campo, pero de abajo). Estas desvalorizaciones nos revelan la fuerza del discurso hegemónico convertido en sentido común, que impide a los indígenas por razones de dominación no sólo auto-representarse, autodefinirse (Poole, 1988), sino también desarrollar una definición de sí mismos fuera del espacio semiológico y material controlado por los grupos dominantes (Jacob, 1986:205). Podríamos

pensar que esta interiorización del pensamiento dominante se da sólo en personas que se representan como indígenas, pero se da también en personas que se consideran blancas, si escuchamos lo que dice Rosaura de ella misma y de los indígenas: "Soy blanca, española, buena cristiana y de sangre real y limpia" (escenario dos), "los indígenas son naturales...tienen una fuerza brutal" (escenario cuatro). Rosaura claramente se reapropia de los factores dominantes para construir con ellos su propia identidad (Amselle, ?:12), y naturaliza, al igual que los doctores, al indígena.

Además, cuando Rosaura afirma que su saber viene de Dios, podemos ver la fuerza de otro discurso hegemónico convertido en sentido común, que si bien no había aparecido en el testimonio de Manuel, debe ser muy importante: el discurso misionero que controla de manera difusa el significado cotidiano y engendra una nueva percepción del mundo y del lugar del actor en este mundo (Comaroff, 1985:15).

Pero, por otro lado, cuando Rosaura se refiere a Dios como al origen de su saber de partera y curandera, parece que ha reinterpretado la figura de Dios, dándole el significado nuevo de figura shamánica poderosa, de héroe cultural (Hugh-Jones, 1988:145). Y cuando Rosaura y Margarita critican el saber de los médicos por ser incompleto -no saben bañar (Margarita), no saben las causas de las enfermedades (Rosaura)-, es para valorizarse a ellas mismas, presentándose como superiores de alguna manera a los doctores blancos. De la misma manera, el hecho de que Rosaura y Margarita otorguen a los contenidos de los factores de identidad generalmente aceptados por los dominantes, no diferencias tajantes sino sólo de grado, constituye un intento de redefinir y relacionar las categorías con el fin de que no aparezcan tan contrapuestas (Comaroff, 1987), para reducir las distancias entre los dos grupos

étnicos mayoritarios y permitir una identificación más fácil con el grupo de los blancos, cuando lo quieren o lo necesitan. Estas tres representaciones de las parteras indican la posibilidad de los sectores minoritarios de también construir repuestas varias y complejas, cuando lo permite la coyuntura política, para una comprensión y auto-definición cultural (Stern, 1991:23-24), para resistir y producir contra-sentidos (Crandon, 1986:463; Jacob, 1986:206).

Así, las representaciones del otro son construcciones culturales dialógicas, dinámicas, continuas, complejas, que demuestran a la vez la fuerza del discurso hegemónico convertido en sentido común y la capacidad de los sectores dominados de ser sujetos activos en un combate a la vez político y cultural mediante el redesplice de proyectos y relaciones hegemónicas en un marco de comprensión propio.

## NOTAS

1. El poder intercursiva significa que, a pesar de que exista asimetría en cualquier relación de poder, los actores siempre alternan los papeles de dominado y dominante a lo largo de su interacción, según la esfera de conducta y la situación particular (Wrong, 1980:10).
2. La forma "capilar" del poder es el proceso por el cual el poder se mete en la misma piel de los actores, invadiendo sus gestos, sus actitudes, sus discursos, sus experiencias, su vida cotidiana (Foucault, 1979).
3. Esta amenaza se concretiza rara vez en la vida cotidiana, porque no existen agentes específicos encargados de controlar a los agentes de salud informales, y también porque existe una aceptación tácita de las prácticas de las parteras y curanderos por parte del orden dominante.
4. Las unidades formales se caracterizan por la autoridad centralizada con fuente de poder independiente del poder colectivo de los miembros. Las unidades informales se caracterizan por tener actividad coordinada, pero la coordinación es enteramente dependiente del poder colectivo independientemente de los miembros individuales (esté o no el poder centralizado). Las unidades fragmentadas se caracterizan por no tener actividad coordinada; simplemente despliegan alguna acción colectiva (Adams, 1975:22).
5. Las unidades de identidad reconocen el tener algún origen común y retienen algún conjunto de actividades adaptativas, tales como lenguaje, rituales, símbolos sagrados. Pueden estar compuestas por unidades formales e informales (Adams, 1975:124-125).
6. El poder es asignado, si el receptor es único, y recibe algún poder particular que cada miembro de un grupo de otorgadores tiene para dar. El poder es delegado, si el receptor es uno de varios que reciben poder del otorgador (Adams,



7. Un dominio es cualquier conjunto relacional en el que hay dos o más actores de poder relativo, desigual el uno con respecto al otro. Un dominio complejo es cualquier dominio de más de dos niveles. En un dominio unitario, sólo existe un superior inmediato para cualquier subordinado. En un dominio múltiple, hay accesos múltiples del subordinado al superior (Adams, 1975:104).

8. Los elementos "residuales" son los elementos formados en el pasado, pero todavía muy activos en el presente (Williams, 1977:123).

9. Por "tradición emergente" se entiende que nuevos significados y valores, nuevas prácticas, nuevas relaciones y tipos de relaciones son continuamente creados (Williams, 1977:123).

10. El uso de una clasificación bipartita (blanca-indígena) por parte del grupo de los dominantes y tripartita (blanca-indígena-mestiza) por parte del grupo de los dominados, pero con el reconocimiento de dos grupos étnicos principales y jerarquizados (en este caso, el mestizo y el blanco), parece darse en otras partes del Cañar (Juncal; cf. Fock, 1981:405, 410).

11. En la sierra ecuatoriana norte (Imbabura y Carchi), los factores utilizados para autoidentificarse e identificar a los otros a nivel étnico tienen que ver principalmente con el apellido, la historia residencial, los rasgos físicos, la ocupación y también algunas características morales, emocionales, motivacionales, intelectuales y espirituales, según Stutzman (1981:59-78), y con la ropa, el lenguaje y la educación, según Stark (1981:395).

12. En la Sierra ecuatoriana norte (Cotacachi en Imbabura), el factor comportamiento es íntimamente ligado al factor saber o "buena educación", y se basa sobre las cualidades personales de generosidad y amabilidad, la elegancia de la ropa y de la casa, las maneras refinadas, el habla no-dialéctico y el acceso a la vida pública nacional y social (Stark, 1981:396).

**ANALIZE** a lo largo de este ensayo la articulación de los sistemas de salud formales e informales a nivel político. En base a varias arenas (escenarios), he mirado los juegos de poder entre los diferentes agentes (parteras, auxiliares, obstétricas y médicos) que entran en competición para la atención del embarazo, parto y posparto, con el fin de ilustrar cómo la medicina es el recurso primario para obtener recursos secundarios (políticos, económicos y sociales; cf.Crandon, 1991:11).

Dentro de este juego recíproco, hay desigualdades y asimetrías desde el principio. Además de ser formalmente ilegales, las parteras en algunas circunstancias sufren de "violencia simbólica" (Bourdieu) por parte de los "doctores" -como llaman las parteras a todos los agentes del sistema de salud formal-, cuando aplican los criterios dominantes de evaluación de sus propias prácticas (por ejemplo, en eventos oficiales o más formales) y reconocen la legitimidad del capital simbólico dominante, pero desconociendo su carácter de arbitrario e impuesto. No obstante, en otros momentos, las parteras luchan y resisten (Foucault) a las estrategias de los doctores (como la organización de un taller de capacitación a parteras), mediante tácticas sutiles e invisibles (como la autoexclusión), para poder aprovechar un espacio que no es propio (de Certeau) y evitar el choque frontal.

Las apropiaciones de una parte del capital simbólico del otro hacen también parte de las estrategias de los doctores y de las tácticas de las parteras: son a la vez materiales y simbólicas, selectivas (sólo elementos externos), acumulativas y funcionales (para asegurar un

beneficio propio de distinción y legitimación frente a la clientela y a los otros proveedores de salud). Las parteras realizan estas apropiaciones con "maneras de hacer" tan ambiguas (subversión desde adentro), que llegan de alguna manera a reapropiarse del orden y espacio dominante (de Certeau).

Para atraer más clientela y valorizar su saber y sus prácticas, el grupo de las parteras y el de los doctores tratan de legitimarse de manera bastante excluyente, mediante la autovalorización y la desvalorización del otro, dentro y fuera de su grupo. Cada grupo crea sus propias instancias de legitimación: por medio de lo racional-legal, para los doctores, y a partir de un discurso del sentido común (pasado remoto y origen divino) que niega el acuerdo de legitimidad y la mistificación del saber dominante, para las parteras. Las estrategias-tácticas de legitimación, bastante ambiguas por ser diferentes según la circunstancia y/o el interlocutor, utilizan tanto el campo profesional (saber, manera de atender, clientela, honorario), como otros referentes (identidad, moral, comportamiento, lo mágico, lo económico, elementos periféricos como yo). El referente más recurrente es la identidad.

A nivel de identidad, la categorización es dual para los doctores y tripartita para las parteras, pero todos reconocen la existencia de dos categorías principales puras y jerarquizadas: arriba, la blanca; abajo, la indígena. La identidad tiene un carácter relacional, contrastante y discriminatorio, consecuencia de las relaciones de fuerza entre los grupos sociales. Los actores tienen conciencia étnica múltiple y viven con la ambigüedad. Por otra parte, la identidad personal (auto-identificación) no coincide siempre con la identidad social (hetero-identificación). Términos étnicos como "cholo" o "runa" son totalmente subjetivos, relacionales y ambiguos por falta de acuerdo a nivel de su significado.

Existen factores identitarios múltiples que son priorizados de manera diferente y tienen un significado diferente según el tipo de interlocutores. Los factores más importantes son, para las parteras, el apellido, y para los doctores y parteras, el saber, el lugar de residencia y el comportamiento. Incorporar factores identitarios de varios grupos sin especializarse implica un riesgo de rechazo. La identidad es algo activo que se construye y negocia situacionalmente y de manera permanente en los discursos y las prácticas cotidianas, a partir de la confrontación social. Por otra parte, las representaciones identitarias de los doctores y de las parteras de ellos mismos y de los otros revelan la fuerza del discurso hegemónico convertido en sentido común, pero también la capacidad de los sectores dominados de resistir y producir contra-sentidos.

El hecho de que los agentes de salud informal, frente a políticas estatales muy ambiguas (a la vez cierran y abren a las parteras la posibilidad de entrar en su sistema de salud y tener acceso a su capital simbólico), sean a la vez actores pasivos, objetos de las acciones de los otros, y activos, conscientes de sus acciones y capaces de manejar la ambivalencia, nos lleva a jugar a lo largo de este ensayo con las dos grandes matrices del poder: una, compuesta de bloques perfectamente estructurados e identificados de una vez por todas (dominantes-dominados), y la otra, más difusa, informal, perspectivista y "holográfica" (Friedrich, 1986).

En este juego simultáneo, las dos teorías son en cierto modo redefinidas, teniendo en cuenta que fueron elaboradas para sociedades en las que la competición es orientada hacia una mayor socialización de una cultura única, mientras que aquí estamos en una situación interétnica e intercultural, donde se maneja de manera continua la ambigüedad (Miller, 1975:477).

Espero haber contribuido, de esta manera, a iluminar la naturaleza de las interacciones entre los diversos actores y escenarios, algo que cuento seguir profundizando en trabajos futuros.

- ADAMS, Richard N.  
1975 **Energy and Structure: A Theory of Social Power**. Austin, U.of Texas Press.
- ALBO, Xavier  
1989 **Para comprender las culturas rurales en Bolivia**. La paz: serie Bolivia Pluricultural y bilingue.
- AMSELLE, Jean-Loup  
1986 **Logiques métisses. Anthropologie de l'identité en Afrique et ailleurs**. Paris: Bibliothèque scientifique Payot.
- ARDITI, Benjamin  
1988 "El circuito norma-diferencia y los micropoderes", **Revista del consejo latinoamericano de ciencias sociales**, año xviii, 53 (agosto-septiembre):56-62.
- BAILEY, Frederick G.  
1969 **Stratagems and Spoils: A Social Anthropology**. New York, Schocken Books.
- BALLADELLI, Pier Paolo  
1990 **Entre lo magico y lo natural. La medicina indígena. Testimonios de Pesillo**. Quito: ed. Abya-Yala.
- BARAHONA, Claudia  
1982 "La soba del cuy". En CAAP (ed.), **Politica de salud y comunidad andina**, Cuadernos de discusión popular, 5: 141-154.
- BARBACHANO, Fernando  
1986 "Los conceptos de identidad y etnicidad", **América Indígena**, XLVI, 4, octubre-diciembre:597-618.
- BARTH, Fredrik  
1976 **Los grupos étnicos y sus fronteras**. México: Fondo de Cultura Económica.
- BASTIEN, Joseph W. y DONAHUE, John M.  
1981 **Health in the Andes**. Washington: American Anthropological Association.
- BASTIEN, Joseph W.  
1988 "Shamán contra enfermero en los Andes Bolivianos", **Allpanchis**, Instituto Pastoral Andino, Cuzco, 20 (31).
- BEHAR, Ruth  
1991 "Death and Memory: From Santa María del Monte to Miami Beach", **Cultural Anthropology**, 6 (3):346-384.  
1992 "The body in the woman, the story in the woman: A book review and personal essay". En Laurence Goldstein (ed.), **The Female body: Figures, Styles, Speculations**. Ann Harbor: University of Michigan press: 267-286.
- BOURDIEU, Pierre  
1979 **La distinction: Critique sociale du jugement**. Paris: Editions de Minuit.  
1980 **Le sens pratique**. Paris: Editions de Minuit.  
1988 **Cosas dichas**. Barcelona: ed. Gedisa.  
1992 **Réponses. Pour une anthropologie réflexive**. Série Libre Examen. Paris: ed. du Seuil.
- BOURRICAUD, François  
1975 "Indian, Mestizo, and Cholo as symbols in the Peruvian System of Stratification". En N.Glazer y D.P.Moynihan (ed), **Ethnicity, theory and experience**. Cambridge: Harvard University Press.
- BRAVO, Barrientos  
1990 **Las parteras rurales en Méjico**. Méjico: ed. Jorge Martinez Manautou.
- CANCLINI Nestor G.  
1986 **Ideología y Cultura**. Cursos y conferencia de la universidad de Buenos Aires.

- CLIFFORD, James  
1988 **The predicament of culture**. Cambridge: Harvard University Press.
- COHEN, Carl  
1991 "How not to argue about abortion". En Laurence Goldstein (ed.), **The female body: Figures, styles, speculations**. Ann Harbor: University of Michigan Press: 52-67.
- COMAROFF, Jean y COMAROFF, John  
1985 "Christianity and colonialism in South Africa", **American Ethnologist**, 13 (1):1-22.  
1987 "On totemism and ethnicity: Consciousness, practice and the signs of inequality", **Ethnos**, 52, 3-4:310-323.
- COMINSKY, Sheila  
1977 "El papel de la comadrona en mesoamérica", **América Indígena**, XXXVII,2 :305-335.
- CORBEY, Raymond  
1988 "Alterity: The colonial Nude", **Critique of Anthropology**, 8, (3):75-92
- MAC CORMACK, C. P.  
1981 "Health Care and the Concept of Legitimacy", **Soc. Sc. Med.**, 15b: 423-428.
- CRANDON-MALAMUD, Libbet  
1986 "Medical Dialogue and the Political Economy of Medical Pluralism: A case from rural highland Bolivia", **American Ethnologist**, 13 (3): 463-476.  
1991 **From the Fat of our Souls: Social Change, Political Process, and Medical Pluralism in Bolivia**. Berkeley: University of California Press.
- CRESPI, Muriel  
1975 "When Indios become Cholos: Some consequences of the changing ecuadorian hacienda". En J. Bennett (ed.). **The New ethnicity**. St. Paul: West Publishing Co.:148-166.
- da CUNHA, Manuela Carneiro  
1987 **Antropologia do Brasil: Mito, Historia, Etnicidade**. Sao Paulo: ed.Brasiliense.
- de CERTEAU, Michel  
1990 **L'invention du quotidien. 1. Arts de faire**. Paris, Gallimard (Folio, Essais).
- DEGREGORI, Carlos I.  
1990-91 "A dwarf Star", **NACLA report on the Americas**, 24 (4): 10-16.
- de LA PENA, Guillermo  
1986 "La antropología sociocultural y el estudio del poder". En Manuel Villa Aguilera (ed.), **Poder y dominación. Perspectivas antropológicas**, Caracas: Urshslac-el colegio de México.
- de LAURETIS, Teresa  
1987 **The Technology of Gender: Essays on Theory, Film and Fiction**. Bloomington: Indiana University Press.
- de VOS, George y ROMANUCCI-ROSS, Lola  
1978 **Ethnic Identity. Cultural Continuities and Change**. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- DURKHEIM, Emile  
1964 **Rules of sociological method**. New York: Routledge.
- EFFRAT, Marcia P.  
1974 "Approaches to community: Conflicts and complementarities". En M.P.Effrat (ed.), **The community: Approaches and applications**. New York: The Free Press, Macmillan: 1-32.
- ESTRELLA, Eduardo  
1978 **La práctica médica aborígen de la sierra ecuatoriana**. Quito: ed. Epoca.  
1980 **Medicina y estructura socio-económica**. Quito: ed. Belen.
- FASSIN, Didier y FASSIN, Eric  
1988 "Traditional Medicine and the Stakes of Legitimation in Senegal", **Soc. Sc. Med.**, 27, 4: 353-57.
- FASSIN, Didier  
1992a **Antropología y salud en comunidades indígenas. Manual de capacitación para promotores campesinos de salud**. Quito: Abya-Yala.  
1992b **Pouvoir et maladie en Afrique**. Paris: Presses universitaires de France.
- FERNANDEZ, James

- 1986 **Persuasions and Performances. The play of tropes in culture.** Bloomington: Indiana Univ. Press.
- FIENUP-RIORDAN, Ann  
1987 "Robert Redford, Apannugpak and the invention of tradition", **Inuit Studies**, 11, 1.
- FOCK, Niels  
1981 "Ethnicity and alternative identification: An example from Cañar". En Norman E. Whitten (ed.), **Cultural transformations and ethnicity in modern Ecuador.** Urbana, Chicago, London: Univ. of Illinois Press: 402-419.
- FOUCAULT, Michel  
1979 **Microfísica del poder.** Barcelona: ed. La Piqueta.  
1988 "El sujeto y el poder", **Revista Mexicana de Sociología**, 3:3-20.
- FRANK, Gelya  
1979 "Finding the common denominator: A phenomenological critique of life history", **Ethos**, V, (7):69-94.
- FREEMAN, James M. y KRANTZ, David L.  
1979 "The unfulfilled promise of life history", **Biography**, 3:1-12.
- FRIEDMAN, Jonathan  
1992 "Narcissism, Roots and Postmodernity". En S.Lash y J.Friedman (ed.), **Modernity and Identity.** Oxford: Blackwell.
- FRIEDRICH, Paul  
1986 **The princess of Naranja.** Austin: Univ.of Texas Press.
- GALO, Ramón  
1982 "Sistema de salud comunitario y poder popular". En CAAP (ed.), **Política de salud y comunidad andina**, Cuadernos de discusión popular, 5: 198-307.
- GEERTZ, Clifford  
1973 **The Interpretation of culture.** New York: Basic Books.
- GIDDENS, Anthony  
1976 **New Rules of Sociological Method: A positive critique of interpretative sociologies.** London: Hutchinson.
- GINSBURG, Faye  
1989 **Contested lives: The abortion debate in an american community.** Berkeley: U. of California press.
- GLUCKMAN, Max  
1978 **Política, Derecho y Ritual en la Sociedad Tribal.** Madrid: ed. Akal.
- GOW, Peter  
1991 **Of Mixed Blood: Kinship and history in peruvian amazonía.** Oxford: Clarendon Press.
- GREEN, Linda B.  
1989 "Consensus and Coercion: Primary health care and the Guatemala State", **Medical Anthropology Quarterly** (n.s), 3:246-257.
- GUERRERO, Andrés  
1991 **La semántica de la Dominación.** Quito: Libri Mundi.
- GUSFIELD, Joseph R.  
1975 **Community: A critical Response.** New York: Harper and Row, Publishers, Inc. Effrat.
- HARAM, Liv  
1991 "Tsana medicine in interaction with biomedicine", **Soc. Sc. Med.**, 23, 2:167-175.
- HARVEY, Penelope  
1987 **Language and the Power of History.** Tesis of P.H.D. of London School of economics.
- HERMIDA, Enrique  
1991 "El parto en América prehispanica", **Panorama Médico** (Ecuador), noviembre.
- HUGH-JONES, Stephen  
1988 "The Gun and the Bow: Myths of White men and Indians", **L'homme**, XXVIII, (2-3).
- IBARRA, Francisco M.  
1990 **Nuestra experiencia en Salud.** Piura: CIPCA (centro de investigación y promoción del campesinado).
- IZKO, Javier  
1993 "Identidad, violencia en los Andes ecuatorianos". En J. Echeverría y A. Menendez-Carrión (ed.),



**Violencia estructural en el Ecuador** (en prensa).

- JACKSON, Jean  
1989 "Is there a way to talk about making culture without making enemies?", **Dialectical Anthropology**, 14: 127-143.
- JANZEN, John M.  
1978 **The quest for therapy. Medical pluralism in Lower Zaire**. Berkeley, Los Angeles, London: U. of California Press.
- JACOB, Jean-Pierre  
1986 "Producción de la identidad y poder en el Perú". En Briggs, Llanque Chana, Platt..., **Identidades andinas y lógicas del campesinado**. Ginebra: Mosca Azul Ed.
- JORDAN, Brigitte  
1989 "Cosmopolitical obstetrics: Some insights from the training of traditional midwives", **Soc. Sc. Med.**, 28 (9): 925-944.  
1993 **Birth in four cultures. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States**. Illinois: Waveland Press.
- JULIANO, Dolorés  
1990 "Estrategias de elaboración de identidad", **Revista de Reflexión, Información, Debate** de Barcelona, 12 (febrero-marzo): 4-8.
- KERTZER, David I.  
1988 **Ritual, Politics and Power**. New Haven and London: Yale U. Press.
- KLEINMAN, Arthur  
1978 "Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems", **Soc. Sc. Med.**, 12: 86-90.
- KLEYMEYER, Charles D.  
1973 **Dominación y Defensa en la sierra sur del Perú**. Lima: CISE.
- KUNTNER, Lislotte  
1990 **La participación natural de la mujer durante el parto**. Suiza (mimeo).
- LANDI, Oscar  
1982 **Comunicación, Cultura y Proceso político**. Buenos Aires: CEDES.
- LEWELLEN, Ted C.  
1983 **Political Anthropology. An introduction**. Massachussets: Bergin and Garvey.
- LIMON, José  
1991 "Representation, Ethnicity, and the precursory Ethnography: Notes of a native anthropologist". En Fox Richard (ed.), **Recapturing Anthropology: Working in the present**. Santa Fe, New Mexico: School of American Research Press: 115-135.
- MAC ALL, Christopher  
1990 **Class, Ethnicity and Social Inequality**. Montreal: Mc Gill-Queen University Press.
- MARTIN, Emily  
1987 **The women in the body: A cultural analysis of reproduction**. Boston: Beacon Press.
- MASSON, Peter  
1983 "Aspectos de cognición y enculturación en el habla interétnica: Términos de referencia y tratamiento interétnicos en Saraguro, Ecuador", **Ibero-Amerikanisches Archiv**, Jahrgang 9: 73-123.
- MENENDEZ, Eduardo L.  
1990 **Poder, Estratificación y Salud. Análisis de las condiciones sociales de la enfermedad en Yucatan**. Méjico: ed. de la Casa Chata.
- MILLER, Elmer S.  
1975 "Shamans, Power Symbols, and Change in Argentine Toba culture", **Américan ethnologist**, 2. 3 (agosto): 477-496.
- MORGAN, Lynn  
1989 ""Political will" and Community Participation en Costa Rican Primary Health Care", **Medical Anthropology Quarterly** (n.s), 3:232-245.
- MUNOZ-BERNAND, Carmen  
1986 **Enfermedad, Daño e Ideología**. Quito: Abya-Yala.

- MYERHOFF, Barbara  
1980 "Telling one's story", **The Center Magazine** (march): 198-217.
- PARSONS, Talcott  
1949 **The Social System**. Glencoe: Free Press.
- PEDERSEN, Duncan y COLOMA, Carlos  
1983 "Traditional Medicine in Ecuador: The Structure of the non-formal Health Systems", **Soc. Sc. Med.**, 17 (17): 1249-1255.
- PEDERSEN, Duncan y BARUFFATI, Verónica  
1989 "Healers, Deities, Saints and Doctors: Elements for the analysis of medical systems", **Soc. Sc. Med.**, 29 (4): 487-496.
- PINO, Antonio y REASCONS, Nelson  
1991 "Mortalidad materna en el Ecuador y aspectos culturales en la atención de la mujer embarazada", **Revista del Instituto Juan Cesar García**, 1, 1:33-55.
- POOLE, Deborah  
1982 **Temporal classification and transformation in Andean devotional dance**. XLIV international congress of americanists, Manchester.  
1987 "Qorilazos, abigeos y comunidades campesinas en la provincia de Chumbivilcas (Cusco)". En A. Flores Galindo (comp.), **Comunidades campesinas: cambios y permanencias**. Chiclayo (Perú): Centro de Estudios Sociales Solidaridad.  
1988 "A one-eyed gaze: Gender in 19th century illustration of Peru", **Dialectical Anthropology**, 13:333-364
- POPULATION REPORTS  
1980 "Traditional Midwives and Family Planning". **Series J**, vol.VIII, 3:437-488.
- PORTES, Alejandro  
1990 **La Economía Informal. Estudios en países avanzados y menos desarrollados**. Argentina: ed. Planeta.
- PUJADAS, Joan J.  
1992 **The ethnic conflict and the collapse in the construction of a local identity**. Conferencia de Pragua, agosto 28-31, Workshop local societies and collective societies in Europe.
- QUIJANO, Aníbal  
1980 **Dominación y Cultura. Lo cholo y el conflicto cultural en el Perú**. La Paz: Mosca Azul ed.
- ROSEBERRY, William  
1988 "Political Economy", **Annual Review of Anthropology**, 17:161-185.
- SALLNOW, Michael  
1987 **Pilgrims of the Andes: Regional cults in Cuzco**. Washington: Smithsonian Institute Press.
- SANCHEZ-PARGA, José  
1982 "Marginalización de la medicina o medicalización de la marginalidad". En CAAP (ed.), **Política de salud y comunidad andina**, Cuadernos de discusión popular, 5:23-37.  
1982 "Los caminos de la cura". En CAAP (ed.), **Política de salud y comunidad andina**, Cuadernos de discusión popular, 5:122-138.  
1982 "Fitoterapia y medicina tradicional". En CAAP (ed.), **Política de salud y comunidad andina**, Cuadernos de discusión popular, 5:157-178.
- SCHROEDER, Barbara  
1984 **Haciendas, Indians and Economic Change**. Tesis de P.H.D. en Antropología. New Brunswick, New Jersey.
- SIDER, Gerald  
1987 "When Parrots learn to talk, and Why they can't: Domination, Deception, and Self-deception in Indian-White Relations", **Comparative Studies in Society and History**, 29, 1.
- STARK, Louisa R.  
1981 "Folk models of stratification and ethnicity in the highlands of northern Ecuador". En Norman E. Whitten (ed.), **Cultural transformations and ethnicity in modern Ecuador**. Urbana, Chicago, London: Univ. of Illinois Press: 387-401.

- STERN, Steve  
 1991 "Paradigms of Conquest: History, Historiography, and Politics", **Journal of Latin American Studies**.  
 Numero especial: noviembre 1991.
- STUTZMAN, Ronald  
 1981 "El Mestizaje: An all-inclusive ideology of exclusion". En Norman E. Whitten (ed.), **Cultural transformations and ethnicity in modern Ecuador**. Urbana, Chicago, London: Univ. of Illinois Press: 45-94.
- TAP, Pierre  
 1980 **Identités collectives et changements sociaux. Production et affirmation de l'identité**. Toulouse: Privat.
- TAUSSIG, Michael  
 1986 **Shamanism, a study in colonialism, terror and the wild man**. Chicago: U.of Chicago Press.  
 1992 **The nervous system**. London: Routledge.
- TURNER, Victor  
 1968 **The drums of affliction. A study of religious process among the Ndembu of Zambia**. Oxford: Clarendon press Oxford.
- VAN DEN BERGHE, Pierre  
 1973 "El uso de términos étnicos en la literatura de ciencias sociales del Perú", **Allpanchis**, V:5-19.
- WEBER, Max  
 1959 **Le Savant et le Politique**. Paris: Plon: 99-185.
- WHITTEN, Norman E.  
 1985 **The other side of development in amazonian Ecuador**. Urbana, Chicago: Univ. of Illinois Press.
- WILLIAMS, Raymond  
 1977 **Marxism and Literature**. Oxford: Oxford U.Press.
- WOLF, Eric  
 1990 "Facing Power: Old insights - New questions", **American Anthropologist**, 92, 1:586-596.
- WOLFERS, Ivan  
 1989 "Traditional practitioners behavioural adaptations to changing patient's demands in Sri Lanka", **Soc. Sc. Med.**. 29, 9: 1111-1119.
- WORSLEY, Peter  
 1982 "Non-Western Medical Systems", **Ann. Rev. Anthropol.**, 11:315-48.
- WRONG, Dennis H.  
 1980 **Power. Its forms, bases and uses**. New York: Harper Colophon Books.